

**TESIS DOCTORAL**  
**MINDFULNESS Y DUELO:**  
**CÓMO LA SERENIDAD MINDFUL Y LA**  
**COMPASIÓN CONTRIBUYEN AL BIENESTAR**  
**TRAS LA PÉRDIDA.**

**PROGRAMA MADED (MINDFULNESS PARA LA**  
**ACEPTACIÓN DEL DOLOR Y LAS EMOCIONES EN EL DUELO)**

**Presentado por: Lorena Alonso LLácer**

**Dirigido por: Dra. Pilar Barreto Martín**

**Dra. Marian Pérez Marín**



UNIVERSITATIS VALENTINAE

**Programa de Doctorado: Investigación en Psicología**

VALENCIA, FEBRERO 2017



# ÍNDICE

Agradecimientos.....	15
Citas introductorias .....	17
Prólogo.....	19

## **I PARTE TEÓRICA**..... 23

### **1.MARCO TEÓRICO**..... 25

#### **1.1 Introducción a los cuidados paliativos**..... 25

#### **1.2 Aproximación específica al proceso de duelo**..... 30

##### 1.2.1 Introducción y modelos explicativos..... 30

##### 1.2.2 El proceso de duelo: Modelos descriptivos..... 35

##### 1.2.3 Modelo integrativo-relacional de Alba Payás..... 45

##### 1.2.4 Factores de riesgo, factores protectores e intervenciones psicológicas 57

##### 1.2.5 Tarea II de Worden: Trabajar emociones y el dolor de la pérdida.... 68

##### 1.2.5.1 Tarea II: La culpa como predictora de duelos complicados.... 71

#### **1.3 Aproximación al mindfulness como terapia de tercera generación .... 77**

##### 1.3.1 Introducción al mindfulness..... 77

##### 1.3.2 Vivir con plenitud las crisis: Programa MBSR de Kabat Zinn..... 92

##### 1.3.3 Neurobiología de mindfulness. El trauma y el cuerpo..... 110

##### 1.3.4 Mindfulness, bienestar y salud mental..... 127

##### 1.3.5 Mindfulness, bienestar hedónico, eudaimonico y psicología positiva..... 139

##### 1.3.6 Mecanismos de actuación mindfulness para la consecución del bienestar psicológico..... 143

1.3.7 Mindfulness y duelo.....	145
1.3.8 La ciencia de la compasión. Más allá del mindfulness.....	162
1.3.9 Reflexión: ¿Cómo puede ayudar mindfulness y la compasión en las tareas del duelo.....	173
<b>1.4 Justificación teórica del programa mindfulness, compasión y duelo.....</b>	<b>178</b>
<b>1.5 Diseño del programa.....</b>	<b>195</b>
1.5.1 Objetivos de la adaptación y población diana.....	195
1.5.2 Metodología.....	198
1.5.3 Adaptación del programa: Programa MADED.....	199

<b>II PARTE EMPÍRICA</b> .....	217
<b>2.1 METODOLOGÍA</b> .....	219
2.1.1 Objetivos e hipótesis.....	221
2.1.2 Método.....	224
a. Participantes.....	224
b. Diseño.....	227
c. Instrumentos y variables.....	228
d. Intervención.....	235
e. Procedimiento.....	238
f. Análisis estadístico.....	241
<b>2.2 RESULTADOS</b> .....	245
2.2.1 Perfil sociodemográfico.....	247
2.2.2 Perfil clínico. Características previas a la intervención.....	250
2.2.3 Efectos del paso del tiempo en el Grupo control .....	257
2.2.4 Efectos de la aplicación del programa MADED .....	274
2.2.4.1 Pretest-postest grupo experimental.....	274
2.2.4.2 Grupo experimental versus grupo control.....	291
2.2.5 Relación entre indicadores de bienestar, autocompasión y mindfulness.....	305
2.2.5.1 Correlaciones entre variables.....	305
2.2.5.2 Variables predictoras del bienestar.....	323
2.2.6 Resultados sobre satisfacción.....	349
2.2.7 Diferencias en función de modalidad de la muerte.....	358
<b>2.3 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	361

<b>2.4 VALORACIÓN PERSONAL.....</b>	<b>383</b>
<b><u>III REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u></b>	<b>393</b>
<b><u>IV ANEXOS.....</u></b>	<b>407</b>
Anexo 1. Contenido de las sesiones.....	409
Anexo 2. Material para casa.....	489
Anexo 3. Batería de cuestionarios.....	553
Anexo 4. Entrevistas.....	569
Anexo 5. Registro de tareas.....	579
Anexo 6. Indicadores.....	597
Anexo 7. Consentimiento informado.....	605
Anexo 8. Diferencias pretratamiento en variables sociodemográficas.....	611
Anexo 9. Pruebas de normalidad.....	641
Anexo 10. Modalidad de la muerte.....	645

## **V ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Mindfulness y duelo.....	20
Figura 2. Población diana en los cuidados paliativos.....	27
Figura 3. Modelo de tareas/necesidades. Respuestas normales y patológicas .....	54
Figura 4. La ventana de tolerancia y las zonas de hiperactivación e hipoactivación.....	119
Figura 5. La correlación entre las tres zonas de activación y la jerarquía polivagal.....	120
Figura 6. Distribución de la muestra.....	226
Figura 7. Procedimiento de evaluación.....	240
Figura 8. Gráfico de la capacidad de atención plena grupo control.....	258
Figura 9. Gráfico de la capacidad de autocompasión grupo control.....	261
Figura 10. Gráfico del malestar psicológico grupo control.....	263
Figura 11. Gráfico del bienestar psicológico grupo control.....	266
Figura 12. Gráfico de indicadores ad hoc grupo control.....	268
Figura 13. Gráfico de la capacidad mindful (PRE-POST).....	275
Figura 14. Gráfico de autocompasión (PRE-POST).....	278
Figura 15. Gráfico de malestar psicológico (PRE-POST).....	280
Figura 16. Gráfico de bienestar psicológico (PRE-POST).....	282
Figura 17. Gráfico de Indicadores ad hoc (PRE-POST).....	285
Figura 18. Gráfico de la capacidad de atención plena (G.C VS. G.EXP).....	292
Figura 19. Gráfico de la capacidad de autocompasión (G.C VS. G.EXP).....	295
Figura 20. Gráfico malestar psicológico (G.C VS. G.EXP).....	297
Figura 21. Gráfico Bienestar psicológico (G.C VS. G.EXP).....	300
Figura 22. Gráfico Indicadores ad hoc (G.C VS. G.EXP).....	302
Figura 23. Variables predictoras del bienestar psicológico.....	323

## **VI ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Enfoque basado en las tareas del duelo.....	37
Tabla 2. Factores de riesgo.....	58
Tabla 3. Cuadro resumen del entrenamiento MBSR.....	109
Tabla 4. Modelo integrativo basado en mindfulness y compasión .....	194
Tabla 5. Variables e instrumentos.....	229
Tabla 6. Resumen de las sesiones.....	236
Tabla 7. Resumen sintomatología previa a la intervención.....	251
Tabla 8. Características psicológicas obtenidas de los cuestionarios.....	253
Tabla 9. Indicadores del cuestionario elaborado AD HOC I.....	255
Tabla 10. Indicadores del cuestionario elaborado AD HOC II.....	255
Tabla 11. Estadísticos descriptivos atención plena grupo control.....	257
Tabla 12. Estadísticos de contraste en la capacidad de atención plena en grupo control....	259
Tabla 13. Estadísticos descriptivos autocompasión grupo control.....	261
Tabla 14. Estadísticos de contraste autocompasión grupo control.....	262
Tabla 15. Estadísticos descriptivos malestar psicológico grupo control.....	263
Tabla 16. Estadísticos de contraste malestar psicológico grupo control.....	264
Tabla 17. Estadísticos descriptivos bienestar psicológico grupo control.....	266
Tabla 18. Estadísticos de contraste bienestar psicológico grupo control.....	267
Tabla 19. Estadísticos descriptivos indicadores ad hoc grupo control.....	268
Tabla 20. Estadísticos de contrate indicadores ad hoc grupo control.....	269
Tabla 21. Sintomatología pretratamiento grupo control.....	271
Tabla 22. Prueba McNemar Grupo control.....	272
Tabla 23. Estadísticos descriptivos capacidad de atención plena grupo experimental.....	274



Tabla 24. Estadísticos de contraste de la capacidad de atención plena grupo experimental..	276
Tabla 25. Estadísticos descriptivos capacidad de autocompasión grupo experimental.....	278
Tabla 26. Estadísticos de contraste de la capacidad de autocompasión.....	279
Tabla 27. Estadísticos descriptivos malestar psicológico grupo experimental.....	279
Tabla 28. Estadísticos de contraste del malestar psicológico grupo experimental.....	281
Tabla 29. Estadísticos descriptivos bienestar psicológico grupo experimental.....	282
Tabla 30. Estadísticos de contraste en el bienestar psicológico grupo experimental.....	283
Tabla 31. Estadísticos descriptivos indicadores de bienestar ad hoc grupo experimental....	284
Tabla 32. Estadísticos de contraste en los indicadores de bienestar ad hoc.....	285
Tabla 33. Sintomatología pre-post Cuestionario Biográfico.....	288
Tabla 34. Prueba McNemar pre-post.....	289
Tabla 35. ANOVA medidas repetidas.....	290
Tabla 36 Diferencia de medias entre los tres momentos temporales.....	290
Tabla 37. Estadísticos descriptivos capacidad atención plena G.C vs. G.EXP.....	291
Tabla 38. Estadísticos de contraste capacidad atención plena G.C vs. G.EXP.....	293
Tabla 39. Estadísticos descriptivos autocompasión G.C vs. G.EXP.....	295
Tabla 40. Estadísticos de contraste autocompasión G.C vs. G.EXP.....	296
Tabla 41. Estadísticos descriptivos malestar psicológico G.C vs. G.EXP.....	296
Tabla 42. Estadísticos de contraste malestar psicológico G.C vs. G.EXP.....	298
Tabla 43. Estadísticos descriptivos bienestar psicológico G.C vs. G.EXP.....	299
Tabla 44. Estadísticos de contraste bienestar psicológico G.C vs. G.EXP.....	301
Tabla 45. Estadísticos descriptivos indicadores ad hoc G.C vs. G.EXP.....	302
Tabla 46. Estadísticos de contraste indicadores ad hoc G.C vs. G.EXP.....	303
Tabla 47. Correlaciones ansiedad pre I.....	305
Tabla 48. Correlaciones ansiedad pre II .....	306

Tabla 49. Correlaciones ansiedad post I .....	307
Tabla 50. Correlaciones ansiedad post II.....	307
Tabla 51. Correlaciones depresión pre I.....	308
Tabla 52. Correlaciones depresión pre II.....	309
Tabla 53. Correlaciones depresión post I.....	310
Tabla 54. Correlaciones depresión post II.....	310
Tabla 55. Correlaciones afecto negativo pre I.....	311
Tabla 56. Correlaciones afecto negativo pre II.....	312
Tabla 57. Correlaciones afecto negativo post I.....	313
Tabla 58. Correlaciones afecto negativo post II.....	313
Tabla 59. Correlaciones afecto positivo pre I.....	314
Tabla 60. Correlaciones afecto positivo pre II.....	315
Tabla 61. Correlaciones afecto positivo post I.....	316
Tabla 62. Correlaciones afecto positivo post II.....	316
Tabla 63. Correlaciones satisfacción con la vida pre I.....	317
Tabla 64. Correlaciones satisfacción con la vida pre II.....	318
Tabla 65. Correlaciones satisfacción con la vida post I.....	319
Tabla 66. Correlaciones satisfacción con la vida post II.....	319
Tabla 67. Correlaciones vitalidad subjetiva pre I.....	320
Tabla 68. Correlaciones vitalidad subjetiva pre II.....	321
Tabla 69. Correlaciones vitalidad subjetiva post I.....	322
Tabla 70. Correlaciones vitalidad subjetiva post II.....	322
Tabla 71. Modelo de regresión ansiedad pretratamiento.....	324
Tabla 72. ANOVA ansiedad pretratamiento.....	324
Tabla 73. Coeficientes ansiedad pretratamiento.....	325

Tabla 74. Modelo de regresión ansiedad postratamiento.....	326
Tabla 75. ANOVA ansiedad postratamiento.....	326
Tabla 76. Coeficientes ansiedad postratamiento.....	327
Tabla 77. Modelo de regresión depresión pretratamiento.....	328
Tabla 78. ANOVA depresión pretratamiento.....	328
Tabla 79. Coeficientes depresión pretratamiento.....	329
Tabla 80. Modelo de regresión depresión postratamiento.....	330
Tabla 81. ANOVA depresión postratamiento.....	330
Tabla 82. Coeficientes depresión post.....	331
Tabla 83. Modelo de regresión afecto negativo pre.....	332
Tabla 84. ANOVA afecto negativo pre.....	332
Tabla 85. Coeficientes afecto negativo pre.....	333
Tabla 86. Modelo de regresión afecto negativo post.....	334
Tabla 87. ANOVA afecto negativo post.....	334
Tabla 88. Coeficientes afecto negativo post.....	335
Tabla 89. Modelo de regresión afecto positivo pre.....	336
Tabla 90. ANOVA afecto positivo pre.....	336
Tabla 91. Coeficientes afecto positivo pre.....	337
Tabla 92. Modelo de regresión afecto positivo post.....	338
Tabla 93. ANOVA afecto positivo post.....	338
Tabla 94. Coeficientes afecto positivo post.....	339
Tabla 95. Modelo regresión satisfacción con la vida pre.....	340
Tabla 96. ANOVA satisfacción con la vida pre.....	340
Tabla 97. Coeficientes satisfacción con la vida pre.....	341
Tabla 98. Modelo regresión satisfacción con la vida post.....	342

Tabla 99. ANOVA satisfacción con la vida post.....	342
Tabla 100. Coeficientes satisfacción con la vida post.....	343
Tabla 101. Modelo de regresión vitalidad subjetiva pre.....	344
Tabla 102. ANOVA vitalidad subjetiva pre.....	344
Tabla 103. Coeficientes vitalidad subjetiva pre.....	345
Tabla 104. Modelo Regresión vitalidad subjetiva post.....	346
Tabla 105. ANOVA vitalidad subjetiva post.....	346
Tabla 106. Coeficientes vitalidad subjetiva post.....	347
Tabla 107. Cambios producidos por la práctica mindful .....	353
Tabla 108. Reducción de síntomas por la práctica.....	354
Tabla 109. Chi cuadrado afectados por síntomas en función del tipo de muerte pretest ...	359
Tabla 110. Chi cuadrado afectados por síntomas en función del tipo de muerte postest...	360

## **BREVIARIO**

RMF (Resonancia Magnética Funcional)

PET (Tomografía por emisión de positrones)

EEG (Electroencefalografía)

MBSR (Reducción del estrés basado en mindfulness)

MBCT (Terapia cognitiva basada en mindfulness)

DBT (Terapia Dialéctica conductual)

ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso)

FMI (Freiburg Mind Inventory)

KIMS (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills)

FFMQ (Five Factor Mindfulness Questionnaire)

MAAS (Mindful Attention Awareness Scale)

SWLS (Satisfacción con la vida)

SVS (Vitalidad subjetiva)

IDC (Inventario de duelo complicado)

MADED (Mindfulness para la aceptación del dolor y las emociones en el duelo)



## AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicarles unas líneas impregnadas de amor a todas esas personas que han hecho posible que un sueño se convierta en una realidad, un miedo en una oportunidad, y un esfuerzo continuo en una recompensa. Esa recompensa que se queda impresa en lo más profundo del corazón grabada a fuego, incapaz de olvidarse. La recompensa por haber hecho un trabajo con cariño, ilusión y paciencia; y la recompensa de haber recibido en el camino todas las ayudas necesarias.

A mis dos profesoras, la Dra. María Pilar Barreto Martín, y la Dra. Marian Pérez Marín; por su dedicación, paciencia, y por aquellos momentos en los que me he sentido a ciegas y a través de sus palabras me han ayudado a ver con claridad aquello que se gestaba en mi mente de una forma vaga y confusa.

A mis compañeros del equipo de investigación, Sheila, Rebeca, Omayra y Kristel, por todos los momentos compartidos y por haber hecho posible que en primera instancia hayamos podido poner en marcha algunas de las sesiones del protocolo general de mindfulness en la universidad y que me ayudaron a confiar en mí.

A mis compañeros de trabajo de la aecc, por la presencia en cada una de las ocho sesiones del protocolo. Gracias por esas críticas constructivas, por vuestro tiempo, por vuestro esfuerzo y por el apoyo que he recibido a lo largo del trayecto. Sin vosotros y sin esa oportunidad que me habéis brindado, nunca me hubiera atrevido a ponerlo en marcha en personas dolientes.

A mi compi y compañero del alma, Javier García, por todo el apoyo recibido, por ayudarme a creer en mi valía personal y por quererme incondicionalmente.

A mis profesores de mindfulness, Andrés Martín Asuero y Dharmakirti Zuazquita porque gracias a ellos sentí cuál era mi camino.

Al Dr. Vicente simón, porque gracias a esa charla maravillosa a la que asistí cuando todavía era estudiante de la licenciatura, pude tomar conciencia plena de lo que quería hacer en mi vida profesional y personal.

A mi familia, mis padres por apoyarme en mi camino de formación como profesional de la psicología, por haber compartido conmigo mi responsabilidad como madre, y que por tanto haya podido dedicarme en cuerpo y alma a lo que considero mi vocación. Gracias a ellos, el esfuerzo de todos estos años, puede dar su fruto materializado en este trabajo.

A mi hija Sandra, por ser mi luz. Gracias por el ser que viene en camino.

A mi compañera de trabajo en aecc, Marta Ramos y a Estefanía Mónaco, mi angelito en el camino. Vuestra paciencia, tiempo y generosidad permitieron que algo que era para mí un imposible, se transformara en algo posible, e incluso en un reto. Con vosotras tratar los datos ha sido una verdadera aventura y una gran superación. Os estaré eternamente agradecida.

Y a todas esas personitas que confiaron en mí y que se permitieron abrir su corazón sesión a sesión, convirtiéndonos en una gran familia: Jorge, Ramón, Elvira, Mari Carmen, Patricia , Verónica, Paola, Paolo, Leonor, Pepe, Mari Carmen, Eva, Isabel, Patricia, Lolin, Dolores, Noelia, Carolina, Mari, Alexandra Montiel, María José y Carmen. Sin vuestras almas dispuestas a compartir el dolor, éste trabajo no hubiese sido posible.

Os estaré eternamente agradecida. Vosotros le habéis dado sentido a este programa, creado desde el camino de la mente y aplicado desde el camino del corazón.



## CITAS INTRODUCTORIAS

*Si en el despertar de la noche, abro los ojos y tú no estás, me serena pensar y sentir que en mi espacio interno y en mi corazón siempre habrá un lugar para ti.*

*Cada vez que tomo conciencia de tu ausencia, soy consciente también de tu presencia y eso me ayuda a continuar en la noche oscura del alma, porque entiendo que al día siguiente saldrá el sol, y tú seguirás en mi corazón.*

*La sabiduría es la fuente de luz en el mundo, mindfulness en el mundo es el despertar.*

**BUDA**



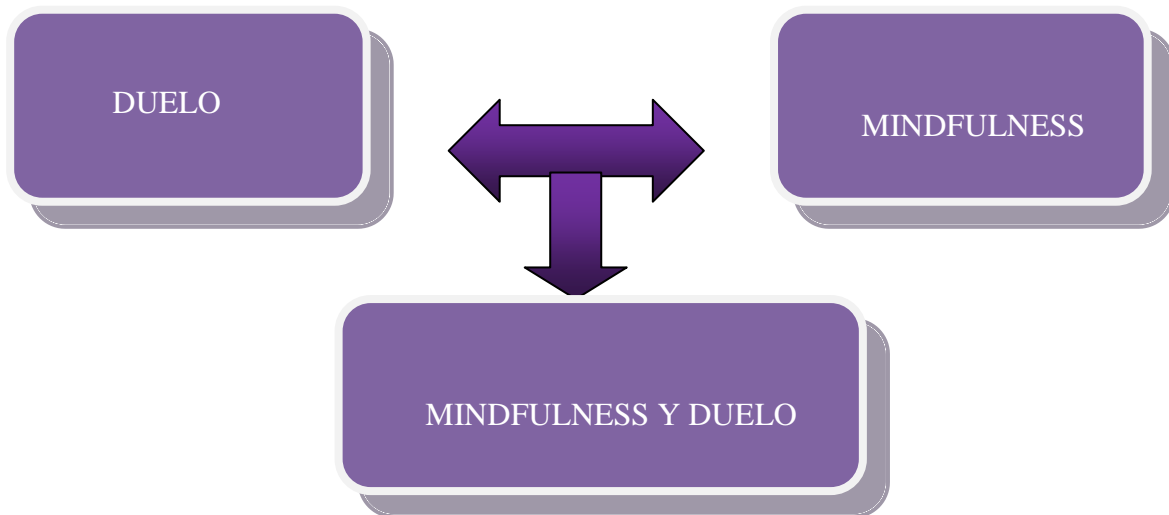
## PRÓLOGO

Un día me levanté con esas dos frases en mi mente, ese día entendí que tenía que empezar a escribir y sumergirme en una aventura tan maravillosa como lo es hacer una adaptación del programa de mindfulness diseñado por Jon Kabat Zinn (MBSR), a una población específica. Concretamente está dirigido a aquellas personas que han perdido a un ser querido y son susceptibles de sufrir un duelo patológico, teniendo en cuenta los criterios que establecen esta posibilidad o que ya lo padecen (Duelo en riesgo o duelo complicado).

En el presente trabajo se hará una breve introducción acerca de los cuidados paliativos haciendo hincapié en el objetivo de éste, (el bienestar) y en las dianas de actuación (enfermos y familias) tanto antes del fallecimiento como después. Tras la muerte del ser querido es importante actuar como profesionales para acompañar a los familiares en el proceso de duelo cuando sea necesario. Es así como haremos una aproximación específica al proceso de duelo, atendiendo a la definición, modelos explicativos, autores de mayor relevancia, etc. Posteriormente nos adentraremos en el mindfulness como terapia de tercera generación que nos permite acercarnos al sufrimiento humano con serenidad, relacionándolo con el objetivo de los cuidados paliativos: el bienestar psicológico.

Con nuestro trabajo, como puede observarse en la *Figura 1* que sigue a continuación, conexionaremos dos mundos: mindfulness por un lado y duelo por otro lado; dando lugar a un modelo terapéutico para abordar el duelo desde la filosofía del mindfulness. De esa manera, no defendemos mindfulness como herramienta de trabajo, sino como modelo. Constituye por tanto una forma de procesar y experimentar el duelo desde una perspectiva diferente, impregnada por la filosofía y psicología budista como podrá vislumbrarse en el

punto correspondiente a la aproximación al mindfulness. Lo que tienen en común tanto el duelo y el mindfulness, es que ambos son procesos que requieren de un papel activo por parte de la persona, para llegar a un crecimiento personal y espiritual tras los constantes cambios y pérdidas que nos depara la vida.



**Figura 1. Mindfulness y duelo.** Conexión del proceso del duelo y del modelo de mindfulness para la creación del protocolo en el ámbito del duelo.

En la *Figura 1* podemos observar que hemos conectado dos terrenos en la creación de nuestro protocolo. Por un lado hemos transitado el camino del duelo, por otro lado el camino de mindfulness, y desde ahí hemos podido conectar ambos mundos para la creación del protocolo de mindfulness para duelo.

Una vez elaborada esta parte más teórica, trabajaremos sobre algunas de las necesidades de los dolientes, y centrándonos en ellas, diseñaremos el protocolo de intervención, haciendo una adaptación del programa MBSR a este tipo de población específica, con necesidades específicas. Esas necesidades específicas se centrarán en la tarea de abrirse al dolor, para lo que *mindfulness* y *compasión*, a través de la conciencia del momento presente con una actitud

de aceptación y paciencia, sin juicios, nos permitirá adentrarnos en el dolor de la pérdida para elaborarla, permitiendo el avance en el proceso. Dentro de esta tarea que engloba el trabajo con las emociones, se hará especial hincapié en el sentimiento de culpa y el perdón hacia uno mismo y los demás a través de la práctica de la autocompasión.

Una vez elaborada la adaptación del programa, se aplicará en una muestra de dolientes durante ocho sesiones (con una frecuencia semanal). Previa a la aplicación se hará una entrevista individual, dónde se rellenarán los cuestionarios que tratan de medir las variables que van a poder ser modificadas con la intervención. Esta entrevista se llevará a cabo también al finalizar el programa. Compararemos los resultados del grupo experimental (que recibe tratamiento) con un grupo control (lista de espera que posteriormente recibirá tratamiento). De esta manera podremos evaluar si existen diferencias significativas entre ambos grupos, de forma que podamos llegar a la conclusión de que el programa es o no efectivo para modificar las variables que tienen que ver con el bienestar psicológico.

Para mí es un honor poder llevar a cabo esta adaptación y aplicación, teniendo en cuenta que a día de hoy no conocemos a penas programas basados en *mindfulness* y *compasión* que estén dirigidos específicamente a dolientes.

Teniendo en cuenta todas las recomendaciones de profesionales que trabajan en el ámbito de los cuidados paliativos, además algunos de ellos expertos en *mindfulness*, puedo intuir que un camino en un principio lleno de obstáculos, será una oportunidad de crecimiento profesional y personal para la cual me comprometo desde este mismo instante.



## **I. PARTE TEÓRICA**

En esta primera parte de la tesis doctoral, pretendemos *construir y exponer un marco teórico que conexasse duelo y mindfulness*, a través de una revisión de la literatura científica. ¿Qué necesidades presentan los dolientes tras la pérdida de un ser querido según la bibliografía revisada? ¿Qué puede aportar mindfulness en el ámbito del duelo? (teniendo en cuenta los resultados revisados en el ámbito del bienestar psicológico en general y la literatura que relaciona mindfulness y duelo).

Una vez revisada la literatura existente, *crearemos una adaptación del programa MBSR dirigido a dolientes, que recibirá el nombre de programa MADED* (Mindfulness para la aceptación del dolor y las emociones en el duelo). Haremos una *justificación del programa diseñado en base la literatura científica* y presentaremos *la estructura de las sesiones* (objetivos, metodología y contenidos).





# I. MARCO TEÓRICO

## 1.1 Introducción a los Cuidados paliativos

Desde el siglo pasado, en los países occidentales se ha incrementado la demanda social de atención a los enfermos en situación terminal debido a factores como el envejecimiento de la población, el aumento en el número de enfermos de cáncer y sida, y el fracaso en muchas enfermedades crónicas y degenerativas (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

La medicina en el ámbito de los cuidados paliativos (en adelante CP) nace como una respuesta de ayuda y consuelo para los seres humanos que están sufriendo una enfermedad avanzada, crónica o terminal. Esta idea de cuidar y consolar es responsabilidad de todos los profesionales implicados en el cuidado. Como muy bien recoge Callahan (2000):

Los objetivos de la medicina del siglo XXI tienen que ser dos y ambos de la misma importancia; por una parte, permanece el objetivo médico de siempre: prevenir y tratar de vencer las enfermedades; pero por otra, cuando independientemente de nuestros esfuerzos, llegue la muerte, conseguir que los pacientes mueran en paz, ya que a pesar de los avances tecnológicos, nunca podremos posponerla indefinidamente (p.656).

Sin duda este enfoque supone un punto de inflexión en la medicina, donde no sólo el objetivo va a ser curar, sino también ayudar a morir en paz y dignamente.

Como queda reflejado en el informe SUPPORT (1995) durante los últimos días de vida, la mitad de los pacientes que murieron conscientes en hospitales norteamericanos lo hicieron con un dolor moderado o severo, además de que sufrieron encarnizamiento terapéutico y una

comunicación deficiente entre médico-paciente. Ante esta cruda realidad, los profesionales del ámbito de los CP tomaron conciencia de la importancia de mejorar y transformar dichos cuidados, siendo necesario investigar y observar cuáles eran las necesidades tanto de pacientes como de familiares al final de vida ( Arranz et al., 2003).

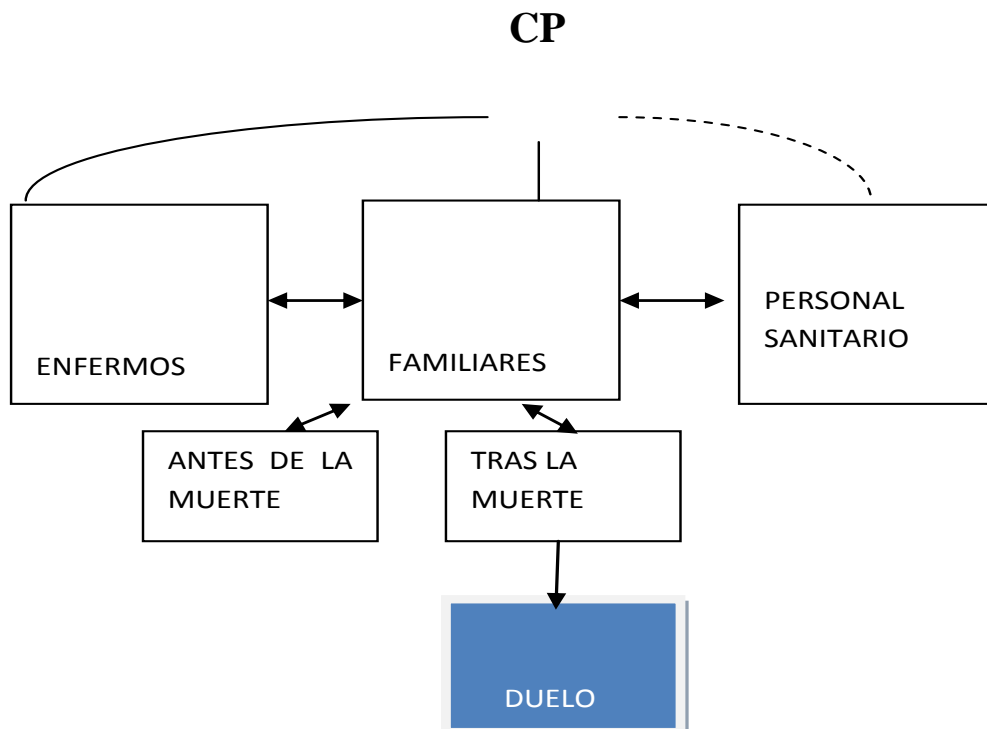
La OMS define los CP de la siguiente forma:

Cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas, y de problemas psicológicos, sociales y espirituales, adquiere en ellos una importancia primordial. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir el máximo bienestar posible para los pacientes y sus allegados. (Doyle, Hanks y MacDonald, 1993; Callahan, 2000, p.655) .

Por tanto en CP dar respuesta a las necesidades de pacientes en situación de final de vida y de sus familiares es fundamental. El objetivo principal por tanto, es ayudarles a experimentar el mayor bienestar posible y responder a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Para cumplir el objetivo general es necesario trabajar directamente tanto con pacientes como con familiares desde diferentes vertientes, que nos permita a través de un trabajo interdisciplinar conseguir nuestro objetivo.

La triada básica de los CP es: comunicación eficaz, control de síntomas y apoyo a la familia, de forma que dicha triada nos ayude a alcanzar el objetivo, que sin duda es el bienestar (Arranz et al., 2003). Ese bienestar se consigue a través del acompañamiento y alivio del sufrimiento tanto de pacientes como familiares, por lo que es importante investigar cuáles son esos aspectos que los protagonistas perciben como amenazantes y por tanto les

hacen sufrir. Para ello se necesitan instrumentos susceptibles de medir el sufrimiento, que básicamente es totalmente subjetivo. Algunos de esos instrumentos son el termómetro clínico o la percepción subjetiva del paso del tiempo, instrumentos sencillos, comprensibles, no invasivos y fáciles de administrar, siendo todas ellas características importantes que cualquier instrumento de evaluación del sufrimiento ha de reunir (Arranz et. al., 2003).



**Figura 2. Población diana en los cuidados paliativos.** Nota Fuente: Adaptado de Arranz, P, Barbero, J.J, Barreto, M.P y Bayés, R. (2008): *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos.* (3ª edición). Ariel, Barcelona.

En la *Figura 2* podemos observar que la población diana de los CP son los enfermos y los familiares (antes y después de la muerte). El personal sanitario también se tiene en cuenta, puesto que es imprescindible cuidarlos para que ellos puedan cuidar adecuadamente.

El foco de intervención en CP son los enfermos terminales y los familiares. De forma indirecta, la intervención sobre el personal sanitario como prevención del burnout supone una mayor calidad en el cuidado. Además la intervención se lleva cabo durante el proceso de enfermedad y muerte, así como después de ésta atendiendo al proceso de duelo.

En CP, la estrategia terapéutica o método principal empleado para conseguir el bienestar es el **counselling**, que supone un proceso interactivo entre el profesional, paciente y familiares, donde no se hace algo por alguien, sino que se hace con él. Es decir, a través de una actitud de acompañamiento y empatía, y a través de unas estrategias relacionales que incluyen: la comunicación asertiva, las habilidades personales de autorregulación emocional y las habilidades de solución de problemas (Barreto y Soler, 2008).

En los últimos años, además del Counselling, se han abierto otras líneas de investigación que recogen diferentes vertientes que pretenden conseguir ese objetivo común que es el bienestar. Entre ellas destacamos: **mindfulness, resiliencia, y búsqueda del sentido a través de la espiritualidad.**

Estos tres elementos tienen relación entre sí, puesto que las tres pretenden un objetivo común, que es conseguir el bienestar. Tras hacer una revisión teórica en profundidad que pusiera en relación los tres conceptos, vimos que: resiliencia, búsqueda de sentido en el ámbito de la espiritualidad y mindfulness son conceptos importantes en psicología positiva,

que poseen una fuerte relación entre sí aunque exista poca evidencia. Tanto la búsqueda de sentido, como la meditación, constituyen medios a través de los cuales se incrementa la capacidad de resistencia psicológica del ser humano. Además mindfulness permite encontrar un nuevo sentido en la vida basado en el amor y eso promueve una mayor resistencia frente a experiencias adversas. Según Kabat- Zinn (2004) la meditación *metta* que consiste en fomentar el amor incondicional, desarrollando la autocompasión y la compasión hacia otros seres, promoviendo la generosidad, el perdón y la aceptación incondicional de las personas que nos rodean, ayuda a encontrar un nuevo sentido en la vida, basado en el amor y en el valor de la humanidad.

Es precisamente en el proceso de duelo y en las familias donde hemos decidido centralizar nuestra intervención. Como ya se ha señalado en el prólogo, la intervención versará sobre una de estas tres vertientes señaladas, que es la intervención basada en mindfulness en el ámbito de los cuidados paliativos, y concretamente para prevenir la aparición del duelo patológico en personas que han perdido a un ser querido y son susceptibles de intervención psicológica, ya que tienen factores de riesgo que les puede conducir a un duelo complicado o ya lo padecen.

A continuación se hará una *introducción teórica acerca del duelo*, para posteriormente aproximarnos a este tipo de intervención basada en terapias de tercera generación y sus múltiples beneficios, relacionándolo con el bienestar psicológico. Para ello se hará una revisión de la literatura que aboga sobre los beneficios de la práctica de mindfulness en la consecución del bienestar. De esta manera el objetivo de los CP estaría cubierto, complementándolo sin duda con el counselling como vertiente principal y el resto de intervenciones ya comentadas como son: el fomento de la resiliencia a través de protocolos de intervención adecuados y la búsqueda del sentido.

## 1.2 Aproximación específica al proceso de duelo

*Aunque la pérdida de un ser querido es un acontecimiento que no puede escogerse, la elaboración del duelo es un proceso activo de afrontamiento lleno de posibilidades.*

THOMAS ATTIG

### 1.2.1 Introducción y modelos explicativos

Una forma sencilla y fundamental de entender el dolor que experimentamos las personas tras la pérdida de un ser querido parte de lo explicado por *la teoría del apego de Bowlby*. Según el autor, las personas tenemos ciertas necesidades de protección, seguridad y afecto desde el preciso momento del nacimiento, que perduran a lo largo de todo nuestro ciclo vital. Esas necesidades podrían explicar la tendencia humana a crear lazos, vínculos con nuestros seres queridos. De esa manera, cuando se quebranta uno de esos vínculos, se producen fuertes reacciones emocionales (Bowlby, 1977).

El psiquiatra George Engel planteó una pregunta muy interesante: ¿Es el duelo una enfermedad? Él señala que la herida que queda al perder a un ser querido es tan trágica como herirse o quemarse desde un plano más físico. Desde nuestro punto de vista, la única diferencia estaría en que la herida física la podemos ver, y la herida psicológica la tenemos que inferir atendiendo a lo que expresa verbalmente, a través del lenguaje no verbal y a través del comportamiento. Engel entiende que al igual que es necesario curar esa herida física para que no se infecte, será necesario sanar esa herida psicológica. Por tanto para él el duelo es *un proceso natural de sanación*, no una enfermedad (Engel, 1961).

El duelo, en el ámbito de la pérdida de un ser querido (puesto que existen otro tipo de pérdidas que también pueden considerarse duelo), se define como la experiencia de la persona que ha perdido a un ser querido. También puede definirse como el proceso por el que pasa una persona al adaptarse a la pérdida de su ser querido. Otro significado sería el de la pérdida a la que la persona trata de adaptarse (Worden, 2013).

Siguiendo a Barreto y Soler (2008) el duelo es un proceso "normal", con una limitación en el tiempo y una evolución previsiblemente favorable. No se trata, pues de una patología, sino que por el contrario, su elaboración puede significar un grado mayor de madurez personal. Aunque se sabe que las pérdidas implican un gran sufrimiento, sólo una minoría de sujetos presentará trastornos psíquicos y/o complicaciones en el proceso de resolución.

Desde la perspectiva humanista, el duelo es el proceso de elaboración realizado a partir de la integración de la vivencia difícil y a veces traumática de la muerte de un ser querido, pudiendo conducir a las personas afectadas a experimentar una transformación profunda. Como proceso de crecimiento, se desarrolla y evoluciona en el tiempo como una experiencia de aprendizaje, cuyo resultado final es la emergencia de cambios en la propia identidad (Payás, 2010).

El duelo normal abarca una serie de sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas que puede experimentar la persona que ha perdido a un ser querido. No es necesario que experimente todas y cada una de ellas, pero en ningún caso hablaríamos de patología, sino de un *proceso natural y normal* (Worden, 2013).

Algunos de esos **sentimientos** pueden ser la tristeza, la rabia o enfado, la culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, alivio, insensibilidad, etc. Algunas de las **cogniciones** pueden hacer referencia a incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones. Algunas **conductas** pueden referirse a trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, conducta de búsqueda, suspiros, hiperactividad desasosegada, llanto, atesorar objetos que pertenecían al fallecido, visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerden al fallecido, etc. Algunas de las **sensaciones físicas** son: vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca, etc.

Todas estas manifestaciones del duelo en las diferentes dimensiones nos sirven a los profesionales para normalizar estos síntomas, para no patologizar el proceso de duelo, pudiendo de esa manera tranquilizar a los dolientes ante esta sintomatología. En cambio, es importante tener en cuenta que si estas experiencias persisten durante mucho tiempo en el proceso de duelo pueden ser indicadores de un duelo más complicado (Demi y Miles, 1987).

Respecto a los *modelos explicativos del duelo* partiendo de lo planteado por Barreto y Soler (2008) en su libro *Muerte y duelo*, podemos observar como existen distintas perspectivas teóricas, y vamos a sintetizar a continuación los elementos más significativos.

En la *teoría psicodinámica*, el duelo se entiende como la retirada de la libido invertida en el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto de una forma saludable. Se considera un proceso normal, por lo que no se requiere atención psicoterapéutica. Cuando este



proceso no ocurre, los sentimientos negativos respecto al fallecido o la pérdida se manifiestan en forma de autorreproche o culpabilidad.

La *teoría del apego* de Bowlby considera el desarrollo de vínculos como algo instintivo y característico de muchas especies. Todos tenemos necesidad de protección o seguridad, por lo que los vínculos tienen como objetivo nuestra propia supervivencia. El apego permite alimentar el vínculo, y cuando éste se ve amenazado o roto se suscitan reacciones emocionales intensas. Por lo tanto el duelo desde esta teoría se produce por la ruptura del vínculo.

En la *teoría de los constructos*, se defiende que la muerte de un ser querido tambalea todos los constructos personales acerca del mundo, del fallecido, y de la relación con él, exigiendo el desarrollo de nuevos esquemas. La emergencia de esos nuevos esquemas requiere deshacerse de las asunciones previas para establecer una perspectiva de uno mismo, lo cual resulta difícil y además moviliza afectos de una gran intensidad. Existen dos modos de actuación, que según Woodfield y Viney (1984) son la asimilación y la adaptación. En el primer mecanismo la persona intenta mantener el sistema de constructos, haciendo uso por tanto de la negación, la hostilidad y la idealización. En el segundo mecanismo, se cambia el sistema de constructos personales ajustándolo a la realidad presente mediante un proceso gradual y activo.

En la *teoría cognitiva* se defiende que los pensamientos son los responsables de la emoción y de la conducta humana, de forma que los problemas emocionales surgen fundamentalmente cuando se hacen interpretaciones erróneas de la realidad. Según este modelo el ajuste del duelo se producirá con una reconstrucción del significado de la pérdida o de las asunciones

previamente mantenidas. Desde este modelo se defiende que existen tres supuestos básicos que se tambalean con la pérdida de un ser querido: “El mundo es un lugar benévolo”, “el mundo tiene sentido”, y “el yo es digno”. Al tambalearse estos supuestos se requiere poner en marcha el proceso de reconstrucción para que pueda ver el mundo y así mismo desde una perspectiva positiva, integrando la experiencia traumática o pérdida en su mundo de asunciones.

En la *teoría del estrés*, el duelo se considera un estresor y se subraya la importancia de los recursos personales para hacer frente al mismo. Se tienen en cuenta las consecuencias físicas que tienen que ver con el debilitamiento del sistema inmunitario y la necesidad de estudiarlas. Los estudios realizados hasta el momento defienden que el estrés producido por el duelo altera la respuesta inmunológica (entre otras, la función de los linfocitos T y B, los granulocitos, los macrófagos y las “natural killer”), así mismo el funcionamiento neuroendocrino se ve alterado, afectando todo ello al estado de salud del superviviente (Hall e Irwin, 2001). Por lo tanto el duelo afecta no sólo al bienestar emocional y al funcionamiento social, sino también al funcionamiento físico, disminuyendo la salud general, mediatizado por los síntomas depresivos. Es decir, el estrés percibido y ciertas variables como el autoconcepto, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento mediarán en la aparición o no de trastornos afectivos y del sueño. Estos trastornos afectivos a su vez mediarán en las respuestas biológicas (autonómicas, neuroendocrinas e inmunológicas) pudiendo influir en el inicio o progresión de una determinada enfermedad. De ahí la importancia del duelo y de su atención especializada

Desde la *perspectiva funcional* (Bonnano y Keltner, 1997) se considera que las emociones juegan un papel importante. En el duelo se produce un amplio rango de emociones desagradables como la tristeza, la rabia, menosprecio, hostilidad, miedo, culpa; así como agradables, tales como la satisfacción por el deber cumplido y orgullo. Desde esta perspectiva no sólo se hace hincapié en la expresión de las emociones negativas, sino también en la promoción de estados emocionales positivos, que ayuden a regular y minimizar las primeras. Es precisamente desde este modelo, donde encuadraremos el protocolo de intervención basado en mindfulness y duelo, ya que nuestro objetivo en el tratamiento del duelo será: por un lado promover la aceptación de las diferentes emociones negativas, y por otro, potenciar estados emocionales positivos a través de la meditación, contribuyendo así, a una mejor adaptación a la pérdida del ser querido.

### **1.2.2 El proceso del duelo: Modelos descriptivos.**

En la perspectiva de los *modelos descriptivos* se encuadrarían los autores que han defendido el proceso de duelo como una sucesión de fases y/o tareas (Barreto y Soler, 2008).

Existen varias formas de abordar el proceso del duelo: *como etapas, como fases o como tareas*. En el primer enfoque estaría las *etapas* del proceso de morir de la Doctora Elizabeth Kübler-Ross, que también se ha utilizado para explicar el proceso de duelo, y que ha recibido muchas críticas, puesto que no existe un avance lineal entre las etapas, y no todas las personas pasan por ellas. Esas etapas son: negación, ira/negociación, depresión y aceptación (Kübler-Ross, 2003).

El segundo enfoque se centraría en las *fases* por las que pasa el doliente. Siguiendo a Parkes (1972), son cuatro fases: insensibilidad, anhelo, desorganización, y conducta reorganizada. Existen otros autores que también defienden este modelo de fases, aunque modifican el nombre de las mismas. La crítica principal que ha recibido este modelo de fases, es que supone que el doliente ocupa un rol pasivo ante la pérdida.

Ante las críticas de los enfoques anteriores, aparece un tercer modelo que se centra en las *tareas* que una persona que ha sufrido una pérdida ha de desempeñar en el proceso de duelo, suponiendo un papel activo de los dolientes; es decir las personas pueden hacer algo activamente para mejorar. Es en este tercer enfoque en el que nos centraremos, precisamente por ese papel activo, que además enlaza muy bien con mindfulness, teniendo en cuenta que desde esta filosofía mindful, siempre se puede hacer algo para mejorar, además de que es la propia persona la que hace ese algo.

Hay dos autores importantes que defienden este último enfoque de tareas, que son Worden y Neimeyer. Existen algunas pequeñas diferencias en las tareas que nombran uno y otro, pero también existen similitudes. Para poder hacer el proceso de comparación entre ambos, se incluye a continuación un cuadro resumen de las tareas, que posteriormente se comentarán, así como los mediadores del proceso de duelo que tiene en cuenta Worden (*ver Tabla 1*).

Tabla 1:  
**Enfoque basado en las tareas del duelo**

	WORDEN (2004, 2013)	NEIMEYER (2007, 2012)
<b>TAREAS</b>	I. Aceptar la realidad II. Trabajar las emociones y experimentar el dolor III. Adaptarse al entorno sin el ser querido (adaptaciones externas, internas y espirituales) IV. Recolocar y recordar al ser querido	I. Reconocer la realidad de la pérdida II. Abrirse al dolor III. Revisar nuestro mundo de significados IV. Reconstruir la relación con lo que se ha perdido V. Reinventarnos a nosotros mismos.
<b>MEDIADORES</b>	1. La persona fallecida 2. Naturaleza del apego 3. Circunstancias de la muerte 4. Mediadores relacionados con la personalidad 5. Mediadores relacionados con el historial 6. Mediadores sociales 7. Cambios concurrentes	

Las tareas señaladas por Neimeyer pueden entenderse como una reformulación de las de Worden, teniendo en cuenta que el primero lo hace desde una perspectiva constructivista, dándole mayor importancia a la construcción de significados que realizan las personas de forma activa en el proceso del duelo. Aún así las dos primeras tareas versarían fundamentalmente sobre lo mismo. La cuarta tarea de Worden (*Recolocar y recordar al ser querido*) Neimeyer la desglosa en dos (*reconstruir la relación con el ser querido que hemos perdido, y reinventarnos a nosotros mismos tras la pérdida*). Aparentemente la tarea III es la que muestra mayores diferencias, puesto que Worden la define como la adaptación del superviviente a un mundo sin el ser querido a todos los niveles, y Neimeyer la define como la revisión de nuestro mundo de significados. Desde nuestro punto de vista, ambas tareas se

complementan y se nutren mutuamente, dado que para adaptarnos a la pérdida tanto a nivel externo, como interno, como espiritualmente, tenemos que revisar nuestro mundo de significados.

A continuación se describirán brevemente cada una de las tareas, tanto de un autor como el otro, para que puedan observarse con más claridad los matices que las diferencian.

***Tarea I Worden: Aceptar la realidad***

La primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida.

***Tarea I Neimeyer: Reconocer la realidad de la pérdida***

El reconocimiento de la realidad de la pérdida nos obliga a aprender la lección de la pérdida a un nivel intensamente emocional, pero tiene una segunda dimensión, puesto que no sufrimos la pérdida sólo como individuos, sino también como miembros de sistemas familiares. Por ello es conveniente comentar la pérdida con los niños, los enfermos y los ancianos. El funeral supone poder empezar con ésta primera tarea, a través del inicio de la despedida del ser querido fallecido. Además las conversaciones que se tienen con los familiares supervivientes animan a la consolidación y a la puesta en común de recuerdos e historias sobre el desaparecido, al mismo tiempo que fortalece los vínculos entre los supervivientes.

### ***Tarea II Worden: Trabajar las emociones y experimentar el dolor***

La palabra alemana *Schmerz* recoge con mayor claridad la definición de dolor en el doliente, teniendo en cuenta que es tanto físico, como emocional y conductual. Es necesario reconocer y trabajar este dolor, puesto que si no se hace se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de conducta disfuncional. Parkes señala: "Sí, es necesario que la persona elabore el dolor emocional para realizar el trabajo del duelo, y cualquier cosa que permita evitar o suprimir de forma continua ese dolor es probable que prolongue el curso del duelo" (Parkes, 1972, p.173).

### ***Tarea II Neimeyer: Abrirse al dolor***

Es necesario identificar los matices de los sentimientos que aparecen, para elaborarlos y poner orden en ellos, ya sea en momentos de reflexión y contemplación privada o en momentos compartidos de conversación. Según Neimeyer "Si desarrollamos la conciencia que tenemos de nuestras emociones, podremos superar los restantes desafíos que plantea la elaboración del duelo con un sentido claro de dirección, cultivando nuestra madurez y profundidad personal al hacerlo" (Neimeyer, 2012, p.77).

### ***Tarea III Worden: 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. Estas áreas son: 1) *adaptaciones externas*, es decir, cómo influye la muerte en la actuación cotidiana de la persona. Qué roles ha de desempeñar que antes no realizaba porque su ser querido vivía; 2) *adaptaciones internas*, es decir cómo influye la muerte en la imagen que tiene la persona de sí misma, cómo influye la muerte en su amor propio, en su eficacia persona, en su identidad; 3) *adaptaciones espirituales*, es decir, cómo influye la muerte en las creencias, los valores, y los supuestos sobre el mundo. Existen tres supuestos que la muerte

suele tambalear: 1) que el mundo es un lugar benévolo; 2) que el mundo tiene sentido; 3) que la persona misma es importante.

### ***Tarea III Neimeyer: Revisar nuestro mundo de significados***

La experiencia de la pérdida de un ser querido, además de quitarnos a ese ser nos mina nuestras creencias y presuposiciones que formaban la base sólida de nuestra existencia. Hacemos una revisión de esas creencias y supuestos, de forma que algunos que quedan obsoletos se van a la basura, y por otro lado aparecen nuevas creencias, nuevos valores e incluso nuevas conductas. Según Neimeyer se produce una reconstrucción de la visión del mundo: "Si incorporamos la realidad de los acontecimientos traumáticos a nuestro mundo revisado de creencias y les damos un significado personal, dejaremos que la tragedia nos transforme, haciéndonos más tristes, pero más sabios" (Neimeyer,2007, p.81).

### ***Tarea IV Worden: Recolocar y recordar al ser querido y seguir viviendo***

Se sabe que las personas no se desvinculan de los difuntos sino que encuentran maneras de desarrollar unos "Vínculos continuos" con ellos (Klass, Silverman y Nickman, 1996). Esta cuarta tarea consiste en encontrar un lugar para el fallecido que permita a la persona superviviente estar vinculada con él, pero de un modo que no le impida seguir viviendo. En esta etapa el objetivo consiste en que el superviviente sea capaz de seguir amando y creando nuevos lazos afectivos, sin necesidad de que esto suponga olvidar al ser querido fallecido.

### ***Tarea IV Neimeyer: Reconstruir la relación con lo que se ha perdido***

La muerte transforma las relaciones con los difuntos, en vez de ponerles fin. No es necesario distanciarse de los recuerdos del ser querido, sino aprender a relacionarse con él de una forma distinta, simbólica.



***Tarea V Neimeyer: Reinventarnos a nosotros mismos***

Una parte de nosotros muere cuando perdemos a un ser querido, por lo que nos guste o no nunca volveremos a ser nuestro antiguo yo después de una pérdida importante, aunque con mucho esfuerzo podemos construir un yo diferente, estableciendo una continuidad con el anterior. Por eso Neimeyer señala la necesidad de reinventarnos que está relacionada con la revisión de nuestro mundo de significados (Tarea III) como puede observarse en esta cita:

Al revisar la filosofía que orienta nuestra vida, también nos revisamos a nosotros mismos, abriendo posibilidades que antes parecían cerradas, desarrollando habilidades e intereses que habían permanecido dormidas en nuestro interior o cultivando relaciones que habíamos abandonado o no habíamos explorado. (Neimeyer, 2007, p. 81).

Como se ha comentado anteriormente, Neimeyer explica las diferentes tareas desde el constructivismo, que es una epistemología reciente de la práctica clínica que ve a las personas como constructores empedernidos de significados, que se esfuerzan por puntuar, organizar y anticipar su relación con el mundo, construyéndolo en base a unas características culturales, familiares y de personalidad. Un significado puede ser válido en una cultura, en cambio inválido en otra; de alguna forma existe una interacción entre el individuo y el ambiente en esa creación de significados.

En lo referente al Duelo, Neimeyer (2012) enumera seis proposiciones que nacen de este modelo constructivista:

1. La muerte como acontecimiento puede validar o invalidar las construcciones que orientan nuestras vidas o puede constituir una nueva experiencia a la que no podamos aplicar ninguna de nuestras construcciones.
2. El duelo es un proceso personal caracterizado por la idiosincrasia, intimidad e inextricabilidad de nuestra identidad.
3. El duelo es algo que nosotros mismos hacemos, no algo que se nos da hecho.
4. El duelo nos da la oportunidad de reafirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida.
5. Cada sentimiento cumple una función y debe entenderse como un indicador de los resultados de los esfuerzos que hacemos para elaborar nuestro mundo de significados tras el cuestionamiento de nuestras construcciones.
6. Construimos y reconstruimos nuestras identidades como supervivientes a la pérdida negociando con los demás.

Como hemos señalado en la *Figura 3*, Worden además de las tareas que un doliente ha de ir resolviendo de forma activa, enumera unos mediadores que influyen en el proceso. Estos se van a comentar brevemente a continuación:

***Mediador 1. Quién y cómo era la persona.***

El tipo de parentesco va a influir mucho en el proceso de elaboración del duelo, ya que no es lo mismo que fallezca un hijo, una madre, que un primo lejano. Por un abuelo que fallece por causas naturales se elaborará un duelo diferente a una madre que pierde a un hijo. Además influirá por supuesto el tipo de relación que se mantenía con el fallecido.

### ***Mediador 2. La naturaleza del apego***

Influirá la fuerza del apego, cuán estable e intenso es el vínculo, así como la seguridad del apego, es decir cómo de necesario era el fallecido para la sensación de bienestar del superviviente, y la ambivalencia en la relación. Ésta última es importante ya que el hecho de amar y odiar al mismo tiempo a la persona que ha fallecido, genera mayor nivel de culpa, así como mucha rabia porque el fallecido ha dejado solo al superviviente. De alguna forma esa ambivalencia podría ser un predictor de un duelo complicado, por lo que será conveniente tenerlo en cuenta como factor de riesgo para hacer un abordaje terapéutico adecuado.

### ***Mediador 3. Forma de morir***

No es lo mismo morir de forma natural, que accidental, por un suicidio, o por un homicidio. Además es importante tener en cuenta que influirá también si se trata de una muerte imprevista o esperada, si es una muerte violenta, si existen pérdidas múltiples, si se trata de muertes evitables, muertes estigmatizadas (como por ejemplo muertes por sida), o muertes ambiguas donde los supervivientes no han podido ver los cuerpos de los difuntos. Evidentemente las necesidades de los supervivientes variarán en función de estas diferentes formas de morir. Por ejemplo si se trata de una muerte evitable, se despertará un sentimiento de culpa que se tendría que trabajar en mayor profundidad en la tarea II.

### ***Mediador 4. Antecedentes históricos.***

Se tendrá en cuenta la historia de pérdidas anteriores y cómo se elaboraron dichos duelos, puesto que influyen de alguna forma en el proceso de duelo actual.

### ***Mediador 5. Variables de personalidad***

Influye la edad y el sexo del doliente, el estilo de afrontamiento, el estilo de apego, el estilo cognitivo, la fuerza personal (autoestima y eficacia), y el mundo de supuestos o creencias. Por ejemplo las estrategias activas de afrontamiento son más eficaces que las pasivas (Worden,1996); el apego saludable produce pena, pero el apego poco saludable produce ira y culpa cuando la persona fallece (Winnicott, 1957); las personas optimistas afrontan mejor el duelo que las pesimistas; las viudas con una impresión más fuerte de eficacia personal tienen más sensación de bienestar emocional y espiritual, además de encontrarse en mejor forma física (Worden, 2004); y ciertos supuestos protegen, como la creencia de que uno estará unido con el difunto para toda la eternidad (Smith, Range y Ulmer,1991), mientras que el no encontrar un sentido a la muerte de un ser querido, porque se tambalea todo el mundo de significados, de forma que ya no se ve el mundo como un sitio predecible, y se empieza a dudar del lugar de Dios en el mundo, dando lugar a una crisis de Fe, puede provocar dificultades en la Tarea III (*Adaptarse al entorno sin el ser querido*), sobre todo en las adaptaciones espirituales.

### ***Mediador 6. Variables sociales.***

Se tendrá en cuenta la disponibilidad de apoyo, además de que éste sea satisfactorio o no, así como el desempeño de roles sociales y los recursos religiosos y expectativas éticas. De hecho, las personas que perciben apoyo, que además es satisfactorio y que desempeñan más roles sociales, se adaptarán mejor al proceso de duelo.

### ***Mediador 7. Tensiones actuales***

Cuando además de la pérdida la familia está sometida a otros cambios, esto puede acumular tensiones y por tanto hacer más difícil el proceso de duelo.

### 1.2.3 Modelo Integrativo- Relacional y las "6 R"

Tras considerar los modelos de etapas, fases y tareas explicados anteriormente, podemos señalar la existencia de otros modelos que integran las fases y las tareas . Vamos a presentar a continuación algunos elementos importantes en este sentido.

El *modelo Integrativo-relacional* de Payás (2010) supone una integración de los modelos de fases y de tareas. La autora defiende que existen diferentes fases y que en cada una de ellas se llevan a cabo tareas distintas. De ahí la importancia de no mezclar en el trabajo terapéutico personas que se encuentren en diferentes momentos, con necesidades distintas, y por tanto con tareas a desempeñar muy diferentes. Las fases son: *choque; evitación-negación; conexión-integración y crecimiento-transformación.*

Se trata de un modelo dónde se defiende el papel activo del doliente a través de las tareas importantes a desempeñar para avanzar en el proceso del duelo. Según el modelo los dolientes pasan por fases iniciales donde existen manifestaciones somáticas características del trauma (fase de choque) o una gran variedad de emociones como la rabia y la culpa, que tienen el papel de evitar el dolor de la pena, así como estrategias de afrontamiento dirigidas a desconectar del dolor (fase de negación/evitación). Tras esas fases iniciales los dolientes avanzan hacia fases más avanzadas donde éstos ya son capaces de conectar con el dolor de la pérdida para elaborarlo, a través de tareas donde se trabaja el perdón, la gratitud, la expresión de amor al familiar fallecido, encontrándose en la fase de conexión-integración, para avanzar a la fase de transformación-crecimiento. Según la autora, para llegar a esa última fase, que tiene que ver con el crecimiento postraumático, es necesario haber hecho un trabajo de conexión-integración del dolor. Es por ello que actuar con intervenciones terapéuticas dirigidas a ese cometido será enormemente útil. Según la autora, "el precio por no sentir el

dolor del duelo es también cerrarse a la posibilidad de experimentar los cambios necesarios para poder volver a vivir la vida con plenitud" (Payás, 2010, p.110). De ahí la importancia de hacer ese trabajo de conexión con el dolor.

Según Payás (2010) todas las personas que sufren la pérdida de un ser querido u otras formas de sufrimiento, hacen que las personas empleen ciertos mecanismos de defensa frente al dolor, u estrategias de afrontamiento ante el mismo. Las personas tratamos de “meter el dolor en un cajoncito para que no nos duela. La llave que cierra ese baúl, es la misma llave que lo abre”. Con lo cual, es importante indagar en las estrategias de afrontamiento empleadas por la persona, para poder así acercarnos a las tareas del duelo que es recomendable que desempeñe esa persona para la elaboración del dolor de la pérdida. Es decir nuestro objetivo no será eliminar esas estrategias de afrontamiento, sino indagar para ver qué tareas encierran y así poderlas desempeñar. Muchos autores se empeñan en eliminar aquellas estrategias de afrontamiento que desde el punto de vista teórico son desadaptativas.

Pero en realidad todas las estrategias de afrontamiento son independientes de su resultado, y es necesario ser capaces de mirar más allá para tomar conciencia de qué esconde esa estrategia. Esa estrategia empleada ¿Ayuda a conectar o a desconectar del dolor?. De hecho una misma estrategia de afrontamiento nos puede estar sirviendo en una persona para conectar, en cambio en otra persona para evitar el dolor. De alguna manera las personas emplean las estrategias de afrontamiento por alguna razón, de ahí la importancia de no quererlas eliminar de forma radical, tratándolas como sintomatología adversa. Por el contrario es importante investigar qué hay detrás de la estrategia de afrontamiento, qué necesidad está cubriendo. De esta manera llegamos ineludiblemente a la tarea de duelo. Es así como las

estrategias de afrontamiento son la llave que nos ayuda a “abrir el cajón” para poder hacer el trabajo de conexión e integración. No las pretendemos por tanto eliminar, sino explorar.

Siguiendo este modelo nuestra labor como terapeutas es ayudar a los dolientes a avanzar en las fases del duelo, a través de un acompañamiento creativo, sin querer ir más rápido que ellos, a través de la empatía, sintonía, indagación y validación, como métodos terapéuticos. Para ello se necesita la presencia del terapeuta, es decir que esté centrado en el presente a través de una escucha activa, incondicional, sin juicios.

Se trata de un modelo muy completo, que propone un marco conceptual para saber cómo manejarnos en el acompañamiento en el duelo, sin suponer fases rígidas y lineales. En realidad ella contempla esas fases como un mapa a tener en cuenta, pero no es el territorio. Todas las personas no van a pasar por todas esas fases, por lo que a los profesionales nos van a servir de guía para poder encauzar adecuadamente la intervención, pero nunca tratando de encorsetar a las personas en esas fases.

En este modelo es muy importante la parte relacional, teniendo en cuenta la teoría de la vinculación de Bowlby, como señala la autora en esta cita "La pérdida de la relación debe sanarse en el contacto que proporciona la relación con los otros; sin ese otro sanar no es posible" (Payás, 2010, p.26). De ahí que la relación con el terapeuta en sí ya sea un promotor de cambio en el doliente.

Para llegar a crear el modelo la autora hizo una revisión exhaustiva de los modelos existentes y crea un modelo integrativo de gran interés, donde también emplea las nociones del mindfulness como herramienta terapéutica. La diferencia con el modelo que nosotros

presentaremos en este trabajo, es que para nosotros mindfulness será el modelo en sí, no una herramienta de trabajo más.

Alba Payás hizo una revisión de los modelos conceptuales sobre la relación y el desarrollo, los modelos conceptuales sobre el trauma y los modelos específicos del duelo (modelo dinámico de fases y tareas, modelo del procesamiento dual del afrontamiento y crecimiento postraumático). A continuación se hará una exposición sintetizada de cada uno de los modelos que la autora revisa para llegar a crear el suyo propio, aunque sólo se expondrán aquellos modelos que no han sido comentados a lo largo del marco teórico hasta el momento (ya que los modelos dinámicos de fases y tareas y los modelos conceptuales sobre la relación y el desarrollo ya han sido comentados).

### **Modelos conceptuales sobre el trauma**

Horowitz (1997) ha establecido el paralelismo entre el síndrome de estrés postraumático y la respuesta ante situaciones de duelo, en especial en duelos patológicos. Muchas de las respuestas que los dolientes expresan, especialmente en el momento posterior a la muerte, son similares a las respuestas de estrés postraumático, aunque eso no significa que necesariamente tengan un duelo complicado: intrusiones de recuerdos; sueños que provocan malestar; disociación; sufrimiento psicológico ante la exposición a recuerdos u objetos relacionados con el fallecido, y conductas disruptivas como imposibilidad de conciliar el sueño, irritabilidad y dificultades de concentración (Payás, 2010).



Dentro de estos modelos se habla de los duelos desautorizados y del trauma acumulativo. Los primeros hacen referencia a aquellos duelos en los que los dolientes no son socialmente reconocidos y su dolor no puede ser públicamente expresado: a) cuando la relación no es reconocida (ej. Amante, ex-pareja); b) cuando la pérdida no es reconocida (ej. Muerte de un animal); c) cuando el doliente es excluido (niños, ancianos, personas con discapacidad mental); d) por las circunstancias particulares de la muerte (ej. Suicidio). En cuanto al trauma acumulativo hace referencia a que la ausencia de contacto, de apoyo en el momento del acontecimiento traumático y en el tiempo posterior, es en sí misma otra pérdida secundaria que provoca incluso más sufrimiento que el trauma de origen, que es la pérdida del ser querido. No es el trauma lo que destruye la psique humana, sino la ausencia de una relación durante el tiempo en que ocurre un acontecimiento traumático o inmediatamente después (Erskine, 1999)

### **Modelo del procesamiento dual del afrontamiento**

El modelo de procesamiento dual de afrontamiento de duelo (PDA) creado por Margaret Stroebe y Henk Schut (1999), defiende que en el proceso de duelo se dan dos tipos de mecanismos de afrontamiento. Los *mecanismos orientados hacia la pérdida*, es decir hacia el proceso de elaboración de la muerte: expresar emociones, añorar, recordar, rumiar; y los *mecanismos orientados a la restauración*, que sirven para manejar los estresores que tiene lugar como consecuencia de la pérdida: asumir un cambio de identidad, aprender nuevos roles, reconstruir significados. La clave para la buena elaboración del duelo es la oscilación entre estos dos tipos de mecanismos o estilos; los dolientes que no muestran esta oscilación se adaptan menos a la pérdida. En realidad se combinan los estilos de afrontamiento activos orientados a la tarea, y los estilos pasivos, orientados a la emoción, con la progresiva evolución hacia la restauración.

Siguiendo a Stroebe y Schut (1999) cuando los mecanismos orientados a la pérdida (estrategias pasivas orientadas a la emoción) se cronifican da lugar al *duelo crónico*; cuando los mecanismos orientados a la restauración (estrategias activas orientadas a la tarea) se emplean de forma rígida sin las oscilaciones pertinentes da lugar al *duelo inhibido, pospuesto o ausente*; y cuando las oscilaciones no se hacen de forma natural, sino que aparecen fluctuaciones involuntarias entre intrusiones y evitaciones, aparece el *duelo por estrés postraumático*. Estos tres tipos de duelo ya se catalogan como duelo complicado y en realidad son una fijación en las estrategias de afrontamiento que en vez de ser flexibles son rígidas y fijadas en el tiempo.

### **Modelo del crecimiento postraumático**

Algunas personas afectadas por un acontecimiento traumático pueden, como consecuencia de su afrontamiento, experimentar cambios positivos en su vida. Hay factores de personalidad como el optimismo, la esperanza y la extraversión que pueden predecir dicho crecimiento. Éste se caracteriza por incluir cambios en uno mismo, en las relaciones interpersonales y en la filosofía o sentido de la vida. La vivencia de aprendizaje o crecimiento no anula el sufrimiento, sino que puede coexistir con él. Es decir que las personas pueden estar experimentando emociones difíciles y al mismo tiempo experimentar cambios positivos de crecimiento. De hecho sin las primeras, no es posible ese crecimiento (Park, 1998).

Tras esta breve revisión teórica se exponen las ideas principales acerca del modelo integrativo-relacional que propone la autora como psicoterapia de duelo. El modelo describe el duelo como un proceso dinámico en el que las distintas respuestas de afrontamiento a las que el doliente recurre para manejar el sufrimiento y adaptarse a la situación van emergiendo y disolviéndose, siendo sustituidas unas por otras, a medida que el proceso avanza. Van

surgiendo tareas/necesidades diferentes que requieren de afrontamientos distintos. Las tareas de duelo reflejan la forma concreta de atender y responder a esas necesidades en las diferentes fases. Las cuatro fases y sus características son las siguientes:

### ***Aturdimiento y choque***

Se caracteriza por reacciones como descreimiento, confusión, aturdimiento, disociación, etc., que sirven para alterar el input, reprimiendo, suprimiendo o mitigando el impacto de la realidad. Se oscila entre los mecanismos de evasión y aproximación, siendo esto normal. Es decir en ocasiones uno conecta con el dolor y lo expresa, y en otras la persona está como ausente, anonadada. La tarea principal de duelo en esta etapa es manejar los aspectos más traumáticos de la pérdida. Si el duelo se detiene y se fija en esta fase da lugar a un duelo complicado con denominación duelo TEPT.

### ***Evitación y negación***

Prevalen respuestas de evitación, por lo que la persona puede negar los hechos o minimizar la importancia de lo sucedido, o bien mantenerse activa para manejar la sintomatología, o sustituir la pérdida, o experimentar una culpa excesiva que se transforma en rumiaciones improductivas. La tarea principal en esta etapa es ir disolviendo progresivamente las estrategias protectoras de distorsión-evitación y aumentar progresivamente la tolerancia al dolor. Si se produce una fijación en esta fase da lugar a un duelo complicado denominado duelo ausente o evitativo, que se caracteriza por hiperactividad, conductas autodestructivas, adicciones, enfado desplazado, ideas obsesivas de venganza, etc.

### ***Conexión e integración***

En esta fase se ponen en marcha respuestas de afrontamiento orientadas a conectar con la realidad de la pérdida. Algunas respuestas de conexión son: conectar con el dolor, la tristeza o la culpa, hablar de la relación, adentrarse en el dolor, sentir la ausencia a través del recuerdo, aceptar la realidad de lo ocurrido mediante rumiaciones productivas, utilizar rituales de conexión, visitar los lugares asociados al ser querido, etc. La tarea adaptativa en esta fase es realizar el trabajo de duelo asociado a los aspectos relacionales de la pérdida. La detención o fijación en esta fase puede llevar al duelo complicado denominado duelo crónico.

### ***Crecimiento y transformación***

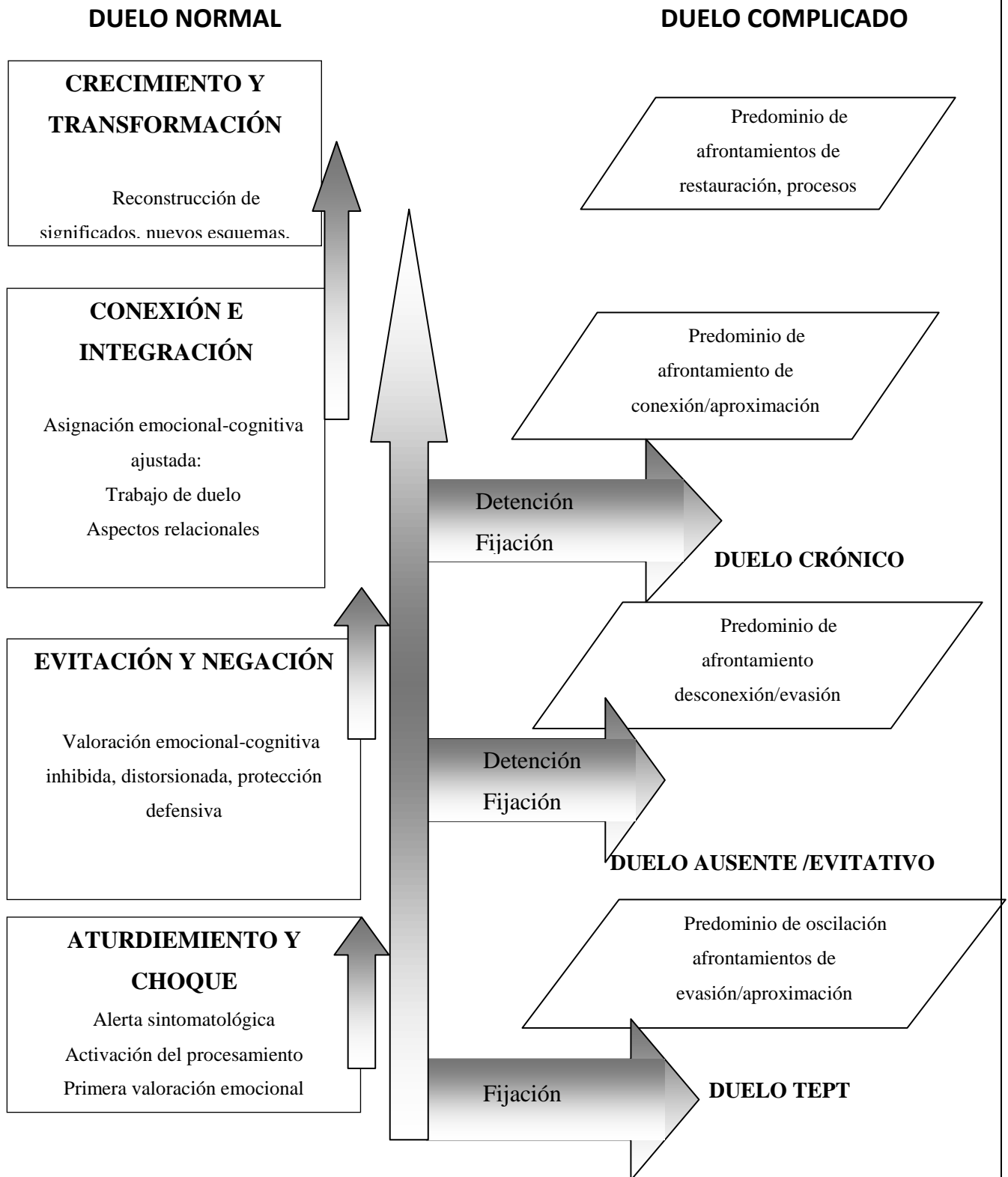
Se produce la reorganización del mundo interno con relación al ser querido perdido, con uno mismo y con el mundo en general. En un duelo elaborado, es necesario que las personas hayan ido más allá de su estado anterior y convertir esa experiencia en un crecimiento personal. La tarea principal de ésta etapa es sustituir creencias antiguas por nuevos esquemas mentales que incorporen todo el peso y la significación de la pérdida. El resultado final es un nuevo edificio o constructo multidimensional que incluye cambios en todas las facetas del ser humano dando paso al crecimiento postraumático.

Como puede observarse, la autora distingue entre fases iniciales (choque y evitación) y fases avanzadas (entrega al dolor y transformación). Los objetivos, contenidos y metodología de trabajo son muy diferentes en unas y otras, por lo que la autora considera necesario hacer una evaluación adecuada de la fase en la que se encuentran los dolientes y separarlos según se encuentren en fases iniciales o avanzadas. En las fases avanzadas existe un cambio significativo en la forma de expresar y vivir el duelo. En la fase de entrega al dolor, los mecanismos de evitación se han disuelto, y las circunstancias de la muerte dejan de ocupar un

primer plano (no hay tanta necesidad de descarga). En este momento el grupo se beneficia de sesiones más directivas dirigidas a facilitar el dolor real por la pérdida del ser querido (Payás, 2007).

Según la autora la exploración de la relación con el fallecido, y la resolución de asuntos pendientes como el perdón, o la gratitud, constituyen tareas propias de la entrega al dolor. Se recurre pues a técnicas terapéuticas más sofisticadas como la escritura creativa, el diálogo con el introyecto, la visualización y el uso de objetos de recuerdo entre otras. Es por ello que en nuestro protocolo, (como se verá en el punto 1.5 del trabajo) se han utilizado en las últimas sesiones meditaciones dónde se trabaja la comunicación con el ser querido a través de la visualización para hacer un trabajo de perdón y de agradecido recuerdo. De esta manera facilitamos esta conexión integración que podrá conducirnos al crecimiento-transformación llegado el momento.

En la *Figura 3* que sigue a continuación aparecen las fases del duelo, así como las necesidades de los dolientes en cada una de las fases. Además aparecen las respuestas normales y patológicas en el proceso del duelo, distinguiendo entre el duelo normal y el complicado. Podemos observar como las fases que se presentan siguen un orden ascendente, desde el aturdimiento/choque al crecimiento/transformación. Pero como ya se ha señalado no son fases lineales estancas, por las que todo individuo ha de pasar ineludiblemente. Al principio es normal estar en una fase de aturdimiento caracterizada por una oscilación entre los afrontamientos de evasión-aproximación. Que no existan esas oscilaciones sería lo anormal. Si estas oscilaciones se fijan en el proceso de duelo, da lugar al duelo TEPT como ya ha quedado explicado anteriormente.



**Figura 3. Modelo de tareas/necesidades. Respuestas normales y patológicas .Nota Fuente.** Adaptado de Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo, psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo- relacional*. Barcelona: Paidós.

Habrán personas que pasen directamente a la fase de conexión/ integración como puede observarse en la *Figura 3* o personas que pasen a la fase de evitación/negación para luego pasar a la de conexión/integración. Eso dependerá de si el doliente emplea estrategias de desconexión o de conexión. Si emplea las primeras está en fase de evitación o negación y si emplea las segundas está en fase de conexión-integración. Cuando se produce una fijación en estas estrategias ocurrirá lo siguiente: si la fijación se produce en las estrategias de afrontamiento evitativas dará paso al duelo evitativo o ausente, y si la fijación se produce en las estrategias de conexión dará paso al duelo crónico.

Lo que puede observarse en la *Figura 3* es como para llegar a la fase de crecimiento/transformación, no podemos saltarnos bajo ningún pretexto la fase de conexión/integración. Es decir el doliente ha de aprender a tolerar cierto malestar o sufrimiento si quiere sanar el proceso de duelo. Cualquier significado de la experiencia desde un punto de vista cognitivo, sin haber pasado por el dolor que suscita la pérdida sería una estrategia de evitación, y por tanto no nos puede conducir al crecimiento.

Desde nuestro punto de vista personal, entendemos el modelo de fases, no como momentos temporales lineales y estancos por los que ha de pasar una persona ineludiblemente, sino como un modelo que nos proporciona un mapa conceptual que nos ayuda a entender a los dolientes según los afrontamientos que están empleando para sobrellevar el dolor de la pérdida en cada momento. De hecho creemos que una persona en un mismo día puede presentar estados de evitación/negación y estados de conexión/integración. Es necesario aprender a distinguir esos estados o fases, en vista de que la intervención es diferente en un caso y en otro. Nuestro objetivo con la terapia será que la persona disponga de las herramientas adecuadas para poder hacer esa conexión con el dolor y las emociones de una forma serena, para poder llegar al

crecimiento-transformación, ya que es la única vía para hacerlo, como ha quedado mostrado en la *Figura 3*.

Existe otro modelo que integra fases y tareas, además del modelo presentado anteriormente. Este otro es el modelo de las "6R" de Therese Rando (1988). Está formado por tres fases (*evitación, afrontamiento y acomodación*), y por seis tareas. En **la fase de evitación** la tarea esencial es *reconocer la pérdida* (aceptar y comprender la muerte). En **la fase de afrontamiento** existen tres tareas que son: *reaccionar a la separación* (experimentar el dolor, sentir, identificar, aceptar las reacciones psicológicas de la pérdida e identificar y hacer duelo de todas las pérdidas secundarias) ; *recordar y reexperimentar al ser querido y la relación que mantenían* (revisar y recordar de forma realista y revisar y reexperimentar los sentimientos) y *relegar/abandonar el antiguo apego al deudo y la forma de asumir el mundo anterior*. En **la fase de acomodación** las tareas son *reajustarse* para moverse de forma adaptativa en el nuevo mundo sin olvidar el antiguo (revisar los conceptos del mundo, desarrollar una nueva relación con el difunto, adaptar nuevas formas de estar en el mundo, formar una nueva identidad) y *reinvertir* (invertir la energía que estaba puesta en la relación, de otras formas que aporte nuevas gratificaciones).

Teniendo en cuenta este modelo de Rando, nuestro protocolo tendrá como objetivo trabajar la aceptación de la pérdida a través del desarrollo de la conciencia plena, teniendo en cuenta que aceptar y comprender la pérdida es la tarea esencial en la fase de evitación. También trabajaremos legitimando todas las emociones que los pacientes puedan experimentar, proporcionándoles un espacio de permiso para recordar, sentir, expresar emociones... (fase de afrontamiento) y por último proporcionaremos herramientas para que puedan llegar a la fase de acomodación (fomentar relación simbólica con el difunto, ritual de despedida, invertir la



energía en el presente). Todas esas tareas se realizarán a lo largo de la intervención grupal como podrá observarse en el apartado correspondiente.

## **1.2.4 Factores de riesgo, factores protectores e intervenciones psicológicas**

Una vez expuesto aquellos modelos explicativos y descriptivos más importantes del proceso del duelo, expondremos tres elementos esenciales a tener en cuenta. En primer lugar los *factores de riesgo* que pueden complicar el duelo; en segundo lugar los *factores protectores* que influyen positivamente en la elaboración del duelo y que es necesario promover; y por último las *intervenciones psicológicas* que según la literatura científica se consideran efectivas en el proceso de elaboración de la pérdida.

### **Factores de Riesgo**

Pasaremos a enumerar los principales *predictores del duelo complicado* que se tienen en cuenta en la literatura. Para ello presentamos, la síntesis recogida en Arranz et al. (2003) en la *Tabla 2*.

Tabla 2:

**Factores de riesgo**

---

<i>En relación con la persona doliente</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ La edad: Si es joven o anciana más riesgo.</li><li>➤ Afrontamiento pasivo en otras pérdidas o connotaciones depresivas, más riesgo.</li><li>➤ Enfermedad física o psíquica anterior, más riesgo.</li></ul>
<i>Características de la enfermedad o la muerte</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Se complica el proceso si es muerte repentina o suicidio</li><li>➤ Si la enfermedad dura mucho o muy poco, también es un riesgo añadido.</li><li>➤ Muerte incierta o no visualización de la pérdida, puesto que no vemos el cuerpo, dificulta el proceso.</li><li>➤ Enfermedad donde no hay un control de síntomas y el sufrimiento del familiar terminal es muy grande.</li></ul>
<i>Aspectos relacionales</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Falta de disponibilidad de apoyo familiar y social</li><li>➤ Bajo nivel de comunicación con familiares y amigos</li><li>➤ Poca posibilidad de expresar la pena o incapacidad para hacerlo</li></ul>
<i>Otros factores influyentes</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Duelos previos no resueltos</li><li>➤ Pérdidas múltiples</li><li>➤ Crisis concurrentes</li><li>➤ Obligaciones múltiples</li></ul>

---

## **Factores protectores**

Al igual que es necesario conocer los factores de riesgo para duelo complicado que se han enumerado con anterioridad, es importante tener en cuenta cuáles son *los factores protectores* para tratarlos de promover en la intervención terapéutica. En los estudios aparecen tres categorías de ellos: **estrategias de afrontamiento**, **protectores que se deducen a partir del estudio de factores de riesgo** y finalmente otros **factores destacados a partir de la experiencia clínica** (Barreto y Soler, 2008).

### **Estrategias de afrontamiento**

Como se ha visto en los modelos explicativos del duelo, desde la teoría del estrés, el duelo es un estresor, y para hacerle frente se requieren dos tipos de afrontamiento: el dirigido al problema y el centrado en la emoción. El primero será más útil en situaciones modificables, y el segundo en las que son irreversibles, donde es importante promover la aceptación.

La espiritualidad es una estrategia de afrontamiento que ha sido ampliamente documentada. Las creencias religiosas y espirituales, así como las conductas relacionadas, parecen facilitar el ajuste positivo a la pérdida de un ser querido.

Existen, no obstante, pocos datos a partir de los cuáles podamos extraer conclusiones definitivas. Es muy posible que los instrumentos diseñados para evaluar el afrontamiento en otros campos sean inadecuados para el ámbito del duelo, por sus características especiales.

### **Protectores extraídos a partir del estudio de factores de riesgo**

Muchos de los factores de riesgo pueden considerarse como protectores a la inversa, como por ejemplo el apoyo familiar, la ocupación laboral y la ausencia de problemas económicos. En el mismo sentido actuarían el sentimiento de utilidad, la ausencia de patologías previas, el conocimiento del pronóstico de la enfermedad ajustado a la realidad, etc.

Es importante señalar, sin embargo, que no podemos asumir sin más que la inversa de un factor de riesgo suponga necesariamente un protector, por tanto se necesita valorar empíricamente a través de investigaciones futuras.

### **Factores detectados en la experiencia clínica**

En este subapartado aparecen otras variables que se evidencian como protectores en otros ámbitos de la salud, y que son: la fluidez comunicativa, la percepción de autoeficacia, los sentimientos de utilidad en los cuidados del enfermo, la habilidad para la planificación y resolución de problemas, la flexibilidad mental, el autocuidado y la capacidad para encontrar un sentido a la experiencia.

## Intervenciones psicológicas

Worden hace una diferencia muy clara entre el *asesoramiento en duelo*, y *la terapia en duelo*. El primero sirve para acompañar a las personas durante su proceso de duelo normal, para que vayan desempeñando las diferentes tareas. En cambio la terapia en duelo se utiliza cuando estamos delante de un duelo complicado o duelo en riesgo.

En el *asesoramiento psicológico en el duelo*, se facilita el duelo no complicado o normal. El objetivo global del asesoramiento es ayudar al superviviente a completar cualquier cuestión no resuelta con el fallecido y ser capaz de decir un adiós final. Los objetivos específicos se refieren a las cuatro tareas de Worden:

1. Aumentar la realidad de la pérdida.
2. Ayudar a las personas a tratar tanto las emociones expresadas como las latentes.
3. Ayudarla a superar los diferentes obstáculos para reajustarse después de la pérdida.
4. Ayudarla a encontrar una nueva manera de recordar al fallecido, recolocándolo en sus recuerdos y sentirse cómodo/a volviendo otra vez a vivir su vida.

El asesoramiento en el duelo empieza, como muy pronto, alrededor de una semana después del funeral, puesto que antes todavía los supervivientes suelen estar en shock, aunque va a depender mucho de las circunstancias de la muerte y del papel y del contexto del asesoramiento. Este asesoramiento se puede hacer también en grupo, lo cual suele ser enriquecedor, siempre y cuando lo dirija un terapeuta experto.

Worden enumera diez principios que cualquier profesional ha de tener en cuenta en el asesoramiento del duelo no complicado, y son los siguientes:

1. Ayudar al superviviente a hacer real la pérdida
2. Ayudar al superviviente a identificar y experimentar sus sentimientos
3. Ayudar a vivir sin el fallecido
4. Ayudar a encontrar significado en la pérdida
5. Facilitar la recolocación emocional del fallecido
6. Dar tiempo para elaborar el duelo
7. Interpretar la conducta normal, es decir normalizar
8. Permitir las diferencias individuales
9. Examinar defensas y estilos de afrontamiento
10. Identificar patologías y derivar

Según Worden (2013) existen diferentes tipos de duelo complicado, en los cuales directamente está indicada la terapia preferiblemente individualizada, aunque también se puede llevar a cabo en formato grupal. Son los siguientes:

- **Duelo crónico**: Se expresa la pena con la misma intensidad durante un largo periodo de tiempo.
- **Duelo retrasado**: No se expresa en absoluto la pena, y después de un tiempo, ante una situación diferente u otra pérdida aparece el dolor por esa pérdida que fue reprimida.
- **Duelo exagerado**: Se trata de respuestas exageradas donde aparece desbordamiento y conductas desadaptativas. Ejemplos claros son la clínica depresiva y de ansiedad.
- **Duelo enmascarado**: Suele aparecer sintomatología física, conductas desadaptativas o clínica psicopatológica significativa que el doliente no reconoce asociadas a la pérdida.

Algunos ejemplos pueden ser los problemas psicosomáticos, de ansiedad o la conducta delictiva en adolescentes.

En la *terapia de duelo*, el objetivo es identificar y resolver los conflictos de separación que obstaculizan la realización de las tareas en personas con un duelo crónico, retrasado, excesivo o enmascarado por síntomas físicos (Worden, 2013).

Siguiendo a Barreto, De la Torre y Pérez-Marín (2013), el duelo que no sigue el curso esperado se le denomina *duelo complicado (DC), patológico o crónico*. Éste interfiere en el funcionamiento general de la persona complicando su salud, por lo que en estos casos la psicoterapia se hace imprescindible.

Podemos señalar que un duelo es complicado cuando se cumplen los criterios diagnósticos del “Trastorno por Duelo Prolongado” de Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski (2008) incluidos en el **DSM 5**, que son los siguientes:

**Criterio A:** Presentar a diario, al menos uno de los siguientes síntomas:

1. Pensamientos intrusivos -que entran en la mente sin control- acerca del fallecido.
2. “Punzadas” de dolor incontrolable por la separación.
3. Añorar -recordar su ausencia con una enorme profunda tristeza- intensamente al fallecido.

**Criterio B:** Presentar al menos 5 de los 9 síntomas siguientes:

1. Estar confuso acerca de cuál es el papel de uno en la vida, o sentir que ha muerto una parte de sí mismo.
2. Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
3. Tratar de evitar todo lo que le recuerde que su ser querido ha muerto

4. Sentirse incapaz de confiar en los demás desde el fallecimiento
5. Estar amargado o enfadado en relación con el fallecimiento.
6. Sentirse mal por seguir adelante con su vida (ej. Hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas)
7. Sentirse frío o insensible –emocionalmente plano- desde el fallecimiento.
8. Sentirse frustrado en la vida, que sin el fallecido su vida está vacía y no tiene sentido
9. Sentirse como “atontado”, aturdido o conmocionado.

**Criterio C:** La duración de estos síntomas es de al menos 6 meses.

**Criterio D:** Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

Según Worden (2013), no hay recetas ni instrucciones para hacer una buena terapia de duelo, pero hacer una lista de procedimientos terapéuticos puede ayudar a recordarlos.

Algunos de los principios a tener en cuenta en la terapia de duelo son:

- Descartar enfermedades físicas.
- Acordar el contrato y firmar una alianza.
- Revivir recuerdos del fallecido.
- Evaluar qué tareas del duelo plantean problemas al doliente.
- Afrontar las emociones que suscitan los recuerdos o la ausencia de los mismos.
- Explorar y desactivar los objetos de vinculación
- Ayudar al doliente a aceptar que la pérdida es definitiva
- Evaluar las relaciones sociales del doliente y ayudar a mejorarlas.



Según Arranz et al. (2003), no siempre está indicado realizar intervenciones en el proceso de duelo, de hecho las investigaciones señalan que no está demostrado que las intervenciones con objetivos de prevención primaria sean siempre beneficiosas y que incluso a veces pueden ser perjudiciales para el doliente. Por ello solo actuaremos si se cumplen alguno de éstos supuestos:

- Que explícitamente se solicite dicha ayuda
- Que sean personas que presenten factores de riesgo antes del fallecimiento del ser querido, por lo que habrá que hacer una valoración previa.
- Que el tipo de muerte o sus circunstancias impliquen en sí mismas mayor riesgo de complicaciones en el duelo.
- Que se trate de personas especialmente vulnerables como niños, ancianos o personas carentes de apoyo social.
- Que ya se haya diagnosticado duelo complicado, por lo que se requiera una terapia, no un asesoramiento.

Siguiendo a Barreto y Soler (2008) algunas técnicas de intervención psicológica en el ámbito del duelo serían las que vamos a enumerar a continuación.

- **Condicionamiento clásico y operante:** Incrementar satisfactores para compensar emociones desagradables, reforzamiento para desarrollar nuevos repertorios conductuales, control de estímulos, desensibilización sistemática, técnicas de exposición, etc.
- **Reestructuración cognitiva y ensayos conductuales:** Pretenden ayudar a reconstruir la representación del yo, de los otros y del mundo tras la pérdida y reestructurar los pensamientos con el objetivo de promover un autoconcepto saludable. Los ensayos conductuales pretenden poner a prueba las predicciones e

interpretaciones mediante tareas diseñadas para ese fin. Se pretende llegar a la reconstrucción del significado de la pérdida para que los dolientes puedan conectar con tres asunciones básicas: "El mundo es un lugar benevolente", "el mundo tiene sentido" y "el yo es digno".

- **Autocontrol:** Se trata de desarrollar en los dolientes las habilidades de autoobservación, establecimiento de objetivos, búsqueda de los medios para el logro de los mismos, capacidad de discriminar si la conducta se ajusta o no a ellos y programar consecuencias gratificantes para aplicarlas ante los logros. Se trata de empoderar al paciente y de dotarlo de cierto control sobre su vida pese a la pérdida del ser querido.
- **Constructivismo:** El duelo se entiende como un proceso de reconstrucción de significados. Este enfoque le da mucho valor a la espiritualidad, la cultura, el género y la interrelación entre ellos. Se integran tareas para casa con ejercicios que consisten en biografías, caracterizaciones de la pérdida, cartas que no se envían, diarios, dibujos e imágenes, epitafios, galería de fotografías, historias e imágenes metafóricas, huella vital, lectura reflexiva, objetos de vinculación, peregrinación personal, poesías y rituales (Neimeyer, 2013).
- **Resolución de problemas:** Dada la vulnerabilidad de los dolientes, a través de una metodología sistemática se pretende entrenar a las personas mediante pautas estructuradas para ordenar las ideas, generar alternativas y tomar decisiones.
- **Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad:** El apoyo social es uno de los factores protectores en el duelo, por lo que es necesario cultivar en los dolientes habilidades de comunicación con los otros y facilitarles la expresión emocional que tenga en cuenta sus necesidades y la de los demás. Poder expresar amor, agrado y afecto; defender los propios derechos; pedir favores;

rechazar peticiones; expresión de opiniones aunque muestren desacuerdo y petición de cambios en la conducta del otro, son conductas que favorecen una adaptación positiva durante el proceso de duelo.

- **Rituales de despedida terapéuticos:** El terapeuta trabaja en tres fases. La primera es preparatoria y se le explica al doliente cómo puede ayudarle el ritual de despedida en el proceso de duelo. En la segunda fase, el doliente ha de reorganizar su vida con tareas para casa y, en la tercera fase, se lleva a cabo el ritual propiamente dicho teniendo en cuenta su marco cultural. Se trata de una despedida y al mismo tiempo de un mantenimiento del vínculo simbólico. Este mantenimiento se logra considerando al fallecido como parte valiosa de la biografía personal del superviviente, incorporando virtudes en el propio estilo de vida personal, utilizarle como modelo o guía moral, retomar su forma de revisar los problemas, y hablar con o de él/ella.
- **Otras estrategias útiles:** *Visualizaciones* para evocar estados de tranquilidad, imágenes de dominio, imágenes idealizadas cuando los dolientes no son capaces de pensar en sus objetivos a largo plazo; *autoinstrucciones positivas* que promuevan mensajes de esperanza y que supongan un refuerzo continuo; *juegos de rol* que ayuden a representar escenas que el doliente hubiera querido desarrollar con el fallecido; *parada del pensamiento*, principalmente cuando aparecen creencias parásitas o rumiaciones y *ventilación emocional*.

Es este apartado del marco teórico hemos explorado los factores que pueden complicar el duelo, así como los factores protectores. Es de vital importancia intervenir en el caso de que existan factores de riesgo que compliquen el duelo, teniendo en cuenta las repercusiones que tiene en la salud.

## **1.2.5 Tarea II. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.**

Según Worden (2013), muchos clientes van a verlo porque quieren una píldora mágica que les alivie el dolor de la pérdida, y en cambio él señala que nuestra labor como terapeutas es enseñarles a trabajarlo y aceptarlo. En esto mindfulness, desde nuestro punto de vista, es la herramienta ideal para este cometido, a través de la regulación emocional como se verá más adelante (ver apartado 1.3). Las emociones no debemos negarlas, ni suprimirlas, ni olvidarlas, ni no atenderlas, tampoco podemos controlarlas, pero sí regularlas. La diferencia entre control y regulación es importante. Teniendo en cuenta que las emociones son manifestaciones inherentes al ser humano y también a los animales, y que contienen información que nos ayudan a adaptarnos al medio, su control no ha de ser nuestro objetivo, sino su regulación.

Puede observarse un ejemplo claro de la naturaleza que nos ayudará a diferenciar el control de la regulación. No podemos controlar que llueva o no, lloverá independientemente de lo que hagamos, en cambio, sí que podemos aprender a regular nuestra conducta para no mojarnos, es decir podemos coger un paraguas, o no salir a la calle cuando llueve. Lo mismo sucede con las emociones, no podemos controlar su aparición, pero sí podemos regularlas y gestionarlas, para posteriormente hacer un proceso más profundo de introspección que nos permita aprender de ellas, para verlas como amigas, no como enemigos que hemos de fulminar.

En esta regulación emocional según Worden (2013), tendremos que trabajar tanto con el enfado, la culpa, la ansiedad, la impotencia, la tristeza, el sentimiento de soledad, de alivio tras la muerte de un ser querido, la fatiga, el anhelo, y la insensibilidad, como con la ausencia de emociones y de sensaciones, lo cual constituiría un bloqueo. Éste último sería una

negación del dolor, un cortocircuito en la tarea II. Como señala Bowlby “Antes o después, aquellos que evitan todo duelo consciente sufren un colapso, habitualmente con alguna forma de depresión” (Bowlby, 1980, p.158). De ahí la importancia de permitir la expresión del dolor para su posible elaboración.

Para Payás (2010): "Emocionarse es recordar. Las experiencias sin significación emocional van a ser elaboradas exclusivamente de forma cognitiva y por eso su impacto en la memoria es mucho menor" (p.99). Según la autora, teniendo en cuenta todas las teorías psicobiológicas del proceso emocional, las emociones nos ayudan a mejorar la productividad del procesamiento neurológico integrando elementos que de otra manera no sería posible.

Cuando tenemos emociones tenemos acceso a la memoria implícita que se encuentra en la amígdala. A su vez, esta memoria implícita activa el hipocampo dándole espacio y temporalidad a eso que ha rescatado en un principio la amígdala. Posteriormente, se activa el córtex prefrontal encargado de la ejecución, modulando nuestras acciones con conciencia. Es decir, por un lado, está ese “atajo emocional” que es la amígdala que se activa de forma inconsciente, lo cual explicaría como una persona al pasar por un lugar donde tuvo una experiencia positiva o negativa hace que afloren sensaciones, emociones que experimentó en el pasado sin que la conciencia esté interviniendo. Esa activación de la amígdala permite activar luego el hipocampo y entonces comienzan a recordarse todos los aspectos de lo sucedido de forma clara y concreta. Esto ya sería “la carretera sin atajos”.

Todo esto sucede de forma natural cuando la intensidad de la emoción está dentro de la ventana de tolerancia, es decir cuando tiene una intensidad intermedia. En cambio, si la intensidad cae fuera del intervalo de tolerancia (por exceso o por defecto), no se activará el hipocampo. Esto explicaría que en casos de experiencias traumáticas donde la intensidad de la

emoción es muy alta, no se active el hipocampo y el córtex prefrontal, de forma que la amígdala al tener vida propia sin estar gestionada por sus “hermanas mayores” da lugar a la fragmentación en forma de imágenes recurrentes sin estar debidamente integradas, totalmente descontextualizadas.

Según la autora las emociones son adaptativas, actúan como señales y son procesos integrados que incluyen un conjunto de reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales que contribuyen a la toma de decisiones más ajustadas. Además desempeñan un papel esencial en la construcción de nuevos significados y en la transformación de la identidad, pues el acceso a la memoria que se produce gracias a las emociones permite la reorganización constante del material interno de esquemas y valores (Payás, 2010).

Las emociones son adaptativas y necesarias para poder hacer posteriormente un trabajo más cognitivo de significación, aunque en ocasiones se convierten en fijaciones y defensas que necesitan ser disueltas para que el proceso de duelo sea saludable. De alguna forma, el trabajo terapéutico dirigido a la emoción nos permitirá: por un lado, prevenir esas fijaciones que conducirían a un duelo complicado o disolver las fijaciones cuando ya existen; y, por otro lado hacer ese trabajo de conexión-integración necesario para que la persona pueda avanzar a esa última fase de crecimiento-transformación. En el protocolo se explicará con detalle cómo se trabajarán las diferentes emociones y sentimientos, tanto de forma genérica, como de forma específica.

### **1.2.5.1 Tarea II: La culpa como predictora de duelos complicados**

Sabemos que se hace duelo por lo que hemos perdido, siempre y cuando lo que hemos perdido tenga valor para nosotros. Se puede suponer que cuando perdemos algo que es valioso para nosotros, el afecto principal es un profundo dolor, que se manifiesta como desazón, pérdida de productividad, incapacidad de amar, retirada del mundo externo, etc. En cambio, además de ese dolor, también tras la pérdida de un ser querido suele aparecer el sentimiento de culpa, que se manifiesta como una gran angustia, acompañada de autorreproches y un juicio severo contra uno mismo, con desprecio y autodenigración.

La culpa en el duelo es una reacción emocional de remordimiento con el reconocimiento de haber fallado en el vivir con los estándares y expectativas propios en relación con el ser querido fallecido y/o su muerte (Li, Stroebe, Chan, y Chown, 2014). Incluye componentes cognitivos y afectivos como sentimientos dolorosos, remordimientos, sentido de responsabilidad, que surgen como consecuencia de la transgresión moral (real o imaginada) en la que la persona cree que sus acciones u omisiones han causado resultados negativos (Tilghman-Osborne, Cole y Felton, 2010). Puede considerarse también como una emoción de angustia que surge como consecuencia de la realización de actos (físicos, mentales, fantaseados u omitidos) que transgreden el sistema de normas y valores de la persona (Pérez-Sales, 2006).

Según Worden (2013), existen varias cosas que pueden producir sentimientos de culpa después de una pérdida. En muchas ocasiones por creer que no se ha hecho lo suficiente, por no haber ofrecido al fallecido una atención médica mejor, porque no deberían haber permitido que lo operaran, por no haber consultado al médico antes, o por no haber elegido un hospital mejor. Al fin y al cabo los supervivientes se reprochan un sin fin de decisiones que según

ellos no han sido las adecuadas. Aparece el: “y si hubiera hecho X, seguramente estaría vivo”. Además de la culpabilidad referente a las decisiones tomadas, otros supervivientes se sienten culpables por no experimentar la intensidad de dolor y tristeza que consideran apropiada. Siguiendo a Worden (2004), "Sean cual sean las razones, este sentimiento es, en su mayor parte, irracional y se centra en las circunstancias de la muerte" ( p. 85).

Además de la culpa irracional, también existe una culpa real, y aunque es más difícil de elaborar, Worden la trabaja a través del psicodrama donde los supervivientes aprenden a perdonarse, y a través de la imaginación guiada u otras técnicas como la silla vacía, donde se busca el perdón del fallecido de forma simbólica, lo cual ayuda a sanar las heridas del dolor por la culpa real (Worden, 2013).

Es importante recordar que cuando hay una relación ambivalente coexisten sentimientos positivos con sentimientos negativos. Según Freud (1976), esa ambivalencia se produce por una mezcla de amor y odio, que se traduce en un sentimiento de culpa posterior cuando se ha perdido al ser querido. Precisamente mientras el ser querido vive, de alguna forma los sentimientos negativos se reprimen, y tras su muerte aparecen en la conciencia en forma de culpa. Es decir, esos sentimientos negativos hacia el ser querido mientras vive se desalojan de la conciencia y aparece sólo un sentimiento de ternura que se traduce en un exceso de cuidado hacia el ser querido, incluso de forma compulsiva. Además se suele idealizar a la persona fallecida, con el fin de seguir reprimiendo esos sentimientos hostiles. Cuando el ser querido fallece, aparece la culpa en forma de autorreproches y castigos hacia uno mismo que se pueden manifestar en síntomas físicos que padecía el fallecido, incluso llevándonos a la propia muerte. De alguna forma el superviviente se castiga a sí mismo por esos sentimientos hostiles que ha experimentado hacia el ser querido, pero que había reprimido.



La culpa también puede aparecer cuando previamente al fallecimiento del ser querido haya habido alguna discusión, que puede quedar en la conciencia del superviviente como la razón de su muerte, en el caso de que el ser querido haya fallecido de forma imprevista como por ejemplo en un accidente. Cuando se trata de relaciones con una historia amplia de conflictos con el ser querido fallecido, probablemente hayan quedado muchos aspectos por limar, y eso puede provocar en el superviviente una angustia en forma de culpa, que se habrá de trabajar posteriormente a la muerte del ser querido.

Las personas que han perdido a un ser querido por suicidio experimentan culpa con más frecuencia que quienes han perdido a alguien por otras causas (Macintosh y Kelly, 1992). Debido a la intensidad de la culpa las personas pueden sentir la necesidad de ser castigadas y pueden relacionarse con la sociedad de una forma inadecuada, de manera que ésta las castiga a ellas. Un ejemplo claro puede ser el de la delincuencia, o el abuso de drogas o alcohol como una manera de autocastigo. Normalmente las personas que sobreviven a una muerte por suicidio suelen sentir mucha rabia, mucho enfado, percibiendo la muerte del ser querido como un rechazo: ¿Por qué me hizo esto? Esta intensidad de la rabia les lleva posteriormente a sentirse culpables.

La culpa se puede manifestar otras veces haciendo proyecciones, es decir culpando a otros. Según Worden (2004) “encontrar a alguien a quien echarle la culpa puede ser un intento de afirmar el control y de encontrar significado a una situación difícil de entender” (p. 153).

En el caso de las muertes súbitas que se producen sin aviso, como los accidentes, los ataques al corazón y los homicidios, además de que los supervivientes quedan con una sensación de irrealidad que dura mucho tiempo, se suelen exacerbar los sentimientos de culpa. Suele aparecer expresada en afirmaciones como: “*Si no les hubiéramos dejado ir a esa fiesta*”, “*Si hubiéramos estado con él*”. Además de este sentimiento de culpa dirigido hacia uno mismo, también aparece la necesidad de culpar a alguien, lo cual sucede con mayor intensidad que en otro tipo de muertes.

La pérdida “deseada”, se produce en ocasiones en familiares cercanos de enfermos, tras larga y penosa convalecencia. En realidad no es deseada, sino que existe una ambivalencia. Precisamente como se trata de procesos interminables de cáncer, enfermedades degenerativas, largas parálisis, procesos terminales de enfermedades inmunológicas, demencias, etc., crean en los familiares un deseo de “que todo termine ya”, precisamente por el deterioro que sufren los enfermos, y que por tanto la única liberación es la muerte, para que dejen de sufrir. Una vez ocurre el fallecimiento en este supuesto, pueden presentarse los remordimientos, la culpa, “apariciones del fallecido”, escuchar su voz, sus gritos, haciendo muy angustiosa la vida del familiar superviviente. Esa pérdida deseada tiene que ver con el duelo anticipado, que se produce cuando de antemano los familiares conocen el desenlace del familiar enfermo, puesto que está en una fase muy crítica y se van experimentando las diferentes respuestas emocionales y se inician las tareas del duelo antes de que el moribundo fallezca. “Mientras que la muerte súbita es sumamente traumática, el duelo prolongado puede producir resentimiento, que a su vez lleva a la culpa” (Worden, 2004, p.173).

La culpa puede considerarse un síndrome emocional, cognitivo, somático y comportamental que se da como respuesta natural a la percepción de que hemos fallado o estamos fallando o fallaremos a nuestro ser querido, sea por acción u omisión en nuestras obligaciones, hechos, palabras o pensamientos, provocando un daño o una muestra de desamor (Payás, 2016). El sentimiento de culpa es normal encontrarlo en el proceso de duelo. Su presencia puede complicar el duelo si no se trabaja adecuadamente. A más culpa, más sintomatología de duelo complicado.

Payás (2016) ve la culpa como algo universal y no lo considera una patología. Es inherente al ser humano, aunque es necesario trabajarla para que su función pueda ser adaptativa y no se convierta en desadaptativa. Los dolientes pueden sentir *culpa por las circunstancias de la muerte* y tiene que ver con la fantasía de que podemos controlarlo todo; existe una *culpa relacional* que tiene que ver con los asuntos pendientes (no haberse despedido, no haberle entendido, no haber estado en su vida, etc); existe una *culpa de reconstrucción* que tiene que ver con esos sentimientos que aparecen contradictorios cuando te empiezas a encontrar mejor. Algunos ejemplos serían tener culpa porque se borran los recuerdos o por enamorarse de nuevo (Jornada con los expertos. Visión contemporánea del duelo. Abril 2016).

Como puede observarse, existen diferentes motivos por los que puede aparecer el sentimiento de culpa, ya sea irracional, o real. Es conveniente trabajarla en los supervivientes, ya que el sentimiento de culpa produce un enquistamiento que impide la resolución del duelo, pudiendo convertirse en un duelo complicado. Por ello hemos decidido centrar parte de las sesiones del protocolo en este sentimiento, haciendo un trabajo de perdón hacia uno mismo, así como un encuentro con el ser querido fallecido a través de la imaginación en estado de meditación, que actuaría como la silla vacía, y nos servirá para cerrar temas inconclusos y

para despedirnos del ser querido en el caso de que no se haya podido producir en la realidad (*Ver subapartado 1.3.5*).

Según Odriozola (2002), Psicólogo Clínico especialista en duelo, el sentimiento de “agradecido recuerdo” es el termómetro que marca una sana elaboración del duelo. Cualquier otro sentimiento, como la indiferencia, el rencor, la culpa, la depresión, el vacío o la alegría es evidencia de un duelo atascado. Detrás de todos estos sentimientos está la culpa, que es un proceso intrapersonal, y no es necesaria la presencia del fallecido para sanarla. Cuando la culpa se vive desde la comprensión y el perdón da lugar al “agradecido recuerdo” (Odriozola, 2002), y es precisamente lo que se trabajará en las sesiones del protocolo con la meditación “mettabavana” (*Ver subapartado 1.3.5*).

A continuación, pasaremos a exponer las ideas más importantes acerca de: qué es mindfulness, en qué consiste el programa MBSR de Kabat-Zinn del cuál haremos las variaciones pertinentes para poder crear nuestro programa, qué beneficios aporta mindfulness en la consecución del bienestar, cuáles son los mecanismos de acción por los que funciona para conseguir dicho bienestar, cómo puede ayudar en el proceso de duelo y qué es y qué beneficios tiene la práctica de la compasión en líneas generales, y cómo nos puede ayudar en el proceso del duelo.

## 1.3 Aproximación al modelo mindfulness como terapia de tercera generación

*Señor, dame serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las cosas que puedo y sabiduría para conocer la diferencia.*

REINHOLD NIEBUHR

### 1.3.1 Introducción

Mindfulness es una terapia de tercera generación que tiene sus raíces en la filosofía oriental y que se define como “atención plena”. Los elementos que definen mindfulness son la aceptación, el no juzgar y la vivencia del momento presente. Se podría decir que mindfulness, más que una técnica concreta, es una filosofía de vida, una actitud frente a la vida que proviene de las prácticas meditativas de Oriente. Se ha practicado durante muchos siglos, pero solamente en la última década ha cobrado interés en la literatura médica y psicológica (Simón, 2006).

Esta filosofía de vida proviene del budismo, aunque la aplicación en el ámbito de la salud y en el mundo de la educación se hace desde una perspectiva secular. Aún así queremos honrar las raíces a través de estos párrafos que siguen a continuación.

La columna vertebral de los programas de mindfulness son las *cuatro nobles verdades* y *el noble sendero óctuple del Buda*, aunque no se trabaje de una forma explícita estos contenidos. Siguiendo a Sangharákshita, (1997) las cuatro nobles verdades son:

1. La verdad del sufrimiento, la insatisfacción o la falta de armonía, que vemos a nuestro alrededor y también experimentamos dentro de nosotros mismos.

2. La verdad de la causa del sufrimiento, que es el anhelo egoísta o la "sed", tanto en nosotros mismos como en los demás. Se trata del deseo o apego de que las cosas sean de otra manera diferente.

3. La verdad del cese del sufrimiento, su erradicación completa, que es sinónimo del estado de iluminación o budeidad. La aceptación nos llevará a la iluminación a través de la erradicación del deseo apegado.

4. La verdad del camino que conduce al cese del sufrimiento, que es el noble sendero óctuple.

Las tres características de la existencia condicionada son que hay *sufrimiento*, que es *impermanente* y que *carece de una verdadera esencia personal propia*. Según la tradición Budista existe un sufrimiento primario que es inevitable y un sufrimiento secundario que es evitable. Éste último tiene que ver con la forma de relacionarnos con el sufrimiento primario que se basa en la resistencia, la no aceptación de las cosas que no podemos cambiar, precisamente porque en el mundo existe sufrimiento, porque existe impermanencia y condicionalidad. La tercera característica de la existencia hace referencia a que existe una interconexión que va más allá de nuestra individualidad y, por lo tanto, no podemos controlarlo todo, existen condiciones que van más allá de nuestros deseos. Lo que ocurre en nuestro mundo interior y exterior depende de una multitud de condiciones cambiantes que interactúan mutuamente, de las cuales no somos conscientes, y que en su mayor parte no podemos controlar. Cuando no aceptamos estas tres características de la existencia se produce *Dukkha*, que es el sufrimiento secundario, y es de lo que es necesario liberarse.

El noble sendero óctuple del Buda se caracteriza por los ocho caminos que se cultivan a través de la práctica Budista, que son: *Visión perfecta, emoción perfecta, habla perfecta, acción perfecta, subsistencia perfecta, esfuerzo perfecto, atención consciente perfecta y Samadhi perfecto* (meditación/ iluminación). El primer sendero es el de la visión y los siete restantes constituyen el sendero de la transformación, ya que representan los medios por los que transformaremos nuestro ser, con base en la visión de la existencia. El primero corresponde a la sabiduría, los cinco siguientes corresponden a la ética, y los dos últimos hacen referencia a la meditación.

El esfuerzo y la atención consciente (mindfulness) se encuentran participando claramente en la práctica de meditación (senderos seis y siete) junto con la última rama del sendero óctuple, el Samadhi perfecto.

Por otro lado, los cuatro inconmensurables de la tradición budista son: *Metta, Karuna, Mudita y Upeksa* (El amor incondicional, la compasión, la alegría empática y la ecuanimidad).

Cultivar mindfulness a través de los programas existentes, permite acercarnos al sufrimiento desde una perspectiva secular. A través de la práctica, ampliamos el foco de la conciencia, que nos permite integrar el dolor como parte de la vida (comprendiendo las cuatro nobles desde una perspectiva experiencial) y, por otro lado, estamos cultivando los cuatro inconmensurables. La columna vertebral de los programas existentes es tan consistente, que el impacto en la sociedad (ciencia, salud, educación) está siendo muy alto, ya que está ayudando a liberar a muchas personas de su sufrimiento.

El interés en las prácticas meditativas se empezó a producir por al menos tres factores. En primer lugar, debido a la divulgación en Occidente de estas prácticas que pueden explicarse por el factor emigración-inmigración. Muchos jóvenes de Occidente se fueron a Oriente en búsqueda de nuevas experiencias, nuevas sensaciones, y se encontraron con la meditación. También muchos monjes budistas tras la invasión China al Tíbet en 1951 tuvieron que huir y trasladaron sus centros budistas a Occidente. En segundo lugar, la maduración de la Psicología cognitiva con la aparición de las terapias de tercera generación que se centran en la atención, en la concentración y en la metacognición. Y, en tercer lugar, el desarrollo de la neurociencia ha permitido poder explorar qué sucede en el cerebro de una persona cuando medita, a través de los correlatos neurobiológicos que pueden observarse en las Resonancias Magnéticas Funcionales (RMF), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Electroencefalografía (EEG) (Simón,2006).

Estos tres factores sin duda han permitido que mindfulness ya no se catalogue como una práctica esotérica, sino como una práctica sustentada por la ciencia, ya que investigadores como Richard Davidson y Colaboradores de la Universidad de Wisconsin han trasladado Oriente al laboratorio (a monjes de las tradiciones tibetanas) para explicar los cambios en las estructuras del cerebro que fundamentan sin duda de una forma científica los beneficios de practicar meditación.

Una de las razones por las que el uso de la atención plena está teniendo éxito es porque contribuye al restablecimiento del equilibrio emocional y porque favorece los estados de ánimo positivos y las actitudes de *aproximación* frente a las de *evitación*, razón por la que se ha utilizado en el tratamiento de los cuadros depresivos (Segal, Williams y Teasdal 2002; Simón, 2002).



Como puede verse, los beneficios son múltiples, ya que mindfulness proporciona equilibrio emocional, flexibilidad de respuesta, autoconocimiento (insight), modulación del miedo, reducción del malestar psicológico (que se traduce en una reducción de los niveles de ansiedad y de depresión constatado a través de la puntuación en los tests), reducción del dolor (tanto físico como psicológico), mejora del sistema inmune y mejora de la capacidad de afrontar el estrés (Simón, 2002).

La conciencia plena es un estado mental en el que el individuo es altamente consciente y enfoca la realidad del momento presente, con apertura y sin juzgar ni dejarse llevar por pensamientos o reacciones emotivas. Por tanto, requiere una intención especial que reduzca al mínimo la utilización del “piloto automático”, manteniendo la conciencia en lo que ocurre “aquí y ahora” (Kabat-Zinn, 1990).

Según Thich Nath Hanh (1976), mindfulness (atención o conciencia plena) puede definirse como “Mantener la conciencia habitando la realidad presente”. Según Lutz, Dunne y Davidson (2007) es un “Estado en el cuál el practicante es capaz de mantener la atención centrada en un objeto durante un tiempo ilimitado”. Aunque ambas definiciones estén separadas en el tiempo, puede observarse que ambas tienen en común esa capacidad de centrar la atención en el presente inmediato, que precisamente es la instrucción básica en mindfulness. Pero sólo con la instrucción ya mencionada no es suficiente, pues se requiere una actitud de aceptación, de apertura, curiosidad, paciencia, constancia y amor.

Para que sirva de ejemplo, Davidson et al. (2003) llevaron a cabo una investigación para evaluar los cambios cerebrales tras una intervención basada en Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) durante ocho semanas en una muestra de 25 sujetos. Este entrenamiento

produjo una asimetría prefrontal, a favor del córtex prefrontal izquierdo, que se traduce en una mejoría del estado de ánimo, en un aumento de la reactividad a los estímulos positivos y en una mayor habilidad de afrontar estímulos negativos. Concretamente, mindfulness activa el lado izquierdo del cerebro que está relacionado con las emociones positivas (bienestar psicológico) y desactiva el lado derecho, que se relaciona con la percepción de emociones negativas. Dicha investigación y muchas otras demuestran la efectividad de mindfulness en muchos ámbitos (afrontamiento de enfermedades como el cáncer, la fibromialgia, trastornos emocionales, conductas adictivas, etc.).

En los últimos 34 años ha habido un crecimiento exponencial de las investigaciones acerca de los beneficios de mindfulness desde el ámbito de la psicología y la medicina. Concretamente, se ha pasado de 80 publicaciones acerca de este tema en 1990, a 600 publicaciones en el 2006, y a un crecimiento mucho mayor en esta última década. El número de centros clínicos que ofrecen un paquete terapéutico basado en mindfulness para ayudar a los clientes y pacientes con una gran variedad de trastornos psicológicos, enfermedades somáticas y problemas interpersonales, ha aumentado considerablemente (Baer, 2003).

Mindfulness es fundamentalmente una cualidad de la conciencia y, a excepción de algunos grupos de personas interesadas en la filosofía oriental y algunos investigadores de la ciencia cognitiva y psicológica, ha recibido poco interés en el ámbito universitario y en la práctica clínica. Para muchos psicólogos el gran interés radica en el contenido de la conciencia (pensamiento, memoria, emoción) y también el contexto en los que estos contenidos son expresados, es decir, la conciencia del sí mismo (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Rychlack, 1997).

El concepto de mindfulness arranca de la filosofía y psicología budista, no obstante, tiene puntos de unión con una gran variedad de ideas provenientes de diversas tradiciones filosóficas y psicológicas, incluyendo la filosofía Griega; fenomenología, existencialismo y naturalismo en el pensamiento del oeste de Europa; y transcendentalismo y humanismo en América.

Mindfulness tiene sus raíces en los fundamentos de la actividad de la consciencia: *atención y darse cuenta*. El darse cuenta consiste en el consciente registro de los estímulos, a través de los cinco sentidos, el sentido Kinestésico y las actividades mentales. El darse cuenta es lo que nos permite estar en contacto con la realidad, y no producir distorsiones de la misma en base a nuestros esquemas, creencias, actitudes, etc.

Normalmente procesamos la información de arriba a abajo, es decir, en función de esos esquemas, creencias que hemos ido acumulando a lo largo de nuestra vida. Las consecuencias de este procesamiento es que los conceptos, las ideas, los juicios son habitualmente impuestos, muchas veces de forma automática, en todo aquello que se experimenta (Bargh y Chartrand, 1999). Los esquemas cognitivos, las creencias y las opiniones dirigen en parte las percepciones que tenemos (Leary, 2004; Hayes, 2011). Aunque este tipo de procesamiento de la información es necesario y tiene ciertos beneficios para poder simplificar el mundo en el que vivimos y poder movernos en él, tiene como desventaja que se produce un gran sesgo, ya que la realidad se percibe en parte, no tal cual es. Es como si tuviéramos puestas unas gafas de color verde y viéramos la realidad en base a ese color (ese color sería como un esquema cognitivo), aunque la realidad es mucho más amplia y no corresponde con ese color. Es decir, este tipo de procesamiento supone un atajo mental, para podernos mover en él, pero se deja a

un lado una gran variedad de coloridos que ese esquema no nos permite ver. Se trataría pues de un procesamiento superficial.

En cambio, la forma de percibir el mundo a través de la conciencia plena (mindfulness) consiste en un estado receptivo de la mente, donde la atención se centra en todo lo que existe a través de un procesamiento de abajo-arriba. Es como desnudar la mente de todos los esquemas que sesgan la realidad, para poder ver con mayor claridad. Cuando se utiliza esta forma de ver el mundo, las capacidades básicas de atención y de consciencia permiten que el individuo esté en el presente, conectando con la realidad, pudiendo ser consciente de todos los pensamientos, emociones, imágenes, impulsos de acción, como un observador directo de todos ellos. De hecho, la conciencia es un recipiente más amplio que contiene los demás procesos, por lo que esa conciencia puede observar el resto de procesos.

Por ejemplo, cuando se tiene una emoción, a través de este tipo de procesamiento “mindful”, se puede ser consciente de esa emoción, poniéndole un nombre a la emoción, sintiéndola en el cuerpo, siendo consciente de aquello a lo que nos impulsa la emoción y percibiendo los pensamientos asociados a la emoción. Con este tipo de procesamiento se rompe el “piloto automático” al que estamos acostumbrados a funcionar, de forma que en vez de reaccionar automáticamente, podemos dar una respuesta libre ante una determinada situación. Mindfulness permite un contacto directo con la experiencia tal cual es, sin los sesgos cognitivos y automáticos a los que estamos acostumbrados, aportando claridad y frescura que permiten una mayor flexibilidad y mayor objetividad en las respuestas psicológicas y comportamentales.

El término mindfulness deriva de la Lengua Pali, de la palabra *sati*, que significa recordar, pero como una modalidad de consciencia, significa la **presencia de la mente** (aplomo) (Bodhi, 2000). Brown y Ryan (2003) han definido mindfulness como una atención receptiva y como un darse cuenta de los sucesos y experiencias del presente.

Es importante destacar que las diferentes escuelas del pensamiento enfatizan ciertas características de mindfulness más que otras, pero destacan ciertas características comunes a todas ellas como: *claridad de la consciencia; consciencia no conceptual y no discriminatoria; flexibilidad de la consciencia y de la atención.*

A continuación se hará una descripción breve de las diferentes características ya citadas con anterioridad y a las que los autores les otorgan mayor importancia. La primera, se refiere a la **claridad de la consciencia**, tanto de aspectos internos, como aspectos del mundo exterior, incluyendo pensamientos, emociones, sensaciones, acciones, que existen en cualquier momento (Mishra, 2004). Por esta razón mindfulness se ha llamado “la atención desnuda” o “consciencia pura o lúcida”. Existe una metáfora Zen que explica esta característica como un espejo brillante, donde se reflejan los pensamientos, sensaciones, emociones, tal cual son, con una gran claridad y transparencia.

La segunda característica de mindfulness es su **naturaleza no conceptual y no discriminatoria**. El modo de procesar mindful, es pre- o para-conceptual (Marcel, 2003); no compara, no categoriza o evalúa, lo que hace es contemplar y hacer uso de la introspección (Brown y Ryan, 2003; Hayes 2011). Mindfulness se refiere a una forma de procesar que no interfiere con la experiencia, sino que permite que lleguen los inputs a la consciencia simplemente percibiendo lo que está sucediendo sin más. Es lo que Vicente Simón en su

artículo sobre *neurobiología del mindfulness*, denomina mente principiante (Simón, 2006). Mindfulness no pretende que la mente se quede en blanco, es decir, no pretende que no haya pensamientos, sino que al haberlos haya una relación diferente con ellos. Como señala el autor, los pensamientos no son la realidad y precisamente al observarlos y aceptarlos se produce una relación distinta con ellos (Simón, 2006). Por tanto, los pensamientos, incluyendo las imágenes mentales, la narrativa, y otros fenómenos cognitivos, son vistos como objetos de atención de la conciencia.

La tercera característica es **la flexibilidad de la atención y de la conciencia**. Como una lente de zoom, la mente se puede mover a través de la focalización en aspectos concretos, disminuyendo el campo de la conciencia o, por el contrario, ampliando el foco de la conciencia, de forma que el recipiente de ésta se hace más grande y abarca muchos más aspectos de los que aparentemente se puedan observar. Es como poderse salir de uno mismo para ver las cosas desde un ángulo superior. Como si se pudiera ver una determinada situación desde la cima de una montaña. Para pasar de un estado de focalización a un estado de amplitud se requiere una gran flexibilidad. La evidencia sugiere que mindfulness está relacionado con control de la atención y una gran capacidad de concentración (Brown, 2006), pero la capacidad de atención plena y la concentración son diferentes (Dunn, Hartigan y Mikulads, 1999). Mientras que la concentración requiere una restricción de la atención en un objeto interno o externo, sin ser consciente del resto (Engler, 1986), el modo de procesar mindful supone una regulación fluida y voluntaria de los estados de la atención y de la conciencia. En realidad, en la concentración se produce una reducción del campo de la conciencia, pero en el estado mindful hay una amplitud de la conciencia aunque de forma flexible se puede reducir el campo para observar con mayor detalle una porción de la realidad. Mindfulness juega con la reducción y la amplitud de forma flexible para no perder detalles de

la realidad. A veces, es conveniente acercarse y, otras veces, alejarse, de ahí la comparación con esa lente de zoom.

Todas las características descritas anteriormente se relacionan con la noción de la presencia o capacidad de estar en el presente. La mente tiene tendencia a viajar a memorias del pasado o a fantasías del futuro; es lo que se denomina “mente de mono o mente errante”, porque tiene tendencia a saltar de aquí para allá. Esto la mente lo hace para que pueda haber una continuidad de uno mismo y de las metas que uno se marca, pero no hay que olvidar que sólo existimos en el momento presente. Cuando la mente se va al pasado y al futuro se pierde el único momento real que tiene, el presente (Simón, 2011).

Un gran número de aproximaciones, particularmente la psicología humanista (Rogers, 1961) y la Gestalt (Perls, 1973), han enfatizado la importancia de la experiencia inmediata. Por ejemplo, Rogers argumentó que pasar de una actitud de distancia a un acercamiento a la experiencia inmediata, es un cambio central en el proceso terapéutico. La Gestalt ha diferenciado entre vivir en el presente y vivir para el presente, ya que este último denota hedonismo, impulsividad y fatalismo (Zimbardo y Boyd, 1999). Mindfulness pretende que la conciencia esté despierta al presente, mientras que otras formas de orientación al presente, como el hedonismo, puede implicar una falta de habilidad para conectar con la experiencia actual (Sheldon y Vaanstenskieste, 2005).

Esta cualidad de atención y conciencia plena no es frecuente en la mayoría de las personas, no obstante, mindfulness es una capacidad inherente del ser humano (Brown y Ryan, 2003; Kabat- Zinn, 2003), lo único que sucede es que es una habilidad que hemos perdido por estar

corrompidos por una sociedad consumista donde el estrés y las prisas son el traje que llevamos puestos. Una sociedad centrada en el modo hacer, no en el modo ser.

Según el antropólogo Steve Miller, hace unos seis mil años comenzó un proceso histórico por el cual los seres humanos empezaron a preocuparse seriamente por la acumulación de riquezas y el desarrollo material. Este proceso cultural ha creado una mente individual orientada hacia el tener y hacia el hacer. Esta actitud orientada a la acción es la responsable de todos nuestros avances tecnológicos en energía, medicina, agricultura, transporte y telecomunicaciones. Pero también es responsable del sufrimiento cuando tratamos de resolver los estados emocionales negativos rumiando o preocupándonos sobre el futuro. Este intento desesperado de resolver emociones negativas mediante la acción mental es uno de los responsables de las enfermedades del siglo XXI, el estrés y sus dos derivadas, que son la ansiedad y la depresión (Martín Asuero, 2011).

Es por ello que mindfulness pretende que la mente funcione en modo ser en ciertos momentos del día, para que ésta pueda conseguir un respiro y, por tanto, descanso y claridad. Siguiendo a Martín Asuero (2011), el modo ser no es mejor ni peor, simplemente es distinto, y su utilización enriquecerá la vida de las personas que lo lleven a cabo. El modo ser resulta muy útil para facilitar momentos de recuperación y renovación. Es el modo mental que resulta de la conexión con el presente tal cual es, lo que permite una mejor adaptación.

Existen diferencias en la conceptualización de mindfulness en la tradición budista y en la psicología contemporánea. De hecho ésta última presenta grandes variaciones en la naturaleza de mindfulness (Dimidjian y Linehan, 2003; Hayes y Wilson, 2003); por ejemplo, mindfulness ha sido definida como una *capacidad de regulación del self* (Brown y Ryan,



2003), una *habilidad de aceptación* (Linehan, 1994) y una *habilidad metacognitiva* (Bishop et al., 2004). Las diferentes medidas de mindfulness refleja una gran diversidad de definiciones.

Existe una gran necesidad de llegar a un acuerdo conceptual en el significado de mindfulness, tanto para facilitar la comunicación entre los autores, como para que la investigación sea más homogénea.

Cada autor destaca unas cualidades de mindfulness y eso se refleja en la forma de medir esta capacidad en las investigaciones y también en la forma de intervención. Por ejemplo, Kabat-Zinn destaca la naturaleza intencional y de no juzgar de mindfulness que se entrena con un programa de intervención llamado Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR); Linehan crea la Dialectical Behavioral Therapy (DBT) que incluye la práctica de mindfulness en el paquete terapéutico, dirigido a personas con trastorno límite de la personalidad; Brown y Ryan se han centrado en examinar la naturaleza y las manifestaciones de mindfulness con o sin entrenamiento específico.

Las investigaciones que se han centrado en evaluar los beneficios de mindfulness han utilizado instrumentos validados para medir la capacidad de atención plena, así como programas de intervención metodológicamente validados. Algunos de los instrumentos empleados han sido: Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Wallach, Buchheld, Buittemuller, Kleinknecht y Smith, 2006); The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith y Allen, 2004); the Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney 2006) y el Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown y Ryan, 2003; Carlson y Ryan, 2005).

La intervención basada en MBSR apareció en la literatura médica y psicológica hace 25 años aproximadamente (Kabat-Zinn, 1984). Otras aproximaciones aparecieron más o menos por la misma fecha, como el Mindfulness Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002), Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 1994), Dialectical Behavior Therapy (DBT, Linehan, 1993) y otras variantes. Estos cuatro tipos de intervenciones están protocolizados en los manuales y tienen un cuerpo creciente de evidencia a favor de su eficacia. Además, el MBSR y la MBCT son las intervenciones que muestran mayor eficacia.

El MBSR es la intervención que ahonda sus raíces en la filosofía oriental, enfatizando la importancia de la práctica meditativa como primer vehículo para la transformación y desarrollo personal. MBCT, ACT Y DBT suponen una síntesis teórica integrada de la psicología de oriente y occidente (principalmente integra la terapia cognitivo-conductual con la psicología budista), que tiene como objetivo realzar el bienestar psicológico. Sin embargo, a diferencia del MBSR y la MBCT, el ACT y el DBT usa otras herramientas además de la meditación para tomar conciencia de los propios sentimientos, pensamientos, sensaciones, etc.

Tanto en MBSR como en MBCT la práctica de la meditación supone el eje central de la intervención, sin embargo, en la ACT y en la DBT es un elemento más que se introduce en el paquete terapéutico. En el MBSR y en la MBCT, se trabaja en grupo a través de 8-10 sesiones (una a la semana). En cambio, la DBT incluye tanto terapia individual como grupal. Otra diferencia en estas formas de intervención radica en el foco de personas al que va dirigido. Mientras que el MBSR y la ACT están dirigidas para mejorar la salud de personas estresadas y que incluso presentan consecuencias físicas (enfermedades), la MBCT y el DBT están

dirigidos a personas con trastornos mentales, como la depresión y el trastorno límite de la personalidad respectivamente.

Las cuatro modalidades tienen una naturaleza multidimensional y un gran rango de métodos se emplean para conseguir esa capacidad de atención plena. MBSR y MBCT enfatizan la práctica de la meditación para tomar conciencia de los propios pensamientos, sensaciones, emociones, comportamientos y sentimientos. ACT, también, enfatiza la observación no reactiva de los pensamientos y sentimientos, sin tener la intención de cambiarlos. De forma similar, la DBT enfatiza la necesidad de reconocer la naturaleza fluctuante de las emociones y otras experiencias, cultivando la capacidad de observar lo que está sucediendo.

Las cuatro modalidades de intervención pretenden desarrollar una sensibilidad para notar los pensamientos y los sentimientos, para aprender a distanciarse de ellos y para aceptarlos tal cual son, sin intentar cambiarlos. Esto se lleva a cabo a través de la meditación (MBSR, MBCT, ACT) u otros ejercicios experienciales como el uso de metáforas en la ACT. Lo que tienen en común las cuatro modalidades de intervención es la actitud de aceptación que se cultiva y que supone el principio de la sanación. Según Kabat-Zinn (2004), esa sanación se refiere a la capacidad de ver las cosas desde otra perspectiva, aceptando lo que hay, no poniendo resistencias, y facilitando así el cambio.

Llegados a este punto queremos recordar que a pesar de las diferentes escuelas de pensamiento y los diferentes protocolos de intervención dirigidos a diferentes tipos de población, en el presente trabajo se va a hacer una adaptación del programa MBSR de Kabat-Zinn. Por ello consideramos conveniente revisar en qué consisten las ocho sesiones que

forman el programa de este autor, así como toda la filosofía que lo sustenta, para luego poder justificar las adaptaciones pertinentes, que tendrán en cuenta también las formaciones que he recibido durante estos siete años en MBPM (Manejo del dolor a través de mindfulness) de Respira Vida Breathworks y los entrenamientos en compasión que serán explicitados en el apartado correspondiente.

### **1.3.2 Vivir con plenitud las crisis: Programa MBSR**

Dado que el presente trabajo consiste en una adaptación del programa MBSR de Kabat-Zinn a población doliente, consideramos necesario exponer las ideas principales que dicho autor señala en su libro principal *Vivir con plenitud las crisis: La sabiduría del cuerpo y de la mente* (2004), donde se explica en profundidad el programa al completo.

A lo largo de la introducción al mindfulness se ha hecho un recorrido de las diferentes escuelas de pensamiento, de los diferentes autores. Hemos visto que tienen nexos en común, pero también diferencias. Ahora llega el momento de afinar un poco más y nos centraremos en la filosofía que Kabat-Zinn defiende en su libro y que, además justificaría la creación de su programa. Pensamos que, conocer en profundidad su programa, es la forma más adecuada de aproximarse a la creación de un programa específico para una muestra específica. Es por ello que, a continuación se expondrán los conceptos e ideas más importantes que sustentan el programa MBSR defendido en su libro.

Kabat-Zinn nos introduce en el camino del mindfulness, esa atención plena que nos permite un gran autodesarrollo, autodescubrimiento, aprendizaje y sanación. El autor cuenta con treinta años de experiencia clínica, con más de trece mil personas que se embarcaron en el

viaje de la meditación, a través del Programa de Reducción del Estrés y Relajación que consta de 8 semanas de duración (MBSR), en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. A la clínica acuden todo tipo de personas remitidas por sus médicos, con todo tipo de problemas y enfermedades; es allí donde aprenden a cuidar de sí mismas y a complementar el tratamiento médico.

El programa se basa en la preparación para la atención plena, una forma de meditación desarrollada originalmente por las tradiciones budistas de Asia. Consiste en ser consciente de cada instante, momento a momento, lo cual nos permite una gran relajación, paz interior, sabiduría y una visión muy profunda de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. Nos permite aceptar la realidad tal cual es, aceptar pensamientos, emociones y sentimientos, aceptar nuestra realidad. Nos permite aceptar el dolor y la enfermedad como parte del proceso y, por supuesto, tomar conciencia que no somos ese dolor, ni esa enfermedad. Sino que somos mucho más, que podemos sentir amor, alegría, compasión, además de dolor y sufrimiento.

Cuando estamos sometidos a mucho estrés, la solución a corto plazo de muchas personas consiste en huir o anesthesiarse para no afrontar la realidad. La atención plena nos permite conectar con ese estrés, con ese dolor, con esa enfermedad y poner orden en nuestras vidas. Enfrentarnos a nuestros problemas es la única manera de solucionarlos, pues si huimos de ellos los problemas se multiplicarán sin cesar. Es por ello que la Atención Plena es un arte que nos permite liberarnos de las ataduras del pasado y del futuro y que nos permite vivir el presente libremente, sea cual sea éste. Nos permite trabajar con nuestros cuerpos, nuestras sensaciones, ideas y percepciones, aprendiendo a contemplarnos desde nuevas formas y, sobre todo, nos permite encontrar nuestro equilibrio, y por supuesto encontrarnos a nosotros mismos.

En la vida todo es cambiante, todo fluye, todo es temporal, hasta incluso nuestra propia muerte nos viene a enseñar precisamente que todo es temporal, incluida nuestra propia vida. Para encontrar la felicidad lo importante es aprender a aliarse con el tiempo, fluir con los cambios, sin esclavizarse a través de las resistencias que muchas veces ponemos por miedo a lo desconocido y por miedo al cambio y a la novedad. La atención plena nos conecta con nuestros propios recursos, potencialidades, con nuestra creatividad y con nuestra sabiduría. Como señala Kabat-Zinn (2004), mindfulness es “como una lente que recoge las energías dispersas y reactivas de nuestra mente y las concentra, formando con ellas una fuente coherente de energía para vivir, para resolver problemas y para sanar” (p. 42).

La instrucción básica del mindfulness consiste en no hacer nada, sino vivir en el momento, lo cual no tiene connotaciones hedonistas, pues hace referencia a experimentar la realidad momento a momento, contemplando cada momento como un nuevo comienzo, como una nueva oportunidad para empezar, para sintonizar, para volverse a conectar. Aunque es algo muy sencillo y familiar, es muy difícil llevar a la práctica porque a nuestra mente de mono le encanta saltar de aquí para allá sin cesar, desconectarse de la experiencia real, para sumergirse en un mundo de recuerdos, de ilusiones y de falsas anticipaciones futuras que nos alejan de nuestro presente.

Con la atención Plena, o la meditación aprendemos a “practicar el ser” y no el hacer al que estamos acostumbrados. Nuestra vida está llena de múltiples actividades que consisten en hacer sin parar pero, precisamente, la atención plena nos enseña a no hacer nada, sino a ser lo que uno es en esencia. Como señala Kabat-Zinn (2004) “La idea básica es la de crear una isla de ser en el mar del hacer constante en que nuestras vidas suelen estar inmersas, un tiempo para permitirnos que todo el hacer se detenga” (p. 52). Aunque la meditación consiste en no

hacer, sino en ser, no es algo pasivo, ya que se requiere mucha energía y esfuerzo para traer la mente al momento presente. Ella empezará a saltar de un sitio a otro, y nosotros con esfuerzo y amor hemos de traerla de nuevo al presente. Empleando la respiración como ancla nos percataremos del modo de actuar que tiene la mente, como le gusta perderse en los recuerdos y en las obligaciones, y es así como nosotros trataremos de centrarla de nuevo en la respiración, cultivando así la atención plena.

Siguiendo a Kabat-Zinn (2004) “por regla general, pasamos por nuestros momentos sin estar plenamente en ellos, podemos perdernos algunas de las más ricas experiencias de nuestra vida, como conectar con la gente a quien queremos, o con puestas de sol o con el frescor del aire de la mañana”(p. 57). Sin duda alguna podemos vivir una vida estando totalmente dormidos, y perdernos todo aquello que es verdaderamente importante, solo porque nuestra mente coge las riendas de nuestra vida y nos mantiene en un sueño profundo, apartándonos de la realidad del presente, llevándonos a un pasado y un futuro que no existen. La atención plena no constituye la respuesta a todos los problemas que tenemos, pero si nos permite ver las cosas desde otra perspectiva mucho más sana y sabia, con mayor claridad.

El “Piloto automático” con el que funcionamos continuamente nos aparta de la escucha profunda de nuestro ser, nuestro cuerpo, nuestras sensaciones. Nos convierte en pequeños robots que actúan sin conciencia alguna. Los síntomas físicos son mensajes que el cuerpo nos envía para mostrarnos cómo van las cosas, y cuáles son nuestras necesidades, y la mayoría de las veces no lo escuchamos precisamente por no estar en el presente. Como refiere Kabat-Zinn (2004) “aprender a escuchar nuestro cuerpo es de vital importancia para mejorar nuestra salud y calidad de vida” (p. 59).

Siguiendo al autor, se ha producido un cambio de paradigma que tiene en cuenta una visión holística del ser humano y su capacidad de responder, como puede verse en esta cita:

La medicina del comportamiento representa una nueva corriente, dentro de la propia medicina, que está extendiendo con gran rapidez nuestras ideas y conocimientos sobre la salud y la enfermedad. Una perspectiva que reconoce la unidad fundamental de mente y cuerpo. Esta perspectiva reconoce de manera explícita que la gente necesita ser, siempre que sea posible, participante activa en los cuidados de su propia salud a través de aprender más sobre ésta, de mantenerla y mejorarla. (Kabat-Zinn, 2004, p. 196).

Este desplazamiento de paradigma sugiere que el estilo de vida, las pautas de pensar y sentir, las relaciones y los factores medioambientales interactúan para influir en la salud; de esta forma dejamos de ser pacientes pasivos de nuestra enfermedad, para ser agentes activos en busca de nuestra salud y equilibrio. El nuevo paradigma sugiere percibir esa integridad e intervencionalidad y es, precisamente, la práctica de la atención plena la que nos ayuda a percibirnos a nosotros mismos como un todo totalmente integrado.

Si analizamos la palabra salud (en inglés *health*), su significado es el de “total, completo” (*Whole*, en inglés). Total implica integración, una intervencionalidad de todas las partes del sistema u organismo, una inseparabilidad. Precisamente la naturaleza de la integridad, es la de estar siempre presente. Es por ello que la atención plena que nos conecta con esa presencia, con esa consciencia del presente, permite esa integridad, independientemente de las circunstancias externas o internas. Es decir, una persona a la cual le falte un miembro del cuerpo o que esté pasando por un cáncer o una persona que esté próxima a la muerte o que



haya perdido a un ser querido, si es capaz de estar en el presente momento a momento, está integra, porque acepta su presente y sus limitaciones y se adapta a ellas con total integridad.

La idea de integridad no sólo está presente en las palabras de salud y sanación, sino también en las de *meditación* y *medicina* que, obviamente, están relacionadas entre sí. De hecho las palabras medicina y meditación derivan del latín *mederi*, que significa “curar”. Además, la propia palabra *mederi* procede de una raíz indoeuropea más antigua que quiere decir “medir”. Pero medir en el sentido platónico de su propia “medida interna correcta”. La medicina es la ciencia que posee los medios adecuados para restaurar la medida interna correcta cuando ha sido perturbada por una lesión o enfermedad; y, la meditación es el proceso de percibir de forma directa la medida interna correcta a través de la autoobservación. Es por ello que, no es tan disparatado como pudiese parecer instaurar en un centro médico un tratamiento basado en la meditación (Kabat Zinn, 2008).

Cuando se emplea la palabra *sanación* para describir las experiencias de la gente en la clínica antiestrés, significa que esas personas están transformando su visión del mundo y de sí mismas gracias a la integración que se produce por la práctica de la meditación. Por tanto, sanar no es sinónimo de curar. Muchas veces las enfermedades no pueden curarse, pero sí sanarse, no podemos hacer que vuelva nuestro ser querido, pero sí podemos sanar nuestro proceso de duelo, ya que si aprendemos a verlo desde otra perspectiva, aprendiendo la enseñanza implícita que conlleva esa enfermedad, esa pérdida, aceptándola como nuestro maestro de viaje, llega un momento que se produce una transformación, que nos conduce a la serenidad, a pesar de las circunstancias catastróficas que estemos viviendo en el momento. Este tipo de filosofía de vida que concentra el programa creado por Kabat-Zinn podría

explicar los buenos resultados encontrados en la literatura acerca de los beneficios de mindfulness en el afrontamiento de las enfermedades, así como en el duelo.

En resumen, la meditación nos permite abrir nuestra conciencia, la visión profunda, y por supuesto mejorar nuestra salud, porque nos ayuda a estar despiertos momento a momento, lo cual es esencial para la sanación. ¿Cómo podríamos sanarnos si ni siquiera sabemos que nos pasa, si ni siquiera sabemos lo que sentimos, lo que queremos, lo que no queremos?. Por tanto, la meditación es el despertar de la conciencia, para no perdernos lo único que tenemos, que son momentos para vivir.

En su visita a España durante el mes de abril de 2016, el autor reconoció públicamente que en realidad él creó este programa desde una perspectiva secular, para que pudiese llegar al máximo número de personas posible y que empleó la palabra mindfulness, porque creyó que era la forma más adecuada de transmitir el *Dharma* (las enseñanzas budistas) independientemente de la religión. Ahora bien, también reconoció que, aunque existen muchas investigaciones publicadas, muchas hipótesis, no se sabe muy bien por qué funciona mindfulness. Lo que sí se sabe es que el profesional que trabaja con el sufrimiento ha de *encarnar las cualidades mindful* gracias a su propia transformación personal que tiene que ver con el noble sendero óctuple del Buda. Desde esa encarnación, la sanación de otros es posible, sin necesidad de comunicar las enseñanzas con un lenguaje budista (Kabat- Zinn, 2016).

En la práctica terapéutica del mindfulness, además de la instrucción básica, se requiere una **actitud de compromiso** que se desglosa en diferentes elementos:

- **No juzgar:** Aparezca lo que aparezca, simplemente obsérvalo.
- **Paciencia:** Es una forma de sabiduría, darse cuenta que todo tiene su tiempo de ser y nos permite estar abiertos a cada momento.
- **Mente de principiante:** Nuestros esquemas y creencias nos impiden ver las cosas tal cual son. Es por ello que es necesario desnudar la mente, convertirse en un principiante, como si viésemos las cosas por primera vez. Es de la única manera que podremos conectar con la verdadera experiencia, sin juicios.
- **Confianza:** Es fundamental confiar en nosotros mismos, en nuestras intuiciones, y dejarnos guiar por ellas, que hacer siempre lo que los demás nos sugieran.
- **No esforzarse:** Aunque no tiene un sentido pasivo, la meditación consiste en no hacer, el único objetivo es que seamos nosotros mismos. Por ello no sirve de nada tener expectativas orientadas al logro, más bien la expectativa ha de estar centrada en dejarse fluir y ser lo que uno es.
- **Aceptación:** Significa ver las cosas como son en el presente, aceptándolas como son, lo cual crea las condiciones adecuadas para la sanación.

La autodisciplina y la práctica habitual son vitales para desarrollar el poder de la atención plena, por lo que las personas que asisten a la clínica durante ocho semanas seguidas, han de comprometerse a una práctica diaria de 45 minutos seguidos, durante seis días a la semana. La manera más fácil y eficaz de comenzar a practicar la atención plena en meditación consiste en concentrar nuestra atención en la respiración. Pero no consiste en pensar en la respiración,

sino en sentir la respiración. Ésta actúa como un ancla, que nos trae al presente cada vez que la mente se entretiene en cosas del pasado o del futuro. La respiración diafragmática nos ayuda a tranquilizar el cuerpo y la mente. Además a medida que tengamos práctica podremos dirigir nuestra respiración a diferentes zonas de nuestro cuerpo, de tal manera que la respiración penetre en ellas, aliviando así el posible dolor existente. Los yoguis saben que la respiración es la base universal para la práctica de la meditación, por lo que se usa en todas las meditaciones del programa (meditación sentada, exploración corporal, yoga, meditación ambulante).

### **Formas de Meditación del Programa**

- ***Meditación sentada***

Es importante adoptar una postura erecta y digna, en la que la cabeza, cuello y espalda se encuentren en la misma línea vertical, relajar los hombros y hacer algo cómodo con las manos. De esa forma la respiración fluye con mayor facilidad. Podemos sentarnos en una silla, o bien en el suelo con las piernas cruzadas, o bien arrodillados con un cojín de meditación sobre el que apoyamos los glúteos. Una vez adoptada la postura, fijamos la atención en la respiración. La sentimos entrar y salir. Conciencia plena al inhalar y al exhalar. Cuando la mente se va, la volvemos a traer a la respiración de nuevo tantas veces sea necesario, aceptándolo como algo normal y natural, sin juzgarlo y llenándonos de una gran paciencia.

Cuando nos sentemos para meditar, seguramente aparecerán ciertas incomodidades y dolores en nuestro cuerpo; es una forma que tiene nuestra mente de captar nuestra atención y alejarnos de la respiración. Cuando esto suceda (lo cual es normal al principio) es importante no tratarlo como una distracción, sino incluirlo en el campo de nuestra conciencia,

aceptándolo, lo cual denota una gran flexibilidad. Se trata de permitir dar la bienvenida a cualquier cosa que nos sobrevenga y a permanecer con ella en vez de luchar para que desaparezca. En realidad, “la incomodidad y el dolor pueden convertirse en nuestros maestros y contribuir a nuestra sanación” (Kabat -Zinn, 2004, p. 105). Además de la incomodidad y el dolor, también nuestros propios pensamientos nos pueden apartar de la respiración. Cuando esto suceda trataremos de observar el pensamiento sin entretenerse en él, centrando de nuevo la atención en la respiración y en la postura, para recuperar nuestra presencia en el aquí y el ahora. Apartar los pensamientos, no significa suprimirlos, ya que si intentamos esto último lo único que conseguiremos es mayor tensión y frustración. Lo que hacemos es dejarlos existir, pero observándolos con nuestro testigo u observador. De esta forma, los dejamos ir y, además, nos percatamos que nuestros pensamientos no son la realidad y que somos mucho más que simples pensamientos, pues sino no los podríamos observar. Como señala Kabat-Zinn (2004): “Es extraordinario lo liberados que nos sentimos cuando vemos que nuestros pensamientos sólo son pensamientos y no nosotros, ni la realidad” (p. 108).

- ***Técnica de la exploración corporal***

Consiste en acostarnos boca arriba y hacer que la mente recorra las diferentes partes del cuerpo. El objetivo es sentir realmente cada una de sus zonas para tomar conciencia de ellas. Esta práctica, en la clínica, se hace durante cuatro semanas seguidas, para posteriormente intercalarlas con otras formas de meditación. Es la primera práctica formal de la atención plena que los pacientes llevan a cabo. Una de sus ventajas es que se hace tumbado, lo cual es muy cómodo teniendo en cuenta que al principio la postura de estar sentados durante 45 minutos puede resultarnos muy incómoda. Las dos primeras semanas los pacientes practican el Body Scan con una cinta grabada seis días a la semana durante 45 minutos. En las siguientes

dos semanas se intercala la exploración corporal con el yoga (al menos dos días a la semana de exploración corporal).

- ***El Yoga como forma de Meditación***

Llevar la atención plena a cualquier tipo de actividad la transforma en meditación. Es por ello que, los ejercicios de yoga si los haces siendo consciente de los que estás haciendo, también constituye una forma de meditación. De hecho el *hatha yoga* es la tercera técnica más importante de meditación que se emplea en la clínica, junto a la meditación sentada y la exploración corporal.

- ***Meditar caminando***

Cuando meditamos caminando no tratamos de ir a ninguna parte, sino que tratamos de estar presentes en cada paso que damos, conectados con nuestra respiración. Esta práctica les puede ser muy útil a ciertas personas incapaces de permanecer sin hacer nada en un principio, para ir constituyendo un hábito de atención plena. De esa forma cuando pasen a la meditación tumbada o sentada, les resultará menos dificultoso. Caminar con atención plena puede constituir una práctica meditativa tan poderosa como la meditación sentada, la exploración del cuerpo o el mismo yoga.

- ***Un día de Atención plena***

Consiste en una sesión completa de seis horas de atención plena que se lleva a cabo en la clínica, entre la sexta y la séptima sesión. Durante esta sesión se prohíbe el contacto visual con los demás y se prohíbe hablar. Se trabaja una hora de yoga, luego se hace media hora de meditación sentada, a continuación diez minutos caminando en círculo con atención plena.

Tras estas tres prácticas se hace un almuerzo con conciencia plena, disfrutando de los alimentos. Tras el almuerzo se hace una práctica de meditación ambulante durante media hora (en la que cada persona anda por donde se le antoja), para pasar posteriormente a la meditación sobre la bondad y el perdón. Tras ella, se hace una meditación sentada y otra caminando pero de forma más lenta.

A continuación se lleva cabo el “paso alocado” que consiste en caminar muy deprisa, cambiar de dirección cada siete pasos; luego cada cuatro; luego cada tres; con los puños y mandíbulas apretados, sin contacto visual y tomando conciencia del momento presente. Posteriormente, se hace teniendo contacto visual y después, se hace caminando hacia atrás y con los ojos cerrados, cambiando de dirección cada vez que se tropieza con alguien. El paso alocado concluye caminando todos hacia atrás dirigiéndose hacia el centro de la sala con los ojos cerrados, formando una gran masa.

La última meditación es la meditación de la montaña, en la que hay que conectar con una montaña, sentirse la montaña, totalmente enraizada con la tierra. Viendo pasar el día, la noche, las estaciones y enseñándonos que todo fluye, que todo es cambiante y que la paciencia es muestra de una gran sabiduría. Según Kabat-Zinn (2008): “La montaña nos recuerda que podemos permanecer estables y equilibrados sentados frente a las tormentas de nuestras mentes y cuerpos” (p. 172). Tras esta meditación se rompe el silencio para dar paso a una ronda de experiencias, donde aquellas personas que lo desean pueden compartir su experiencia expresándolo en voz alta.

- *Atención plena en el día a día*

El reto consiste en convertir la calma, el equilibrio interior y la visión clara en parte de nuestra vida cotidiana. De esta manera cualquier actividad que hagamos, si lo hacemos con atención plena, tendrá un mayor significado, además que nos ayudará a gastar menos energía, con mucho menos esfuerzo, precisamente porque al estar presentes estamos conectados con el ser, no con el hacer. Limpiar los platos, cocinar, hacer deporte, bailar, todo lo podemos hacer con conciencia plena, saboreando cada momento. Es así como la meditación llega un momento que no es una parte de nuestras vidas, sino que se convierte en nuestras vidas, porque con esa disciplina y práctica diaria se producen transformaciones a todos los niveles que se traducen en una visión mucho más amplia de la realidad, una transformación de esquemas, creencias, valores, que nos permiten vaciarnos y vivir el presente tal cual es, sin distorsiones que nos impiden ver, oír, oler, tocar y saborear la realidad. Sin la meditación muchas veces miramos sin ver, oímos sin escuchar, tocamos sin sentir, precisamente porque no estamos en el presente.



## **Contenidos del programa MBSR**

A continuación, se explica el contenido del programa MBSR, del que haremos posteriormente las adaptaciones pertinentes. Estas son las 8 semanas de entrenamiento:

- **Semanas 1 y 2**

Durante las dos primeras semanas se trabaja a través de práctica formal de la exploración corporal, tanto en la clínica como en casa de forma regular (una vez al día durante 45 minutos escuchando las cintas grabadas). Además, se practica la meditación sentada durante diez minutos centrados en la respiración todos los días. Como práctica informal se sugiere poner conciencia plena a ciertas actividades del día a día como por ejemplo, al ducharnos, al lavarnos los dientes, al comer, etc. Si resulta abrumador se puede elegir una actividad cada vez para practicar la conciencia plena.

- **Semanas 3 y 4**

En las dos siguientes semanas se intercala la exploración corporal, con el yoga (es decir un día la exploración y otro día yoga, también con cintas grabadas). Además, se trabaja la meditación sentada centrada en la respiración durante 15 o 20 minutos. Como práctica informal se sugiere en la semana 3 tomar conciencia plena de un suceso agradable cada día y anotarlo y, en la semana 4, de un suceso desagradable cada día, poniendo la conciencia en él mientras sucede.

- **Semanas 5 y 6**

Se sustituye la exploración corporal por la meditación sentada durante 45 minutos. Podemos permanecer sentados centrados en la respiración (ejercicio 1) o podemos ampliar el campo de nuestra conciencia hasta incluir otras cosas como sensaciones corporales (ejercicio 2), sonidos (ejercicio 3), ideas y sensaciones (ejercicio 4) o nada en particular (ejercicio 5). Se intercala la meditación sentada con el yoga, de forma que un día se practica una, y al siguiente la otra. También es buen momento para iniciarse en la meditación mientras andamos.

- **Semana 7**

En esta semana las personas dejan de practicar con las cintas grabadas y crean ellas mismas una combinación de yoga, meditación sentada, exploración corporal en la proporción que deseen durante 45 minutos.

- **Semana 8**

Se vuelve de nuevo a practicar con las cintas y puede llegar a ser revelador el hecho de que al oír las de nuevo cosas, que habían pasado desapercibidas, ahora entran en nuestra conciencia. Se continúa con la meditación sentada y con el yoga de forma intercalada y, dos veces a la semana, se hace la exploración corporal.

El programa MBSR está formado por ocho sesiones de 2.5 horas de duración, que son las que siguen a continuación:

### **Sesiones 1-2**

- Exploración corporal (45 min)
- Rueda de experiencias  
Descanso
- Meditación sentada (20 min)
- Rueda de experiencias

### **Sesiones 3-4**

- Exploración corporal (45 min)
- Rueda de experiencias  
Descanso
- Yoga (1 h)  
Rueda de experiencias

### **Sesiones 5-6**

- Yoga (1h)
- Rueda de experiencias  
Descanso
- Meditación sentada( 45 min)
- Rueda de experiencias

### **Sesión 7**

- Meditación de la montaña (30 min)
- Meditación de la bondad y el perdón (30 min)
- Yoga (1 h)

### **Sesión 8**

- Meditación de la montaña (30 min)
- Meditación de la bondad y el perdón (30 min)
- Yoga (1 h)

### **Sesión día de atención plena (6 horas intensivas en la sexta o séptima semana del programa)**

- Yoga
- Meditación sentada
- Meditación caminando
- Almuerzo con conciencia plena
- Meditación ambulante
- Meditación de la bondad y el perdón
- Meditación ambulante
- Paso alocado
- Meditación de la montaña
- Rueda de vivencias

Dado que he tenido la gran oportunidad de formarme con el discípulo directo de Kabat-Zinn, Andrés Martín Asuero, presento, a continuación, un cuadro resumen de las actividades que se llevan a cabo en el programa MBSR presencial, sin olvidar que el entrenamiento requiere una práctica formal diaria de 45 minutos más las prácticas informales.

Tabla 3:

**Cuadro resumen del entrenamiento MBSR (A. Martín Asuero, 2009)**

Actividad	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9
<b>Tema de la semana</b>	Conciencia plena	Percepción	Emociones	Reacción	Respuesta al estrés	Alimentación	Comunicación	Gestión del tiempo	Practica personal
<b>Herramienta para Practicar en la vida cotidiana</b>	Triángulo Atención	Suspender juicios explorando otras percepciones	Reconocer síntomas de estrés	Círculo control adaptativas al estrés	Alimentación consciente	Comunicación consciente	Gestión del tiempo c matriz urgente/ importante		
<b>Ejercicio físico</b>	Opcional	Opcional	Yoga suelo	Yoga suelo	Yoga de pie	Yoga de pie	Opcional	Opcional	Opcional
<b>Registros y tareas</b>	Capturar momentos con triángulo de la atención	Registrar acontecimientos agradables	Registrar acontecimientos desagradables	Identificar estresores y reacciones al estrés	Plan para responder en vez de reaccionar	Problemas de consumo, alimentos o bebidas	Registro de comunicación difíciles	Identificar problemas de gestión del tiempo	Escribe una carta sobre como deseas vivir
<b>Práctica formal en casa</b>	Body Scan	Body Sacan Conciencia respiración	Yoga suelo alternando con Body scan Conciencia respiración	Yoga suelo alternando con body Scan Conciencia respiración	Yoga suelo alternando Con meditación guiada	Yoga de pie alternando con meditación guiada	Meditación guiada	Libre designación	Libre Designación
<b>Practica informal</b>	Realizar una actividad rutinaria con conciencia plena	Realizar una actividad rutinaria con conciencia plena	Regulación emocional	Caminar con conciencia plena	Conducir el coche con conciencia plena	Comer despacio, con conciencia plena	Comunicar con paciencia y asertividad	Estar presente y centrado en cada tarea. Evitar multitareas	Revisar tus valores y prioridades en la vida

**Nota.** Este material es una síntesis dónde se recopilan las actividades realizadas a lo largo del entrenamiento MBSR.

La *Tabla 3* presenta un resumen del entrenamiento del MBSR durante las ocho semanas de entrenamiento. Tiene en cuenta el tema de la semana, las herramientas para practicar en la vida cotidiana, la presencia de movimientos conscientes, los registros y tareas, la práctica formal y la informal en la vida cotidiana. Este entrenamiento va dirigido a la población general que sufre de estrés o enfermedad. Para la creación de nuestro protocolo de intervención psicológica en dolientes se harán las adaptaciones pertinentes, siempre respetando la filosofía del mindfulness que contiene, tanto la instrucción básica de estar atentos al momento presente, como la actitud básica de aceptación. Esa aceptación que sin duda permitirá en el doliente un mayor ajuste a la pérdida, así como una cicatrización mayor de las heridas psicológicas. Esa aceptación que permite la flexibilidad suficiente como para entender que tras la pérdida podemos seguir teniendo lo que hemos perdido, pero de una forma diferente.

### **1.3.3. Neurobiología de Mindfulness. El trauma y el cuerpo.**

Ogden, Minton y Pain (2011) trabajan desde un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, incluyendo el cuerpo en la intervención terapéutica del trauma. En vista de que el duelo, en las primeras fases de choque-aturdimiento (según la tipología de fases de Alba Payás), tiene características similares al Trastorno Por Estrés Postraumático (TEPT) hemos decidido incluir este subapartado. Además, el cuerpo es un elemento esencial en la práctica de mindfulness y conocer cómo afecta el trauma a éste y como el cerebro mindful ayuda a la integración de las experiencias traumáticas, es fundamental. Las ideas que siguen a continuación van en la línea de hacer comprensible la relación entre el trauma y el cuerpo, siguiendo a los autores del modelo sensoriomotriz del trauma.

Dentro de un contexto psicoterapéutico, el hecho de concentrar la atención fundamentalmente en el pensamiento y en las narrativas verbales (sobre la base de la palabra hablada) puede hacer que la terapia se mantenga en un nivel superficial y que la experiencia traumática quede sin resolver. El énfasis excesivo en el pensamiento lógico, lingüístico, lineal y literal puede sesgar el equilibrio de nuestra actividad mental y desviarnos de las importantes funciones reguladoras sensoriomotrices, holísticas, autobiográficas, reductoras del estrés y basadas en imágenes, propias de las modalidades neurales no verbales de procesamiento. La vinculación de estas dos formas muy diferentes, pero igualmente importantes de conocimiento constituye la esencia de la introducción de un equilibrio en nuestras vidas y en nuestra comprensión de las experiencias humanas complejas como pueden ser las experiencias traumáticas.

A través del trabajo con el cuerpo y con la conciencia plena del aquí y el ahora se consigue la integración de las modalidades de procesamiento de la memoria implícita y la memoria explícita, del hemisferio izquierdo y el hemisferio derecho, y del conocimiento intelectual consciente y las sensaciones corporales. Nuestra mente tiende de forma innata hacia la integración y la sanación, movimiento éste que con frecuencia puede quedar bloqueado después de la vivencia traumática (Siegel, 2007). Esta conciencia receptiva implica una atención aceptadora, amable, no crítica, que podría ser la clave de que la mente pueda desplazarse del caos y la rigidez dentro de los estados no integrados, al funcionamiento coherente que aflora con la ayuda de la integración. Una de las características humanas por excelencia es la flexibilidad: la capacidad de tomar decisiones respecto a la forma de responder a su entorno. Esta flexibilidad es el resultado de la propiedad que tiene el *neocórtex humano* de integrar una amplia variedad de diferentes fragmentos de información, de darle un sentido tanto a los estímulos entrantes como a los impulsos físicos que éstos suscitan, y

aplicar el pensamiento lógico para calcular el efecto a largo plazo de una determinada acción en particular (Siegel, 2007). En los pacientes traumatizados, el neocórtex no funciona adecuadamente y son las pautas de acción rígidas las que guían la acción. En situaciones de estrés, las áreas cerebrales superiores responsables del funcionamiento ejecutivo (planificación del futuro, anticipación de las consecuencias de las propias acciones e inhibición de las reacciones inapropiadas) se vuelven menos activas (Van der Kolk, 1996).

Las emociones nos sirven como guías para la acción, en cambio, cuando existe trauma esto no es así. Como ya señalaba Darwin (1872), las emociones correspondientes al miedo, al asco, la rabia o la depresión son señales para comunicarles a los demás que retrocedan, desistan, se detengan o que les protejan. Cuando una persona queda traumatizada, dichas emociones no generan los resultados esperados: el depredador no retrocede, ni desiste, ni protege y cualquiera de las acciones que emprenda la persona traumatizada no logra restablecer la sensación de seguridad. De esta manera se pierde la capacidad de utilizar las emociones como guías para la acción. Se activan las emociones pero la persona no reconoce lo que está sintiendo (alexitimia). Esta incapacidad de reconocer lo que está pasando por dentro – emociones, sensaciones y estados físicos- hace que las personas pierdan el contacto con sus propias necesidades y sean incapaces de atenderlas, lo que a menudo se extiende a tener dificultades en comprender los estados emocionales de los otros.

Neurobiológicamente hablando, la única parte del cerebro consciente que es capaz de influir en los estados emocionales (localizados en el sistema límbico) es *el córtex prefrontal medial*, la parte del cerebro que interviene en la introspección. Diversos estudios con neuroimágenes han puesto de manifiesto una disminución de la activación del córtex prefrontal medial en las personas con TEPT (Lanius, 2002). Esto significa que las personas



traumatizadas tienen serios problemas a la hora de prestar atención a las sensaciones internas. Tienden a sentirse desbordados o bien niegan tener ninguna. Suelen tener una imagen corporal sumamente negativa y, por lo que a ellos respecta, cuanto menos atención presten a su cuerpo, mejor. Pero no podemos aprender a cuidar de nosotros mismos si no estamos en contacto con las exigencias y los requerimientos de nuestro yo físico.

Siguiendo a Ogden et al. (2011) la terapia consiste en aprender a convertirse en un observador atento del flujo y reflujo de la experiencia interna, advirtiendo con plena conciencia todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales e impulsos que salen a la superficie. De esta manera, las personas traumatizadas aprenden que no es malo tener emociones y sensaciones, además de que la experiencia corporal jamás permanece estática. A diferencia del momento de traumatización, en la que todo parece congelarse en el tiempo, las sensaciones y las emociones están fluyendo constantemente.

Con la terapia es necesario activar el córtex prefrontal medial, la capacidad de introspección, desarrollando así una profunda curiosidad respecto a las experiencias internas, sin huir de ellas. La psicoterapia sensoriomotriz les ayuda a reorientarse en el presente aprendiendo a prestar atención a los estímulos no traumáticos. Este desplazamiento del centro de atención les abre la posibilidad de aprender de nuevas experiencias, en lugar de revivir el pasado una y otra vez sin modificación alguna en virtud de la información ulterior. Una vez que aprenden a reorientarse en el presente, las personas pueden experimentar con la posibilidad de responder a la percepción de las amenazas redescubriendo su capacidad perdida de defenderse y de protegerse activamente.

Hacer un trabajo con el cuerpo permite que el nivel de activación fisiológica, las sensaciones, la postura y los movimientos del cuerpo se vayan volviendo más adaptativos y, por ende, pueda emerger a la superficie un sentido diferente y más positivo de la propia identidad, respaldado por estos cambios físicos. Esta combinación integrada de intervenciones ascendentes y descendentes permite que los pacientes puedan encontrar una solución y un sentido a sus vidas, además de desarrollar un sentido nuevo y somáticamente más integrado de la propia identidad.

Cuando hay trauma, el ciclo debilitador y reiterativo de la interacción entre la mente y el cuerpo mantiene “vivo” el trauma del pasado, alterando el sentido de la identidad y perpetuando los trastornos asociados al trauma. Se conservan recuerdos fragmentarios de las experiencias traumáticas, una multitud de reacciones neurobiológicas fácilmente reactivadas, junto con unos recuerdos no verbales intensos, desconcertantes (reacciones y síntomas sensoriomotrices que “narran la historia sin palabras”, como si el cuerpo supiese lo que ellos desconocen a nivel cognitivo). Pierre Janet (1889) enfatiza que los traumas no resueltos generan déficits profundos en la capacidad de integrar las experiencias. Este defecto de integración conduce a una excesiva compartimentalización de la experiencia: los distintos elementos del trauma no se integran en un todo unitario o en un sentido integrado de la propia identidad (Van der Kolk , Van der Hart y Marmar,1996).

Una forma de compartimentalización se evidencia en la tendencia de las personas traumatizadas a alternar entre: (1) la insensibilidad emocional / corporal y la evitación de los estímulos que recuerden al trauma y (2) la reviviscencia intrusiva del trauma a través de flashbacks, sueños, pensamientos y síntomas somáticos (Van der Kolk y Van der Hart, 1989).

Existe un procesamiento jerarquizado de la información repartida en tres niveles diferentes de organización de la experiencia: cognitivo, emocional y sensoriomotriz (Wilber, 1996). En neuropsicología, una explicación paralela de esta jerarquía fue esbozada por MacLean (1985), quien describió el concepto de cerebro triuno como “un cerebro que incluye un cerebro dentro de otro cerebro”. Estos tres cerebros son: el *reptiliano*, el *límbico* y el *neocórtex*. Se puede considerar que los tres niveles de procesamiento de la información (cognitivo, emocional y sensoriomotriz) se correlacionan a grandes rasgos con los tres niveles de la arquitectura cerebral.

El *cerebro reptiliano* genera un conocimiento conductual innato: tendencias de acción y hábitos instintivos básicos relacionados con cuestiones primitivas como la supervivencia. Es el primero en desarrollarse desde una perspectiva evolutiva, regula la activación fisiológica, la homeostasis del organismo y los impulsos reproductores y se relaciona a grandes rasgos con el nivel sensoriomotriz del procesamiento de la información, incluidas las sensaciones y los impulsos motrices programados. El *sistema límbico* brinda un conocimiento afectivo: sentimientos subjetivos y respuestas emocionales a los hechos del mundo. Este cerebro circunda al cerebro reptiliano e interviene en la emoción, en la memoria, determinadas conductas sociales y el aprendizaje. El *neocórtex* es el último en desarrollarse filogenéticamente. Es el que posibilita el procesamiento cognitivo de la información, incluido el autoconocimiento y el pensamiento consciente, y abarca grandes porciones del cuerpo calloso, que unen el hemisferio derecho e izquierdo del cerebro y ayuda a consolidar la información. Digamos que el neocórtex genera un conocimiento declarativo (enunciativo).

Estos tres niveles son mutuamente dependientes y están mutuamente entrelazados (Damasio, 1999), funcionando como un todo unificado, con el grado de integración

correspondiente a cada unos de los niveles de procesamiento afectando a la eficacia de los restantes niveles. Se tiene la idea de que las estructuras inferiores del cerebro se desarrollan y maduran antes que las estructuras del nivel superior; se piensa que el desarrollo y el funcionamiento óptimo de las estructuras superiores depende, en parte, del desarrollo y el funcionamiento óptimo de las estructuras del nivel inferior. Las funciones superiores son característicamente más abiertas o flexibles, mientras que las inferiores son más reflejas, estereotipadas y cerradas.

Tras la ocurrencia de un trauma, la integración del procesamiento de la información a nivel cognitivo, emocional y sensoriomotriz suele verse afectada. La desregulación de la activación fisiológica puede regir el procesamiento emocional y cognitivo de la persona traumatizada, haciendo que las emociones se intensifiquen, los pensamientos se rumien y se malinterpreten los estímulos ambientales actuales confundiéndolos con los correspondientes al trauma del pasado (Van der Kolk, 1996 a).

Existe una relación bidireccional entre el cuerpo y la mente. Es decir, el procesamiento cognitivo y el procesamiento emocional afectan fuertemente al cuerpo, y el procesamiento sensoriomotriz afecta fuertemente a las cogniciones y las emociones; de ahí, la importancia de trabajar en ambas direcciones.

En la psicoterapia sensoriomotriz, la dirección descendente se utiliza para facilitar el procesamiento sensoriomotriz en lugar de limitarse a controlarlo sin más. Le podemos pedir al paciente que rastree con plena conciencia (lo que supone un proceso descendente, cognitivo) la secuencia de sensaciones y de impulsos físicos (lo que supone un proceso sensoriomotriz) a medida que van progresando a lo largo del cuerpo y, dejar a un lado, transitoriamente, las

emociones y los pensamientos que puedan salir a la superficie, hasta que las sensaciones y los impulsos corporales se resuelvan alcanzando un nivel de reposo y estabilización. Una vez procesado el nivel sensoriomotriz, podemos pasar a trabajar sobre el contenido de las emociones y cogniciones.

De la misma forma que un paciente que viene a terapia con un duelo no resuelto puede identificar y vivenciar el duelo (procesamiento emocional), un paciente que muestra unas reacciones sensoriomotrices no resueltas puede identificar y vivenciar estas reacciones físicamente (procesamiento sensoriomotriz ascendente). El paciente aprende a observar y seguir las reacciones sensoriomotrices que se activaron en el momento del trauma, además de realizar con plena conciencia unas acciones físicas que neutralicen las tendencias desadaptativas.

Como conclusión, podemos señalar que, aunque los enfoques descendentes que tratan de regular los procesos sensoriomotrices y afectivos irrefrenables, forman parte de la terapia del trauma, si dichas intervenciones sobrecontrolan, ignoran, suprimen o no favorecen los procesos corporales adaptativos, las reacciones traumáticas pueden quedarse sin resolver. De forma similar, las intervenciones ascendentes que desembocan en el secuestro ascendente (en la atención involuntaria en los niveles inferiores, impidiendo la progresión hacia los niveles superiores de procesamiento de la información) o que no incluyen el procesamiento emocional y cognitivo, pueden sabotear la integración y desembocar en unos flashbacks reiterados interminables, una retraumatización secundaria, o una activación traumática crónica. Para tratar el trauma en los tres niveles de procesamiento, es preciso equilibrar concienzudamente el manejo descendente y somáticamente documentado de los síntomas (de inspiración somática, que incluya la información y el conocimiento relativo al cuerpo), la

consciencia introspectiva y la comprensión, y el procesamiento ascendente de las sensaciones, la activación fisiológica, los movimientos y las emociones.

La mayoría de las personas traumatizadas tienen un margen de tolerancia estrechos y son más susceptibles de desregularse a causa de las fluctuaciones normales en la activación fisiológica. Estas personas son vulnerables a la hiperactivación y/o a la hipoactivación fisiológica y con frecuencia, oscilan entre los dos extremos. Para poder devolver el pasado al pasado, los pacientes deben procesar las experiencias traumáticas dentro de los márgenes de una “Zona óptima de activación fisiológica”. Situada entre los dos extremos de la hiperactivación y la hipoactivación, esta zona se conoce como el “margen o ventana de tolerancia”. Dentro de esta ventana, se pueden procesar distintas intensidades de activación fisiológica y emocional sin alterar el funcionamiento del sistema (Siegel, 1999). Dentro de la zona de activación óptima, se mantiene el funcionamiento cortical (lo que supone un prerequisite para integrar la información en los niveles cognitivo, emocional y sensoriomotriz).

## Margen de Tolerancia

---

### Zona de hiperactivación

Aumento de las sensaciones  
Reactividad emocional  
Hipervigilancia  
Imágenes intrusivas  
Desorganización del procesamiento cognitivo

---

## Ventana o margen de tolerancia

### Zona de activación óptima

---

### Zona de hipoactivación

Ausencia relativa de sensaciones  
Entumecimiento de las emociones  
Disminución de la capacidad de procesar cognitivamente  
Reducción de los movimientos físicos

---

**Figura 4. La ventana de tolerancia y las zonas de hiperactivación e hipoactivación. Nota Fuente.** Adaptado de Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

En la *Figura 4* podemos observar tres zonas relevantes. La zona central hace referencia a la ventana de tolerancia dónde podemos procesar las emociones. En cambio, las emociones pueden estar por fuera de la ventana de tolerancia tanto por exceso como por defecto (hiperactivación- hipoactivación) y en esas franjas, no son procesables.

Tras explicar la teoría de la ventana de tolerancia, señalar que además existe otra teoría que es *la jerarquía polivagal* que sugiere una visión más sofisticada e integradora del sistema

nervioso autónomo. Describe tres subsistemas organizados jerárquicamente dentro del sistema nervioso autónomo, que rigen nuestras respuestas neurobiológicas a la estimulación ambiental: la rama parasimpática ventral del nervio vago (conexión social), el sistema simpático (movilización) y la rama parasimpática dorsal del nervio vago (inmovilización). Cada una de estas respuestas corresponde con una de las tres zonas de activación fisiológica del modelo de modulación, como puede observarse en la Tabla 3.

Zonas de activación	Jerarquía polivagal
Zona de hiperactivación	2. Respuesta simpática de “ataque o fuga”
Margen de tolerancia Zona de activación óptima	1. Respuesta vagal ventral de conexión social
Zona de hipoactivación	3. Respuesta vagal dorsal de “inmovilización”

**Figura 5. La correlación entre las tres zonas de activación y la jerarquía polivagal. Nota Fuente.** Adaptado de Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Como puede observarse en la *Figura 5*, la conexión social, que depende de la respuesta vagal ventral del sistema autónomo parasimpático, es fundamental para la regulación emocional. Dicho aprendizaje se instala en la infancia a través del apego relacional con los progenitores que están al cuidado del bebé. Las alteraciones tempranas en el apego tienen efectos perjudiciales duraderos, disminuyendo la capacidad de modular la activación fisiológica, desarrollar relaciones sanas y afrontar el estrés (Siegel, 1999). Un sistema competente de conexión social que regule eficazmente estos circuitos neurales favorece el desarrollo de un margen de tolerancia más amplio y a la larga le brinda al niño, y más



adelante al adulto, la capacidad de tolerar, procesar e incluso transformar las experiencias difíciles en oportunidades de crecimiento.

Cuando la persona ha estado expuesta a una experiencia traumática se produce un estrechamiento de la conciencia hacia los recuerdos traumáticos, no percibiendo así los estímulos indicativos de seguridad y manteniendo inadvertidamente una sensación interna de amenaza. En el otro extremo, la hipoactivación puede interferir la capacidad innata de orientarse a estímulos de placer o de peligro, sintiéndose como desconectadas o apagadas, incapaces de percibir sus emociones, sus sensaciones corporales o sus necesidades. Es por ello que el tratamiento psicológico ha de contribuir a la modificación de las tendencias de orientación desadaptativas relacionadas con el trauma.

La capacidad de orientarse hacia la realidad actual de una forma flexible y adaptativa es crucial para el procesamiento de la información y la integración de los datos novedosos procedentes del entorno. Unas veces es necesario estrechar el campo de la conciencia para hacer una focalización y, otras veces, es necesario ampliar el foco de atención y, por tanto, el campo de la conciencia.

La tendencia de las personas traumatizadas a estrechar el campo de la conciencia de forma previsible y desadaptativa, dificulta significativamente el procesamiento adaptativo de la información y la conducta consiguiente (Levine, 1997). Es por ello que, las alegrías de la vida cotidiana quedan descartadas (fuera del campo de la conciencia) y, únicamente, se perciben los estímulos que encajan con los esquemas traumáticos (Van der Kolk et al., 1996). En consulta, es fundamental poner en marcha las estrategias mindful de conciencia del presente cuando un paciente se queda anclado en el pasado traumático, dirigiendo la atención hacia el

presente, orientando la mirada hacia objetos que están en ese momento en el despacho, o atendiendo a la respiración consciente, o a los sonidos. De esta manera mantenemos un pie en el pasado y otro en el presente, evitando por tanto la retraumatización.

Otra de las dificultades de las personas traumatizadas es la de mantener la atención, ya que se produce una oscilación entre la distracción y la obsesión. Las intervenciones psicoterapéuticas deben ayudar a los pacientes a reorientarse y redirigir la atención en un esfuerzo de despegarse de determinados estímulos en particular y concentrarse más en otros que tienen una importancia inmediata. Guiar a los pacientes para que se orienten físicamente en dirección de nuevos estímulos, haciéndoles preguntas que les ayuden a focalizar la atención, como por ejemplo: ¿Qué ves ahí?, ¿De qué color es?, ¿Cómo son los dibujos?, puede contribuir a sacarles del callejón sin salida (impasse). Para ayudar a los pacientes a concentrar la atención en el cuerpo, se pueden hacer este tipo de preguntas: ¿Cómo de grande es la sensación? ¿Del tamaño de un pomelo? ¿De una pelota de béisbol? ¿Cómo un pinchazo? ¿En qué dirección empuja la tensión: hacia dentro o hacia fuera, hacia la izquierda o hacia la derecha?.

La psicoterapia sensoriomotriz combina las intervenciones ascendentes, que se ocupan directamente de los movimientos, las vivencias sensoriales y las sensaciones corporales, con los enfoques cognitivos y el diálogo verbal descendentes. El tratamiento debe abordar la *vivencia en el aquí y el ahora* del pasado traumático, más que su contenido o su narrativa, con el objeto de poder cuestionar o transformar el aprendizaje procedimental. Dado que las tendencias físicas y mentales asociadas al aprendizaje procedimental se manifiestan en el momento actual, las reacciones emocionales, pensamientos, imágenes, sensaciones y movimientos corporales momentáneos relacionados con el trauma, que emergen

espontáneamente en la sesión de terapia se convierten en los puntos focales de exploración y cambio. De esa manera, a través de la conciencia plena de la organización de la experiencia en el momento presente, el paciente pasa de estar atrapado en la historia y alterarse por sus reacciones, a sentir curiosidad por ellas (Siegel, 2007). La observación plenamente consciente de la experiencia en el aquí y ahora modifica el procesamiento de la información, facilitando el procesamiento dual. De esa manera, la activación fisiológica permanece dentro del margen de tolerancia y las asociaciones con los recuerdos traumáticos comienzan a pasar de ser unas reacciones automáticas y exageradas a ser unas respuestas mediatizadas y observables. Precisamente porque al activarse el córtex prefrontal, los pacientes pueden mantener una presencia observable que es fundamental para la integración.

Es fundamental, además, que el terapeuta desarrolle una relación terapéutica colaboradora, dónde active la conexión social a través del tono de la voz, la mirada compasiva, la modulación de la actividad fisiológica, con el objetivo de que el paciente desarrolle un margen de tolerancia más amplio. Por otro lado, es necesario activar el sistema de acción responsable del juego, incluso dentro del contexto terapéutico, puesto que ayuda a generar estados de placer y emociones positivas que pueden contribuir a la sanación del paciente (Cadwell, 2003).

Es esencial también trabajar cambiando las tendencias de orientación. Es decir, redirigir la orientación y la atención de la conversación a la experiencia (las vivencias) en el momento presente; de la conciencia externa a la conciencia interna y del pasado al presente activando la exploración y la curiosidad, de forma que los pacientes pueden descubrir cosas acerca de ellos mismos que antes no conocían (Kurth, 2004).

Se puede jugar a estrechar o ampliar el campo de la conciencia. Si los pacientes están hiperactivados o desbordados emocionalmente, el estrechamiento del campo de la conciencia, llevando la atención a una cantidad limitada de información entrante, optimiza la posibilidad de la integración. Se trata de guiar al paciente para que se centre, por ejemplo, en las sensaciones físicas y deje pasar otro tipo de contenidos (pensamientos, emociones, imágenes). A la inversa, cuando una pequeña cantidad de conciencia interna amenaza con desbordar, el campo de la conciencia se puede ampliar a fin de incluir fenómenos fuera de la conciencia del paciente que podrían demostrar ser estabilizadores.

La redirección de la orientación y la atención puede ser tan sencilla como pedirles a los pacientes que tomen conciencia de una sensación de bienestar o de seguridad en el cuerpo, en lugar de concentrarse en el dolor físico o en la aceleración del pulso. O, también, el terapeuta puede pedirles a los pacientes que prueben a apartar la atención de la activación traumática a nivel corporal y la dirijan hacia pensamientos o imágenes relacionadas con sus experiencias positivas y sus puntos fuertes. De esa manera, sentirán que tienen la capacidad de elegir a qué quieren prestar atención y descubrirán que realmente es posible oponer resistencia a las exigencias somáticas del pasado.

El modelo sensoriomotriz está formado por 3 fases. La *primera fase* tiene como objetivo la reducción de los síntomas y lograr la estabilización. La *fase 2* se centra en recuperar los recuerdos traumáticos, en superar la evitación fóbica de los mismos y abordar las tendencias de acción truncadas o inacabadas que quedaron en un estado incipiente dentro del marco de la experiencia traumática original. La *fase 3* consiste en la integración y el éxito en la vida normal. Tras superar los bloqueos de origen traumático, se les enseña a participar plenamente en la vida. El repertorio de técnicas que emplea el terapeuta sensoriomotriz son:

- Reunir información a través del rastreo y la lectura corporal de las tendencias de acción relacionadas con el trauma y las habilidades de regulación.
- Estimular el sistema de conexión social a través del uso de declaraciones receptivas de contacto.
- Activar el sistema de exploración intensificando la conciencia plena y la autoobservación por parte del paciente.
- Cuestionar las reacciones habituales y fomentar la adquisición de estilos diferentes con la ayuda de experimentos.
- Intervenciones táctiles. El uso por parte del paciente de su propio contacto físico (ej. Abrazarse, tocarse las piernas para favorecer una sensación de arraigo, colocar las manos en el abdomen o en el corazón) .

La *fase 1* del tratamiento incluye establecer un sentido de la seguridad y del cuidado de uno mismo, lo que comienza por centrarse en el control del propio cuerpo. Los pacientes aprenden a utilizar los movimientos, las sensaciones y la postura del cuerpo para estabilizarse y aumentar la facilidad de desenvolverse en el día a día. Se les enseña ejercicios de arraigo o enraizamiento (grounded) y estrategias mindful para permanecer concentrados en el propio interior. También se trabaja la hiperactivación y la hipoactivación a través de ejercicios de orientación.

La *fase 2* del tratamiento consiste en procesar los recuerdos traumáticos y restablecer los actos de triunfo. Para abordar los recuerdos traumáticos es fundamental que se haya creado una buena alianza terapéutica y que el paciente tenga la suficiente capacidad de regulación como para devolver la activación fisiológica dentro de los límites del margen de tolerancia, ya que los riesgos de abordarlos son muchos: aumentar la disociación, volver a traumatizar,

revivir las tendencias traumáticas, intensificar los desencadenantes y perder la capacidad de desenvolverse en la vida normal. El resultado final de la labor de la fase 2 es lo que Janet llama el *proceso de concienciación*: la formulación de una creencia respecto de qué fue lo que pasó (el trauma), cuándo pasó (en el pasado), y a quien le pasó (a uno mismo). El trauma se convierte en algo personal, relegado al pasado, y adopta unas propiedades más simbólicas que sensoriomotrices. Sale a la luz una nueva constatación, una sensación como: “Es verdad, esto sucedió y me afectó enormemente durante muchos años. Pero ahora lo he vivido en mi propio cuerpo sin sentirme desbordado y, de hecho, me siento fortalecido en relación con ello. Ahora pertenece al pasado y, por fin, puedo seguir adelante”.

En la **fase 3**, el centro de interés de la terapia se desplaza a los temas relacionados con el autodesarrollo, la adaptación a la vida normal y las relaciones. Se aplican las destrezas y habilidades ganadas en las dos primeras fases con el fin de posibilitar unas respuestas adaptativas flexibles a la activación de los sistemas de acción que rigen la vida normal: la sociabilidad, el apego, la exploración, los cuidados, el juego, la regulación de la energía y la sexualidad. Ahora los pacientes están en condiciones de ampliar sus relaciones sociales, superar sus miedos a la vida cotidiana, valorar y asumir los riesgos apropiados y explorar el cambio y la intimidad. También, comienzan a desarrollar otras áreas descuidadas de sus vidas, tales como las necesidades y objetivos ocupacionales y profesionales, las actividades recreativas y los intereses espirituales. Los mejores indicadores de que el paciente ha resuelto el trauma son el restablecimiento de la capacidad de extraer placer de la vida, y de implicarse plenamente en las relaciones con los demás.

Como conclusión de esta revisión presentada sobre neurobiología de mindfulness y la relación del trauma con el cuerpo, podemos indicar que mindfulness supone un modelo

terapéutico integrador que ayuda a procesar los traumas y las defensas somáticas, gracias a la presentificación de las experiencias vividas y la monitorización de las vivencias corporales (gestos, sensaciones, impulsos de acción, etc.). De esta manera, a través de la integración del cerebro triuno se consiguen procesar las experiencias dentro de la ventana de tolerancia, que es esencial para elaborar cualquier experiencia traumática. Teniendo en cuenta que *el duelo tiene en las fases iniciales muchos elementos del trauma*, hemos creído conveniente reflexionar acerca de cómo mindfulness puede ser de utilidad en el abordaje del duelo. Sin duda, los autores mencionados a lo largo de esta revisión, pueden considerarse expertos en esta materia, por lo que tener en cuenta sus descubrimientos científicos también guiarán sin duda nuestra intervención psicológica en el ámbito del duelo.

### **1.3.4 Mindfulness, bienestar y salud mental.**

Dado que al hacer las búsquedas bibliográficas, no se han encontrado en la literatura científica muchos artículos que pongan en relación mindfulness con cuidados paliativos y duelo, se han hecho búsquedas por aproximación. Es decir, sabemos que en el ámbito de los cuidados paliativos uno de los objetivos principales es el bienestar psicológico, por lo que se ha incluido en este subapartado una revisión de cómo mindfulness se relaciona con dicho bienestar. En un primer lugar se trata de una revisión general, que luego tendremos que tratar de relacionar con el proceso de duelo.

Brown y Ryan (2003) han argumentado que mindfulness puede facilitar el bienestar psicológico de forma directa, añadiendo claridad y viveza a las experiencias, momento a momento, tomando contacto a través de los sentidos con la vida: es decir sin el denso filtro de los pensamientos que distorsionan la realidad (Deci y Ryan, 1985; Kabat-Zinn 2005). Además puede operar también de forma indirecta a través del funcionamiento de la regulación del

self, a través de una atención sensible a todos los aspectos psicológicos, somáticos y claves ambientales (Deci y Ryan, 2005).

Muchas de las investigaciones empíricas que se han llevado a cabo corroboran la relación directa entre mindfulness y bienestar psicológico. Usando diferentes medidas de mindfulness, se ha visto una correlación positiva entre una gran variedad de indicadores cognitivos y afectivos de salud mental y bienestar psicológico. El Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown y Ryan, 2003) que mide la capacidad de estar en el presente, lo han asociado con bajos niveles de trastorno emocional (ej. Síntomas depresivos, ansiosos, y estrés) y con altos niveles de bienestar subjetivo (bajo afecto negativo, alto afecto positivo y satisfacción con la vida) y altos niveles de bienestar eudaimónico (Ej. vitalidad y autorregulación) (Brown y Ryan, 2003).

Los estudios que utilizan el Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith y Allen, 2004); el Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney 2006) y el Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown y Ryan, 2003; Carlson y Ryan, 2005) han mostrado una correlación inversa con una gran variedad de indicadores de psicopatología, incluyendo disociación, alexitimia y distress en general (Baer et al., 2006). Las puntuaciones altas en estas escalas también han sido correlacionadas inversamente con neuroticismo (Baer, et al., 2006) y el MAAS ha sido correlacionado positivamente con extraversión (Brown y Ryan, 2003); ambos tipos de disposiciones de personalidad han sido asociadas con bienestar subjetivo (Diener, Sut, y Lucas, 1999).

Hay algunas evidencias de que, además de los beneficios de tener un rasgo disposicional mindful, simplemente estar en un estado mindful, está asociado con un alto bienestar subjetivo (Lau, Bishop, Segal, Buis, Anderson y Carlson, 2006). Por ejemplo, en un estudio



con una muestra de adultos de una comunidad, durante dos semanas encontraron que mientras la característica del MAAS predecía bajo afecto negativo día tras día, los estados aumentados de mindfulness (evaluados con el estado MAAS) fueron asociados con alto afecto positivo y bajo afecto negativo, después de controlar la varianza atribuible al rasgo MAAS. Estos efectos fueron independientes, sugiriendo que los beneficios de mindfulness no están limitados al rasgo disposicional mindful. Sin embargo, esta investigación encontró además que aquellas personas que tenían un rasgo disposicional mindful, también puntuaban alto en los estados de mindfulness en el día a día (Brown y Ryan 2003). De alguna forma el rasgo amplifica el estado mindful pero, sin tener el rasgo mindful, uno también puede encontrarse en ese estado promoviendo la práctica de la atención plena a través de la meditación, teniendo en cuenta los beneficios que ello conlleva.

Las investigaciones también han explorado el rol de mindfulness en la regulación del afecto, una habilidad que es fundamental para la salud mental y otros aspectos del funcionamiento adaptativo (Gross y Muñoz, 1995). Consistente con la noción de que mindfulness está asociado con la claridad en la conciencia y un procesamiento objetivo e imparcial de la experiencia, ambos el MAAS y el KIMS han sido asociados con fuertes tendencias de regulación del afecto, incluyendo una mayor conciencia, entendimiento y aceptación de las emociones, y una mayor habilidad para corregir o reparar estados de ánimo desagradables (Brown y Ryan, 2003).

A través de estudios donde se han utilizado Resonancias Magnéticas Funcionales (RMF) donde se han examinado los substratos neurales de la reactividad emocional, analizando la reactividad a estímulos visuales con carga emocional negativa (por ser estímulos amenazantes), midiendo la actividad de la amígdala y del córtex prefrontal, se ha visto que

altas puntuaciones en el MAAS fueron correlacionadas con baja reactividad a estímulos amenazantes, como se vio a través de una activación atenuada de la amígdala bilateral y un aumento de la activación del córtex prefrontal, mientras estaban viendo dichos estímulos. Se encontró una fuerte e inversa asociación entre estas áreas del córtex prefrontal y la amígdala derecha, cuantas más altas fueron las puntuaciones en el MAAS. Este resultado sugiere que las personas mindful tienen un aumento de la habilidad de regulación del afecto a través de un aumento de la inhibición que ejerce el córtex prefrontal sobre la respuesta de la amígdala.

Las investigaciones que han inducido estados mindfulness han provisto de oportunidades para examinar el rol de esta cualidad de la conciencia para promover la regulación del afecto. La regulación del afecto negativo es muy importante para la salud mental (Ryan, 2005) . Destacamos dos estudios que han examinado cómo mindfulness puede atenuar la experiencia elicitada del afecto negativo. Arch y Craske (2006) encontraron que aquellos que recibieron una intervención basada en mindfulness mostraron una reactividad baja al afecto negativo y una baja labilidad emocional en respuesta a las diapositivas con valencia positiva, así como un aumento de la buena voluntad para mantener contacto visual con las diapositivas aversivas. Un estado mindful inducido también parece facilitar la recuperación después de eventos cargados de emoción negativa.

Por otro lado, Broderick (2005) en su estudio encontró que en comparación con aquellos sujetos que utilizaban la distracción o la rumiación como estrategias de afrontamiento, los individuos que habían sido sometidos a una inducción de mindfulness, mostraron mejor recuperación tras un estado de ánimo de tristeza inducido.

Las investigaciones acerca de la intervención basada en mindfulness han proporcionado evidencia sobre cómo facilita la reducción de una gran variedad de síntomas psicopatológicos, al mejorar la salud mental y el bienestar psicológico. La intervención basada en Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) encierra muchas de las características de mindfulness que se han esbozado anteriormente, a través de una atención receptiva a los sucesos y experiencias del presente.

Ensayos clínicos aleatorizados de MBSR con población sana y con pacientes enfermos, usando como grupo control las personas que están en lista de espera, muestran que el MBSR es efectivo para reducir el malestar general, los síntomas de estrés y los trastornos del estado de ánimo, a través de un aumento de la regulación emocional, la percepción de control y el rasgo mindfulness (Broderick, 2005).

Speca, Carlson, Goodey y Angen (2000) mostraron que cuanto más práctica de meditación en casa añadida al entrenamiento grupal semanal de MBSR, mayor disminución de los síntomas de estrés y de los trastornos del estado de ánimo.

La intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) consiste en aumentar la habilidad para llegar a ser completamente consciente del comportamiento presente, los valores propios y hacer congruentes los comportamientos con los valores (Hayes, 2011). ACT ha sido testada en una gran variedad de pacientes y población sana, con estudios clínicos aleatorizados, mostrando reducciones en un periodo de cuatro meses en síntomas y rehospitalizaciones de pacientes psicóticos (Bach y Hayes, 2002), así como reducciones de comportamientos autolesivos y mejoras de las medidas de regulación emocional, salud mental y estrés, en las personas con trastorno límite de la personalidad al

final del tratamiento (Gratz y Gunderson, 2006). La evidencia de una gran variedad de estudios con intervención basada en ACT muestra que el aumento en los resultados del tratamiento mediados por la aceptación, sugieren potenciales mecanismos de cambio en la ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) y la Terapia Dialéctico-comportamental (DBT) van dirigidas a población con trastorno mental. MBCT pretende el aumento de la conciencia metacognitiva y del momento presente, el no juzgar los pensamientos y sentimientos negativos en los pacientes depresivos (Segal, Williams y Teasdale, 2002). Este aumento de la conciencia está pensada para permitir a los pacientes a reconocer los pensamientos depresivos lo más pronto posible para prevenir posibles recaídas. MBCT es muy efectiva para reducir la recidiva en pacientes con una historia previa de tres o más episodios depresivos (Ma y Teasdale, 2004).

DBT ha sido testada primariamente para personas con trastorno de personalidad límite, quienes han aprendido, a través de un entrenamiento en mindfulness, a observar de forma no reactiva el momento presente, entre otras cualidades (Linehan, 1993). Estudios controlados de intervención basada en DBT en personas con trastorno límite de la personalidad han mostrado que esta intervención reduce la sintomatología y las hospitalizaciones psiquiátricas, aumenta el ajuste social y el funcionamiento de salud mental global. DBT, en combinación con medicación antidepresiva, ha mostrado una reducción de los síntomas depresivos en población con depresión mayor, con mantenimiento de la mejoría de los síntomas 6 meses después del tratamiento (Lynch, Morse, Mendelson, y Robbins, 2003). De hecho, estudios que incluyen el seguimiento, han mostrado estabilidad de los efectos de la DBT pasado un año tras el tratamiento (Linehan, Heard, y Armstrong, 1993).

Se ha visto también una relación directa entre mindfulness y la salud física, de hecho la práctica de mindfulness parece contribuir a que se produzca una relación diferente con el dolor y la enfermedad (Burch, 2013). Esta relación diferente se caracteriza por la aceptación del dolor y la enfermedad, como parte inherente de la vida. Además de que gracias a la práctica de mindfulness las personas aprenden a ver que no son solo su enfermedad o su dolor. Como se amplía el foco de la conciencia, pueden darse cuenta de que además de dolor, pueden convivir con otras sensaciones agradables. Tratar de quitarse el dolor no funciona, ignorar el dolor no lo elimina. Es por ello que es necesario aprender a gestionar el dolor, la enfermedad y el estrés, puesto que la evitación experiencial lo único que hace es alimentar el sufrimiento. Aprender a gestionarlo significa que éste ya no domina tu vida. Pese a la inevitabilidad del dolor y la enfermedad es posible estar en paz y disfrutar de una vida plena y satisfactoria (Burch, 2013).

Muchas investigaciones han demostrado que la meditación mindfulness es tan eficaz para aliviar la ansiedad, el estrés y la depresión como el counselling y la medicación. Además reduce el dolor con la misma eficacia que los calmantes y la morfina (Speca, Carlson, Goodey y Angen, 2000). La meditación provoca cambios cerebrales ya que amortigua las pautas cerebrales asociadas al dolor. Con el paso del tiempo estos cambios se traducen en una percepción del dolor mucho menor. Se recomienda la meditación mindfulness para infinidad de enfermedades como el cáncer (efectos secundarios de la quimioterapia), enfermedades cardíacas, artritis, diabetes, fibromialgia, migrañas, enfermedades autoinmunes (esclerosis múltiple y el lupus), síndrome de fatiga crónica, colon irritable, dolor de espalda, etc. La mente tiene la *capacidad de controlar el volumen* que regula tanto la intensidad del dolor, como su duración. Las espirales negativas en las que entra la mente a través del miedo, la tensión, los pensamientos encadenados, los recuerdos de experiencias de sufrimiento, se van

superponiendo y van aumentando el volumen, predisponiéndonos a sufrir (sufrimiento secundario). En la práctica, uno puede tener dolor, pero no implica que tenga que sufrir. La práctica de mindfulness ayuda a cerrar las compuertas del dolor a través de la disolución del sufrimiento secundario (Burch, 2013).

Precisamente la meditación ayuda a que el recipiente de la conciencia se amplíe y que contenga dentro de ella tanto lo desagradable como lo agradable. De esta forma las personas se distancian de su sufrimiento, pues al convertirse en testigos u observadores de sí mismos, dejan de etiquetarse a sí mismos como enfermos, sino como personas con un proceso de enfermedad que les ayuda a crecer y a tomar conciencia de sus necesidades. Aprenden con la práctica de mindfulness a escuchar su cuerpo y sus necesidades, en vez de reaccionar con el piloto automático, y así poder responder de la forma más adecuada, y con conciencia (Kabat-Zinn, 1990). Sin duda esa forma distinta de relacionarse con el dolor, contribuye al bienestar emocional, desde una perspectiva holística e integrativa del ser humano.

Se ha citado anteriormente que mindfulness tiene una relación directa con la regulación emocional pero, también, la tiene con la regulación comportamental, lo cual contribuiría a un mayor bienestar psicológico-emocional. Mindfulness facilita mayor flexibilidad, mayores respuestas adaptativas frente a ciertos sucesos, y ayuda a minimizar las reacciones automáticas, habituales e impulsivas (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson y Carmody, 2004; Deci y Ryan, 2004).

Se ha visto que las personas que puntúan alto en el MAAS, tienen mayor auto-control, definido como la habilidad de interrumpir las reacciones automáticas, sustituyéndolas por respuestas con conciencia (Tangney, Baumenister y Boone, 2004). Además, se ha visto que las personas mindful, al regular su comportamiento en función de sus necesidades, consiguen

más sus metas, ya que éstas se trabajan día a día, pues mindfulness permite que la persona se centre en el presente y en las metas cotidianas contribuyendo a conseguir aquello que uno quiere paso a paso, aumentando la satisfacción general y, por supuesto, el bienestar subjetivo (Leary, Adams y Tale, 2006).

Se ha encontrado también una relación directa entre mindfulness y la calidad de las relaciones sociales contribuyendo a un mayor bienestar subjetivo. Kabat-Zinn (1993) argumenta que la meditación aumenta la vinculación y la toma de conciencia de las necesidades de los otros, de sus pensamientos, emociones, sensaciones. De hecho existe una meditación que se llama “La conciencia amable” que contribuye al aumento de la empatía que se traduce en mejores relaciones sociales y mayor bienestar subjetivo.

Brown y Ryan (2003) también han detectado correlaciones altas entre mindfulness e inteligencia emocional, asociándose con mejores habilidades sociales, respuestas cooperativas con los otros, y mayor satisfacción marital.

Schellekens et al. (2014) llevaron a cabo un estudio para comparar los resultados obtenidos en la aplicación del programa MBSR en un grupo de pacientes oncológicos con enfermedad avanzada y sus cuidadores principales, con otro programa más psicoeducativo llamado TAU. Se evaluó tanto el distrés psicológico (ansiedad y depresión), como la calidad de vida, y las variables de capacidad mindful, autocompasión y espiritualidad tanto de los pacientes como sus cuidadores principales. Se encontró un aumento significativo en las variables que miden bienestar psicológico (autocompasión, espiritualidad, capacidad mindful) y una reducción significativa de las variables que miden malestar psicológico -obtenidas con la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (H.A.D)- en el posttest en comparación con el pretest nada más finalizar la intervención psicológica de 8 semanas consecutivas con una frecuencia

semanal, y tres meses después de haber finalizado la intervención, tanto en los pacientes como en los cuidadores principales. Al comparar la aplicación del programa basado en MBSR con el programa psicoeducativo (TAU) observaron que los que habían recibido terapia basada en mindfulness mejoraban en mayor proporción el malestar psicológico y aumentaban el bienestar psicológico (mayor autocompasión, más espiritualidad, mayor capacidad de atención plena) que los sujetos del grupo control.

Shapiro, Oman, Thoresen, Tomas, Plante y Flinders (2008) llevaron a cabo un estudio con 47 participantes, que fueron distribuidos en tres grupos: 16 formaron parte del programa MBSR, otros 16 formaron parte del programa de meditación EPP (Grupos experimentales) y 15 participantes estuvieron en lista de espera (Grupo control). La primera hipótesis de dicho estudio fue evaluar en qué medida la práctica de mindfulness u otro tipo de meditación aumentaba la capacidad de atención plena medida con el MAAS. Se encontraron aumentos significativos en el posttest en la capacidad de atención plena tanto en el grupo de MBSR como el de EPP. La segunda hipótesis del estudio fue evaluar en qué medida el tiempo invertido en la meditación influía en los resultados, y obtuvieron una relación positiva entre la práctica realizada y los resultados obtenidos (a mayor práctica, mejores resultados). La tercera hipótesis del estudio evaluó en qué medida la práctica de mindfulness contribuía a la consecución del bienestar psicológico. Observaron una reducción significativa del estrés percibido, de las rumiaciones y un aumento en la capacidad de perdonar.

Nyliceck y Kuijpers (2008) hicieron un estudio con 60 participantes que sufrían de distrés psicológico para evaluar en qué medida la práctica de mindfulness contribuyó a la consecución del bienestar psicológico. Encontraron una reducción del estrés percibido y del



afecto negativo, así como un aumento del afecto positivo y de la capacidad de atención plena tras la intervención psicológica con MBSR.

En otra investigación realizada con pacientes afectados de fibromialgia quiso estudiarse la relación existente en cada una de las escalas del FFMQ (observación, descripción, no juzgar, no reactividad, y atención plena) y el bienestar psicológico medido con las variables de ansiedad, depresión y salud mental. Los resultados de los análisis de regresión mostraron que dos facetas del FFMQ (atención plena y no juzgar) fueron las de mayor peso como predictoras de las variables de bienestar (Veehof, Klooster, Taal, Westerhof y Bohlmeijer, 2011). Estos hallazgos van en la línea de los obtenidos por Baer, Smith, Hopkins, Krietenemeyer y Toney (2006), que encontraron que la faceta de atención plena era la más importante en la predicción de la salud mental y los síntomas psicológicos.

Se ha estudiado también la relación existente entre mindfulness, resiliencia y Bournout en una muestra de 622 médicos de atención primaria, teniendo en cuenta las variables mediadoras de afecto positivo y afecto negativo (bienestar psicológico). En este estudio los resultados apuntan a que tanto ser una persona resiliente como mindful contribuye a menor bournout, mediatizado por las variables que miden bienestar psicológico (Montero, Tops, Manzanera, Demarzo, Álvarez de mon y García-Campayo, 2015). Estos hallazgos van en la línea de otros autores que señalan que mindfulness puede promover la resiliencia y proteger frente al bournout (Olson, Kemper y Mahan, 2015) a través de la reducción de la activación simpática, mejorando la regulación emocional (reduciendo afecto negativo e incrementando afecto positivo)..

Por último, otro estudio realizado con 28 adultos sanos, ha evidenciado la relación existente de la capacidad mindful con la satisfacción con la vida y los síntomas de salud mental (Klein, Dubios, Gibbons, Ozen, Marshall y Cullen, 2015). Se ha encontrado una correlación directa entre la escala de aceptación del instrumento PHILMS y la satisfacción con la vida, así como correlaciones negativas con los síntomas de malestar psicológico.

A lo largo de la presente revisión, hemos intentado señalar cómo la práctica de la atención plena correlaciona inversamente con neuroticismo y positivamente con extroversión, de forma que también aquellas personas que son más mindful son más dadas a experimentar emociones positivas, en detrimento de las negativas. Además, las personas con ese rasgo o estado mindful, perciben las situaciones como menos estresantes, de forma que la práctica de mindfulness se relacionaría con una evaluación cognitiva de las situaciones como menos amenazantes, esto se traduce en una respuesta de estrés atenuada y por tanto mayor bienestar. Hay personas más mindful que otras, de forma que ha de existir una base biológica y genética que permita estas diferencias individuales en este rasgo; pero, sin duda, la intervención basada en un programa como el MBSR o el MBCT pueden ayudar a las personas a transformar su estilo de vida, su forma de percibir el mundo como testifica Kabat- Zinn en su libro “Vivir con plenitud las crisis”, en el que nos hemos basado para hacer muchas de las reflexiones que aparecen en esta revisión.

### **1.3.5 Mindfulness, bienestar hedónico, eudaimonico y psicología positiva.**

Teniendo en cuenta la revisión teórica realizada sobre mindfulness y bienestar psicológico presentada en el subapartado anterior, a continuación expondremos algunas ideas sobre los nexos de unión entre *mindfulness*, *el bienestar hedónico*, *bienestar eudaimonico* y *la psicología positiva*.

Por un lado, mindfulness, a través de la conciencia plena, estaría relacionado con el bienestar hedónico, así como con el bienestar eudaimonico. Por un lado, se consigue bienestar a través de la búsqueda del placer y la evitación del dolor (Bienestar hedónico) y por otro lado, se consigue bienestar a través de la realización del propio potencial, de las gratificaciones (estados de absorción o fluidez que nacen de realizar actividades que requieren el empleo de nuestras fuerzas distintivas), la virtud y el crecimiento personal (Carr, 2007).

Se ha visto a lo largo de la revisión que hemos presentado previamente, como la práctica de mindfulness ayuda a eliminar el afecto negativo, potenciando el positivo, así como evaluando las situaciones estresantes como menos estresantes y actuando a través de la evaluación cognitiva de las situaciones sin un sesgo que denote amenaza. Todo ello estaría relacionado con el *bienestar hedónico*, que se caracteriza, como se ha comentado con anterioridad, por la búsqueda del placer y la evitación del dolor. Ese placer hace referencia a los placeres corporales, que se logran por medio de los sentidos y a los placeres superiores que surgen de actividades y sensaciones más complejas como la dicha, la alegría, el bienestar, el éxtasis y el entusiasmo. A través de la práctica de mindfulness, se consigue abrir los sentidos de par en par, recibiendo todo el exterior como algo novedoso (mente principiante) y

disfrutando plenamente de las sensaciones corporales placenteras, así como disfrutando de todo lo que los sentidos captan del exterior. Es como agudizar los sentidos para vivir una realidad llena de más matices. Esto estaría relacionado con los placeres corporales pero además, mindfulness ayuda a conseguir experimentar sensaciones como bienestar, entusiasmo, éxtasis, que son catalogadas como placeres (Carr, 2007).

Por otro lado, mindfulness estaría relacionado con el *bienestar eudaimonico*, ya que a través de la práctica de meditación se consigue un estado de conciencia donde la creatividad surge de una forma espontánea, donde las personas conectan con su potencial y crecen como personas, sintiéndose así autorrealizadas. La meditación supone un camino, un arte que empuja a las personas a ser quien son, sin miedo y fluyendo plenamente en sus cualidades, sus virtudes (Kabat-Zinn, 2003).

El *bienestar eudaimonico*, se puede operacionalizar (así se hace en diversos estudios analizados en la literatura) a través de: la satisfacción con la vida, la vitalidad y la autoestima. Existen escalas para medir estas tres variables. En cambio el bienestar hedónico lo podemos medir (siguiendo lo establecido en la literatura) con escalas como el PANAS, que mide afecto positivo y afecto negativo.

Desde nuestro punto de vista, mindfulness puede ser una herramienta muy eficaz para conseguir el principal objetivo de la psicología positiva que es comprender y facilitar la felicidad y el bienestar subjetivo (Seligman, 2002). Este tipo de Psicología no supone un cambio de paradigma, simplemente pretende ser complementaria a la psicología clínica que trata de remediar los déficits o los trastornos mentales. La psicología positiva pretende potenciar la felicidad del ser humano y mindfulness puede convertirse en una herramienta

muy poderosa para este cometido, teniendo en cuenta que gracias a la meditación las personas empiezan a tomar conciencia del presente a través de una conciencia donde el recipiente es mucho más amplio, donde la realidad no sólo se describe a partir de pérdidas, amenazas, miedo, desesperanza, sino a partir de oportunidades, ganancias, sensaciones agradables, emociones positivas que conviven con las negativas. Así, en un mismo recipiente aparece lo positivo y lo negativo, por lo que los sesgos atencionales donde las personas suelen focalizar en lo negativo, desaparecen. Es como ver la realidad desde una perspectiva más amplia y eso proporciona libertad para elegir, ya que el piloto automático se desactiva y las personas comienzan a actuar con conciencia y a ser conscientes de lo que piensan, de lo que sienten, de forma que aprenden a responder, no a reaccionar automáticamente. Esto se relacionaría con el bienestar subjetivo y la felicidad que se caracteriza por la ausencia de emociones negativas y la presencia de emociones positivas.

En el caso de que aparezcan emociones negativas, a través de mindfulness se produce una aceptación de las mismas, de forma que aparecen y desaparecen de la misma manera, ya que uno de los principios básicos de la meditación es que todo fluye, que todo tiene un principio y un final y que, al igual que la vida, los pensamientos, las emociones, las sensaciones, son transitorias, y de nada sirve aferrarse a ellas. Sin duda, esta filosofía de vida tan flexible, donde la aceptación es una actitud mágica de transformación y sanación, desde nuestro punto de vista es la clave de la felicidad, por lo que mindfulness y psicología positiva van de la mano, puesto que permite cultivar la ecuanimidad para conectar con estados de serenidad independientemente de las circunstancias externas.

A lo largo de la revisión se ha tratado de ver la relación entre mindfulness y bienestar psicológico a través del análisis de artículos de diferentes autores, tanto de corte teórico como

de corte empírico. Se ha visto, sin duda, la relación directa entre mindfulness y bienestar. Aquellas personas que son más mindful, que están más capacitadas para disfrutar del presente a través de una conciencia plena, sienten o perciben mayor bienestar en sus vidas. La forma de medir ese bienestar varía en función de los autores, algunos de ellos emplean escalas de satisfacción con la vida, otros escalas que miden el afecto positivo y el afecto negativo, otros emplean escalas que miden el bienestar psicológico a través de diferentes dimensiones como la escala de Ryff (1971) que evalúa seis dimensiones del bienestar psicológico: autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, propósito en la vida y aceptación de uno mismo. A pesar de las diferencias en el empleo de las escalas, todos ellos llegan a la conclusión de que *mindfulness correlaciona positivamente con el bienestar tanto hedónico como eudaimónico*.

Desde nuestro punto de vista mindfulness es el camino de la sabiduría, la felicidad, el amor incondicional, la serenidad, la aceptación y la ecuanimidad; creemos que promover un estilo de vida donde la meditación forme parte de la vida de las personas puede traducirse en mayor bienestar.

En general, los datos apuntan a que la práctica de mindfulness contribuye a un mayor bienestar. Teniendo en cuenta que uno de los objetivos principales de los cuidados paliativos es precisamente ayudar al enfermo y a los familiares a que puedan experimentar ese bienestar, aunque la revisión realizada no se centra en éste ámbito, precisamente porque existe poca bibliografía al respecto, entendemos que en el ámbito de los cuidados paliativos y, concretamente, en el duelo, los beneficios de mindfulness podrán manifestarse a través de una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, mayor serenidad en la vivencia y expresión de las emociones y un aumento del afecto positivo, así como mayor vitalidad,

satisfacción con la vida, más autoestima, etc. Todo ello susceptible de ser medido con las escalas existentes ya validadas y nombradas a lo largo de la revisión. Es por ello que, además, algunas de ellas serán utilizadas como instrumentos de evaluación en la aplicación del programa adaptado.

### **1.3.6 Mecanismos de actuación de mindfulness en el bienestar psicológico.**

A continuación pasamos a describir los procesos que pueden ayudar a explicar los beneficios de mindfulness. Por un lado proporciona *Insights*, esto hace referencia a la toma de conciencia de que los pensamientos son sólo pensamientos, los sentimientos son sólo sentimientos y que son reflejos de la realidad, no la realidad (Kabat- Zinn, 1990). El Insight metacognitivo ayuda a que se produzca una perspectiva descentrada, es decir, una perspectiva de distanciamiento respecto a los pensamientos, emociones, que contribuye directamente a eliminar ciertos elementos perturbadores como las rumiaciones, obsesiones, y los estados rígidos que contribuyen a comportamientos rígidos y automáticos (Teasdale y Segal, 2002). Proporciona insight en los deseos, en las necesidades, en los valores, disminuyendo la tendencia automática a reaccionar de forma impulsiva y la sensación de estar controlados por fuerzas internas y externas, facilitando así una mayor capacidad en la elección de respuesta en el comportamiento (Ryan, 2005).

Por otro lado, mindfulness supone una forma de *exposición*, ya que no se huye de los pensamientos, ni de las emociones, sensaciones; no se huye de la realidad sea cual sea. Lo que se hace es observar lo que hay, exponiéndose de forma voluntaria a lo agradable y a lo

desagradable. De esta forma se produce una reducción del malestar emocional y cognitivo, además de respuestas comportamentales adaptativas (Felder, Zvolensky y Spira, 2003).

Otro proceso que explicaría los beneficios de mindfulness sería el *desapego*, precisamente por esa aceptación de lo que hay, en contraste con los estados de la mente que pretenden evitar o controlar. El desapego mindful facilita una gran ecuanimidad, comodidad y otros estados que reflejan una gran estabilidad en la experiencia de bienestar psicológico, una felicidad incondicional, que no depende de las circunstancias externas (Tart, 1994).

Otro mecanismo que explicaría los beneficios sería el *aumento del funcionamiento mente-cuerpo*, a través de una interconexión directa entre ambos. Se ha visto que los beneficios de mindfulness en la salud física, además de producirse a través de mediadores psicológicos y comportamentales, también lo hace directamente, aumentando la resistencia inmunológica, promoviendo la relajación, aumentando la tolerancia al dolor, y otros procesos físicos.

En general, las características de exposición voluntaria, desapego, insight y mejor conexión cuerpo-mente, constituyen el papel central de mindfulness en un *funcionamiento integrado*. El hecho de que mindfulness esté asociado con un aumento del funcionamiento ejecutivo, mejor regulación del self, mayor autonomía y un aumento en la capacidad de relacionarse con los otros, hace posible que cuando los individuos sean más mindful, sean más capaces de actuar según sus elecciones, no reaccionando automáticamente, sean más abiertos a la experiencia y más consciente de sí mismos y de las situaciones en las que se encuentran. Es por todo ello que mindfulness contribuye a la consecución del bienestar emocional y psicológico en



general, objetivo primordial de los cuidados paliativos. Ya que no podemos evitar la muerte del paciente, al menos que muera dignamente y en paz, pudiéndose sentir bien, aunque físicamente su cuerpo ya haya llegado al final de sus días. Ya que no podemos hacer que vuelvan esos seres queridos, al menos poder vivir el proceso de duelo desde la serenidad que aporta mindfulness a través de estos mecanismos de actuación.

### **1.3.7 Mindfulness y duelo**

*El duelo es el proceso de pasar de perder lo que tenemos, a tener lo que hemos perdido.*

*STEPHEN FLEMING*

Este subapartado del marco teórico versará la práctica de mindfulness como una forma de arrojar luz en el proceso del duelo a través del desarrollo de la conciencia. Por otro lado se completará con una revisión de cómo la práctica de meditación puede ser efectiva en el ámbito del duelo y la pérdida.

Según Kumar (2005) mindfulness es una capacidad básica del ser humano. Ser mindful significa ser testigo y conectar conscientemente con cualquiera de los elementos de nuestras vidas que están aconteciendo en el momento presente, aquí y ahora. Nos convierte así en los observadores directos de las experiencias de nuestras vidas, en vez de en víctimas. Nos convertimos en testigos de todos los cambios que acontecen en nuestras vidas, tomando conciencia de la impermanencia inherente a la vida. Practicar mindfulness en el proceso del duelo nos permite sanar y transformar el dolor de la pérdida en amor y compasión. Mindfulness supone una medicina para morir y para vivir; cuando llegamos a entender que la muerte es tan natural como la vida misma y que, es natural también sentir dolor cuando uno ama y pierde al ser querido, dejamos así, de ser víctimas para convertirnos en observadores

activos sobre el proceso del duelo. Eso es precisamente lo que permite la práctica de mindfulness en nuestro día a día.

Las pérdidas forman parte de la vida: cuando nos divorciamos o nos separamos de nuestra pareja, cuando nos despiden en el trabajo, cuando tenemos que emigrar, cuando acontecen terremotos y otras catástrofes naturales, cuando enfermamos, cuando la muerte nos ronda. El duelo por las pérdidas acontecidas es un proceso tan natural como la vida misma que nos ofrece la oportunidad para parar y ver, profundizar en nosotros mismos para encontrar nuevos significados en la vida, así como nuevos proyectos vitales. Nos ofrece la oportunidad de crecimiento personal y espiritual.

Cuando hemos perdido a un ser querido y estamos sumergidos en el proceso de duelo, sabemos que el intenso dolor por la pérdida es temporal ya que, con el tiempo, las personas empiezan a encontrarse mejor. Aún así, va a depender de lo que hagamos con el dolor, de cómo trabajemos para sentirnos mejor. Vivir la pena y el proceso de duelo de una forma mindful permite ser consciente del dolor intenso tras la pérdida del ser amado. Ser consciente del dolor no significa hundirse en él, significa aceptarlo como parte de la vida, como parte del proceso de duelo, sin huir de él (Kumar,2005). Vivir el duelo de forma mindful supone emplear nuestra vulnerabilidad emocional, no para sufrir malestar o para intensificar el dolor, sino para redirigir el dolor hacia el crecimiento personal. Entrando en este proceso natural a través de la conciencia plena entramos en contacto con nuestros pensamientos, emociones, sentimientos, nuestra identidad tras la pérdida, siendo todos ellos vehículos para nuestra evolución como seres humanos. Con conciencia plena sobre el proceso de duelo podemos dejar de vivir con miedo, miseria y descontento, para vivir con apertura y amor. Vivir el duelo

de forma mindful supone interpretar el duelo como una oportunidad para crecer buscando un significado a ese dolor.

Si podemos llegar a entender que la pena del duelo es una extensión del amor, entonces podremos entender que no hay nada malo en el proceso de duelo. Si el duelo fuese algo patológico, también lo sería el amor, y no es así. La pena del duelo es el espejo del amor, sin amor no hay pena. No puede doler la ausencia de un ser querido si no se le ama, de ahí que duelo y amor vayan de la mano.

En la filosofía budista existe un episodio en la vida de Buda que pone en relación ambos conceptos (pena por el duelo y amor). Se trata de la historia de una madre joven llamada Krisha Gotami que vivió en los tiempos de Buda. El hijo de Gotami enfermó y murió, por lo que la madre desesperada salió a la calle en busca de alguien que le ayudase. Se encontró con una persona que le dijo que la única persona que podía ayudarla era Buda. Fue en su búsqueda y cuando le encontró le pidió que le devolviera la vida a su hijo muerto. Buda consintió ayudarla con una condición, que le trajese a alguna persona de la ciudad a la que nunca le hubiese visitado la muerte. Gotami aceptó el trato y se fue en búsqueda de esa persona, llamando en todas las puertas de la ciudad, encontrándose que en todas ellas había visitado la muerte en alguna ocasión. Entonces entendió lo que Buda trataba de transmitirle: *Que la muerte y la pérdida son inevitables y que el duelo es un proceso natural*. Gotami decidió quemar el cuerpo sin vida de su hijo y se hizo discípula de Buda (Kumar, 2003).

Cuando aceptamos la universalidad de la pérdida y del duelo, podemos llegar a sentirnos libres de la esclavitud del dolor y reemplazarlo por el camino de nuestra evolución espiritual. La inevitabilidad de la muerte y de la pérdida es la piedra angular de la enseñanza de Buda. La idea de una vida perfecta y confortable es una ilusión; el sufrimiento es lo que sentimos

cuando esta ilusión se esfuma, precisamente porque no tenemos lo que queremos. En cambio si nos damos cuenta que la pérdida es inherente a la vida, dejaremos de vivir esclavizados por esa ilusión, y seremos más flexibles frente a las pérdidas y frente a los cambios que acontecen. Kumar escribe en su libro “la relación entre la pena y el amor es fácil de olvidar cuando estás sufriendo. Con la práctica de mindfulness, encontrarás el lugar natural para la pena en tu vida. Creo que ese lugar está en tu corazón, codo con codo con el rol que ocupa el amor en tu vida” (Kumar, 2005, p. 134).

Sin duda, la pena por la pérdida de un ser querido es el reflejo del amor por ese ser. Cuando entendemos que el amor que le tenemos no puede morir tras el fallecimiento, podemos entender que ese ser siempre albergará un lugar en nuestro corazón eternamente. La muerte física no puede quebrantar el amor ya que, el ser querido vive en nosotros, forma parte de nosotros, es una parte de nosotros. Mindfulness puede ayudarnos en el proceso del duelo a identificar la fuente de nuestros pensamientos y sentimientos, generando un entendimiento claro en la experimentación del proceso de duelo. Además, nos permite aprender a ser pacientes con nosotros mismos, especialmente cuando experimentamos una profunda pena o dolor emocional.

Kumar (2005) entiende el duelo no como una sucesión de etapas sino como un proceso impredecible; no es algo lineal. Lo describe como las subidas y bajadas, el flujo y el reflujo, con una forma libre, curvilínea que en algunas ocasiones toma la forma de una escalera en espiral. De esta forma quiere ilustrar cuán de impredecible es el proceso de duelo. Las fases agudas y las fases más sutiles o crónicas se alternan en un complejo baile dentro de esta espiral de emociones. La espiral se caracteriza por ser interminable y amorfa, además tiene la capacidad de crecer, sin saber cuán larga será, o cuántos bucles tendrá. En la naturaleza

encontramos espirales como lo pueda ser un huracán. El duelo, según este autor lo podemos interpretar como un huracán en espiral. El ojo de la tormenta, el centro de la espiral, es el momento de la pérdida, que corresponde con el duelo agudo, cargado habitualmente de un profundo dolor y emociones muy intensas. En medio hay periodos de calma, periodos de un duelo más sutil. Como el proceso del duelo, los huracanes se caracterizan por sus efectos devastadores pero, es importante, tomar conciencia de que son necesarios para la vida de los ecosistemas porque abren la puerta para la renovación y regeneración del planeta tierra. En el contexto del duelo, esta renovación se manifiesta a través del crecimiento personal en diferentes ámbitos (espiritual, emocional e interpersonal).

Cultivar mindfulness también es un proceso, como lo es el duelo. No es un suceso que acontece de repente, es algo que acontece de forma gradual. Como la práctica de mindfulness, el duelo también es gradual y repetitivo. En ambos procesos (mindfulness y duelo) lo que experimentas en un momento determinado no es necesariamente lo que experimentarás después. Por ello, todo es impredecible, nada es permanente, ni siquiera nuestros pensamientos, emociones, sentimientos. Todo fluye en un ir y venir; aceptar esta impermanencia es una de las cosas que mindfulness nos enseña, de ahí su idoneidad para arrojar luz en el proceso del duelo.

Los seres humanos percibimos el mundo a través de unas gafas duales: blanco o negro pero, en realidad, existen miles de matices de colores distintos entre el blanco y el negro. Mindfulness permite que dejemos de experimentar el mundo a través de la dualidad, dando paso a la aceptación de las cosas tal cual son, aceptando la impermanencia como parte de la vida. Esa impermanencia provoca sufrimiento pero, si además sufrimos porque sufrimos, aparece un sufrimiento secundario que nos desconecta de la realidad y nos conduce a evitar el

sufrimiento a través de caminos diferentes al mindfulness como pueda ser el alcohol, las drogas, el aislamiento, la agresividad, etc. En cambio, aceptando el sufrimiento por la impermanencia a través de mindfulness, permitimos que se cierren las heridas del dolor y permitimos encontrar nuevos sentidos en nuestra vida que aceleren nuestro crecimiento espiritual. Desde un punto de vista psicoespiritual, un duelo saludable permite emplear el dolor de la pérdida para convertirnos en mejores personas, más humanas, más compasivas (Kumar,2005).

Mindfulness permite que podamos abrazar el dolor de la pérdida a través de esa actitud de aceptación que promueve la práctica de la meditación. Nos enseña que no podemos huir de nuestros pensamientos, emociones, sentimientos, no podemos huir de nuestro dolor. Nos enseña a parar de correr y a aceptarlo todo como algo inherente a nuestras vidas. La aceptación nos enseña la forma de relacionarnos con nuestros pensamientos, emociones y sentimientos de una forma más saludable, sin tratar de eliminarlo, lo cual incrementa el sufrimiento. Lo que resistes, persiste; lo que aceptas se transforma.

Mindfulness y la aceptación requieren de la compasión como actitud principal hacia uno mismo (pensamientos, emociones, acciones) y hacia los demás. Cuando practicamos mindfulness y la aceptación que lo caracteriza, estamos practicando amor incondicional hacia nosotros mismos, abrazando nuestros pensamientos y nuestros sentimientos. De esta manera aceptando el dolor, hecho que supone un cambio de actitud, disminuye el sufrimiento. La aceptación supone el “camino medio” en la filosofía budista. Esto significa no dejarse ahogar por los pensamientos y sentimientos pero, tampoco, huir de ellos. Supone ser consciente de ellos y de su impermanencia ya que, vienen y van, dentro de esa escalera en espiral.

Mindfulness puede transformar el proceso de duelo en una de las tareas más importantes y de mayor significado que una persona pueda experimentar. La aceptación permite integrar la pérdida dentro de la identidad personal. Permite vencer el error humano de creer que existe permanencia en un mundo impermanente. Es importante tener en cuenta que la aceptación es un proceso, como lo es el duelo. No es el final del viaje, no es un objetivo finito. Es lo que sucede momento a momento, poco a poco a lo largo de la escalera en espiral. Es el resultado de cultivar mindfulness. aunque requiere tiempo y paciencia.

Una de las razones por las cuales el duelo es tan intenso es porque provoca cambios muy profundos en nuestra psique. Las emociones del doliente durante ese proceso denotan que está tratando de encontrar su lugar en este nuevo mundo; un mundo que ha sido transformado por la pérdida de su ser querido (Kumar, 2005). El ser consciente del proceso a través de una actitud mindful permite que seamos activos en el proceso del duelo, que encontremos nuevos significados de vida tras la pérdida, dándonos así el poder para cambiar nuestras vidas. Buscar significado de forma activa tras la pérdida es el eje central de vivir el proceso de duelo de una forma mindful. Mindfulness, por tanto, nos permite participar activamente en el proceso del duelo, encontrando nuevos significados, nuevas formas de relacionarnos con los demás y con el mundo, a través del amor.

Como ya se ha señalado anteriormente, *Todo lo que empieza, tiene un final*, la pérdida es universal. Todas las experiencias son temporales, por muy bellas que sean. Con la práctica de mindfulness nos damos cuenta, a través de la conciencia de la respiración, que cada exhalación es un final, que da paso a un nuevo principio, una nueva inhalación, repitiendo el ciclo una y otra vez. Nuestra vida depende de ese ciclo de pérdida y regeneración que es

evidente en nuestra respiración. Lo mismo sucede con la muerte, al igual que hay nacimientos han de haber fallecimientos, forma parte del proceso natural de las cosas.

Es importante aprender a decir adiós, no siendo esto sinónimo de olvidar al ser querido. Si no se ha podido hacer físicamente, es importante hacerlo simbólicamente, a través de las cinco cosas (Byock, 1997) que son: **1.** Lo siento; **2.** Te perdono; **3.** Te amo; **4.** Gracias; **5.** Adiós. Tomarse tiempo para decir estas cinco cosas, ayuda a cerrar esa despedida de la forma más saludable posible. Se puede hacer a través de una carta o a través de la práctica de la meditación de una forma simbólica, como veremos en el protocolo basado en mindfulness para dolientes.

Como ya se ha comentado anteriormente mindfulness ayuda a encontrar sentido al dolor, y ese sentido es el desarrollo de la espiritualidad a través de una nueva actitud hacia la vida. El duelo permite que crezcamos personal y espiritualmente, haciendo cambios en nuestra forma de pensar, sentir, actuar y de relacionarnos con los demás. Nos permite convertirnos en eso que queremos ser. El dolor nos motiva a querer sentirnos mejor, y eso hace que busquemos la manera de conseguirlo, transformando nuestros esquemas, nuestro mundo, nuestra vida.

La pena por la pérdida de un ser querido provoca una alquimia en nuestra psique, transformando el malestar, el sufrimiento, la ignorancia, en experiencias con significado, en compasión, trascendencia y autorrealización. El dolor y el malestar son metafóricamente el mercurio y el cobre que el alquimista funde para transformarlo en oro espiritual. Por tanto, el dolor permite que los seres humanos evolucionemos y crezcamos espiritualmente.



La aceptación incondicional de Rogers coincide con la compasión de la filosofía budista. Relacionarnos con las emociones del duelo con amor incondicional es la piedra angular que permite construir la vida que uno quiere vivir mañana. Permitiendo, aceptando, abrazando los sentimientos como una parte invisible de nosotros mismos, según palabras de Rogers, hace que nos movamos hacia la actualización del self (Rogers, 1995). Esta es la esencia de la transformación del duelo en crecimiento espiritual.

Los sentimientos durante el duelo nos recuerdan la capacidad tan grande de amor que hay en nosotros. El duelo es la transformación del sentimiento de amor en el sentimiento de pena por la pérdida. Por ello, como la pena y el amor van de la mano, es posible recuperar de nuevo el amor tras la pérdida. Al fin y al cabo ambas (pena y amor) derivan del amor. Esta transformación es el misterio del sufrimiento, puesto que sintiendo dolor podemos llegar a sentir un incremento de amor y compasión por los demás. Además, esta actitud se cultiva a través de la práctica de mindfulness, de ahí su utilidad en el proceso del duelo. Cuando somos capaces de sentir el dolor de la pena, es porque estamos en contacto con la parte más tierna de nuestro corazón, esa parte de nosotros que es capaz de amar a los demás como a nosotros mismos.

Cuando nos sentimos culpables y estos sentimientos dominan nuestra experiencia y nuestra existencia, suponen un obstáculo en nuestro crecimiento personal y espiritual. La relación entre el dolor de la pena y el amor se torna oscura. Al culparnos por todo, sentimos que la vida es miserable porque incluye el sufrimiento y creemos que no somos dignos de crecer espiritualmente. Es importante practicar mindfulness con una actitud de compasión y haciendo un trabajo de perdón, teniendo en cuenta las cinco cosas (Byock, 1997) que ya mencionamos previamente: Lo siento; Te perdono; Te amo; Gracias y Adiós. Esto

justificaría las sesiones que hemos dedicado en el protocolo al sentimiento de culpa a través de un trabajo de perdón y compasión como se verá en el protocolo diseñado para dolientes.

Las enseñanzas de Buda nos transmiten la importancia de ver el proceso de duelo como un maestro espiritual, desarrollando un sentimiento de gratitud hacia la pérdida que desarrolla el sentimiento de compasión, haciéndonos más humanos. Cuando las personas viven el proceso de duelo de una forma mindful, se vuelven más compasivas; abren sus corazones y cuidan de los demás, aprendiendo a valorar las relaciones interpersonales como un tesoro que merece ser cuidado. Es como un renacimiento donde el duelo no acaba, sino que se transforma y transforma la vida de las personas que lo viven. Sin duda, tenemos el libre albedrío para elegir transformar el dolor en crecimiento; transformar el sufrimiento en una vida con significado y con conciencia plena.

Es importante que todo lo que nos enseña el proceso de duelo a través de ese crecimiento personal no se quede en algo sentido sin más, sino en algo practicado, trasladado al día a día de la vida cotidiana, integrando las enseñanzas de la pérdida en nuestra vida.

Mindfulness permite que nos volvamos más espirituales, lo cual no es sinónimo de religión. No es necesario pertenecer a ninguna religión para practicar mindfulness. La espiritualidad es única para cada persona. Algunos necesitan orar a un Dios, otros necesitan meditar, otros pasear por la naturaleza, otros compartir, dar amor. La espiritualidad está relacionada con el sentimiento de humanidad, cultivando amor y compasión, y para ello no es necesario pertenecer a ninguna religión. Es importante tener en cuenta que la espiritualidad y el sufrimiento son interdependientes. Esa espiritualidad te ayuda a navegar por el sufrimiento;

en ningún caso te ayuda a evitarlo. No te exime del sufrimiento pero sí te prepara para la inevitable pérdida.

Muchas personas cuando pierden a un ser querido se preguntan ¿Y por qué a mí?, pero la pregunta adecuada sería ¿Y por qué no a mí?, puesto que la pérdida es universal y nadie puede escapar de ella.

El punto de partida del duelo es la pérdida; tomar conciencia del proceso con una actitud mindful de aceptación, transforma la pena de la pérdida en resiliencia. En un renacimiento, en una reinención de la propia vida. Mindfulness te permite desarrollar la aceptación de los avances y retrocesos de la escalera en espiral con paciencia y con mucho amor.

Kumar no expone en ninguno de sus libros una sucesión de sesiones específicas aunque sí nombra las tareas que un doliente ha de llevar a cabo, para que este proceso pueda considerarse mindful. En su primer libro, destaca las tareas que aparecen a continuación:

- Practicar meditación
- Prepararse para los altibajos emocionales
- Gestionar el tiempo y las tareas
- Comer con conciencia plena
- Practicar ejercicio físico regularmente
- Mantener vínculo con rituales
- Apoyarse en familiares y amigos
- Marcarse objetivos

En su último libro, Kumar (2013) elabora un listado de tareas a realizar en el caso de duelos complicados que son:

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

Es importante de nuevo recordar que tanto mindfulness como el duelo son procesos largos, donde no existen atajos. Tras una pérdida se movilizan todos nuestros esquemas, todo nuestro mundo de significados. Puede llegar a ser muy útil construir una vida mindful, con conciencia plena, abrazando nuestros pensamientos, emociones, acciones, con ecuanimidad, sin juicios. Tanto mindfulness como el duelo nos obligan a tomar conciencia de cada momento. Mindfulness y duelo se entrelazan, se complementan para una única causa: sacar todo el potencial de la vida, de una persona, momento a momento, pensamiento tras pensamiento, sentimiento tras sentimiento, acción tras acción, respiración tras respiración.

Mindfulness es como un foco de luz en el proceso de duelo. Por ello a pesar de que la literatura revisada nos indica que no es conveniente intervenir en el proceso de duelo, a no ser que sea un duelo con riesgo o un duelo complicado, mindfulness no supone una intervención cualquiera. Supone algo tan natural como tomar conciencia del dolor, aceptándolo como parte

del proceso y cultivando una actitud de amor incondicional hacia nosotros mismos y hacia los demás. Es por ello que creemos que este tipo de intervención podría ser muy acertada incluso en el proceso natural del duelo, que además nos ayudaría a prevenir duelos complicados.

Esta práctica que en realidad es una capacidad inherente al ser humano que simplemente hemos de recuperar, supondría grandes beneficios para ese crecimiento personal y espiritual. De ahí que a pesar de que el protocolo diseñado va dirigido a personas susceptibles de padecer un duelo complicado (duelo en riesgo) o que ya lo padecen, también podría utilizarse en el proceso natural del duelo como un acompañamiento, precisamente para arrojar luz en ese proceso.

Siguiendo a Simón (2011), existen dos maneras en las que la meditación puede ser efectiva en el proceso de duelo. La primera, resulta apropiada en los episodios agudos de dolor y consiste en hacer un trabajo de regulación emocional. Está dividido en tres fases: *concienciación, aceptación y autocompasión*. La otra forma en que la meditación contribuye a mitigar el dolor es facilitando el descubrimiento de un *nuevo sentido en la vida*, sentido que se ha visto truncado por la muerte de un ser querido. La inevitabilidad de la muerte y el dolor de la separación nacido del apego, ocasiona las situaciones de duelo en las que existe un fuerte sufrimiento emocional que puede llegar a provocar manifestaciones clínicas más o menos graves.

Como hemos señalado anteriormente, Kumar (2005) compara el proceso de duelo con una espiral en forma de escalera de caracol. ¿Cómo puede ayudar mindfulness en esa espiral?. Se produce con la práctica entre 15-20 minutos un efecto calmante y apaciguador de la emoción. Las tormentas emocionales y sus consecuencias somáticas se apaciguan y la persona que

sufre, experimenta cómo en medio de la tempestad surge la calma (Simón, 2011). Sabemos en la actualidad que la activación de las zonas mediales del córtex prefrontal que se produce durante la meditación contribuye a ejercer una modulación de las emociones producidas en las estructuras subcorticales (Siegel, 2010).

Otra forma en la que ayuda es cuando aplicamos técnicas específicas en el manejo de las emociones (Germer, 2009; Thich Nhat Hanh, 2002). En la primera fase se aplica la conciencia (*Concienciación*). Consiste pues en recordar un episodio doloroso, observar qué emociones se mueven, sensaciones físicas que aparecen, etiquetar las emociones, observar los impulsos de acción, etc. Se ha demostrado que el etiquetarlas contribuye a calmarlas y a disminuir su intensidad (Creswell et al., 2007; Thich Nhat Hanh, 2002).

Los autores comparan este proceso de concienciación al proceso culinario de cocer una patata. Cuanto más fuego pongamos antes se cocerá. Cuanta más conciencia pongamos, antes se procesará. En la segunda fase se trabaja la *aceptación*. Según Germer (2009) existen cinco fases en el desarrollo de la aceptación: Aversión (caracterizada por el rechazo); Curiosidad (interés y búsqueda. acercamiento); Tolerancia (se empieza soportar el dolor); consentimiento (no sólo se tolera el dolor, sino que se permite); amistad (aceptación total, integración).

En la tercera fase se trabaja la *compasión*. que puede definirse según Germer (2009) como "la empatía ante el sufrimiento de los otros y el deseo de aliviarlo". Cuando ese deseo se dirige a uno mismo se llama autocompasión. Por la relevancia de la compasión en la elaboración del duelo como ha quedado evidenciado a través de la revisión presentada en este subapartado, consideramos que merece un subapartado completo, de ahí que en el siguiente subapartado del marco teórico hagamos una revisión acerca de la compasión, puesto que además es una de las variables psicológicas que vamos a evaluar en el estudio.

Como señalaba Simón (2011) la otra forma en que la meditación ayuda en el proceso de duelo es a través del redescubrimiento de un nuevo sentido en la vida. Para ello es fundamental hacer una despedida, que puede ser real o simbólica. Es por ello que las cinco cosas de Byock (1997) que expone en su libro "*Dying Well: Peace and Possibilities at the end of life*", y que ya se han nombrado con anterioridad, son esenciales para que el doliente pueda reorganizar su vida y encontrarle otra vez un sentido .

Kumar (2005) compara lo que sucede en los duelos con la identidad, a un collar de perlas o de piedras preciosas. En esta metáfora las perlas simbolizan los componentes de la identidad de una persona, y el hilo representa el papel que desempeñaba el fallecido. Cuando muere el ser querido, el hilo se rompe y las perlas caen por el suelo. Se pierde el sentido de la vida. A lo largo del proceso de duelo es necesario recoger las perlas y meterlas en un nuevo hilo que requiere ser creado; es decir reconstruir nuevos sentidos en la vida. Nosotros hacemos la analogía de un cristal que se resquebraja en añicos (pérdida de sentido) y ha de ser reconstruido a través de las piezas recogidas en el suelo y otras que hagan de pegamento. Esa reconstrucción simboliza la manifestación de nuevos sentidos en la vida, y el pegamento para nosotros es el amor de la compasión. Esto lo comparamos con el valor que le dan los chinos a una pieza de cerámica que se rompe y es pegada con hilos de oro, de forma que la pieza rota tiene más valor que la primera. Esta metáfora se emplea como ejemplo de resiliencia (capacidad de crecer con los traumas).

Según Pema Chödrön (2001) la práctica de la meditación crea una "cuna de bondad en la que podemos ser nutridos". Al generar un remanso de serenidad, dónde la mente se encuentra receptiva y flexible, sin juicios, el sentido encuentra un espacio para manifestarse.

Las plegarias, la meditación y la sanación espiritual colaboran en la promoción de estados positivos de bienestar psicofísico, mental y espiritual de los deudos (Yoffe, 2012). Según Sogyal Rinponche (2000), la meditación es un delicado equilibrio entre la relajación y la vigilancia que permite tras la pérdida de un ser querido hallar un nuevo significado, transformando nuestra vida y llevando a cabo proyectos nuevos.

Roberts y Montgomery (2015) realizaron un estudio para evaluar en qué medida una intervención basada en mindfulness podía ayudar a mujeres que habían sufrido un aborto. Este estudio se llevó a cabo en India y participaron 6 mujeres procedentes del hospital del área. Se tomaron medidas pre-post sobre bienestar psicológico medido con la escala de satisfacción con la vida (SWLS), estrategias de afrontamiento basadas en espiritualidad, capacidad mindful y percepción de apoyo social. Los resultados obtenidos en esta investigación van en la línea de un aumento significativo en todas las dimensiones asociadas a la capacidad mindful (observación, descripción, atención plena, no juzgar, no reactividad) tras la intervención psicológica. El resto de las variables cambiaron en la dirección hipotetizada, aunque no fueron significativas.

Cruces, García y Carbajo (2014) realizaron un tratamiento de duelo en salud mental con una terapia grupal que integró en doce sesiones tanto el modelo de las cuatro tareas de Worden, como algunas prácticas de mindfulness. En este estudio participaron 8 dolientes. Tras la intervención grupal encontraron una disminución no significativa, pero consistente de la sintomatología ansioso-depresiva, así como una mejoría en el insomnio significativa.



Rushton, Sellers, Heller, Spring, Dossey y Halifax (2009) investigaron como el programa BWD (Being with dying) que integra las prácticas de mindfulness, compasión y autocuidado, ayuda a los cuidadores (familiares y profesionales) de las personas en fase final de vida a encontrar estabilidad emocional para poder desempeñar su labor. Los resultados obtenidos van en la línea de una mayor estabilidad mental y emocional para poder cuidar, además de un aumento de la compasión que les ayuda a estar más presentes en el cuidado de la persona que sufre. Estos datos dan soporte a la evidencia de que las prácticas basadas en mindfulness contribuyen a una mejor elaboración del duelo de los propios profesionales ante las pérdidas de sus pacientes. Estas prácticas contribuyen a aumentar el bienestar psicológico (reducción de ansiedad, depresión, fatiga por compasión) y la capacidad de resiliencia.

Tacón (2011) realizó una investigación muy interesante para evaluar en qué medida la aplicación de un programa basado en mindfulness contribuía en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama a aumentar su bienestar espiritual, así como reducir los indicadores de pérdidas (independencia, funciones físicas y psicológicas) y los síntomas de duelo anticipado por su propia muerte. Los hallazgos encontrados en dicho estudio van en la línea de la hipótesis formulada por los investigadores (aumento del bienestar y reducción de los indicadores de pérdida y los síntomas de duelo anticipado).

Como conclusión a esta revisión realizada, podemos señalar que la práctica de la meditación puede resultar altamente recomendable, ayudando a aliviar el dolor emocional, ayudando a aceptar el proceso de duelo en el que se encuentran y facilitando el proceso que conduce a encontrarle un nuevo sentido a la vida, contribuyendo pues a la consecución del bienestar psicológico que es esencial en el ámbito de los cuidados paliativos.

Teniendo en cuenta, como hemos señalado con anterioridad, que la compasión *per se* es fundamental en la elaboración del duelo, a continuación, presentamos el subapartado acerca de cómo la compasión y el perdón pueden ayudar a este cometido.

### 1.3.8 La práctica de la compasión, más allá del mindfulness

*Si quieres que otros sean felices*

*Practica la compasión;*

*Y si quieres ser feliz tú,*

*Practica la compasión.*

**El 14 Dalai Lama (2009).**

Mindfulness se considera el corazón de la Psicología Budista como se ha visto en la introducción del marco teórico. Es un proceso mental que reduce nuestra tendencia a hacernos la vida más difícil luchando contra la incomodidad que encontramos en ella (Simón, 2011). Cuando practicamos Mindfulness en vez de huir del dolor y del sufrimiento, nos acercamos a él con una conciencia amable. Cuando tenemos emociones desagradables como la ira, la pena, el miedo, la desesperación, luchamos contra las emociones, luchando contra nosotros mismos, y eso provoca que las emociones crezcan. Además al sentir esas emociones, nos juzgamos y nos consideramos malas personas. De esa manera, la conciencia amable a través de la autocompasión nos permitirá apaciguarnos, recobrando la serenidad.

La meditación mindfulness tal como se entiende en occidente, consiste en tres habilidades o procesos mentales principales: 1) conciencia focalizada en un solo punto (concentración); 2)

Conciencia de campo abierto (Mindfulness), y 3) Bondad amorosa o compasión (Simón, 2011). Estas tres habilidades se resumen en: “focaliza tu atención, mira lo que aparece y date cariño a ti mismo”.

Ni la conciencia focalizada, ni la conciencia de campo abierto, por sí solas nos aliviarán del sufrimiento, por lo que hay que cultivar la tercera habilidad de la meditación mindfulness que es la bondad amorosa o compasión. Según Simón (2011) la compasión nos alivia incluso cuando no podemos cambiar nuestras circunstancias vitales. Fluye de manera natural cuando alguien al que queremos sufrir, pero también nos la podemos proporcionar a nosotros mismos.

La palabra compasión deriva de las raíces latinas y griegas *patiri* y *pashkein* (sufrir) y de la raíz latina *com* (“con”), de forma que compasión significa "sufrir con otra persona". La compasión posee dos elementos clave, que son: el emocionarse por el sufrimiento ajeno y el deseo de aliviarlo (Simón, 2015). Como señala Brito (2014), el término latín *compassio* toma su origen del término griego *sympatheia* (sentir juntos), que está relacionado con *empathēia* (sentir en). De esta manera la capacidad de sentir en el otro causaría la emergencia de la compasión a través de la resonancia emocional.

La compasión es lo que sucede cuando el amor se encuentra con el sufrimiento, es el deseo de que los demás estén libres de sufrimiento (Dalai Lama, 2010). En la psicología budista se emplea más el concepto *bondad amorosa*, o conciencia amable, para distinguirlo del amor romántico. De alguna forma es un amor incondicional, universal, algo similar a un amor de madre bien entendido, extendido a todos los seres vivos.

La autocompasión es darnos a nosotros mismos el mismo cuidado, consuelo y serenidad que de forma natural hacemos llegar a quienes queremos cuando están sufriendo. En cambio normalmente nosotros empleamos hacia nosotros la trinidad diabólica: *autocrítica* (No soy digno de que me quieran), *aislamiento* (nos escondemos de los demás o de nosotros mismos comiendo, trabajando demasiado, o mediante otras conductas nocivas) y *ensimismamiento* (¿Por qué me pasó esto a mí?) ( Simón, 2011).

Neff (2003) diseñó la Escala de Autocompasión (SCS), de la que existe una versión española de Juan Muzquiz y que mide tres componentes: *amabilidad con uno mismo* (ser afable y alentador con uno mismo), *humanidad compartida* (todas las personas podemos pasar por experiencias similares, ya que el dolor y el sufrimiento forman parte de la experiencia humana) y *mindfulness* (atención ponderada y ecuánime, es decir acercarnos a las sensaciones y sentimientos desagradables con curiosidad y apertura).

La autocompasión se asocia con el bienestar, la inteligencia emocional, la conexión social, la satisfacción vital, los sentimientos de competencia, la felicidad, el optimismo y la sabiduría (Neff, 2011). Las personas autocompasivas cumplen mejor con las dietas y con los programas de ejercicio, tienen más probabilidad de dejar de fumar y reducen la postergación. Se relaciona también con la disminución de la ansiedad, de la depresión, del enfado y del narcisismo. Las personas autocompasivas tienen la autoestima más alta y saben cómo reconfortarse a sí mismas cuando fracasan, aprendiendo y creciendo con sus equivocaciones.

La investigación ha demostrado que cuanto más nos fustiguemos para cambiar, más difícil es ese cambio. La curiosa paradoja de la vida es que cuando nos aceptamos como somos, entonces podemos cambiar (Rogers, 1961).

Paul, Gilbert, el investigador más destacado de la autocompasión en el Reino Unido, ha descubierto que se activan subsistemas diferentes del sistema nervioso cuando somos compasivos y cuando somos autocríticos. La autocompasión se encuentra integrada en el cableado de nuestro sistema nervioso, y sólo hemos de desarrollar esta habilidad con la práctica de mindfulness (Gilbert, 2009). Según Gilbert (2015), mindfulness ayuda a que nos demos cuenta de los ciclos de barruntamiento, y a romperlos; además nos permite saborear los placeres de la vida con mayor atención.

La terapia Focalizada en la compasión (TFC) de Gilbert, consiste en una síntesis de las teorías de apego de Bowlby y la teoría de la mente, que junto con la visión evolutiva del cerebro humano y algunas referencias de corte budista, sirve de base a su propia visión de los tres sistemas de regulación de los afectos (sistema de amenaza, de motivación y sistema de calma), para a partir de dicha síntesis, establecer la compasión como el regulador principal de los tres sistemas. Su modelo se fundamenta en un modelo de neurociencia que se comparte con el cliente.

Además a nivel operativo, emplea una diversidad de técnicas tanto conductuales como cognitivas y narrativas, junto con las de visualización, terapia Gestalt, mindfulness y otras varias que se revalorizan con la visión compasiva de su modelo. Es precisamente esta visión la que otorga mayor efectividad en la terapia para poder trabajar con la voz crítica, la vergüenza, la culpa, la ansiedad, etc.

Digamos que el desarrollo de una voz compasiva a través de la práctica, proporciona un efecto regulador de las otras voces, que corresponden a la gran variedad de emociones humanas que nos acompañan en nuestro paso por la vida. Esa voz compasiva se caracteriza

por tres características básicas que es necesario fortalecer y modelar con el paciente: sabiduría, fortaleza y compromiso. A través de diálogos que se establecen con las voces que generan sufrimiento, la voz compasiva va ejerciendo de madre nutriente, promoviendo así la activación del sistema de calma (Gilbert, 2015).

La autocompasión se puede cultivar con la meditación formal y con la informal, dirigiendo la compasión hacia nuestras intenciones, pensamientos, emociones y conductas, cuando éstas aparecen (Simón, 2011). Existen cinco caminos para practicar la autocompasión:

- **Físico:** ablandar el cuerpo, parar de tensar, tomar baños calientes, acariciar el perro, hacer ejercicio, practicar sexo.
- **Mental:** dejar que los pensamientos vayan y vengan, parar de luchar contra ellos.
- **Emocional:** Hacerse amigo de los sentimientos, parar de evitarlos, perdonar a los demás y perdonarse a uno mismo, colocando la mano en el corazón y respirando con conciencia plena.
- **Relacional:** Conectar con otras personas, dejar de aislarse, compartir.
- **Espiritual:** Ser fiel a los valores que uno tiene, dejar de ser egoísta, meditar, orar, caminar por la naturaleza, hacer las paces, hacer actos de caridad, etc.

Otra forma de practicar la autocompasión es realizando el ejercicio: “Ablanda, tranquiliza, y permite”(Germer, 2009) que es una forma rápida de manejar emociones difíciles con compasión. Consiste primero en percibir las sensaciones físicas que produce la emoción, para luego tratar de ablandar el cuerpo a través de la respiración, tratando de ablandar los músculos. Luego con la mano en el corazón tratamos de tranquilizarnos, sintiendo la respiración en el cuerpo, tratando de calmarnos, como si abrazáramos a un niño que llora,

dándonos ánimo y cariño. Y por último permitimos la presencia de la molestia, abandonando el deseo de que la emoción desaparezca. Deja que el dolor, o la emoción vayan y vengan, como si fuera un huésped que tienes en casa. Puedes repetir “permitir, permitir, permitir”. Este ejercicio abarca los tres dominios de la autocompasión: el físico (ablandar), el emocional (tranquilizar) y el mental (permitir). Es importante ofrecerse amabilidad porque nos sentimos mal, no para sentirnos mejor. No tratamos de cambiar nada, precisamente por eso se produce el cambio (Simón, 2011).

Dentro de la compasión, pueden distinguirse dos elementos que integran la práctica: *bondad amorosa y compasión*. En esencia podemos señalar que es lo mismo, aunque la *bondad amorosa* hace referencia a desear la felicidad de uno mismo y de los demás, y la *compasión* es eso mismo en el contexto del sufrimiento. Por tanto, la diferencia entre ambos es el contexto dónde se aplica, más que el deseo en sí (García-Campayo, Cebolla y Demarzo, 2016).

La meditación de la conciencia amable, bondad amorosa o metta es como ir al gimnasio para un entrenamiento intensivo del cerebro. Se ha de practicar entre 20 y 45 minutos diarios. Se ha visto que cuanto más tiempo invertido, mejores son los beneficios. Es como una medicina: los efectos dependen de la dosis (Simón, 2011). Este tipo de meditación se puede trabajar evocando la imagen de una persona o animal que nos despierte mucha ternura, repitiendo frases como: “que seas feliz, que tengas paz, salud, que te vaya bien en la vida”, para luego centrarnos en nosotros mismos e incluirnos en ese círculo de buena voluntad: “que tú y yo seamos felices, que tengamos paz, que estemos libres de dolor y sufrimiento”.

Existe un tipo de meditación que se denomina " mettavavana " (Cultivar bondad amorosa o conciencia amable ) que trabaja en cinco etapas:

- compasión hacia uno mismo
- compasión hacia un ser querido
- compasión hacia un ser neutro
- compasión hacia un enemigo
- amor incondicional que se extiende a todo el planeta tierra.

Existe también, además de metta, otra herramienta llamada "Tonglen" (Dar y recibir) que se basa principalmente en la visualización. Quien la practica debe imaginarse que tiene delante a la otra persona, o a sí mismo. Se visualiza como el sufrimiento de la persona sale en forma de humo negro al mismo tiempo que el practicante inhala. A continuación en la exhalación se envía a la imagen una nube cargada de amor, paz, salud, etc. (Chödröm, 2001).

Las emociones dolorosas si las afrontamos con autocompasión, pierden gran parte de su efecto destructor. Sufrimos, pero no nos hundimos en el sufrimiento, sino que lo aliviemos en un bálsamo de cariño que nos proporcionamos a nosotros mismos (Germer, 2009).

En un metaanálisis realizado con 14 estudios de autocompasión encontraron una correlación negativa entre psicopatología (ansiedad, estrés, depresión) y autocompasión (Macbeth y Gumley, 2012). Otros estudios han encontrado correlaciones positivas entre autocompasión y la satisfacción con la vida, felicidad, optimismo, afecto positivo, espiritualidad, inteligencia emocional y bienestar psicológico (Baer et al., 2012). En el estudio realizado por Bluth y Blanton (2013) en una muestra de 63 adolescentes, encontraron



que la variable autocompasión era una variable mediadora en la relación existente entre mindfulness y bienestar psicológico en la población adolescente. Concretamente se encontró una relación significativa entre mindfulness (predictor) y cada una de las cuatro variables que medían bienestar psicológico (afecto positivo, afecto negativo, satisfacción con la vida y estrés percibido). Por otro lado se encontró una asociación significativa entre la autocompasión (variable mediadora) y mindfulness (predictor). Además la autocompasión correlacionó positivamente con satisfacción con la vida y negativamente con afecto negativo y estrés percibido. En el afecto positivo no se hallaron correlaciones significativas.

En otra investigación realizada por otros autores se exploró la relación existente entre autocompasión y el bienestar eudaimónico en una muestra de 83 mujeres jóvenes atletas (Ferguson, Kowalsk, Mack y Sabiston, 2014). Se encontró una relación significativa entre autocompasión y bienestar eudaimónico ( $r = .76, p < .01$ ). Además se encontró que ambas variables correlacionaron negativamente con pasividad y positivamente con responsabilidad, iniciativa y autodeterminación.

En otro estudio realizado con una muestra representativa de la población general alemana, se ha encontrado evidencia de la relación existente entre la autocompasión y los síntomas depresivos. Concretamente el 23% de la varianza en síntomas depresivos fueron explicados por la autocompasión con una relación negativa (Körner, Coroiu, Copeland, Gomez-Garibello, Albani y Zenger, 2015).

En otro estudio realizado con una muestra de pacientes diagnosticados de ansiedad generalizada, se encontró que éstos tenían niveles mucho más bajos de capacidad mindful y autocompasión, en comparación con una muestra de personas sanas. Ambas variables

correlacionaron negativamente con ansiedad, preocupación, y sensibilidad ansiosa (Hoge et al., 2013)

Siguiendo a García-Campayo et al. (2016), el concepto compasión mantiene relaciones positivas con los conceptos de conectividad social, inteligencia emocional, mindfulness, empatía y sabiduría. Promueve estados relacionados con la salud mental como el optimismo o la felicidad, y disminuye estados psicopatológicos como la depresión y la ansiedad.

Aunque en el momento en que empezamos a trabajar en esta investigación, no estábamos inmersos en la "segunda ola de la compasión" que ha llegado con tanta fuerza como mindfulness en su día, tuvimos esa intuición clínica de introducir la práctica de la misma en nuestro protocolo, puesto que habíamos bebido de fuentes budistas que empleaban la práctica de *mettabavana* en los cursos de mindfulness (Formación de Profesor de mindfulness & Compassion Respira Vida Breatworks).

En estos momentos existen *cinco protocolos de terapia de compasión* (cuatro de ellos surgen del mundo anglosajón y sólo uno en países de habla hispana). A continuación expondremos las principales características de cada uno.

#### ➤ **CBCT (Terapia Cognitiva Basada en la Compasión)**

Desarrollada en la Universidad de Emory por Lobsang Tenzi Negi. Va dirigida tanto a la población sana como a pacientes. La base teórica es la tradición budista de Lo- jong. La principal aportación es el uso de la meditación analítica que pretende que los practicantes tengan *insight*. El objetivo es aplicar estas meditaciones en la vida cotidiana, desarrollando una actitud más constructiva hacia uno mismo y los demás. Trabaja en seis módulos que son:

Estabilidad mental, entendimiento mental, autocompasión, ecuanimidad, aprecio-gratitud-interdependencia y compasión activa (Mascaro, Darcher, Negi y Raison, 2015).

➤ **TFC (Terapia Focalizada en la Compasión)**

Desarrollada en la Universidad de Derby por Paul Gilbert. Se aplica en psicoterapia individual a pacientes con trastornos mentales graves por una historia de apego disfuncional. Sitúa el núcleo de las emociones adversas en la autocrítica y en la vergüenza. A través de la práctica del personaje compasivo, los pacientes van esculpiendo e integrando una voz compasiva que se relaciona con el multiself (Gilbert, 2009).

➤ **CCT (Entrenamiento en el Cultivo de la Compasión)**

Desarrollada en la Universidad de Stanford por Thupten Jinpa. Dirigida a pacientes y población sana, con una base teórica que sigue la tradición budista de Lo- jong. Una de las aportaciones de este modelo es la definición de la compasión como un estado pluridimensional con cuatro componentes: a) conciencia del sufrimiento (cognición); b) preocupación compasiva (emoción); c) deseo de aliviar el sufrimiento (intención), y d) disposición a ayudar a aliviar el sufrimiento (motivación) (Brito, 2014).

➤ **MSC (Protocolo de autocompasión: Mindful Self- Compassion)**

Desarrollada por Kristin Neff y Christopher Germer. El protocolo parte de la base de la importancia del cultivo de la compasión, pero enfatiza la práctica de la autocompasión en un programa de ocho sesiones dirigido a la población general y también a pacientes. Introduce el concepto de diálogo autocrítico y desarrolla la pausa compasiva que tiene como finalidad modificar ese estilo de diálogo hacia uno mismo a través de la autocompasión (Germer,2009).

➤ **ABCT (Terapia de Compasión Basada en los estilos de Apego)**

Desarrollada por Javier García Campayo de la Universidad de Zaragoza (España) y Marcelo De Marzo de la Universidad Federal de Sao Paulo (Brasil). La principal aportación de este programa es la identificación del propio estilo de apego y el análisis de la relación de dicho estilo con nuestra forma de relacionarnos con los demás y con nosotros mismos. Introduce aspectos como el perdón que es imprescindible para desarrollar la ecuanimidad, una virtud inconmensurable descrita en la tradición budista. Propone el desarrollo de una figura de apego, conectándolo con las propias carencias identificadas en nuestro modelo de apego (García-Campayo et al., 2016).

El cultivo de la compasión consideramos que es imprescindible en el proceso de duelo, ya que como hemos señalado a lo largo de la revisión nos permite por un lado acercarnos a las emociones difíciles con amabilidad para poderlas regular, con un acompañamiento creativo, que hace que podamos convertirnos en nuestra propia figura de apego seguro. Y, por otro lado, nos permite transformar el aislamiento que se produce ante el dolor, en una oportunidad de conexión, a través de la Humanidad Compartida. Es por ello que en nuestro protocolo cultivaremos esta habilidad a lo largo del programa.

### **1.3.9 Reflexión: ¿Cómo puede ayudar mindfulness y la compasión en las tareas del duelo?**

Teniendo en cuenta la importancia de los factores protectores que ya se han nombrado con anterioridad en el apartado del duelo, mindfulness nos serviría como protector, ya que se trata de una herramienta de autocuidado, que promueve estados emocionales positivos, que como señala Bonnano (1997) es de vital importancia en el proceso de duelo. Además promueve la flexibilidad mental y la capacidad de encontrar un sentido a la experiencia, como ha quedado reflejado a lo largo del marco teórico.

Sabemos, por la bibliografía revisada que mindfulness a través del trabajo de conciencia del momento presente y con una actitud de no juzgar, de aceptación y compasión (en el sentido budista de la palabra, que es amor incondicional hacia uno mismo y los demás) puede facilitar el proceso de duelo, y por tanto el desempeño de las diferentes tareas que señalan los diferentes autores revisados. Es conveniente señalar que estas tareas no son compartimentos estancos y lineales, sino que de alguna forma el trabajo sobre una de ellas, repercute en las demás. Se trata de piezas de dominó, en las cuales cuando una se mueve, se mueven también las otras. De hecho si una persona es capaz de abrirse al dolor a través de mindfulness (Tarea II), siendo consciente del dolor físico y emocional de la pérdida, aceptando ese dolor como parte del proceso de duelo, y del proceso de estar vivo, aceptando la muerte como parte de la vida, también está realizando la Tarea I (que hace referencia a la aceptación de la realidad de la pérdida). Además, esa aceptación movería también la ficha del dominó que corresponde a la Tarea III (adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente, y por tanto también movería la ficha que tiene que ver con la Tarea IV (que es la recolocación emocional del fallecido para poder seguir viviendo).

De alguna forma el trabajo con mindfulness sobre la *Tarea II (trabajar emociones y abrirse al dolor)* supone una intervención muy acertada en dolientes, ya que nos permite indirectamente avanzar en las demás tareas. Sin duda el trabajo de aceptación que se promueve con mindfulness supone un avance significativo en las personas que han sufrido una pérdida. Puesto que resulta imposible recuperar al ser querido, lo único que puede aliviar los corazones de los dolientes, es aceptar que nunca más volverán, pero que sigue habiendo un lugar para ellos en su corazón. Esto tiene que ver con la Tarea IV de la recolocación emocional del fallecido.

La adaptación del programa se centrará en la tarea II, teniendo en cuenta que Worden también destaca su importancia cuando dice que “si la tarea II no se completa adecuadamente, puede que sea necesaria una terapia más adelante, en un momento que puede ser más difícil retroceder y trabajar el dolor que se ha estado evitando” (Worden, 2004). Desde nuestro punto de vista personal es una tarea muy importante, y que de alguna forma mueve a todas las demás como hemos querido destacar con la metáfora de las fichas del dominó. Como algo más específico se desarrollarán las sesiones para trabajar con todas las emociones, y concretamente con la culpa a través de un trabajo de perdón.

Kabat- Zinn (2004) señala que la aceptación promueve la sanación, que no tiene nada que ver con la curación. Es decir, quizá no podamos curar una enfermedad, ni tampoco hacer que nuestro ser querido regrese, pero sí que podemos relacionarnos con esa enfermedad o con esa pérdida de una forma diferente, que nos permita sentirnos bien, con lo cual habremos sanado internamente nuestras heridas psicológicas. Esa herida dejará una cicatriz, y en muchos

momentos puede doler, pero aceptando que esto puede suceder, nos habremos liberado del sufrimiento.

Worden (2004) destaca que el duelo es un proceso largo, y su culminación no será un estado como el que teníamos antes del mismo, además de que aunque el duelo progrese, habrá malos días, aparentes retrocesos, puesto que no es un proceso lineal. Es decir, lo que parecen pequeños retrocesos, si se aceptan como parte del proceso, promoverá un gran avance en el proceso de elaboración del duelo.

Para conseguir todos estos fines, mindfulness será el traje de neopreno que permitirá que el dolor de la pérdida sea más llevadero. De hecho, no es lo mismo sumergirse en el agua de una charca muy fría desnudo que con un traje de neopreno. Sabemos que si queremos llegar a casa, hemos de sumergirnos en esa charca, pues no puede aparecer ningún helicóptero que nos lleve a nuestra casa saltando la charca, pero al menos el traje nos permite percibir en menor intensidad el frío. De la misma manera actúa mindfulness, que sería ese traje de neopreno que nos ayudará a ser conscientes del dolor y a manejarlo, para poder llegar a casa, es decir, para poder superar la pérdida de nuestro ser querido. Esa superación supone integrar la pérdida dentro de la vida del doliente, recolocar al ser querido (tarea IV).

Según Worden (2004) el duelo se acaba cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor. Siempre sentiremos tristeza cuando recordamos a un ser que no está entre nosotros, pero esa tristeza es diferente a la que se siente cuando estás en pleno duelo, no supone una sacudida. Siguiendo al autor, se puede pensar en el fallecido sin manifestaciones físicas como llanto intenso, o sensación de opresión en el pecho. Además el duelo acaba cuando una persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos, para lo

cual mindfulness desde nuestro punto de vista puede ser esencial como se podrá ver en la adaptación del protocolo MBSR a personas que han perdido un ser querido.

Sabemos, por la revisión previa realizada, que mindfulness supone trabajar la atención, es lo que Martín-Asuero (2007) denomina el *triángulo de la atención*, que son: los pensamientos, las sensaciones y las emociones. Añadiríamos también las conductas como foco de atención. Mindfulness nos puede ayudar a normalizar todas las manifestaciones del duelo, abarcando el *cuadrado de la atención* que integra las cuatro dimensiones: sentimientos, sensaciones, cogniciones y conductas. De alguna forma con mindfulness exploramos todas esas dimensiones, con el objetivo claro de normalizar y entender que son experiencias transitorias, que fluyen, que se van transformando, a medida que las observamos y empezamos a relacionarnos con ellas de una manera distinta. Es por ello que en el protocolo, en las sesiones iniciales se trabajará sobre este triángulo de la atención adaptado, añadiendo también las conductas como foco atencional. Observar es el primer paso para aceptar y sanar. Siguiendo a Simón (2010), "Si observas desconectas el automatismo (SODA) y cuando observas una emoción, la cualidad de la misma cambia". Por ello observar y aceptar sensaciones, pensamientos, emociones y conductas típicas del duelo será nuestro primer objetivo.

Teniendo en cuenta, como se ha visto en la revisión realizada acerca de la culpa, que los supervivientes tras el fallecimiento de su ser querido, suelen experimentar sentimientos de culpa (mayoritariamente basados en pensamientos irracionales, aunque otras veces se trata de una culpa real), podrían beneficiarse sin duda de la meditación compasiva, con el objetivo de elaborar este sentimiento. A través del cultivo de la autocompasión, se podrá producir una canalización de esa culpa y una resolución del duelo. El objetivo no será eliminar la culpa,



sino sentirla, y a pesar de su presencia, tratar de darnos cariño, a través de la conciencia amable. De esta forma llegaremos a ese perdón hacia nosotros mismos, ya sea que haya una culpa real o irreal, aunque en nuestro mundo mental sí que la vivamos como real.

Cuando existe una culpa real es importante poder pedir perdón a nuestro ser querido, por lo que puede llegar a ser muy útil a través de mindfulness trabajar con una fantasía guiada donde nos podemos comunicar con el ser querido fallecido, pudiendo servir esta fantasía guiada también como una despedida de nuestro ser querido en el caso de que no haya sido satisfactoria en la vida real, porque hayan quedado asuntos pendientes, o porque simplemente no hayamos podido despedirnos de él. Estas son algunas de las formas en que la autocompasión, la compasión y el perdón pueden ayudarnos en el proceso del duelo, de ahí que le hayamos dedicado un subapartado en el marco teórico.

La siguiente frase nos conecta sin duda con la capacidad de resiliencia y crecimiento postraumático que es posible tras las experiencias dolorosas de pérdida y sufrimiento:

Incluso la víctima indefensa de una situación desesperada, enfrentada a un destino que no puede cambiar, puede alzarse por encima de sí mismo, puede crecer más allá de sí mismo, y con ello cambiar él. Puede convertir una tragedia personal en un triunfo (Frankl, 2004)

## 1.4 Justificación del programa de mindfulness y duelo

Para la mayoría de las personas el duelo evoluciona favorablemente con el apoyo exclusivo de la red social natural, y a pesar del sufrimiento intenso, llegan a poder adaptarse a la pérdida y a sus consecuencias y con tiempo rehacen sus vidas. Sin embargo hay una minoría de casos, entre el 10-20%, dónde el duelo no evoluciona favorablemente y aparecen consecuencias severas que afectan a la salud mental y física de los supervivientes (Barreto y Soler, 2008). El duelo complicado se asocia con problemas de salud como son la depresión, la ansiedad, abuso de alcohol, consumo de fármacos, incremento del uso de recursos sanitarios, aumento de la mortalidad dentro del primer año y suicidio (Prigerson et al., 1997). De ahí, la importancia de detectar los factores de riesgo en los dolientes, e intervenir cuando es necesario para prevenir el duelo patológico o complicado, puesto que las consecuencias son devastadoras tanto a nivel individual como social, debido a los costes que supone. La recomendación dentro del sector sanitario, y siguiendo las políticas desarrolladas en otros países pioneros en el tratamiento preventivo del duelo, apoya la creación de servicios de atención al duelo especializados más allá de lo que actualmente proveen las redes de atención primaria y salud mental (Payás, 2007).

En ésta última década se está debatiendo cuáles son los grupos de personas más vulnerables, y si esta vulnerabilidad es susceptible de ser detectada en los momentos iniciales de la pérdida, utilizando los factores de riesgo como indicadores. La identificación de grupos de nivel de riesgo alto permite el diseño de intervenciones más especializadas y preventivas de duelo complicado (Worden, 2004). Precisamente nuestro protocolo va dirigido a personas con factores de riesgo o a personas que ya padecen duelo patológico según los criterios del DSM 5.

Como se ha señalado en el marco teórico, hay autores que hacen la distinción entre asesoramiento psicológico en duelo y terapia. El primero sirve para acompañar en el proceso natural del duelo, y la segunda nos sirve para tratar tanto a las personas con factores de riesgo como a las personas que ya sufren un duelo patológico.

Es conveniente recordar que los estudios realizados sobre la eficacia de las intervenciones en duelo diferencian entre prevención primaria o dirigida a la población general, secundaria o “selectiva” de dolientes de “alto riesgo”, y terciaria o tratamiento especializado del duelo complicado o patológico y de los trastornos relacionados (Arranz et al., 2008). Existen pocos estudios que prueben la eficacia de la prevención primaria, e incluso al contrario, algunas investigaciones muestran resultados negativos; por tanto se desaconseja intervenir de forma rutinaria (Barreto, 2008). En cambio las intervenciones ideadas para dolientes más vulnerables a los riesgos del duelo (niveles de malestar elevados, pérdida traumática, acontecimientos concurrentes o pérdida de un hijo) tiene resultados más prometedores, pero modestos (Barreto, 2008).

Nuestro protocolo sería por tanto una terapia dirigida a personas susceptibles de padecer duelo patológico, siendo *una intervención preventiva secundaria* o que ya padecen duelo complicado, tratándose de una *intervención terciaria* o tratamiento especializado del duelo complicado. Aún así, es importante recordar cómo hemos señalado en el marco teórico que nuestro protocolo podría perfectamente emplearse como prevención primaria en el proceso normal de duelo por la naturalidad del mindfulness como herramienta de autocuidado y de crecimiento personal basada en la conciencia y en el cultivo de los cuatro inconmensurables (amor incondicional, compasión, alegría empática y ecuanimidad).

Hemos decidido hacer la intervención grupal, ya que ésta es terapéutica *per se*, puesto que tiene múltiples funciones como señala Payás (2014):

- Ofrece un espacio de apoyo emocional
- Sirve para normalizar las manifestaciones del duelo, puesto que los participantes comparten muchas de ellas
- Tiene una función educativa, puesto que los participantes aprenden que el duelo requiere tiempo, es un proceso dinámico, donde hay fases y tareas, y que además deben tener una actitud activa y de compromiso.

Según Payás (2007) los grupos de terapia para duelos de riesgo y duelos complicados son grupos estructurados con un número limitado de participantes, dirigido por un profesional, con formación en psicoterapia y una especialización específica en duelo. Los miembros son personas cuyo duelo cumple algún factor de riesgo o que ya muestran sintomatología de duelo complicado. Se trata de grupos cerrados, limitados en el tiempo, y con un programa dirigido a las distintas tareas y necesidades individuales de cada miembro, y su función es tanto preventiva como de tratamiento. Precisamente éstas son las características de nuestro protocolo, y teniendo en cuenta las ventajas de trabajar en grupo, hemos decidido hacerlo así, puesto que además la intervención MBSR en la que nos hemos basado para hacer las adaptaciones, también se lleva a cabo en grupo, lo cual es sumamente enriquecedor.

Es importante tener en cuenta tanto los criterios de inclusión (que ya han quedado explicados en el marco teórico en el punto 1.2.4), como los criterios de exclusión en un programa de apoyo grupal, que según Payás (2014) son los siguientes:

- Falta de motivación (ayuda no solicitada, mala derivación)
- No disponibilidad psicológica (estado de choque: derivación muy temprana; antecedentes de trastorno; personas en adicción activa; situación de sobremedicación).
- No identificación con el grupo por estar en fases distintas

La facilitación de un grupo de duelo puede realizarse en forma de sesiones cerradas o abiertas (Payás, 2007). En las primeras fases son más útiles las abiertas, y en las últimas fases son más útiles las cerradas. Éstas últimas se diseñan de antemano, planteando una tarea específica de duelo propuesta por el terapeuta. Tiene una función terapéutica y a la vez educativa, que se lleva a cabo mediante estrategias concretas que pueden incluir desde exposiciones teóricas, ejercicios prácticos de autoconcienciación, reflexión de grupo, escritura creativa, visualización u otras técnicas psicoterapéuticas (Payás, 2007).

Precisamente nuestro protocolo es un ejemplo de programa con sesiones cerradas, ya diseñadas de antemano y centradas como ha quedado claro en el marco teórico, en *la tarea II de abrirse al dolor y adentrarse en las emociones*, con el objetivo de que los dolientes en riesgo o con duelo complicado avancen a la fase III (conexión e integración) trabajando sobre la segunda tarea de entregarse al dolor y el trabajo con las emociones, para que puedan seguir avanzando hasta la última fase de crecimiento y transformación.

En éstas fases avanzadas se trabaja, como ya se ha señalado en el marco teórico a través de la exploración de la relación con el fallecido, y la resolución de asuntos pendientes como el perdón, o la gratitud, que constituyen tareas propias de la fase de entrega al dolor (Payás 2007), de ahí que en nuestro protocolo se hayan contemplado estas herramientas terapéuticas dentro del estado de meditación como se comprobará en el punto 1.5 que corresponde al diseño del protocolo para duelo.

"Las tareas del duelo pueden posponerse, pero eso no las resuelve. Tarde o temprano la persona deberá afrontar su pérdida: el duelo no puede suprimirse sólo aplazarse" (Payás, 2010, p.151). De ahí la importancia de nuestro protocolo que pretende *acompañar en el proceso de duelo para hacer esa conexión-integración del dolor a través del trabajo con las emociones*. Precisamente en un principio ayudamos con mindfulness a que las personas puedan ser conscientes del dolor y las emociones que suscita dicho dolor, con una actitud de aceptación. Una vez hemos conseguido que los dolientes puedan llegar a esa aceptación, promovemos el avance en el proceso del duelo para llegar al crecimiento, o al menos dando las herramientas para que ellos puedan a su debido tiempo poder encontrar esa transformación y crecimiento, puesto que esos nuevos significados han de ser encontrados, no pueden ser impuestos desde fuera.

Parkes afirma que: "Es necesario que la persona elabore el duelo emocional para hacer el trabajo del duelo, y cualquier cosa que permita evitar o suprimir de forma continua este dolor es probable que prolongue el curso del duelo" (Parkes, 1972). De ahí la importancia de trabajar el dolor y las emociones, como señalan Worden y Neimeyer, haciendo referencia a la tarea II. Es precisamente ahí, donde mindfulness aparece como una terapia de tercera generación que puede ayudar a ese cometido.

Precisamente mindfulness es una terapia de aceptación y de exposición, ya que no se huye de los pensamientos, ni de las emociones, sensaciones; no se huye de la realidad sea cual sea. Lo que se hace es observar lo que hay, exponiéndose de forma voluntaria a lo desagradable, de forma que se produce una reducción del malestar emocional y cognitivo, además de respuestas comportamentales adaptativas (Spira, 2003). Es decir, no huimos del dolor, nos acercamos a él con conciencia plena y con amor, ya que como señala Simón (2010), "cuando nos tratamos con compasión lo hacemos porque nos sentimos mal, no porque queremos sentirnos bien". Por eso mismo nos acercamos al dolor y a las emociones desagradables, para aceptarlas e integrarlas.

Según Payás (2014) la práctica del silencio y la contemplación ayuda a tomar conciencia de la respiración y a que no somos ni lo que pensamos, ni lo que sentimos. Al prestar atención a la respiración, podemos poner distancia entre nosotros y los pensamientos y emociones que experimentamos. La práctica de la consciencia plena y del silencio pueden ser herramientas útiles en el camino del duelo. La atención plena a las sensaciones de nuestro cuerpo es una valiosa ayuda que nos permite aliviar síntomas como la angustia, pensamientos obsesivos o el miedo.

Como señala Paulo Coelho en esta cita: "Hace mucho tiempo aprendí que para sanar mis heridas, tengo que tener la valentía de enfrentarlas", solamente podemos sanarnos exponiéndonos a eso que nos duele, pero con compasión, de ahí la importancia de practicar mindfulness en el camino del duelo y en el camino de la vida.

Podemos observar en la cita de Payás (2014) que el duelo puede ser una oportunidad para reencontrarnos:

Si te resistes a mirar en tu interior, dejas tu hogar a oscuras, y entonces esas emociones crecen y pueden llegar a devorarte. Hemos perdido la costumbre de estar con nosotros mismos, de estar familiarizados con todo lo que habita en nuestra casa interior. La muerte, las pérdidas y el duelo son acontecimientos que poseen esa cualidad: Nos impulsan a abrir un espacio interior de reflexión y autoconocimiento. Cuando aceptamos esa invitación y empezamos a pararnos, a estar en silencio en este mundo ajetreado y ruidoso, nos ocurren cosas. (p. 204).

Teniendo en cuenta esto, podemos señalar que nuestro protocolo basado en mindfulness puede vislumbrarse como una *antorcha capaz de alumbrar el hogar que se ha quedado a oscuras*, precisamente para que las emociones no crezcan y nos devoren como si fuesen un león hambriento.

El programa está formado por 9 sesiones que se explicarán con detalle en el apartado 1.5 del trabajo, aunque ahora queremos justificar tanto la secuenciación de las sesiones como los contenidos basándonos en la literatura existente que se ha nombrado en el marco teórico.



Las 9 sesiones que forman parte del programa de mindfulness y compasión para el duelo son:

- **Sesión 1.** La conciencia plena y las manifestaciones del duelo.
- **Sesión 2.** Potenciación de recursos: Lugar tranquilo, lugar sagrado, enraizamiento...
- **Sesión 3.** El dolor y los pensamientos: Sufrimiento primario y secundario.
- **Sesión 4.** Emociones I: La exploración de las emociones básicas y su regulación.
- **Sesión 5.** Emociones II: La exploración de la tristeza, el miedo y la rabia
- **Sesión 6.** Exploración de la culpa y autocompasión.
- **Sesión 7.** La despedida y los asuntos pendientes.
- **Sesión 8.** Los pilares de la serenidad. Un lugar para ti.
- **Sesión 9.** Cierre y evaluación. Entrevistas individuales.

Como puede observarse en la secuenciación de las sesiones, en un principio las sesiones primera y tercera corresponden a la secuencia que sigue el protocolo original MBSR, pero con algunas adaptaciones. Es decir, primero es necesario que las personas entiendan de forma práctica qué es la conciencia plena, de ahí que en **la primera sesión** se trabaje ese concepto tanto de forma experiencial como teórica. Además, como los dolientes experimentan una serie de manifestaciones del duelo que en un principio son normales, es importante que tomen conciencia de esas manifestaciones a través de la conciencia plena, para normalizar. Hay autores como Lacasta (2006) y Soler (1996) que nombran esas manifestaciones clasificándolas en diferentes dimensiones: cognitivas, fisiológicas y conductuales. Otros autores como Worden (2004) clasifican las manifestaciones en cuatro dimensiones: sensaciones, cogniciones, conductas y sentimientos. De ahí que en el psicoeducativo sobre las manifestaciones del duelo se trabajen todas ellas. La idea es que al tomar conciencia de la normalidad de esas manifestaciones, no se llegue a patologizar el proceso de duelo. Según

Barreto (2008) la primera cuestión que ha de plantearse desde los cuidados paliativos, se refiere a la importancia que tiene despatologizar el sufrimiento al final de la vida y en la elaboración del duelo. De ahí la importancia de normalizar. Una vez esas manifestaciones son crónicas dando lugar a un duelo complicado también es importante la toma de conciencia de cada una de las manifestaciones del duelo que experimentan los dolientes, ya que la conciencia unida a la compasión son promotores del cambio, como ha quedado reflejado en el marco teórico.

Tras el psicoeducativo de la conciencia plena y de las manifestaciones del duelo, proseguiremos con la práctica de dos meditaciones, que son la conciencia de la respiración y el Body Scan (recorrido del cuerpo), que son las primeras meditaciones que se emplean en el protocolo original. Es necesario empezar por ahí ya que como señala Kabat-Zinn (2008), la respiración es el ancla que nos permite conectar con el presente. Cada vez que nuestra mente de mono salta de aquí para allá, la respiración nos trae de nuevo al presente (Simón, 2010). Además, para poder llevar a cabo otras meditaciones más complejas es necesario practicar la conciencia de la respiración, puesto que es la base del programa. Luego entrenamos la capacidad de poder ser conscientes de las sensaciones físicas de nuestro cuerpo, observando las sensaciones agradables y las desagradables como parte de nuestro presente a través del Body Scan, con una actitud de aceptación (Kabat- Zinn, 1996).

Además el entrenamiento en casa durante esta primera semana consistirá en la práctica de ambas meditaciones, ya que es lo que nos va a permitir avanzar en las próximas sesiones, donde aumenta la complejidad de las meditaciones puesto que se incorpora también la visualización y el cultivo de la autocompasión. Esta semana estamos cultivando *Samatha* (conciencia focalizada).

Teniendo en cuenta el modelo sensoriomotriz del trauma de Ogden et al. (2011), en esta primera sesión estamos enseñando a los dolientes a monitorizar las experiencias somáticas, precisamente a través de la atención plena que permite el procesamiento del trauma. Además, estamos cultivando la ecuanimidad para poder estar (dar espacio) con todo lo que hay sin pretender cambiar nada, aumentando así la tolerancia a las experiencias somáticas desagradables. Además, el recorrido del cuerpo y en ancla de la respiración permiten desarrollar una mayor conciencia del momento presente y la habilidad de dirigir la atención a voluntad para no ser presos de la propia mente, permitiendo salir de la mente. Además, es una herramienta de autocuidado personal que permite activar el sistema nervioso parasimpático, y de esa manera fomentar recursos de afrontamiento saludables para las sesiones próximas, donde iremos acercándonos al dolor de la pérdida de una forma progresiva.

En la **segunda sesión** incluimos la *potenciación de recursos*: lugar tranquilo, lugar sagrado, ejercicios de enraizamiento. Es esencial que el doliente aprenda a encontrar estabilidad antes de pasar a procesar los recuerdos que tienen que ver con la pérdida. Hemos seguido en este caso las indicaciones de una metodología de trabajo que nace de la combinación de diferentes modelos. Se llama Mindfulness IPH creado por Andrés Martín Asuero y Gustavo Bertolotto, que combina algunas herramientas como la PNL, Hipnosis Ericksoniana, neurofeedback, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) y EFT (Emotional Freedom Techniques).

En esta sesión nos centraremos en que el doliente tenga recursos de estabilización adecuados, antes de pasar a trabajar con el dolor. Siguiendo a las aportaciones de Ogden et al. (2009) sería trabajar la fase 1 de estabilización previa al procesamiento de los recuerdos dolorosos, según el modelo sensoriomotriz que también ha sido explorado en el marco

teórico. De esta manera el doliente aprende a establecer recursos que alimenten las redes de memoria adaptativas y que permitan mantener las emociones en la ventana de tolerancia, puesto que son herramientas de autorregulación emocional.

En la **tercera sesión** nos adentraremos en el dolor, que es el objetivo del protocolo, además que se trabajará la conciencia de los pensamientos y la forma de manejarlos. Es así como se trabaja en el protocolo MBSR. La diferencia es que aquí el dolor al que nos referimos es un dolor por la pérdida del ser querido, pero que en muchas ocasiones se transforma en dolor físico. Precisamente la palabra duelo proviene del término latino "dolus" que significa dolor (Lacasta, 2012). En el protocolo MBSR, Martín Asuero (2010) señala la importancia de trabajar el dolor con una fórmula que dice que dolor por resistencia al dolor (no aceptación) es igual a sufrimiento y que, el sufrimiento secundario que es todo aquello que tiene que ver con anticipaciones del futuro y rumiaciones del pasado potencian ese dolor. En vista de que ese sufrimiento secundario va unido a pensamientos anticipatorios o rumiativos, es importante trabajarlos a través de la conciencia plena con una actitud de aceptación, sin luchar contra ellos y sin tratar de evitarlos. En esta sesión también se proporciona psicoeducación acerca del proceso de duelo basado en los autores que hemos integrado en nuestro modelo de intervención psicológica.

En la **cuarta sesión** del protocolo original MBSR se trabaja la regulación emocional a través de la conciencia plena, por lo que hemos decidido respetar este orden, teniendo en cuenta que una vez que hemos aprendido a adentrarnos en el dolor de forma generalizada, podremos adentrarnos en cada una de las emociones que nos provocan dolor de forma más específica. Se ha visto que mindfulness permite regular el afecto, incluyendo una mayor conciencia, entendimiento y aceptación de las emociones, y una mayor habilidad para corregir

o reparar estados de ánimo desagradables (Brown y Ryan, 2003). Es por ello que el protocolo incorpora la regulación emocional primero de forma generalizada y posteriormente de forma específica con el miedo, la rabia y la tristeza (**quinta sesión**) y con la culpa (**sexta sesión**).

Como se ha comentado con anterioridad empleamos todo tipo de recursos útiles como la visualización o el uso de cuentos y metáforas, que como señala Payás (2007) pueden ser muy útil en la terapia para el duelo. De ahí que empleemos todos esos recursos para hacer el trabajo de conexión-integración de las emociones pudiendo así llegado el momento llegar a la fase de crecimiento-transformación.

Hemos decidido dedicar una sesión al sentimiento de culpa teniendo en cuenta que es un sentimiento común en el proceso de duelo. Las personas en duelo piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir o hacer y que no fueron posibles. Pueden llegar a pensar que podrían haber actuado de una forma diferente y que esto hubiera evitado la muerte de su ser querido (Ramírez, 2007). Hay muchos motivos por los que una persona puede sentirse culpable, como ha quedado explicitado en el marco teórico, y ya sea real o irracional, es conveniente trabajarla a través del perdón. Tanto Payás (2007) como Worden (2004) trabajan la culpa a través del perdón. Worden utiliza el psicodrama o la silla vacía, y nosotros hemos decidido utilizar el recurso de mindfulness a través de la visualización de nuestro ser querido, que sería el equivalente de la silla vacía, para trabajar el perdón en diferentes fases, atendiendo a lo que el protocolo original MBSR trabaja a través de “metta”, que es la meditación del amor incondicional y del perdón, aunque esto lo trabajamos en la sesión 7. En la sesión 6, la idea es poder en primer lugar observar el sentimiento de culpa y sus manifestaciones a través de mindfulness, para luego cultivar la autocompasión. Evaluar y trabajar la culpa es fundamental, ya que se trata de un sentimiento que además muchos

autores lo consideran como un factor de riesgo para duelo complicado (Lacasta, 2000; Soler, 1996).

El objetivo de la **sesión sexta** es conectar con la culpa e iniciarnos en la práctica de la autocompasión. Como señala Bernabé Tierno (2007), el amor es lo único que puede curar el miedo, la rabia, la tristeza, y el sentimiento de culpa. Siguiendo a Simón (2011), "Ni la conciencia focalizada (Samatha) ni la conciencia de campo abierto (Vipassana) por sí solas nos aliviarán del sufrimiento, por lo que hay que cultivar la tercera habilidad de la meditación mindfulness que es la bondad amorosa o compasión (Metta y Karuna)" (p.135). Según el autor, la compasión nos alivia incluso cuando no podemos cambiar nuestras circunstancias vitales. De ahí el trabajo de la conciencia amable o metta en estas sesiones del protocolo.

En estas sesiones algunas de las tareas para casa van dirigidas a hacer un diario del dolor y un diario de las emociones. Como señala Payás (2007) la *escritura creativa* puede sernos muy útil en las fases avanzadas del duelo, así como el *diálogo con el ser querido fallecido* y la *visualización*, de ahí que empleemos todos esos recursos tanto en las meditaciones como en las tareas para casa.

Una vez hemos conseguido adentrarnos en el dolor y nos hemos liberado de la culpa, tiene sentido pasar a la **séptima sesión**, denominada: *la comunicación con los ausentes y los asuntos pendientes*. De hecho una vez que hemos empezado a cultivar la autocompasión y el amor que se promueve con mindfulness, la comunicación con los ausentes será muy diferente a si lo hubiésemos hecho en las primeras sesiones, puesto que en éstas, estaría tamizado por el dolor, la rabia, el rencor, los juicios etc.

La **octava sesión** se llama *los pilares de la serenidad. Un lugar para ti*, basada en el libro de “los pilares de la felicidad” de Bernabé Tierno. Esta sesión va orientada a la *tarea IV que es la recolocación emocional del fallecido para seguir viviendo*. Es importante clarificar que el objetivo de la intervención no es olvidar al ser querido fallecido, sino encontrarle un lugar en el espacio psicológico que permita la entrada del presente y los retos de la vida (Arranz et al. 2008), de ahí la importancia de esta sesión. En esta sesión se pretende trabajar a través de la psicoeducación y una meditación con visualización, esos pilares que podemos cultivar para encontrar la serenidad e incluso la felicidad, llegado el momento, permitiendo que haya un hueco en nuestro corazón para ese ser querido que no está físicamente pero que forma parte de nuestra realidad psicológica. Como señala Barreto (2008) la expresión de emociones positivas, se ha visto en investigaciones recientes que facilita el buen pronóstico en el desarrollo del duelo. De ahí la importancia de cultivar mindfulness para poder experimentar estados de serenidad, que nos pueden conducir a experimentar sensaciones agradables día tras día, momento a momento. De ahí que mindfulness pueda entroncarse dentro de la psicología positiva y pueda promover el crecimiento postraumático.

La **novena sesión** supone un cierre del programa dónde, pretendemos que los dolientes reflexionen sobre las habilidades aprendidas a lo largo de las sesiones, así como fomentar el compromiso de la práctica de mindfulness en la vida cotidiana como una filosofía de vida. Además, esta sesión nos sirve como evaluación del programa completando la batería de cuestionarios y complementándola con una breve entrevista individual.

La práctica de mindfulness nos permite hacer un trabajo de integración que es esencial en el camino del duelo y de la propia vida. Siguiendo a Payás (2010):

En el duelo, la experiencia plena en el aquí y el ahora de afectos tales como el llanto, el dolor, la pena, la tristeza, la nostalgia e incluso el enfado y la desesperación permite la conexión e integración entre el pasado y el presente, y su expresión fenomenológica abre la puerta a la posible reestructuración y al crecimiento tras la pérdida (p.168).

Este tipo de intervenciones destinadas a fomentar la atención plena en la vivencia de la sintomatología física y el malestar o sufrimiento emocional son muy útiles en experiencias de pérdidas y favorecen la integración. Han sido utilizadas de forma muy efectiva en el tratamiento de personas en estrés agudo, dolor crónico o supervivientes de traumas (Kabat Zinn, 2005).

Por ello pensamos que nuestro protocolo tiene tanta utilidad, pues favorece la integración de la pérdida con todas las manifestaciones del dolor y las emociones necesarias para poder elaborar de una forma sana el proceso de duelo. Además, en el duelo el procesamiento arriba-abajo no conduce a la reorganización interna, ni a la dotación de nuevos significados adaptativos, aunque puntualmente puedan ser útiles para el control de la sintomatología; en cambio el procesamiento abajo-arriba, el procesamiento “mindful”, está basado en la emoción como proceso integrador.

Como señala Payás (2010) en la cita que sigue a continuación es necesario atravesar el dolor para elaborar nuevos significados:



Atravesar el dolor emocional permite la activación de significados nuevos. La experiencia integrada sólo se da cuando el significado emerge como consecuencia del trabajo integral cognición-emoción, y no como un esfuerzo cognitivo de inhibición autoimpuesto o impuesto por el terapeuta (p. 193).

Precisamente por ello, nuestro protocolo basado en mindfulness y compasión puede resultar de gran utilidad para el doliente, por ser una herramienta y modelo terapéutico caracterizado por su flexibilidad y capacidad de adaptación a las propias necesidades.

En realidad, se promueve con la práctica de la atención plena, un cambio en los esquemas mentales y en la filosofía de vida, que permite que la muerte esté integrada en la vida como proceso natural y normal, de forma que la relación con la misma no se procese como amenaza, sino como oportunidad de crecimiento personal y espiritual como se ha especificado en el marco teórico con las aportaciones de Kumar (2005, 2013). Lo que hacemos con mindfulness es proporcionarles a las personas los materiales necesarios para que ellas mismas puedan “pescar y alimentarse”, de ahí que sea una herramienta de *autocuidado personal* que ayuda en el proceso de vivir y en el proceso de morir y de hacer el duelo por las personas perdidas, como parte ineludible de la propia existencia.

En la *Tabla 4* podemos observar cómo en nuestro modelo hemos hecho una integración de los modelos existentes sobre el duelo, para poder trabajar todas las tareas y fases desde el paraguas de mindfulness y compasión, teniendo en cuenta la revisión teórica realizada, habiendo bebido de diferentes fuentes (autores, modelos, formaciones, profesores).

Tabla 4:

**Modelo integrativo basado en mindfulness y compasión.**

<b>MODELO DE TAREAS (Worden, Neimeyer)</b>	<b>MODELO DE FASES Y TAREAS (Payás)</b>	<b>MODELO DE FASES Y TAREAS (Rando)</b>	<b>MINDFULNESS Y COMPASIÓN (Kumar, Neff, Gilbert, Kabat- Zinn, Burch)</b>
Aceptación de la pérdida	Choque ( disolver trauma)	Evitación (Reconocer la pérdida)	Filosofía de vida Arrojar luz en el proceso
Abrirse al dolor y las emociones	Evitación/ negación (validación, disolver defensas)	Afrontamiento (experimentar emociones, recordar, soltar)	Aceptación del dolor y las emociones. Regulación emocional
Adaptarse/ revisar mundo de significados	Conexión/ integración (tareas del duelo)	Acomodación ( Reajustarse y Reinvertir)	Reconstrucción de significados.
Recolocar al ser querido			Espiritualidad

## **1.5 Diseño del programa MADED (Mindfulness para la Aceptación del Dolor y las Emociones en el Duelo)**

A continuación presentamos el diseño del protocolo, teniendo en cuenta toda la literatura revisada de mindfulness, duelo y compasión. Se trata de un *modelo integrativo basado en mindfulness y compasión*.

### **1.5.1 Objetivos de la adaptación y población diana.**

El objetivo general de la adaptación del programa MBSR para aplicarlo a los dolientes, será diseñar unas sesiones específicas dirigidas a cubrir las necesidades de dicha población, tras la pérdida de un ser querido, atendiendo a los factores de riesgo que pueden complicar el proceso. Teniendo en cuenta que el programa MBSR de Kabat-Zinn, es un programa general, la idea es, respetando la filosofía del programa sustentada por la filosofía mindful (de ahí que haya sido explicado en el marco teórico) crear un protocolo donde se mantenga la misma estructura en cuanto a número de sesiones, pero trabajando principalmente las emociones (tarea II), como se ha señalado a lo largo del marco teórico. Esto es así, dada la relevancia de las emociones en la integración de la pérdida en la vida del doliente para poder llegar a cubrir esa necesidad/ tarea de seguir viviendo y amando a través de la relocalización del ser querido y poder llegar a la fase de crecimiento/transformación.

El programa irá dirigido a aquellas personas que hayan perdido a un ser querido y que reúnan diferentes *factores de riesgo*, teniendo en cuenta que la bibliografía revisada indica que sólo podemos intervenir en el caso de que exista riesgo de padecer un duelo complicado. Que además experimenten todo tipo de emociones tales como la tristeza, la rabia, la culpa y una intensa pena y dolor asociados a la pérdida, o que sufran ya un duelo patológico teniendo

en cuenta los criterios diagnósticos del DSM 5. Todo esto lo evaluaremos a través de una entrevista estructurada que podrá consultarse en los anexos (Ver anexo 4).

Nos estamos moviendo en el ámbito de la prevención secundaria o terciaria, ahora bien siempre haciendo una selección adecuada de la muestra para hacer el trabajo grupal. Para ello es importante que las personas hayan solicitado ayuda o que hayan aceptado la ayuda ofrecida, y que además estén dispuestas a “abrir la caja de pandora”, es decir, estén dispuestas a *hacer el trabajo de conexión-integración* según la tipología de fases de Payás (2010). Esto significa que de forma individual haríamos el trabajo de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, y cuando las personas estén listas para hacer el trabajo de conexión-integración donde se lleva a cabo el trabajo de duelo basado en la introspección, la reminiscencia, el trabajo de perdón, gratitud, expresión de amor, espejo roto, futuro no vivido, es cuando podrán participar en el protocolo que presentaremos a continuación.

Además atendiendo a la clasificación que hace Payás (2007) de las fases de duelo que son: choque, rechazo o evitación, conexión e integración (entrega al dolor) y transformación-crecimiento; nos centraremos en que los dolientes que estén en fases iniciales puedan avanzar a las fases posteriores. Es decir, ayudaremos a que pasen de la segunda fase a la tercera fase, trabajando sobre la *tarea II* que señalan Worden y Neimeyer, para que posteriormente puedan pasar a la fase de transformación y crecimiento. La idea es ayudar a los dolientes a avanzar a lo largo de las fases pero centrándonos principalmente en la tarea de trabajar las emociones y adentrarse en el dolor. En un principio los dolientes estarán en fases iniciales como pueda ser la evitación, pero con la intervención terapéutica basada en mindfulness conseguiremos que los dolientes avancen a las fases posteriores de conexión-integración (tercera fase) y crecimiento-transformación (cuarta fase) según la clasificación de fases de Payás. Ahora

bien, las personas han de estar dispuestas a hacer ese trabajo de conexión/integración para que la terapia aquí planteada pueda iniciarse.

Los objetivos específicos del programa, teniendo en cuenta, la población a la que va dirigido son los siguientes:

- Que los participantes aprendan el concepto de atención plena de una forma experiencial.
- Que los participantes aprendan a normalizar los síntomas del proceso de duelo (sensaciones, conductas, emociones-sentimientos, cogniciones) a partir del cuadrado de la atención consciente.
- Que los participantes experimenten la aceptación de esos síntomas con el trabajo de mindfulness.
- Que los participantes aprendan a adentrarse en el dolor, con una actitud de observación, aceptación, sin juicios y autocompasiva.
- Que los participantes aprendan a observar las emociones, sin intentar cambiarlas, con una actitud de aceptación y de autocompasión.
- Que los participantes aprendan a observar su respiración.
- Que los participantes aprendan a escuchar su cuerpo.
- Que los participantes aprendan a relacionarse de forma simbólica con su ser querido a través de la meditación, pudiendo trabajar la despedida del ser querido en el caso de que así lo requiera.
- Que los participantes aprendan a explorar la culpa, distinguiendo la real de la irracional.

- Que los participantes aprendan a detectar creencias que promueven el sentimiento de culpa, para así poderlas rebatir.
- Que los participantes aprendan a perdonarse en caso de culpa real, y a perdonarse también en caso de culpa irracional, a través de la meditación de la conciencia amable basada en la autocompasión.
- Que los participantes puedan compartir su dolor con personas que estén pasando por un proceso muy similar.
- Que los participantes conozcan los diferentes pilares de la serenidad para promover un estilo de vida saludable que nos conduzca hacia el bienestar

### **1.5.2 Metodología**

Para llevar a cabo la adaptación del programa MBSR a una muestra específica de dolientes, se ha llevado a cabo una revisión acerca de la bibliografía existente sobre duelo, duelo y emociones, mindfulness, mindfulness y emociones, y mindfulness y duelo, como ha quedado constancia en el marco teórico. Para ello se han consultado las bases de datos existentes tales como Medline, Pubmed, Psychinfo, y algunos enlaces como [www.Mindfulexperience.org](http://www.Mindfulexperience.org), donde aparecen muchas de las publicaciones sobre este tipo de terapia de tercera generación y libros sobre la temática que nos compete (Mindfulness, duelo, compasión).

### **1.5.3 Adaptación del programa: Programa MADED**

El programa mindfulness para dolientes, será etiquetado como programa MADED (*Mindfulness para la aceptación del dolor y las emociones en el proceso de duelo*) y constará de 9 sesiones incluyendo la última sesión de cierre y evaluación final.

Las primeras sesiones serán muy similares pero adaptadas a la población específica, y a partir de la cuarta sesión y hasta la séptima se trabajarán en profundidad las emociones, puesto que el programa tiene como objetivo centrarse en la tarea II que señalan Worden y Neimeyer (abrirse al dolor y trabajar las emociones). Entre esas emociones se trabajará de forma específica el sentimiento de culpa, ya que es un predictor de duelo patológico como se ha visto en el marco teórico. En la sesión 8 nos centraremos en el objetivo de seguir viviendo y amando que en realidad es la tarea IV, y que se puede alcanzar siempre que las sesiones previas hayan sido trabajadas e interiorizadas. Una vez aceptado el dolor y las emociones como parte del proceso de sanación, podremos plantearnos seguir viviendo y amando a través de dos meditaciones que se explicarán en la sesión 8. La sesión 9 será una sesión de recapitulación y evaluación.

#### **Contenido de las sesiones**

A continuación, se presenta el contenido de las sesiones, que está dividido en tres subapartados: *objetivos, metodología y contenidos* propiamente dichos (todos los contenidos aparecen en el *anexo 1*).

## **Sesión 1. La conciencia plena y las manifestaciones del duelo**

### **Objetivos**

- Que los participantes aprendan de forma práctica el significado de mindfulness y su filosofía (actitud de aceptación).
- Que los participantes aprendan a observar su respiración, así como las sensaciones físicas de su cuerpo, con una actitud de aceptación.
- Que los participantes aprendan a ser conscientes de las manifestaciones del duelo a todos los niveles (físico, cognitivo, conductual, afectivo) y a normalizar los síntomas como parte del proceso de duelo.

### **Metodología**

- En primer lugar se hará una rueda de presentaciones, iniciada en primer lugar por el terapeuta (aunque ya los participantes habrán tenido la oportunidad de conocerlo en la entrevista inicial individual). Los objetivos de esta rueda es que todos puedan conocerse, y responderá a tres preguntas básicas: ¿Quién soy?, ¿Por qué estoy aquí?, y ¿Qué quiero conseguir? (expectativas). Estas tres preguntas nos sirven para conocer la pérdida de cada uno de los miembros del grupo, así como sus expectativas acerca del programa, que nos ayudará a aproximarlas a la realidad.
- A continuación se establecerán las normas de grupo que son las siguientes:
  1. Confidencialidad
  2. No consejos
  3. No interrupciones
  4. No comparaciones
  5. Tengo permiso para expresar lo que siento



6. No rescatamos
  7. Hablo de mí mismo
  8. Disponibilidad y responsabilidad
- Para explicar el concepto de conciencia plena, se hará un ejercicio práctico que se lleva a cabo en el programa MBSR. Es el ejercicio de la pasa (*Ver anexo 1: ejercicio de la pasa*). Tras el ejercicio se hace una rueda de experiencias, simplemente para asegurarnos que se han captado los principios básicos de mindfulness que serán explicados a continuación a través de un psicoeducativo muy breve.
  - Psicoeducativo sobre Mindfulness: ¿Qué es?, Instrucción básica, actitud, triángulo de la atención (pensamientos, sensaciones y emociones) (*Ver anexo 1: Psicoeducativo sobre mindfulness*).
  - Posteriormente se hará una nueva rueda donde se les pedirá que cierren los ojos y traten de explorar síntomas (sensaciones, emociones, conductas, pensamientos) que tienen desde que han perdido a su ser querido. Se anotarán en la pizarra siguiendo un orden, clasificándolos por columnas.
  - El ejercicio anterior nos servirá para poder explicar todas las manifestaciones del duelo normal, y así poder normalizar (*Ver anexo 1: Manifestaciones del duelo*).
  - A continuación se llevarán a cabo dos prácticas formales de mindfulness: La conciencia de la respiración (15 min.) y la conciencia corporal (explorar sensaciones físicas, 30 min.) (*Ver anexo 1: Meditaciones guiadas*).
  - Rueda de experiencias y tareas para casa, que serán: 1) práctica de 15 minutos diarios de conciencia de respiración y práctica de 30 minutos diarios de conciencia corporal

tratando de explorar sensaciones físicas con una actitud de aceptación; 2) Realizar una tarea rutinaria con conciencia plena (comer, limpiar, ducharse); 3) Detectar y registrar momentos del triángulo de la atención, que se ampliará al cuadrado de la atención, ya que englobará también las conductas (sensaciones, emociones, pensamientos, conductas) relacionadas con las manifestaciones del duelo que se habrán trabajado en la sesión.

- Despedida

## **Sesión 2. Potenciación de recursos: Enraizamiento, lugar seguro, lugar sagrado, meditación de la montaña.**

### **Objetivos**

- Que los participantes aprendan a estabilizarse a través de la práctica de meditaciones que pretenden dotarlos de recursos de afrontamiento frente al dolor.
- Que los participantes puedan conectar con estados de serenidad mindful, gracias a la práctica diaria, antes de abrir “el cajón del dolor”.
- Que los participantes empleen las metáforas empleadas en las meditaciones como recursos de afrontamiento.

## Metodología

- Meditación de enraizamiento (*Anexo 1. Sesión 2*)
- Revisión de tareas y cómo ha ido la semana (Rueda experiencial)
- Meditación de la montaña (*Anexo 1. Sesión 2*)
- Meditación del lugar sagrado (*Anexo 1. Sesión 2*)
- Meditación coherencia cardíaca (*Anexo 1. Sesión 2*)
- Asignación de tareas para casa.

**Tarea 1:** Intercalar en el día a día las diferentes meditaciones o practicadas hasta el momento, incluyendo todos los días alguna de las de estabilización (montaña, enraizamiento, lugar sagrado).

**Tarea 2:** Realizar los ejercicios 1, 3 y 5 del dossier de conciencia plena (*ver anexo 2. Material complementario. Dossier de atención plena*).

**Tarea 3:** Abrazarse a un árbol con atención plena y escribir en el diario del curso la experiencia vivida para compartirla.

- Cierre de sesión

### **Sesión 3: El dolor y los pensamientos. Sufrimiento primario y secundario.**

#### **Objetivos**

- Que los participantes aprendan a adentrarse en el dolor, con una actitud de observación, con una mente principiante, con curiosidad, donde se describe el dolor a través de todos los sentidos, y con una actitud de aceptación.
- Que los participantes aprendan a relacionarse con los pensamientos rumiativos y anticipatorios, de una forma más sana, para no añadir más sufrimiento a la pérdida.
- Que los participantes aprendan a distinguir entre el sufrimiento primario y el secundario, ya que el primero es inevitable, pero el segundo es opcional, dependiendo de la actitud que tomemos frente a la vida.

#### **Metodología**

- En primer lugar se hará una rueda para que cada participante pueda comentar la realización de las tareas pautadas la semana anterior, así como dificultades que haya encontrado en el desempeño de las mismas. Se explorará también los beneficios de la práctica de mindfulness
- Se hará un psicoeducativo sobre los pensamientos, y la diferencia entre sufrimiento primario y secundario, con una meditación sobre cómo relacionarse con dichos pensamientos (*Anexo 1. Sesión 3*).
- A continuación se hará un psicoeducativo sobre el duelo y el dolor a través de un cuento (*Anexo 1. Sesión 3*), para proceder posteriormente a un ejercicio práctico de mindfulness para abrirse al dolor, donde se combinará la filosofía mindful con la visualización referente a la moraleja sobre el cuento sobre el dolor (*Anexo 1. Sesión 3: Meditaciones guiadas*)

- Rueda de experiencias y despedida
  
- Tareas para casa: Seguir con la práctica de las diferentes meditaciones practicadas hasta el momento, intercalándolas. Anotar en un diario cuyo nombre será “*El diario de mi dolor*” (*Anexo 1. Sesión 3*) cada uno de los momentos del día donde tomamos conciencia de su presencia y ver si éste es estable o se va modificando. En el caso de que existan variaciones en el dolor, importante describirlo a través de todos los sentidos (vista, olfato, oído, tacto, gusto). Tras hacer las anotaciones hacer la conciencia de respiración durante 3 minutos y evaluar si ha habido cambios en los matices que describen el dolor. Practicar la meditación del dolor a diario (*Ver anexo 1.Sesión 3*) con el objetivo de que los participantes puedan adentrarse en el dolor, para trabajar la aceptación de éste. También es importante capturar momentos en los que aparezcan pensamientos rumiativos del pasado o anticipatorios del futuro, para practicar la meditación sobre ellos (*Anexo 1. Sesión 3*) y suspender juicios.

## **Sesión 4. Emociones I: Las emociones básicas y su regulación.**

### **Objetivos**

- Que los participantes aprendan a detectar las diferentes emociones básicas, según sus manifestaciones físicas, pensamientos que las acompañan y comportamientos a los que impulsan
- Que los participantes tomen conciencia de la utilidad de las diferentes emociones.
- Que los participantes aprendan a distinguir entre control emocional y regulación emocional.
- Que los participantes aprendan a regular las emociones a través de mindfulness
- Que los participantes exploren las diferentes emociones y sentimientos que han experimentado o experimentan tras la pérdida de su ser querido, elijan una de ellas para regularla con la práctica de mindfulness.

### **Metodología**

- Aterrizar con unos minutos de atención plena y a continuación se revisarán las tareas para casa de la semana anterior a través de una rueda de experiencias.
- Psicoeducativo sobre las emociones (*Anexo 1. Sesión 4*)
- Cuento sobre las emociones (*Anexo 1. Sesión 4*)
- Regulación emocional a través de Mindfulness (*Anexo 1. Sesión 4*)

- Explorar las diferentes emociones y sentimientos que experimentan tras la pérdida de su ser querido. El terapeuta lo anotará en la pizarra. A continuación se practicará la regulación de una sola emoción con meditación mindfulness, a través del ablanda-tranquiliza-permite-ama).
- Rueda de experiencias y despedida con el Shanti mantra (*Anexo 1. Sesión 4*)
- Tareas para casa: Seguir con la práctica de conciencia de la respiración y conciencia corporal. Y tratar de capturar momentos dónde aparezcan las diferentes emociones para poner en práctica su regulación. Anotarlo en el diario de las emociones.

## **Sesión 5. Emociones II: Exploración de la tristeza, rabia, miedo.**

### **Objetivos**

- Que los participantes aprendan a adentrarse en el camino de las lágrimas (tristeza), en el de la rabia, y en el del miedo, permitiendo sentir esas emociones, explorarlas y regularlas.
- Que los participantes aprendan a ser autocompasivos a través de la meditación de la conciencia amable (metta) y poder así regular cualquier estado emocional.

### **Metodología**

- Comienzo de la sesión con una meditación en movimiento con musicoterapia, simbolizando la metáfora del árbol
- Revisión de tareas a través de una rueda de experiencias.
- Ejercicio reflexivo por escrito para explorar las emociones (*Ver anexo 1. Sesión 5*)
- Presentación del cuento de Jorge Bucay: La tristeza y la rabia (*Ver anexo 1. Sesión 5*)
- A continuación se trabajarán las emociones con una meditación guiada donde se combinan las diferentes meditaciones del programa MBSR (conciencia de respiración, conciencia corporal, conciencia amable, combinadas con ejercicios de visualización y acompañado por el sonido del cuenco tibetano para trabajar la conciencia dual) (*Anexo 1. Sesión 5*)
- Rueda de experiencias y despedida con el shanti mantra (*Anexo 1. Sesión 5*)



- Tareas para casa: Regulación de emociones a través de las meditaciones trabajadas en clase. Anotar en el diario de las emociones momentos donde hayan habido estados neutros o de serenidad (Sensaciones agradables) además de los momentos dolorosos (emociones negativas).

## **Sesión 6. Exploración del sentimiento de culpa y autocompasión.**

### **Objetivos**

- Que los participantes tomen conciencia de los motivos por los que se sienten culpables.
- Que los participantes aprendan a distinguir entre la culpa real y la irracional.
- Que los participantes aprendan a captar las sensaciones físicas que provoca el sentimiento de culpa, así como los pensamientos y comportamientos que vienen derivados de ese sentimiento.
- Que los participantes aprendan a amarse a través de la conciencia amable (meditación metta+ Tonglen) a pesar de la culpa

### **Metodología**

- Comienzo de sesión con unos minutos de atención plena con musicoterapia en movimiento.
- Revisión de tareas
- Ejercicio de concienciación del sentimiento de culpa por escrito (*Anexo 1. Sesión 6*)
- Rueda experiencial y clasificación de los motivos que hacen referencia a una culpa real y los que hacen referencia a una culpa irracional.
- Meditación para explorar el sentimiento de culpa en todas sus dimensiones (físico, mental, emocional, comportamental) para procesarla acompañándolo con el sonido del cuenco a través de la conciencia dual (*Anexo 1. Sesión 6*)

- Rueda de experiencias
  
- Meditación metta y Tonglen para trabajar la autocompasión (*Anexo 1. Sesión 6*).
  
- Tareas para casa: **1.** Continuar con la conciencia de respiración diaria y la conciencia corporal alternada con la regulación emocional (un día una, y otro día otra). **2.** Escribir una carta donde se le expresa a nuestro ser querido los motivos por los que nos sentimos culpables, practicar la conciencia amable y escribir una carta donde nuestro ser querido nos responde.

## **Sesión 7: La despedida y los asuntos pendientes. El perdón**

### **Objetivos**

- Que los participantes puedan despedirse de su ser querido de la forma que les hubiese gustado hacerlo, de una forma simbólica a través de la meditación guiada: “Comunicación con los ausentes”.
- Que los participantes aprendan a perdonarse a través de la meditación del perdón basada en la conciencia amable (filosofía mindful de la autocompasión y de la compasión).

### **Metodología**

- Comienzo de la sesión con la meditación de imágenes compasivas (*Anexo 1. Sesión 7*)
- Revisión de tareas
- Meditación guiada: “Comunicación con los ausentes” que sería el equivalente a la silla vacía. (*Anexo 1. Sesión 7*)
- Rueda de experiencias
- Psicoeducativo del perdón y meditación del perdón a través de la conciencia amable (*Anexo 1. Sesión 7*)
- Meditación del perdón con visualización y sonido del cuenco (*Anexo 1. Sesión 7*)
- Cierre con unos minutos de atención plena con musicoterapia (Garden of the Gods)

- Tareas para casa: Practicar todos los días la meditación del perdón basada en la conciencia amable, y anotar en el diario de las emociones qué sucede con la culpa, si se producen cambios por muy pequeños que sean, y por muy transitorios que sean. Cualquier movimiento interno de este sentimiento se apuntará en el diario.

## **Sesión 8: Seguir viviendo y amando. Los pilares de la serenidad**

### **Objetivos**

- Que los participantes aprendan a experimentar estados agradables positivos de serenidad, a pesar del dolor de la pérdida
- Que los participantes aprendan la forma de llegar al “agradecido recuerdo” a través de la conciencia amable, para poder proseguir en el camino y poder continuar viviendo y amando.
- Que los participantes conozcan los pilares de la serenidad a través de una meditación guiada, creando en esa meditación un lugar para el ser querido.

### **Metodología**

- Revisión de tareas
- Psicoeducativo sobre los pilares de la serenidad y la felicidad, basado en el libro de Bernabé Tierno (*Anexo 1. Sesión 8*)
- Meditación guiada: “Los pilares de la serenidad y la felicidad (*Anexo 1. Sesión 8*)”
- Rueda de experiencias
- Meditación Metta para la compasión en 6 fases: “Un lugar para ti”, para fomentar el seguir viviendo y amando (*Anexo 1. Sesión 8*)

## **Sesión 9. Rueda experiencial y cierre. Evaluación Postest.**

- Rueda de experiencias y despedida: ¿Qué hemos aprendido? ¿En qué ha cambiado nuestras vidas? ¿Qué haríamos para mejorar la intervención terapéutica? Se les pedirá también que le pongan un título a la experiencia vivida con la intervención mindfulness.
  
- Pase de cuestionarios y entrevistas Postest
  
- Meditación flor de loto y piedra como símbolo del camino recorrido en el programa.

Con esto termina la parte teórica e introductoria del presente trabajo y pasamos a desarrollar a continuación la parte empírica.





## **II. PARTE EMPÍRICA**

En esta parte de la tesis aparecerá la información ordenada en cuatro subapartados importantes; por un lado *el procedimiento metodológico* que incluirá los *objetivos e hipótesis* del estudio y los *métodos empleados en el estudio* (participantes, diseño, instrumentos, procedimiento y análisis estadístico). Por otro lado aparecerán los *resultados* obtenidos, la *discusión* y las *conclusiones* derivadas del estudio.



## 2.1 METODOLOGIA

En este apartado se presentan los principales *objetivos e hipótesis* que guían este estudio y el *método empleado* (participantes, diseño, variables y los instrumentos de evaluación utilizados para su análisis, intervención, procedimiento y análisis estadísticos).



### 2.1.1 Objetivos e hipótesis

Dada la gran importancia que consideramos que tiene, la presencia y la labor de la figura del psicólogo, como un miembro más del equipo multidisciplinar en la atención a los dolientes, así como la evaluación de los programas de intervención realizados por ellos, el **objetivo general** de la presente investigación será: diseñar un programa de intervención para personas en duelo basado en el modelo mindfulness y, tras ponerlo a prueba en una muestra de dolientes, aportar evidencia sobre su eficacia y utilidad clínica.

Partiendo de lo anteriormente expuesto, los **objetivos específicos** que guían este estudio, así como las **hipótesis concretas** que se derivan de dichos objetivos son los siguientes:

**1º Objetivo.** Elaborar un *perfil que describa las características sociodemográficas y clínicas* de las personas objeto de estudio.

- **Hipótesis 1.1.** Descriptiva: Según la literatura científica revisada, esperamos que los dolientes presenten altos niveles de tristeza, rabia, ansiedad, soledad, fatiga, sentimiento de culpa, insomnio, vida sin sentido. También, ciertos síntomas físicos como opresión en el pecho, garganta, falta de energía, sensaciones en el estómago, sequedad de boca, etc.
- **Hipótesis 1.2.** Descriptiva: Según la literatura científica revisada, esperamos bajos niveles de capacidad de atención plena, de autocompasión y bajos niveles de bienestar hedónico y eudaimónico. Además, esperamos bajos niveles de aceptación, serenidad, crecimiento postraumático, construcción de significados y alta presencia de recuerdos traumáticos .

**2º Objetivo.** Diseñar el programa de intervención basado en mindfulness teniendo en cuenta la literatura científica revisada acerca de mindfulness, bienestar psicológico y las necesidades de los dolientes.

- **Hipótesis 2.1** Esperamos, que el programa promueva, entre otros, los siguientes *recursos psicológicos*: serenidad, capacidad de aceptación, presencia, capacidad de regulación emocional, autocompasión, capacidad de procesar experiencias traumáticas y de darle un sentido a la experiencia de pérdida.

**3º Objetivo.** Analizar el *efecto* que tiene la *aplicación de nuestro programa de intervención psicológica* (comparación pretratamiento-post-tratamiento) en los sujetos de la muestra, sobre las variables dependientes evaluadas. De este objetivo se derivan las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis 3.1.** Respecto a *las variables de Capacidad de Atención Plena, bienestar psicológico (Satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y afecto positivo) y autocompasión*, se espera que el haber recibido tratamiento psicológico en el proceso de duelo, y beneficiarse presumiblemente del efecto facilitador de dicha intervención, haya influido en el sentido de que presenten puntuaciones superiores en las medidas post-tratamiento frente a las presentadas en pre-tratamiento
- **Hipótesis 3.2.** Respecto a *las variables de malestar psicológico (ansiedad, depresión, afecto negativo y duelo complicado)*, se espera que el haber recibido tratamiento psicológico en el proceso de duelo, y beneficiarse presumiblemente del efecto facilitador de dicha intervención, haya influido en el sentido de que presenten puntuaciones inferiores en las medidas post-tratamiento frente a las presentadas en pre-tratamiento

- **Hipótesis 3.3.** Esperamos que no existan diferencias significativas en las variables clínicas medidas (capacidad de atención plena, bienestar psicológico, autocompasión, malestar psicológico e indicadores de bienestar en el grupo control de lista de espera, en los dos momentos evaluados (evaluación 1 y evaluación 2 -tras dos meses sin haber recibido tratamiento psicológico-).
  
- **Hipótesis 3.4** Esperamos que existan diferencias significativas en las variables psicológicas medidas, al comparar el grupo control con el grupo experimental, tras recibir este último la intervención psicológica. Dichas diferencias esperamos que vayan en la dirección de una disminución mayor del malestar psicológico y un aumento mayor del bienestar y las capacidades de atención plena, en el grupo experimental tras recibir tratamiento frente al control (que no lo ha recibido).

**4º Objetivo.** Identificar las correlaciones existentes entre las variables de bienestar psicológico, capacidad mindful y autocompasión.

- **Hipótesis 4.1.** Esperamos relaciones positivas entre cada una de las variables que miden bienestar (afecto positivo, satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva) y la capacidad mindful y autocompasión
  
- **Hipótesis 4.2.** Esperamos relaciones negativas entre cada una de las variables que miden malestar (ansiedad, depresión, duelo complicado y afecto negativo) y la capacidad mindful y autocompasión.

**5º Objetivo.** Identificar los principales predictores del bienestar psicológico y evaluar el peso que tiene la variable autocompasión en esta predicción.

- **Hipótesis 5.1** Esperamos que las variables que predicen el bienestar psicológico sean la capacidad mindful ( no juzgar, capacidad de atención plena) y la capacidad autocompasiva.

**6º Objetivo.** Evaluar si existen diferencias significativas en las variables dependientes analizadas en los dolientes en los tres momentos temporales (pretest t1, pretest t2 y posttest t3), en función de la modalidad de la muerte.

- **Hipótesis 6.1** Esperamos diferencias significativas en función de la modalidad de la muerte en las variables psicológicas medidas.

## 2.1.2 Método

### a) Participantes

Los **criterios de inclusión** para derivar a los pacientes al programa MADED (Mindfulness para la aceptación del dolor y las emociones en el duelo) -una vez atendidos de forma individual en los diferentes hospitales dónde prestamos servicio de psicooncología , los profesionales de aecc Valencia-, fueron los siguientes:

- Que haya pasado como mínimo 6 meses desde la pérdida del ser querido.
- Que el doliente solicite más ayuda de la que le podamos proporcionar en el ámbito hospitalario, o que nosotros se la ofrezcamos si así lo consideramos oportuno.
- Que tras explicarle al doliente el contenido y la metodología de trabajo de los grupos de duelo, muestre interés en participar (alta motivación).
- Que el doliente esté dispuesto a hacer un trabajo de conexión con el dolor (No derivamos a los grupos si el paciente está en fases iniciales de aturdimiento-



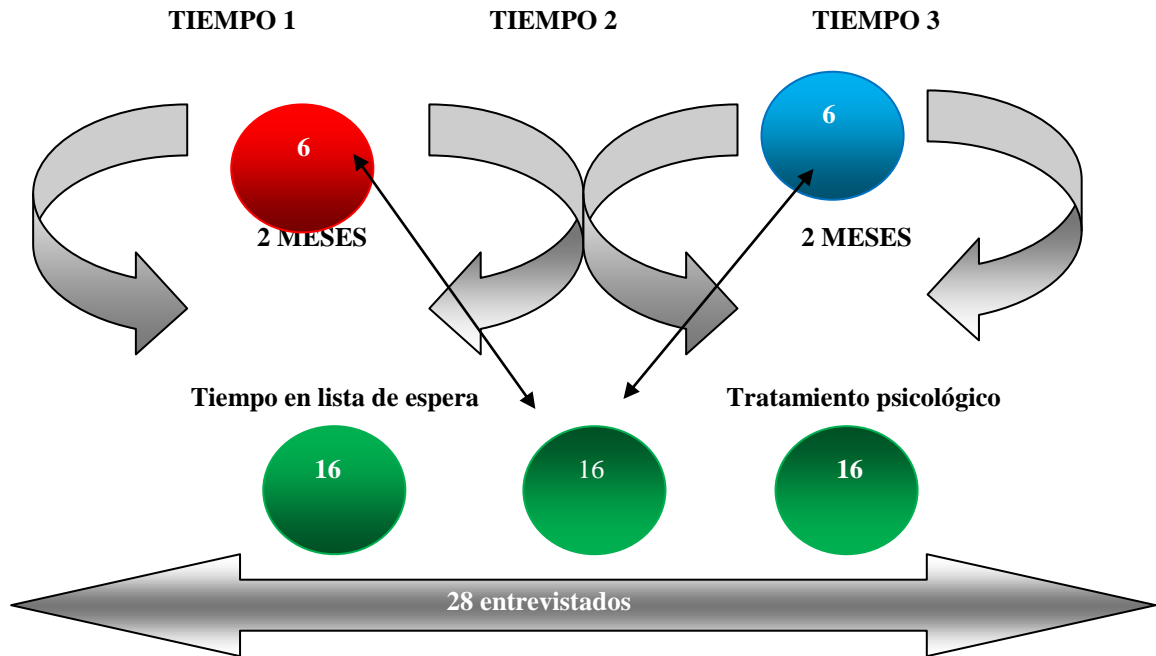
choque, dónde sería conveniente hacer la atención individualizada, hasta que esté preparado para avanzar a fases posteriores).

Los **criterios de exclusión** que tuvimos en cuenta son los que señala Payás (2010), puesto que pueden dificultar el trabajo grupal. Estos son los siguientes:

- Falta de motivación (ayuda no solicitada, mala derivación)
- No disponibilidad psicológica (estado de choque: derivación muy temprana; antecedentes de trastorno; personas en adicción activa; situación de sobre-medicación).
- No identificación con el grupo por estar en fases distintas. De ahí la importancia de que los dolientes estén entre la fase II- III (evitación-negación pero con disponibilidad para avanzar a la fase de conexión-integración).

En la *Figura 6*, podemos observar que hemos evaluado en tres momentos temporales. Antes de la intervención en tiempo 1 y tiempo 2; y después del tratamiento psicológico en tiempo 3. Podemos observar que pasan dos meses entre cada una de las evaluaciones.

De los 28 entrevistados que componen la muestra, 16 han estado en lista de espera (Grupo control) y también han recibido tratamiento psicológico (Grupo experimental). Seis participantes han estado en lista de espera pero no comenzaron la terapia y seis participantes pasaron directamente a recibir el tratamiento psicológico. De esta manera 22 participantes han estado en lista de espera, y 22 participantes han recibido tratamiento.



**Figura 6. Distribución de la muestra.**

**6 Sujetos en círculo rojo:** Sólo estuvieron en lista de espera, únicamente evaluados en los dos momentos temporales previos al inicio del tratamiento.

**6 Sujetos en círculo azul:** Recibieron tratamiento y sólo evaluación pretratamiento y postratamiento, nunca estuvieron en lista de espera.

**16 Sujetos en círculo verde:** Estuvieron 2 meses en lista de espera, recibieron 2 evaluaciones previas al tratamiento y, tras el tratamiento, fueron nuevamente evaluados

De los entrevistados, 24 son mujeres (85,7%) y 4 son hombres (14,3%). La media de edad de los dolientes es de 43 años y la mediana de 41,50 con una edad mínima de 19 años y máxima de 73. La edad del fallecido es de 42 años, con una mediana de 42,50 y una edad mínima de 0 años y máxima de 73. Un 21,4% de la muestra no tiene estudios, el 35,7% tiene estudios primarios, el 5,3 % tiene estudios secundarios y el 35,7% tiene estudios universitarios. Un 21,4% de la muestra es soltera, el 35,7% tiene pareja, el 32,1% es viuda y un 10,7% es divorciada. El 3,6% está en paro, el 21,4% de los entrevistados son jubilados o pensionistas, el 64,3% está en activo y el 10,7% es estudiante.

De los entrevistados, el 92,9% tienen una relación de primer grado con el ser querido fallecido (padre, madre, hijo/a o pareja) y el 7,1% tiene una relación de segundo grado (tíos,

sobrinos, abuelos, nietos, primos). El 57,1% de la muestra ha perdido a su ser querido por una enfermedad oncológica, el 21,4% por otro tipo de enfermedad repentina, un 10,7% por suicidio y un 10,7% por accidente.

## **b) Diseño**

Se trata de un estudio cuasi-experimental. Como señalan Belloch, Sundín y Ramos (2008):

Una de las características más importantes de la metodología experimental radica en el estricto control de las variables, así como en la selección aleatoria de los sujetos. Cuando este control no es posible, cuando la asignación de los sujetos no se establece al azar, no podemos afirmar que sean estudios experimentales. Cuando esto ocurre, que por otra parte es muy frecuente en psicopatología, se están utilizando diseños cuasi-experimentales o mixtos (p. 86).

Nuestro estudio, teniendo en cuenta que no hemos podido seleccionar los dolientes de forma aleatoria para que pasen a formar parte de la lista de espera (grupo control) y al grupo experimental (que recibe tratamiento), podemos definirlo como un estudio que emplea metodología cuasi-experimental.

La investigación posee un diseño pretest-posttest con grupo de control, que trata de comparar las medidas obtenidas en el grupo que recibe terapia (*grupo experimental*) con las medidas obtenidas en el grupo que está en lista de espera y que posteriormente recibirá tratamiento (*grupo control*). De esta manera podemos saber si las mejorías encontradas se deben o no a la intervención psicológica en comparación con el paso del tiempo sin ningún tipo de intervención.

### c) Variables e instrumentos

Teniendo en cuenta tanto los objetivos generales como los objetivos concretos de esta investigación, se procedió a la conceptualización de las variables a estudiar y a la determinación de los instrumentos para su evaluación. En la Tabla 5 que sigue a continuación, presentamos de forma esquemática, las diferentes variables e instrumentos empleados en el presente estudio (*ver Anexos 3-6*).

Hemos dividido la *Tabla 5* en tres columnas, dónde especificamos las áreas que estamos evaluando, las variables con las que estamos trabajando y los instrumentos empleados para la evaluación. En las **áreas** tenemos en cuenta las *características generales* que abarcan tanto el área sociodemográfica como las circunstancias de la pérdida, relación con el doliente y sintomatología actual. Por otro lado, se tiene en cuenta las *características psicológicas*. En las **variables** se enumeran todas aquellas que se recopilan con los **instrumentos de evaluación** que aparecen explícitos en la tercera columna.

Tabla 5:

**Variables e instrumentos**

<b>AREAS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>		
<b>Sociodemográficas</b>	Edad del doliente Sexo del doliente Parentesco con el fallecido Estudios del doliente Situación laboral del doliente Estado civil del doliente Edad del fallecido	Historia personal del duelo: Cuestionario biográfico de C. Soler y P. Barreto (2007)
<b>Historia de las circunstancias de la pérdida, relación con el doliente y sintomatología actual.</b>	Situación actual Síntomas desde el fallecimiento Circunstancias de la pérdida Historia de la relación Recursos personales Funcionamiento Familiar Expectativas de la terapia Vida diaria Otros problemas	
<b>CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS</b>		
	<b>Capacidad de atención plena.</b>	FFMQ( Baer et al.2006) MAAS ( Carlson y Ryan, 2005)
	<b>Capacidad de autocompasión</b>	ESCALA DE AUTOCOMPASIÓN ( Neff, 2003)
	<b>Vitalidad subjetiva</b>	SVS ( Ryan y Frederick, 1997)
	<b>Satisfacción con la vida</b>	SWLS( Diener et.al; 1985)
	<b>Ansiedad y Depresión</b>	HAD ( Zigmond y Snaith, 1983)
	<b>Afecto positivo y negativo</b>	PANAS ( Watson, Clark y Tellegeng, 1988)
	<b>Existencia de duelo complicado</b>	IDC ( Inventario de duelo complicado)

## **Instrumentos de evaluación**

(Nota. Todos los cuestionarios aparecen en el Anexo 3)

➤ **FFMQ.** El autor de la escala es Baer (2006) y está adaptada al castellano por Cebolla (2012). Mide la capacidad de atención plena desglosado en cinco Subescalas que son: *observación, descripción, capacidad de atención plena, no juzgar, reaccionar con conciencia* (sin reactividad). El cuestionario tiene un total de 43 ítems, puntuados con una escala Likert de 1 a 5, dónde 1 significa “nunca verdad” y 5 significa “muy a menudo o siempre verdad”. Todas las Subescalas están compuestas por 8 ítems, a excepción de la subescala denominada reaccionar con conciencia (sin reactividad) que está compuesta por 7 ítems. En el estudio que da origen a la validación del FFMQ (Baer et al., 2006) se aportan datos sobre su consistencia interna. Cebolla et al. (2012) en una muestra con voluntarios españoles encontraron valores de los coeficientes (alfa de Cronbach) de 0,88 para la escala total, de 0,81 para -observar, de 0,91 para - describir, de 0,89 para -actuar con conciencia, de 0,91 para -no enjuiciar y de 0,80 para no reactividad.

**H.A.D.S** La escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond y Snaith, 1983) ha sido el instrumento de autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física. Es un instrumento corto (14 ítems) que ha mostrado su fiabilidad y validez siendo utilizado tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno (Rivera et al., 2006). Se compone de dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de siete ítems cada una con puntuaciones de 0 a 3. Los propios autores recomiendan los puntos de corte originales: ocho para casos posibles y >10 para casos probables en ambas subescalas (Zigmond y Snaith, 1983).

Es un cuestionario sencillo y de fácil realización, útil en pacientes con una determinada enfermedad, para valorar el grado en que dicha enfermedad puede afectar a su estado emocional; aunque también puede realizarse en personas sanas. La escala, revisa los pensamientos y sentimientos que ha experimentado la persona que lo realiza, durante los últimos días; ayudando a identificar de forma rápida los síntomas de depresión y ansiedad antes de buscar la ayuda de un profesional; siendo capaz de establecer una buena relación entre diferentes aspectos de la severidad de la enfermedad física, con otras medidas de calidad de vida.

- **ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS).** Mide precisamente en qué medida una persona se siente satisfecha con su vida. Se emplea para medir el bienestar eudaimónico. La SWLS (Diener *et al.*, 1985) es un instrumento formado por 5 ítems y las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de 5 puntos, que oscila desde *muy en desacuerdo* (1) hasta *muy de acuerdo* (5). Posee ítems del tipo “En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea”. Las propiedades psicométricas del instrumento son las siguientes: *Validez factorial*. El análisis factorial de la SWLS concluye la existencia de una estructura monofactorial (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000). El análisis de la consistencia interna muestra resultados que ratifican que esta escala es internamente consistente en diferentes muestras estudiadas (Atienza *et al.*, 2000).
- **ESCALA DE VITALIDAD SUBJETIVA (SVS).** Mide la percepción subjetiva de vitalidad de una persona. Se emplea para medir el bienestar eudaimónico. Ryan y Frederick (1997) desarrollaron una escala de vitalidad subjetiva (The Subjective Vitality Scale – SVS -) para medir los sentimientos subjetivos de viveza y energía globalmente.

Se empleará la SVS validada al castellano (Balaguer, 2005). Esta versión está compuesta por 6 ítems. Los resultados se recogen en una escala tipo Likert de 5 puntos, que oscila desde *no es verdad* (1) hasta *verdadero* (5). Presenta ítems del tipo “Me siento vivo/a y vital”.

Las propiedades psicométricas del instrumento son las siguiente: *Validez factorial*. Las diferentes investigaciones han establecido la existencia de una estructura unifactorial de los ítems que componen la SVS (Balaguer *et al.*, 2005). *Fiabilidad*. El análisis de la consistencia interna de la SVS ha mostrado valores para el coeficiente alfa de Cronbach adecuados (Balaguer, 2005; Nix, Ryan, Manly y Deci,1999; Reinboth, Duda y Ntoumanis, 2004)

- **PANAS**. Es un cuestionario bidimensional, que puntúa tanto el afecto positivo como el negativo a través de 20 emociones (10 de afecto negativo y 10 de afecto positivo). Consiste por tanto en una estructura bifactorial, con dos dimensiones independientes. Tiene unos niveles adecuados de fiabilidad y validez (factorial convergente y discriminante). El PANAS se caracteriza por una alta congruencia interna, con alphas de 0.86 a 0.90 para el afecto positivo, y de 0.84 a 0.87 para el afecto negativo. La correlación entre los dos afectos (positivo y negativo) es invariablemente baja, en rangos de -0.12 a -0.23. Además, los coeficientes confiabilidad test-retest de las puntuaciones de afecto negativo y positivo “generalmente” (.71 y .68 respectivamente) son lo suficientemente altos como para sugerir que pueden emplearse para evaluar al afecto como un rasgo de personalidad estable en el tiempo (afecto como estado). Las escalas PANAS han demostrado ser una medida válida y confiable para evaluar la presencia y el grado del afecto positivo y negativo, en población clínica y normal, de adolescentes, adultos y adultos mayores (Robles y Páez, 2003).



- **ESCALA DE AUTOCOMPASIÓN** (Neff, 2003). Se trata de un cuestionario de 26 ítems que trata de evaluar en qué medida la persona es amable consigo misma. Existen tres factores dentro de la autocompasión: amabilidad, humanidad compartida y capacidad mindful. Estos tres factores se miden en seis escalas que son: mindfulness/ensimismamiento; amabilidad/autocrítica y humanidad compartida/aislamiento. Cada uno de los ítems es evaluado con una escala Likert que va del 1 al 5, dónde 1 es casi nunca y 5 es casi siempre. Campayo et al. (2014) han encontrado una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.87 para la totalidad de la escala y un alfa entre 0.72 - 0.79 para las seis subescalas.
  
- **INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO (IDC)**. El Inventario de Duelo Complicado (IDC) fue elaborado por Prigerson con la finalidad de ofrecer una medida lo más objetiva posible que permitiera diferenciar entre duelo normal y patológico. El IDC tiene 19 ítems con cinco categorías de respuesta (tipo Likert): “nunca”, “raramente”, “algunas veces”, “a menudo” y “siempre”, que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde 0 para “nunca” hasta 4 para “siempre”. Para su corrección se suman los puntos de cada ítem. De esta manera, las posibles puntuaciones totales fluctúan entre 0 y 76, correspondiendo las puntuaciones más altas a una mayor probabilidad de padecer duelo complicado. La escala presenta una consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, de 0,94 y una fiabilidad test-retest a los seis meses de 0,80. Según los autores originales una puntuación total mayor de 25 es un indicador de duelo complicado. El IDC es un

cuestionario auto-administrado y se cumplimenta en 10 minutos aproximadamente (Limonero, Lacasta y García, 2009).

- **MAAS** (Carlson y Ryan, 2005). El MAAS es un autoinforme coherente con la visión unifactorial del constructo que enfatiza, como aspecto esencial del mindfulness, la variable atención/conciencia en el momento presente. La escala MAAS es una escala sencilla y de rápida administración que evalúa, con una única puntuación, la capacidad del individuo para estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana. Se puede utilizar sin que el sujeto tenga experiencia previa en meditación y la versión original presenta unas buenas propiedades psicométricas. Estas características han convertido a la MAAS en la herramienta más utilizada en estudios de investigación donde se pretende evaluar mindfulness. La MAAS es un cuestionario que consta de 15 ítems y se puntúan según una escala Likert con un rango entre 1 (casi siempre) hasta 6 (casi nunca). La consistencia interna global de la escala, evaluada mediante el estadístico  $\alpha$  de Cronbach, es de 0,897. La fiabilidad temporal de la escala es elevada y muy similar a la obtenida en el estudio original de la MAAS que fue de 0,81 (Soler et al., 2012).
  
- **INDICADORES**. Se trata de un material elaborado AD HOC para evaluar los indicadores que hemos tratado de mejorar con la intervención grupal basada en mindfulness. Es un cuestionario que trata de recoger los niveles de aceptación, serenidad, espiritualidad, crecimiento postraumático y recuerdos traumáticos de la muestra (*ver Anexo 6*).

- **HISTORIA PERSONAL DEL DUELO. CUESTIONARIO BIOGRÁFICO.** Se ha tenido en cuenta la Historia personal del duelo: Cuestionario biográfico de Soler y Barreto (2007). Se han seleccionado algunas de las preguntas del cuestionario, que tratan de hacer una exploración exhaustiva: datos personales, situación actual, circunstancias de la pérdida, historia de la relación, recursos personales, expectativas de la terapia, vida familiar, vida cotidiana, otros problemas (*Ver anexo 4*).

#### **d ) Intervención**

El programa está formado por 9 sesiones (cómo ha quedado explicitado en el marco teórico), y consiste en una adaptación del programa MBSR a personas dolientes, naciendo de esa manera el programa MADED. La sesión nueve se llevó a cabo una semana después de finalizar el programa con el objetivo de evaluar de nuevo a través de los cuestionarios ya citados anteriormente, y recoger los cuadernos de trabajo. Las sesiones grupales se complementaron con la práctica formal de meditación en casa, con el registro de la conducta, así como con otras tareas experienciales que han quedado descritas también en el marco teórico. Recordamos de forma breve las nueve sesiones, sus objetivos y contenidos de forma esquemática en la *Tabla 6*.

Tabla 6 :

**Resumen de las sesiones**

<b>SESIONES</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>CONTENIDOS</b>
<b>1. La conciencia plena y las manifestaciones del duelo</b>	Significado de la filosofía mindful	Rueda de presentaciones
	Observación consciente	Psicoeducativo sobre mindfulness
	Atención a las manifestaciones del duelo	Conciencia de la respiración  Conciencia corporal
<b>2. Potenciación de recursos</b>	Dotar al doliente de herramientas de estabilización	Lugar seguro
	Prepararlo para abrir la caja de pandora del dolor	Lugar sagrado
		Meditación de la montaña
		Coherencia cardíaca  Enraizamiento
<b>3. El dolor y los pensamientos</b>	Aprender a relacionarse con el dolor desde la aceptación	Psicoeducativo sobre el duelo
	Aprender a relacionarse con los pensamientos rumiativos. Dejar ir.	El cuento sobre el dolor
		Meditación sobre el dolor
		Psicoeducativo sobre los pensamientos  Meditación con los pensamientos

<b>4. Emociones I: Las emociones básicas y su regulación</b>	Detectar, describir y gestionar emociones	Psicoeducación  Cuento sobre las emociones  Meditación de las emociones
<b>5. Emociones II: Miedo, rabia, tristeza</b>	Psicoeducación emocional  Darnos permiso para sentir y explorar con curiosidad	Cuento de la tristeza y la rabia  Procesar emociones con la meditación  Cuestionario para evaluar emociones
<b>6. Culpa y autocompasión</b>	Detectar la culpa y procesarla  Comenzar con la práctica autocompasiva	Preguntas reflexivas para evaluar la culpa  Meditación para procesar la culpa  Meditación de autocompasión
<b>7. La despedida. Los asuntos pendientes. El perdón</b>	Permitir la despedida simbólica.  Aprender a perdonar y perdonarse	Meditación: " comunicación con los ausentes"  Meditación del perdón
<b>8. Los pilares de la serenidad. Un lugar para ti</b>	Aprender a conectar con EE+  Agradecido recuerdo  Conocer los pilares de la serenidad	Psicoeducación y meditación: Los pilares de la serenidad  Meditación de la compasión en 6 fases
<b>9. Cierre y despedida</b>	Explorar la utilidad del programa y cómo continuar con la práctica	Evaluación ( batería de cuestionarios)  Meditación flor de loto y piedra mineral

## **e) Procedimiento**

Los primeros participantes fueron contactados en el hospital donde estaban siendo atendidos por los diferentes profesionales de la Unidad de Psicooncología de aecc Valencia. Muchos de ellos fueron atendidos durante el proceso de enfermedad del familiar, antes de su fallecimiento. Estos pacientes y familiares fueron derivados por el servicio de oncología del hospital, para realizar un acompañamiento durante el proceso de la enfermedad. Tras el fallecimiento de sus seres queridos, siguieron siendo atendidos en la misma unidad, de forma individual. Se les ofreció la terapia grupal, y los dolientes fueron evaluados previo consentimiento informado para participar en el estudio. Otros dolientes que fueron incorporándose al estudio, lo hicieron a través de los primeros participantes (amigos, conocidos que también estaban en duelo), por lo que ampliamos la cartera de dolientes con otro tipo de fallecimientos (accidentes, suicido, enfermedad repentina).

En la primera fase de evaluación los dolientes fueron evaluados a través de una entrevista estructurada para recoger los datos clínicos del familiar fallecido, variables sociodemográficas y otros datos de interés (*ver Anexo 5*) y una batería de cuestionarios psicológicos (*ver Anexo 4*). Las entrevistas han sido grabadas, con el permiso explícito de los dolientes, con el objetivo de completar los datos cuantitativos con una evaluación mucho más cualitativa. En un principio contábamos con una muestra de 14 dolientes. Una vez entrevistados, de forma aleatoria pasaron a formar parte de grupo experimental y grupo control (lista de espera). De esta manera 7 personas formaron parte del grupo experimental que recibió inmediatamente tratamiento, y los otros siete pasaron a lista de espera. Finalmente el primer grupo experimental estuvo formado por seis personas, y el segundo por cuatro personas, teniendo en cuenta la mortandad experimental.

Para completar la muestra, seguimos incorporando dolientes, que eran entrevistados en dos momentos temporales distintos, antes de la intervención, con una diferencia de dos meses entre t1 y t2 (medidas del grupo control) . Una vez obtenidas las medidas pretest, pasaron al grupo experimental recibiendo el tratamiento. Llevamos a cabo dos grupos más de intervención con 14 sujetos más que fueron evaluados y que formaron parte del estudio, aunque 2 de ellos finalmente no pasaron a la fase experimental.

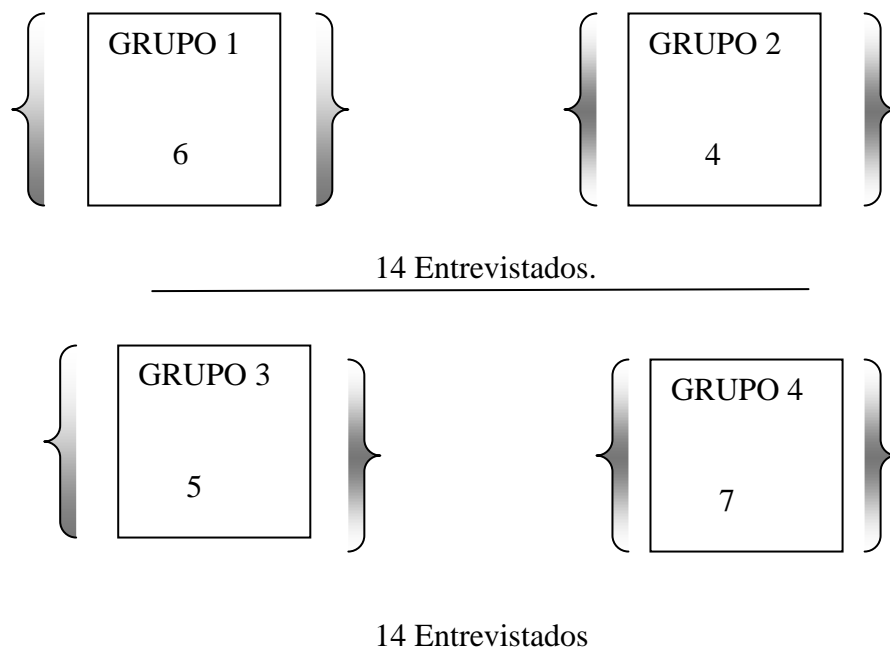
Finalmente 22 dolientes de la muestra (de un total de 28 entrevistados) recibieron la intervención del programa MADED durante nueve sesiones de 2,5 horas de duración que se realizaban con una frecuencia semanal. En la última sesión además del cierre grupal, se realizó de nuevo una entrevista individual dónde completaron la batería de cuestionarios que ya habían rellenado en las medidas pretest, y además contestaron a un cuestionario de satisfacción elaborado *ad hoc*, que tenía como objetivo evaluar la idoneidad del programa y los resultados obtenidos de una forma más cualitativa. De esta manera tenemos mediciones de todas las variables que hemos medido en el estudio en tres momentos temporales, que son t1 y t2 (antes de la intervención) y t3 (Posttest, al finalizar el tratamiento).

Una parte de la intervención se ha llevado a cabo durante nueve semanas consecutivas en la residencia infantil de la aecc, que ha sido cedido para poder llevar a cabo la investigación. Y otra parte de la investigación se llevó a cabo en una sala habilitada para este cometido en una planta baja de un familiar.

El material empleado en las sesiones ha sido el siguiente:

- Esterillas
- Mantas
- Cojines de meditación
- Cuenco tibetano
- Material impreso para entregar en cada sesión
- Meditaciones grabadas subidas a Dropbox..

Cada una de las sesiones ha constado de diferentes partes diferenciadas: revisión de tareas con rueda experiencial de los integrantes del grupo, práctica de meditación formal, psicoeducativo del tema de esa semana y pauta de tareas para casa, con una duración aproximada de 2.5 h.



**Figura 7. Procedimiento de Evaluación.** Aunque fueron 28 entrevistados en tiempo 1 participaron en el estudio 22 dolientes.



## f) Tratamientos estadísticos

Para el estudio de los datos se han utilizado los siguientes procedimientos estadísticos, teniendo en cuenta la naturaleza de las variables analizadas (Portilla, Eraso, Galé, García , Moler y Blanca, 2006).

### *1. Análisis descriptivo*

En este punto los estadísticos descriptivos se han utilizado con el fin de estudiar la distribución de las principales variables analizadas (características generales y psicológicas) a nivel descriptivo. Los estadísticos utilizados para ello han sido la media, la mediana, la desviación típica y los porcentajes.

### *2. Análisis intrasujetos. Pruebas paramétricas para contrastar dos muestras dependientes o relacionadas*

Se aplican ante diseños de grupos antes-después, para comparar las diferencias en los resultados en una muestra que es medida en las mismas variables dependientes antes y después de serle aplicado un tratamiento (en este caso el tratamiento sería nuestra intervención psicológica).

La prueba aplicada aquí ha sido una **prueba *t* de Student, prueba t-Student, o Test-T** para muestras relacionadas.

También hemos utilizado a **prueba de McNemar**, ya que es la alternativa a la prueba  $\chi^2$  de Pearson para muestras dependientes o pareadas. Se aplica en tablas 2×2 cuando tenemos variables dicotómicas (dos valores).

### ***3. Análisis intersujetos. Pruebas paramétricas para contrastar dos muestras independientes.***

En este caso hemos realizado la comparativa de medias en todas las variables (características psicológicas medidas con los cuestionarios) en los diferentes grupos independientes en función de las variables sociodemográficas (sexo, tipo de fallecimiento, edad, nivel de estudios, parentesco, estado civil, situación laboral). Hemos empleado la prueba **t de Student** cuando existían dos categorías como es el caso de la variable sexo, y el **ANOVA** cuando contábamos con más categorías como es el caso de todas las demás variables sociodemográficas).

Cuando realizamos la prueba **t de Student para muestras independientes**, en primer lugar el SPSS realiza el contraste de Levene (F) sobre homogeneidad o igualdad de varianzas..

El análisis de varianza (**ANOVA**) de un factor nos sirve para comparar varios grupos en una variable cuantitativa. Esta prueba es una generalización del contraste de igualdad de medias para dos muestras independientes. Se aplica para contrastar la igualdad de medias de tres o más poblaciones independientes y con distribución normal.

Al hacer los análisis con el SPSS marcamos Descriptivos y Homogeneidad de varianzas (el estadístico F del ANOVA de un factor se basa en el cumplimiento de 2 supuestos fundamentales: normalidad y homocedasticidad). Utilizamos los contrastes llamados comparaciones múltiples post-hoc o a posteriori para saber qué media difiere de qué otra. Esas comparaciones permiten controlar la tasa de error al efectuar varios contrastes utilizando las mismas medias.

#### ***4. Tamaño del efecto con la $d$ de Cohen***

A diferencia de las pruebas de significación, los índices del tamaño del efecto son independientes del tamaño de la muestra. La  $d$  de Cohen es una diferencia estandarizada entre dos grupos. Es la diferencia entre las dos medias dividida por la desviación típica de las puntuaciones. Cohen (1988) defendió el tamaño del efecto como: **pequeño** cuando la  $d = 0,2$ ; **mediano** cuando la  $d = 0,5$  y **grande** cuando la  $d = 0,8$ .

#### ***4. Correlación de Pearson***

El coeficiente de correlación de Pearson, pensado para variables cuantitativas (escala mínima de intervalo), es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente. Hemos realizado correlaciones entre las diferentes variables que miden bienestar/malestar psicológico en relación a las variables que miden capacidad mindful y autocompasión.

#### ***5. Análisis de regresión***

El análisis de regresión lineal es una técnica estadística utilizada para estudiar la relación entre variables. Tanto en el caso de dos variables (regresión simple) como en el caso de más de dos variables (regresión múltiple), el análisis de regresión puede utilizarse para explorar y cuantificar la relación entre una variable llamada dependiente o criterio (Y) y una o más variables llamadas independientes o predictoras ( $X_1, X_2, \dots, X_K$ ). Hemos realizado este análisis eligiendo como variable criterio el *bienestar psicológico* (Y) para evaluar qué variables predicen la anterior. Hemos elegido como variables independientes la capacidad de no juzgar, la capacidad de atención plena y la autocompasión.

El programa informático utilizado para la realización de los análisis estadísticos es el SPSS versión 21 para PC.

Una vez presentados los diferentes aspectos metodológicos, a continuación, se muestran los resultados obtenidos en este estudio.

## 2.2 RESULTADOS.

Con la finalidad de aportar una mayor claridad a los resultados y sus conclusiones, éstos han sido organizados inicialmente a **nivel cuantitativo**, siguiendo el orden de los objetivos planteados en esta investigación. En primer lugar, se presentan los resultados y sus conclusiones referidos a las *características generales*, donde se tratan las variables sociodemográficas de los dolientes. Seguidamente, se comentan los resultados obtenidos sobre las *características psicológicas medidas con los cuestionarios* antes de la intervención. Además también responderemos a la pregunta: ¿Existen diferencias significativas en las diferentes variables psicológicas antes de intervenir en función las variables sociodemográficas? Presentaremos también las diferencias encontradas entre el grupo experimental (recibe tratamiento) y el grupo control (en lista de espera) en esas *características psicológicas*, así como el tamaño del efecto de las mismas. Y por último presentaremos las correlaciones y las variables que predicen el bienestar psicológico tras hacer un análisis de regresión.



### 2.2.1 Perfil sociodemográfico

En este apartado vamos a elaborar un *perfil que describa las características generales sociodemográficas* de las personas implicadas en nuestra investigación, correspondiente al segundo objetivo de la investigación. Como puede observarse en la tabla 10 la muestra de dolientes entrevistada está formada por un total de 28 personas, de las cuales según la **variable sexo**, 4 son hombres (14,3%) y 24 son mujeres (85,7%). Nos encontramos pues, que la mayor parte de la muestra son mujeres.

Según la variable **edad del doliente**, dentro del tramo de edad de 16-30 años hay cuatro personas (14.3%); de 31-40 años hay 10 personas (35.7%); de 41-50 años hay cuatro personas (14.3%) y de más de 50 años hay 10 personas (35.7%). Nos encontramos que la mayor parte de la muestra está distribuida entre los tramos de edad de 31- 40 años y más de 50 años. La media de edad de los dolientes es de 43 años.

Según la variable **nivel de estudios**, seis personas de la muestra no tienen estudios (21.4%); 10 han cursado estudios primarios (35.7%); dos han hecho estudios secundarios, (1%) y 10 han cursado estudios universitarios/FP (37.5%). Nos encontramos que la mayor parte de la muestra ha cursado estudios primarios y universitarios.

Según el **estado civil**, seis personas son solteras (21.4%); 10 viven en pareja (35.7%); nueve son viudos (23. 7%) y tres (10.7%) son divorciados. La mayor parte de la muestra vive en pareja, seguida del estado de viudedad.

Según la **situación laboral**, una persona está en paro (3.6%), seis participantes están jubilados/pensionistas (21.4%), 18 participantes están activos (64.3%) y tres participantes son estudiantes (10.7%). La mayoría de los participantes están trabajando.

Según el **tipo de parentesco**, 26 personas presentan una relación de primer grado (92.9%) y sólo dos personas presentan un vínculo de segundo grado (7.1%). Esto supone que la mayor parte de la muestra ha perdido a su madre/padre, hijo/a o hermano/a.

En cuanto a la **edad del fallecido**, seis participantes tenían una edad comprendida entre 0-30 años (21.4%) ; 10 participantes tenían la edad entre 31-45 años (35.7%); tres participantes tenían la edad comprendida entre 46-59 años (10.7%) y nueve participantes tenían más de 60 años (32.1%). Podemos observar que la mayor parte de la muestra está distribuida en las franjas de edad de 31-45 y más de 60 años. La media de edad del fallecido es de 42 años.

En cuanto a la **modalidad de muerte**, nos encontramos que 16 participantes han fallecido de enfermedad oncológica (57.1%); 10 participantes han fallecido de una enfermedad repentina (21.4%); tres de suicidio (10.7%) y tres de accidente (10.7%). La mayor parte de la muestra ha fallecido de enfermedad oncológica de larga duración.

En cuanto a la variable **tipo de muerte en función de si fue esperable vs repentina**, nos encontramos que 16 personas fallecieron de una muerte esperable (57.1%) y 12 personas lo hicieron de una forma repentina (42.9%) que incluye otros tipos de enfermedad con muerte no esperable, accidentes y suicidios. La mayor parte de la muestra ha fallecido de una enfermedad esperable.



Tras los resultados mostrados en cuanto a las variables sociodemográficas podemos resumir que el **perfil sociodemográfico** de la muestra es el siguiente: la mayor parte son mujeres que han perdido a un familiar de primer grado (padre/madre; hijo/a; hermano/a). La media de edad del doliente es de 43 años y del fallecido es de 42 años. Tienen un nivel de estudios primario o superior mayoritariamente. Además viven en pareja o están viudos/as en mayor proporción. El motivo principal de la muerte de sus seres queridos ha sido de enfermedad oncológica (muerte esperable) seguida de otro tipo de enfermedad repentina no esperable, accidentes y suicidio, que constituye el grupo de muerte inesperable.

### **2.2.2 Perfil clínico. Características psicológicas previas a la intervención.**

En este apartado vamos a presentar los resultados referentes al segundo objetivo del estudio, que es elaborar un *perfil que describa las características clínicas* de las personas implicadas en nuestra investigación, antes de la intervención psicológica. Para ello, los resultados se van a mostrar en tres subapartados en función del instrumento de evaluación empleado (entrevista, cuestionarios, indicadores).

#### ***a) Características psicológicas obtenidas de la entrevista: Cuestionario biográfico de Soler y Barreto (2007).***

En este **cuestionario biográfico sobre la historia del duelo** (ver Anexo 4) hay un apartado en situación actual, dónde se le pregunta al doliente por la sintomatología que presenta tras la pérdida de su ser querido. Los síntomas que se exploran pueden clasificarse en: *síntomas físicos* (dolor de cabeza, palpitaciones, opresión en el pecho y/o garganta, sensaciones en el estómago, sequedad de boca); *cognitivo-emocionales* (falta de energía, falta de atención-memoria, falta de metas, sentimientos de inutilidad hacia el futuro, dificultad para aceptar la muerte, falta de sentido en la vida, pesadillas, vacío, culpa, soledad, irritabilidad, amargura, enfado, indiferencia, presencia de alucinaciones, tristeza) y *conductuales* (cambios en el apetito, dificultades para dormir, somnolencia, despertares frecuentes, buscarle sabiendo que no está, atesorar objetos, adicciones, soñar con el fallecido). A continuación, presentamos en la Tabla 7 un cuadro resumen que pretende recoger la frecuencia con la que la muestra está afectada por cada uno de los síntomas evaluados, así como el porcentaje en función de la totalidad de la muestra ( $N=28$ ).

Tabla 7:

**Resumen sintomatología previa a la intervención**

<b>SÍNTOMAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Dolor de cabeza	10	35,71
<b>palpitaciones</b>	<b>17</b>	<b>60,71</b>
<b>Falta de energía</b>	<b>18</b>	<b>64,28</b>
<b>Opresión pecho-garganta</b>	<b>25</b>	<b>89,28</b>
Cambios apetito	13	46,45
Sensaciones estómago	13	46,45
<b>Problemas de sueño</b>	<b>21</b>	<b>75</b>
<b>Atención-memoria</b>	<b>22</b>	<b>78,57</b>
<b>añoranza</b>	<b>28</b>	<b>100</b>
buscarle	10	35,75
<b>Falta de metas</b>	<b>18</b>	<b>64,26</b>
Inutilidad futuro	10	35,75
<b>No aceptación</b>	<b>20</b>	<b>71,42</b>
Sin sentido	11	39,28
<b>vacío</b>	<b>17</b>	<b>60,71</b>
culpa	12	42,85
<b>soledad</b>	<b>18</b>	<b>64,28</b>
<b>irritabilidad</b>	<b>16</b>	<b>57,14</b>
amargura	8	28,57
<b>enfado</b>	<b>19</b>	<b>67,85</b>
indiferencia	4	14,28
alucinaciones	7	25
<b>Atesorar objetos</b>	<b>17</b>	<b>60,71</b>
adicciones	6	21,42
Sequedad de boca	13	46,42
pesadillas	10	35,75
<b>tristeza</b>	<b>28</b>	<b>100</b>
<b>Soñar con el fallecido</b>	<b>17</b>	<b>60,71</b>

**Nota.** Señalado en negrita aquellos síntomas que afectan a más del 50% de la muestra evaluada.

El **perfil clínico** de los dolientes que han participado en el estudio según este cuestionario, podríamos resumirlo como sigue: personas que presentan principalmente *sintomatología cognitivo-emocional, física y conductual* tras la pérdida de su ser querido. Principalmente tienen tristeza y añoranza, seguida de opresión en el pecho y/o garganta, problemas de atención-memoria, dificultades con el sueño (insomnio, hipersomnia, despertares nocturnos), dificultad para aceptar la muerte, enfado, soledad, falta de energía, falta de metas, palpitaciones, atesorar objetos, vacío, soñar con el fallecido e irritabilidad. En menor proporción, también, presentan cambios de apetito, sequedad de boca, culpa, falta de sentido, pesadillas, inutilidad respecto al futuro, buscarle sabiendo que no está, amargura, alucinaciones, adicciones e indiferencia

### ***b) Características psicológicas obtenidas de la batería de cuestionarios***

En la *Tabla 8* presentamos las características psicológicas o variables dependientes obtenidas de la batería de cuestionarios, así como la media obtenida por la muestra, la puntuación directa máxima del cuestionario, la desviación típica y el porcentaje de esa variable en la muestra de estudio antes de la intervención psicológica grupal.

Tabla 8:

**Características psicológicas obtenidas de los cuestionarios**

<b>Variables</b>	<b>Media</b>	<b>Máxima</b>	<b>DT</b>	<b>Mediana</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Observación</b>	20,81	40	7,19	20,00	52%
<b>FFMQ</b>					
<b>Descripción</b>	22,68	40	6,57	23,00	56%
<b>FFMQ</b>					
<b>Atención plena</b>	21,73	40	7,89	20,00	54%
<b>FFMQ</b>					
<b>No juzgar</b>	20,27	40	6,23	20,00	50%
<b>FFMQ</b>					
<b>No reactividad</b>	17,13	35	4,16	18,00	48%
<b>FFMQ</b>					
<b>Autocompasión</b>	71,13	150	13,84	72,50	47%
<b>Ansiedad H.A.D</b>	11,52	21	3,94	11,50	54%
<b>Depresión H.A.D</b>	10, 40	21	4,09	10,00	49%
<b>Afecto positivo</b>	19,36	50	9,70	20,00	38%
<b>PANAS</b>					
<b>Afecto negativo</b>	23, 68	45	7,45	21,50	52%
<b>PANAS</b>					
<b>IDC Duelo</b>	42,45	72	14,28	42,00	58%
<b>Complicado</b>					
<b>Atención plena</b>	45,68	90	15,49	50,00	50%
<b>MAAS</b>					
<b>Satisfacción con la vida(SWLS)</b>	9,68	25	4,56	9,50	38%
<b>Vitalidad subjetiva (SVS)</b>	12,31	30	5,34	12,00	41%

El **perfil clínico** de los dolientes en función de las variables dependientes evaluadas con esta batería de cuestionarios es el siguiente: personas que presentan niveles intermedios de capacidad de observación, descripción, atención plena, no juzgar y no reactividad. Nivel bajo de autocompasión, niveles medio-alto de ansiedad y depresión (teniendo en cuenta que a partir de la puntuación directa de 10 se considera que hay niveles importantes de ansiedad y depresión medido con el H.A.D), niveles medio-alto de afecto negativo, bajo nivel de afecto positivo, alto nivel de duelo complicado, niveles intermedios de capacidad mindful, y bajo nivel de satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva.

### ***c) Características psicológicas obtenidas de los indicadores (AD HOC)***

Para completar los resultados obtenidos con la entrevista y la batería de cuestionarios, hemos elaborado *ad hoc*, un cuestionario de indicadores que trata de evaluar aquellas variables que están directamente relacionadas con la práctica de mindfulness como ha quedado explicitado en el marco teórico y se retomará en la discusión: aceptación, serenidad, espiritualidad, construcción de significados, crecimiento postraumático e integración de recuerdos traumáticos (*ver Anexo 6.1*).

Podemos observar en la *Tabla 9* que los resultados de los tres primeros indicadores pertenecen a una escala ordinal dónde hemos empleado una escala graduada del 0 al 10 en el caso de la aceptación y la serenidad; en el caso de la espiritualidad hemos trabajado con una escala Likert del 0 al 4 para medir diferentes aspectos de la espiritualidad con una puntuación máxima directa de 32 puntos. En cambio los indicadores de crecimiento postraumático, construcción de significados y presencia de recuerdos traumáticos ha sido medido a través de

una escala nominal con respuestas sí o no en el caso de los dos primeros, y presencia baja, media o alta en el caso del indicador de recuerdos traumáticos (*ver Anexo 6*).

Tabla 9:

**Indicadores del cuestionario elaborado AD HOC I**

Indicadores	Media	DT	Puntuación máxima	Porcentaje %
aceptación	2,54	2,55	10	25,40%
serenidad	2,77	2,18	10	27,77%
espiritualidad	19,86	4,87	32	62,00%

Tabla 10:

**Indicadores del cuestionario elaborado AD HOC II**

Indicadores	% SI	%NO	% Bajo	% Medio	% Alto
Construcción significados	31,80	68,18	-	-	-
Crecimiento postraumático	4,00	95,45	-	-	-
Recuerdos traumáticos	-	-	0,00	9,00	90,90

Como puede observarse en las *Tablas 9 y 10* la muestra se caracteriza por una baja aceptación de la muerte del ser querido (25,4%), baja serenidad (27,77%), falta de construcción de significados (68,18%), bajo crecimiento postraumático (4%), alta presencia de recuerdos traumáticos (90,9%) y nivel intermedio de espiritualidad (62%).

#### **d) Diferencias pretratamiento en las características psicológicas en función de las variables sociodemográficas.**

En primer lugar, hemos realizado análisis estadísticos para evaluar la existencia de posibles diferencias pretratamiento en las variables dependientes, en función de las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil y situación laboral del doliente; parentesco con el fallecido, edad del fallecido, tipo y modalidad de muerte del fallecido).

Los análisis muestran como en líneas generales *no existen diferencias significativas en las variables dependientes pretratamiento en función de las variables sociodemográficas (ver resultados Anexo 8)*.

Esto nos permite saber que los sujetos que van a ser incluidos tanto en el grupo control como en el experimental son equiparables en estas características y que la muestra es homogénea de partida.



### 2.2.3 Efectos del paso del tiempo en el grupo control lista de espera.

En este apartado vamos a presentar los resultados obtenidos en el *grupo control* que está en lista de espera, comparando los resultados de las variables de estudio en los dos momentos previos a la intervención. De esta manera responderíamos a la pregunta *¿Existen diferencias en las variables psicológicas medidas en los dos momentos temporales previos a la intervención, por el efecto del paso del tiempo?*. Para que resulten los datos más comprensibles, presentaremos los resultados en función de las variables psicológicas medidas: *a) capacidad de atención plena; b) capacidad de autocompasión; c) malestar psicológico; d) bienestar psicológico y e) Indicadores de bienestar.*

#### a) Capacidad de Atención plena (FFMQ, MAAS)

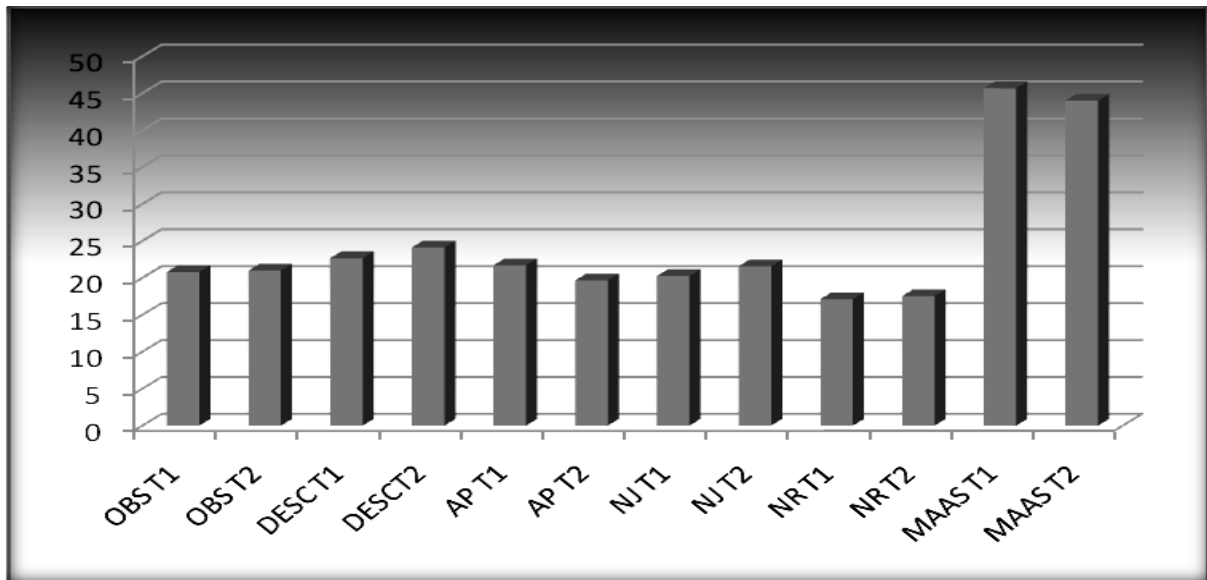
Tabla 11:

##### Estadísticos descriptivos atención plena grupo control

<sup>b</sup> Variables dependientes	Media	N	Mediana	<sup>a</sup> DT	Media de error
FFMQ.OBT1	20,81	22	20,00	7,19	1,53
FFMQ.OB.T2	21,00	22	21,00	6,08	1,29
FFMQ.DES.T1	22,68	22	23,00	6,57	1,40
FFMQ.DES.T2	24,13	22	25,00	6,79	1,44
FFMQ.AP.T1	21,72	22	20,00	7,89	1,68
FFMQ.AP.T2	19,68	22	21,00	6,98	1,48
FFMQ.NJ.T1	20,27	22	20,00	6,23	1,32
FFMQ.NJ.T2	21,59	22	20,00	7,60	1,62
FFMQ.NR.T1	17,13	22	18,00	4,16	,88
FFMQ.NR.T2	17,45	22	18,50	4,55	,97
MAAS.T1	45,68	22	50,00	15,49	3,30
MAAS.T2	44,13	22	42,00	13,49	2,87

<sup>a</sup> Desviación típica

<sup>b</sup> FFMQ ( CUESTIONARIO DE LOS CINCO FACTORES); OB (OBSERVAR); DES (DESCRIPCIÓN);AP (ATENCIÓN PLENA) ; NJ (NO JUZGAR); NR (NO REACTIVIDAD); MAAS ( ESCALA DE CONCIENCIA PLENA).



**Figura 8. Gráfico de la capacidad de atención plena grupo control.** Esta capacidad ha sido medida con el FFMQ y el MAAS. El primero tiene cinco subescalas: OBS (Observación); DESC (Descripción); AP (Atención plena); NJ (No Juzgar) y NR (No reactividad). Comparamos tiempo 1 (t1) con tiempo 2 (t2). Ambas mediciones son previas a la intervención.

Podemos observar en la *Tabla 11* y en la *Figura 8* que en la *capacidad de observación* las medias en el t1-t2 son muy similares ( $M=20,81$ ,  $SD=7,19$  en el pretest t1, y  $M=21,00$ ,  $SD=6,08$  en el pretest t2). En la *capacidad de descripción* nos encontramos también medias similares en los dos momentos temporales previos a la intervención ( $M=22,68$ ,  $SD=6,57$  en el pretest t1, y  $M=24,13$ ,  $SD=6,79$  en el pretest t2). En la *capacidad de atención plena* vemos semejanza en las medias en los dos momentos temporales ( $M=21,72$ ,  $SD=7,89$  en el t1, y tras los dos meses de espera en t2 vemos  $M=19,68$ ,  $SD=6,98$ ). En la *capacidad de no juzgar* observamos que las medias son similares ( $M=20,27$ ,  $SD=7,60$  en t1 y  $M=21,59$ ,  $SD=6,23$  en pretest t2). En la *capacidad de no reactividad* nos encontramos medias similares en los dos momentos temporales ( $M=17,13$ ,  $SD=4,16$  en pretest t1, y  $M=17,54$ ,  $SD=4,55$  en t2). Y por último vemos en la *capacidad de atención plena* medida con el MAAS, medias similares en ambos momentos temporales ( $M=45,68$ ,  $SD=15,49$  en pretest t1, y  $M=44,13$ ,  $SD=13,49$  en t2).

Tabla 12:

**Estadísticos de contraste en la capacidad de atención plena en grupo control**

<sup>a</sup> Variables dependientes	Diferencia de medias	t	gl	Sig.	d Cohen
FFMQ.OBS.T1- FFMQ.OBS.T2	-,18	-,26	21	,79	
FFMQ.DES.T1- FFMQ.DES.T2	-1,45	-2,18	21	<b>*,04</b>	0,95
FFMQ.AP.T1- FFMQ.AP.T2	2,04	2,08	21	<b>*,04</b>	0,91
FFMQ.NJ.T1- FFMQ.NJ.T2	-1,31	-1,51	21	,14	
FFMQ.NR.T1- FFMQ.NR.T2	-,40	-,53	21	,60	
MAAS.T1- MAAS.T2	1,54	5,23	21	,39	

<sup>a</sup> OBS (Observación); DESC (Descripción); AP (Atención plena); NJ (No Juzgar) y NR (No reactividad); MAAS(escala de atención plena)

\* valores significativos  $p < .05$

El análisis comparativo de los resultados en la variable de *la capacidad de atención plena* en el t1-t2 indica que en la mayoría las dimensiones no existen diferencias significativas en los dos momentos temporales, aunque en algunas de ellas sí, empeorando con el paso del tiempo. En *la capacidad de observación* los resultados del t2 son parecidos al t1 con una  $t(21) = -,26, p = .79$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en t1 ( $20,81 \pm 1,53$ ) con respecto a t2 ( $21,00 \pm 1,29$ ). En *la capacidad de descripción* los resultados del t2 son más altos que en el t1, con una  $t(21) = -2,18, p = .04$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 0.95 indicando un efecto alto. Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones más altas en t2 ( $24,13 \pm 1,44$ ) con respecto a t1 ( $22,68 \pm 1,40$ ). En *la capacidad de atención*

*plena* los resultados del t2 son más bajos que en el t1 con una  $t(21) = 2,08, p = .04$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 0.91 indicando un efecto alto. Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones más bajas en t2 ( $19,68 \pm 1,48$ ) con respecto a t1 ( $21,72 \pm 1,68$ ). En *la capacidad de no juzgar* los resultados del t1 son similares que en el t2 con una  $t(21) = -1,31, p = .14$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en t2 ( $21,59 \pm 1,62$ ) con respecto a t1 ( $20,27 \pm 1,32$ ). En *la capacidad de no reactividad* los resultados en ambos momentos temporales son similares con una  $t(21) = -,40, p = .6$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en t2 ( $17,45 \pm 0,97$ ) con respecto a t1 ( $17,13 \pm 0,88$ ). En *la capacidad de atención plena medida con el MAAS* los resultados de ambos momentos temporales son similares con una  $t(21) = 1,54, p = .39$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en t2 ( $44,13 \pm 2,87$ ) con respecto a t1 ( $45,68 \pm 3,30$ ).

En general podemos señalar que las medias obtenidas en la capacidad mindful medidas con el FFMQ y el MAAS son muy similares en el pretest t1 y en el pretest t2, lo que supone que el paso del tiempo no ha afectado a las variables en cuestión, a excepción de la *capacidad de descripción* que ha mejorado con el paso del tiempo, y la *capacidad de atención plena* que ha empeorado con el paso del tiempo.

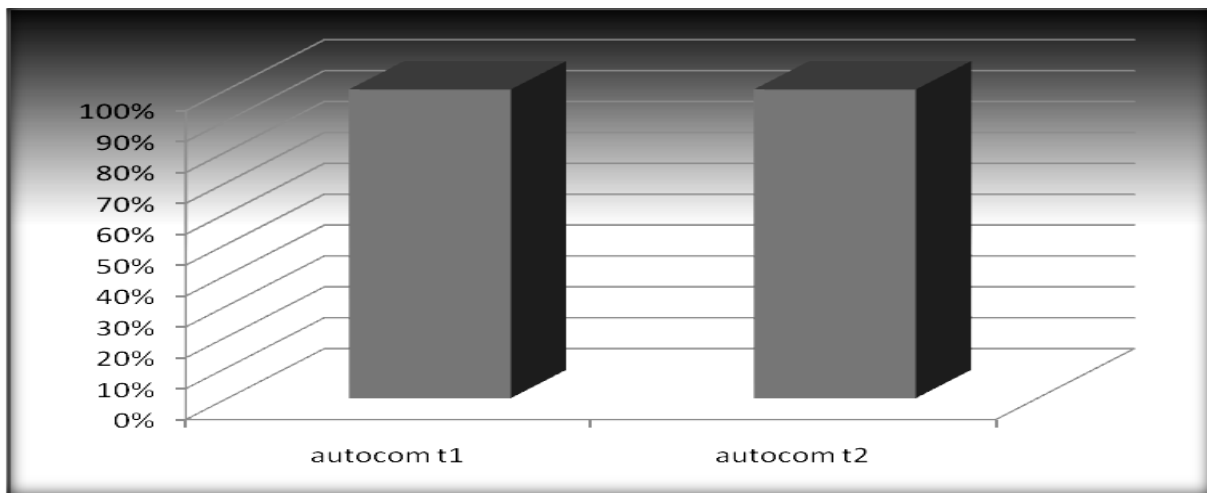
## b) Capacidad de Autocompasión

Tabla 13:

### Estadísticos descriptivos autocompasión grupo control

Variables dependientes	M	N	Mediana	<sup>a</sup> DT	Media de error
AUTOCOMPASIÓN T1	71,13	22	72,50	13,84	2,95
AUTOCOMPASIÓN T2	68,68	22	74,50	15,37	3,27

<sup>a</sup> SD (Desviación Típica)



**Figura 9. Gráfico de la capacidad de autocompasión grupo control.** Las medias son similares como puede observarse en el gráfico.

Podemos observar en la *Tabla 13* y en la *Figura 9* que en la *capacidad de autocompasión* las medias en el t1-t2 son muy similares ( $M=71,13$ ,  $SD =13,84$  en el pretest t1, y  $M=68,00$ ,  $SD=15,37$  en el pretest t2). En la *Figura 9* vemos que las medias son semejantes.

Tabla 14:

**Estadísticos de contraste autocompasión grupo control**

<b>Variabes dependientes</b>	<b>Diferencia medias</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.( bilateral)</b>
AUTOCOMP.T1-AUTOCOMP.T2	2,45	1,53	21	,14

En *la capacidad de autocompasión* los resultados en ambos momentos temporales son similares con una  $t(21)=1,53$ ,  $p= .14$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en t2 ( $68,68\pm 3,27$ ) con respecto a t1 ( $71,13\pm 2,98$ ) en la variable autocompasión. Por lo tanto no existen diferencias significativas en los dos momentos temporales pretratamiento en dicha variable.

**c) Malestar psicológico: Ansiedad, depresión (H.A.D), Afecto negativo (PANAS) y duelo complicado (IDC).**

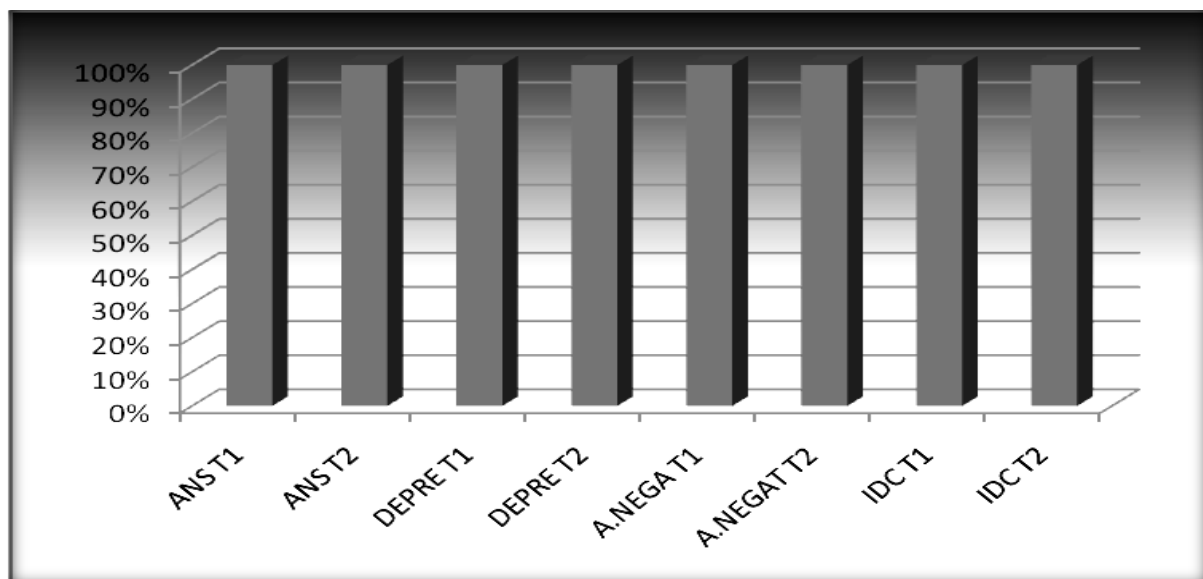
Tabla 15:

**Estadísticos descriptivos malestar psicológico grupo control**

<b>Variables dependientes</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Mediana</b>	<b><sup>a</sup> DT</b>	<b>Media de error</b>
ANSIEDAD.T1	11,54	22	11,50	3,99	,85
ANSIEDAD.T2	12,68	22	12,50	3,87	,82
DEPRESION.T1	10,40	22	10,00	4,09	,87
DEPRESION.T2	9,95	22	9,00	4,18	,89
<sup>b</sup> AF. NEGATIVO.T1	23,68	22	21,00	7,41	1,58
<sup>b</sup> AF. NEGATIVO.T2	22,86	22	21,00	8,97	1,91
DUELO COMPL. T1	42,45	22	42,00	14,28	3,04
DUELO COMPL. T2	43,00	22	39,00	14,84	3,16

<sup>a</sup> SD (Desviación típica)

<sup>b</sup> AN (Afecto negativo)



**Figura 10. Gráfico del malestar psicológico grupo control.** Las medias son similares en los dos momentos temporales previos a la intervención. (ANS) ANSIEDAD; (DEPRE) DEPRESIÓN; (A.NEGA) AFECTO NEGATIVO; IDC (INVENTARIO DUELO COMPLICADO).

Podemos observar en la *Tabla 15* y en la *Figura 10* que en el malestar psicológico las medias en el t1-t2 son muy similares en todos los indicadores de malestar. En *ansiedad* nos encontramos medias parecidas en los dos momentos temporales (M=11,54, SD=3,99 en el pretest t1, y M=12,68, SD=3,87 en el pretest t2). En la *Figura 10* vemos que las medias son semejantes. En *depresión* nos encontramos medias parecidas en los dos momentos temporales (M =10,40, SD=4,09 en el pretest t1, y M=9,95, SD=4,18 en el pretest t2). En la *Figura 10* vemos que las medias son semejantes. En el indicador de *afecto negativo* observamos medias parecidas en ambos momentos temporales pretratamiento (M=23,68, SD= 7,41 en el pretest t1, y M=22,86, SD=8,97 en el pretest t2). En el indicador de *duelo complicado* también encontramos medias muy similares (M=42,45, DT=14,28 en el pretest t1, y M=43,00, SD=14,84 en el pretest t2).

Tabla 16:

**Estadísticos de contraste malestar psicológico grupo control**

<b>Variables dependientes</b>	<b>Diferencia medias</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>d Cohen</b>
ANSIEDAD.T1-ANSIEDAD.T3	-1,13	- 2,17	21	<b>,04</b>	0,94
DEPRESION.T1-DEPRESION.T3	,45	,82	21	,41	
ANEGATIVOT1-AFECTO NEGATIVO T3	,81	,53	21	,63	
DUELOCOMPL.T1- DUELO COMPL. T3	-,54	-,31	21	,59	

\*P≤.05. Diferencia significativa.



En *el malestar psicológico* los resultados en ambos momentos temporales son similares en los diferentes *indicadores de malestar*, a excepción del indicador de la *ansiedad* que presenta un aumento significativo con el paso del tiempo con una  $t(21) = -2,17, p = .04$ . El tamaño del efecto  $d$  Cohen es de 0,94, siendo alto. Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones más altas en  $t_2$  ( $12,68 \pm 0,82$ ) con respecto a  $t_1$  ( $11,54 \pm 0,85$ ) en la variable de ansiedad. En la *depresión* no existen diferencias significativas por el paso del tiempo ( $t(21) = ,45, p = .41$ ). Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en  $t_2$  ( $9,95 \pm 0,89$ ) con respecto a  $t_1$  ( $10,40 \pm 0,87$ ) en la variable depresión. En el *afecto negativo* tampoco existen diferencias significativas en ambos momentos temporales ( $t(21) = ,81, p = .63$ ). Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en  $t_2$  ( $22,86 \pm 1,91$ ) con respecto a  $t_1$  ( $23,68 \pm 1,58$ ) en la variable afecto negativo. Por último en la *presencia de duelo complicado* tampoco existen diferencias significativas por el paso del tiempo ( $t(21) = -,54, p = .59$ ). Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en  $t_2$  ( $43,00 \pm 3,16$ ) con respecto a  $t_1$  ( $42,45 \pm 3,04$ ) en el indicador de duelo complicado.

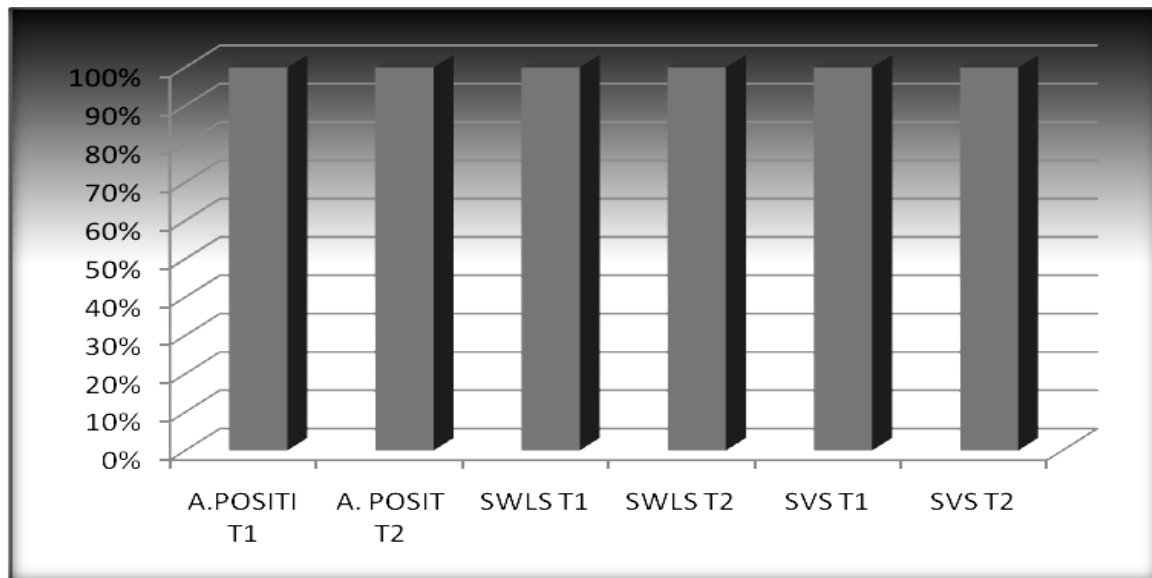
**d) Bienestar psicológico: Afecto positivo ( PANAS), Satisfacción con la vida (SWLS) y vitalidad subjetiva (SVS).**

Tabla 17:

**Estadísticos descriptivos bienestar psicológico grupo control**

<b>Variables dependientes</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Mediana</b>	<b>DT</b>	<b>Medias de error</b>
A.POSITIVO.T1	19,36	22	20,00	9,70	2,06
A.POSITIVO.T2	18,27	22	20,00	8,67	1,84
SWLS.T1	9,68	22	9,50	4,15	,88
SWLS.T2	9,36	22	8,50	4,25	,90
SVS.T1	12,31	22	12,00	5,34	1,14
SVS.T2	12,40	22	12,00	5,88	1,25

(A.POSITI) AFECTO POSITIVO; SWLS (SATISFACCIÓN CON LA VIDA); SVS (VITALIDAD SUBJETIVA).



**Figura 11. Gráfico del bienestar psicológico grupo control.** Las medias son similares en los dos momentos temporales previos a la intervención. (A.POSITI) AFECTO POSITIVO; SWLS (SATISFACCIÓN CON LA VIDA); SVS (VITALIDAD SUBJETIVA).

Podemos observar en las *Tabla 17* y en la *Figura 11* que en el bienestar psicológico las medias en el t1-t2 son muy similares en todos los indicadores. En *afecto positivo* nos encontramos medias similares en ambos momentos temporales pretratamiento (M=19,36, SD=9,70 en t1 y M=18,27, SD=8,67, en t2). En *satisfacción con la vida* (SWLS) nos encontramos medias similares en ambos momentos temporales pretratamiento (M= 9,68, SD= 4,15 en t1, y M=9,36, SD= 4,25 en t2). En *vitalidad subjetiva* (SVS) nos encontramos medias similares en ambos momentos temporales pretratamiento (M=12,31, SD=5,34 en t1 y M= 12,40, SD= 5,88, en t2).

Tabla 18:

**Estadísticos de contraste bienestar psicológico grupo control**

<sup>a</sup> Variables dependientes	Diferencia de medias	t	gl	Sig. ( bilateral)
APOSITIVO.T1- APOSITIVO.T2	1,09	1,69	21	,10
SWLS.T1- SWLS.T2	,31	,44	21	,66
SVS.T1- SVS.T2	-,09	-,11	21	,90

<sup>a</sup> (A.POSITI) AFECTO POSITIVO; SWLS (SATISFACCIÓN CON LA VIDA); SVS (VITALIDAD SUBJETIVA)

En el análisis comparativo de los resultados en la variable de *bienestar psicológico* en los diferentes momentos temporales pretratamiento no existen diferencias significativas. Con un nivel de significación de .05, la prueba *t* de muestras relacionadas no fue estadísticamente diferente en ninguno de los indicadores. En *afecto positivo* los resultados son similares con una  $t(21)=1,69, p=.10$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en t2 (18,27±1,84) con respecto a t1 (19,36±2,06) en dicha variable. En *satisfacción con la*

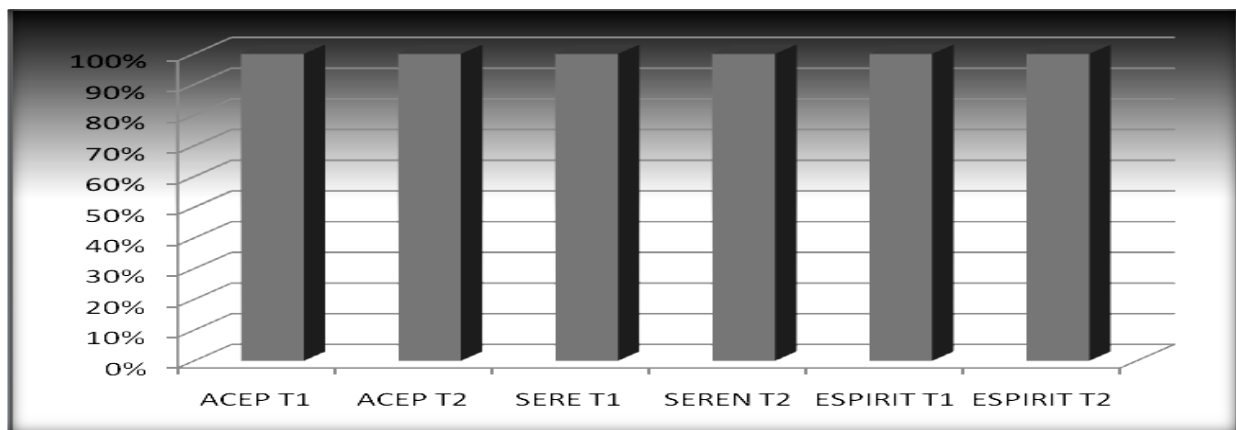
vida (SWLS) los resultados de ambos momentos temporales son similares con una  $t(21) = ,44$ ,  $p = .66$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en t2 ( $9,36 \pm 0,90$ ) con respecto a t1 ( $9,68 \pm 0,88$ ) en dicha variable. En la vitalidad subjetiva (SVS) los resultados de ambos momentos pretratamiento son similares con una  $t(21) = -,11$ ,  $p = .90$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en t2 ( $12,40 \pm 1,25$ ) con respecto a t1 ( $12,31 \pm 1,14$ ) en dicha variable.

**d) Indicadores de bienestar ad hoc: aceptación, serenidad, espiritualidad**

Tabla 19:

**Estadísticos descriptivos indicadores ad hoc grupo control**

Variables dependientes	M	N	DT	Media de error
ACEPTACION T1	2,54	22	2,55	,54
ACEPTACION T2	2,40	22	2,34	,49
SERENIDAD T1	3,05	22	2,18	,48
SERENIDAD T2	3,05	22	2,18	,44
ESPIRITUALIDAD T1	19,36	22	4,87	1,03
ESPIRITUALIDAD T2	19,86	22	4,72	1,00



**Figura 12. Gráfico de indicadores ad hoc grupo control.** Las medias son similares en los dos momentos previos a la intervención. (ACEP) ACEPTACIÓN; (SERE) SERENIDAD; (ESPIRIT) ESPIRITUALIDAD.

Podemos observar en la *Tabla 19* y en la *Figura 12* que en los indicadores *ad hoc* las medias en el t1-t2 son muy similares en todos los indicadores. En *aceptación* nos encontramos medias similares en ambos momentos temporales pretratamiento (M= 2,54, SD= 2,55 en t1 y M=2,49, SD=2,34, en t2) En *serenidad* nos encontramos medias similares en ambos momentos temporales pretratamiento (M= 3,05, SD= 2,18 en t1 y M=3,05, SD=2,18, en t2). En *espiritualidad* nos encontramos medias similares en ambos momentos temporales pretratamiento (M=19,36, SD=4,87 en t1 y M =19,86, SD = 4,72, en t2)

Tabla 20:

**Estadísticos de contraste indicadores ad hoc grupo control**

<b>Variables dependientes</b>	<b>Diferencia medias</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
ACEPTACION..T1 - ACEPTACION..T2	,13	,47	21	,64
SERENIDAD .T1 - SERENIDAD T2	,00	,00	21	1,00
ESPIRITUALIDAD T1 - ESPIRITUALIDAT2	-,50	-1,14	21	,26

En el análisis comparativo de los resultados en los indicadores de bienestar *ad hoc* en los diferentes momentos temporales pretratamiento no existen diferencias significativas. Con un nivel de significación de .05, la prueba *t* de muestras relacionadas no fue estadísticamente diferente en ninguno de los indicadores. En *aceptación* los resultados son similares con una  $t(21)=,47$ ,  $p= .64$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en t2 ( $2,40 \pm 0,49$ ) con respecto a t1 ( $2,54 \pm 0,54$ ) en dicha variable. En *serenidad* los resultados de ambos momentos temporales son iguales con una  $t(21)=,00$ ,  $p= 1$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró las mismas puntuaciones en t2 ( $3,05 \pm 0,44$ ) con respecto a t1 ( $3,05 \pm$

0,48) en dicha variable. En *espiritualidad* los resultados de ambos momentos pretratamiento son similares con una  $t(21) = -1,14$ ,  $p = .26$ . Esto significa que el grupo de dolientes mostró puntuaciones similares en  $t_2$  ( $19,86 \pm 1,00$ ) con respecto a  $t_1$  ( $19,36 \pm 1,03$ ) en dicha variable.

Respecto a las variables medidas en *la Historia personal del duelo: Cuestionario biográfico*, esperamos que la presencia de síntomas sea muy similar en los dos momentos temporales, incluso un aumento tras el paso del tiempo. Para ello vamos a presentar una tabla de frecuencia y porcentaje de personas afectadas por la sintomatología del cuestionario antes de la intervención en dos momentos temporales, con dos meses de intervalo entre  $t_1$  y  $t_2$  (efecto del paso del tiempo). Se trata de una tabla comparativa de la sintomatología  $t_1$ - $t_2$  pretratamiento, para que podamos observar la frecuencia de afectados (Síntomas extraídos de la Historia personal del duelo: Cuestionario biográfico de Soler y Barreto (2007)). Además hemos realizado la prueba de McNemar para evaluar si las diferencias son significativas.

Tabla 21:

**Sintomatología pretratamiento grupo control**

<b>Síntomas</b>	<b>Frecuencia sujetos</b>	<b>% pretest t1</b>	<b>Frecuencia sujetos</b>	<b>% pretest t2</b>
Dolor de cabeza	10	35,71	10	45
Palpitaciones	17	<b>60,71</b>	15	<b>68,18</b>
Falta de energía	18	<b>64,28</b>	19	<b>86</b>
Opresión pecho-garganta	21	<b>89,28</b>	20	<b>90,90</b>
Cambios apetito	13	46,45	12	<b>54,54</b>
Sensaciones estómago	13	46,45	16	<b>72,72</b>
Problemas de sueño	21	<b>75</b>	17	<b>77,27</b>
Atención-memoria	20	<b>78,57</b>	20	<b>90,9</b>
Añoranza	22	<b>100</b>	22	<b>100</b>
Buscarle	10	35,75	10	45,45
Falta de metas	18	<b>64,26</b>	12	<b>54,54</b>
Inutilidad futuro	10	35,75	9	40,90
No aceptación	20	<b>71,42</b>	16	<b>72,72</b>
Sin sentido	11	39,28	13	<b>59,09</b>
Vacío	17	<b>60,71</b>	12	<b>54,54</b>
Culpa	12	42,85	8	36,36
Soledad	18	<b>64,28</b>	20	<b>90,90</b>
Irritabilidad	16	<b>57,14</b>	15	<b>68,18</b>
Amargura	8	28,57	8	36,36
Enfado	19	<b>67,85</b>	16	<b>72,72</b>
Indiferencia	4	14,28	9	40,90
Alucinaciones	7	25	2	9
Atesorar objetos	17	<b>60,71</b>	10	45,45
Adicciones	6	21,42	10	45,45
Sequedad de boca	13	46,42	5	22,72
Pesadillas	10	35,75	10	45,45
Tristeza	22	<b>100</b>	22	<b>100</b>
Soñar	17	<b>60,71</b>	15	<b>68,18</b>

\* He señalado en negrita la frecuencia de sujetos afectados que supera al 50%.

Tabla 22:

**Prueba McNemar grupo control**

<b>Síntomas</b>	<b>Afectados T1 (n)</b>	<b>Afectados T2 (n)</b>	<b>Sig. T1-T2</b>
Dolor de cabeza	10	10	-
Palpitaciones	17	15	,998
Falta de energía	18	19	,867
Opresión pecho-garganta	21	20	,344
Cambios apetito	13	12	,388
Sensaciones estómago	13	16	,767
Problemas de sueño	21	17	,774
Atención-memoria	22	20	,453
Añoranza	22	22	,986
Buscarle	10	10	-
Falta de metas	18	12	,778
Inutilidad futuro	10	9	1,000
No aceptación	20	16	,878
Sin sentido	11	13	,875
Vacío	17	12	,754
Culpa	12	8	,777
Soledad	18	20	,774
Irritabilidad	16	15	,867
Amargura	8	8	-
Enfado	19	16	,734
Indiferencia	4	9	,065
Alucinaciones	7	2	,375
Atesorar objetos	17	10	,146
Adicciones	6	10	,754
Sequedad de boca	13	5	,109
Pesadillas	10	10	-
Tristeza	22	22	-
Soñar	17	15	,988

No existen diferencias significativas entre ambos momentos temporales puesto que  $p > .05$



En líneas generales, observamos en la *Tabla 21* incluso que los síntomas empeoran con el paso del tiempo mayoritariamente como es el caso de: *palpitaciones, falta de energía, opresión en el pecho y/o garganta, cambios en el apetito, sensaciones en el estómago, dificultades para dormir, problemas de atención, concentración y memoria, inutilidad respecto al futuro, falta de aceptación, vida sin sentido, soledad, irritabilidad, amargura, enfado, indiferencia, adicciones, pesadillas y soñar con el fallecido*. En la *Tabla 22* observamos que las diferencias no son significativas.

A modo de resumen, podemos indicar que en el *grupo control* no existen diferencias significativas en las características psicológicas medidas en los dos momentos temporales previos a la intervención, en todo caso, existe en algunos aspectos un aumento de la sintomatología relacionada con el proceso del duelo con el paso del tiempo como ha podido observarse en nuestro estudio. Además, la no existencia de diferencias significativas en pre-tratamiento en el grupo control que ha estado en lista de espera, en las variables dependientes medidas, *sugiere que la muestra es homogénea en el pretratamiento y que las diferencias que aparezcan en post-tratamiento podrán deberse más al efecto del tratamiento que no a la naturaleza del paso del tiempo*.

## 2.2.4 Efectos de la aplicación del programa MADED.

En este apartado aparecerán los resultados referentes a los efectos de la aplicación del programa MADED, distribuidos en dos subapartados que se dividen en: 2.2.4.1 Pretest-postest grupo experimental y 2.2.4.2 Grupo control versus grupo experimental

### 2.2.4.1 Pretest-postest grupo experimental

A continuación vamos a presentar los resultados obtenidos en el *grupo experimental*. Para ello hemos realizado una prueba *t*-test para muestras relacionadas. Para que resulten los datos más comprensibles, vamos a presentar los resultados en función de las diferentes variables que hemos evaluado: *a) capacidad de atención plena; b) capacidad de autocompasión; c) malestar psicológico; d) bienestar psicológico y e) Indicadores de bienestar ad hoc.*

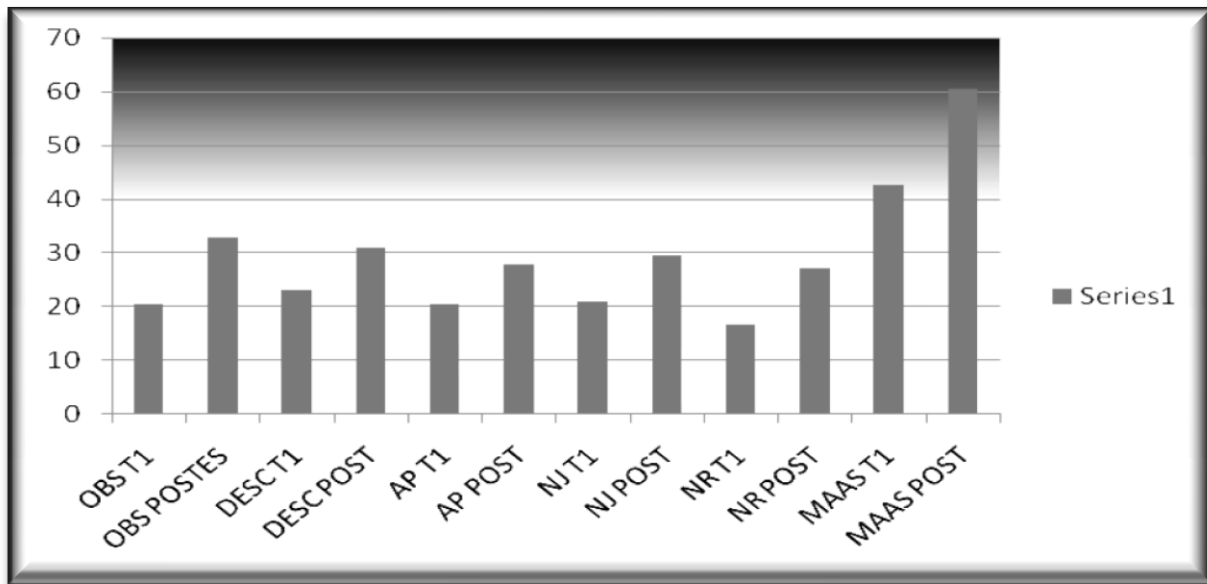
#### a) Capacidad de Atención plena

Tabla 23:

#### Estadísticos descriptivos capacidad de atención plena grupo experimental

Variables dependientes	M	N	Mediana	DT	Media de error
FFMQ.OBS. pre	20,59	22	20,00	6,75	1,55
FFMQ.OBS. post	31,40	22	34,50	6,13	1,42
FFMQ.DESC. pre	24,90	22	23,00	6,79	1,79
FFMQ.DESC. post	31,13	22	31,00	6,68	1,73
FFMQ.AP. pre	20,90	22	20,00	5,94	1,76
FFMQ.AP. post	28,13	22	28,50	7,88	1,93
FFMQ.NJ. pre	20,40	22	20,00	6,68	1,76
FFMQ.NJ. post	28,31	22	29,50	8,03	2,04
FFMQ.NR. pre	17,13	22	18,00	4,93	1,22
FFMQ.NR.T3 post	26,36	22	25,50	6,38	1,69
MAAS. pre	42,50	22	50,00	14,56	3,41
MAAS.T3 post	58,90	22	33,00	13,08	3,52

a FFMQ ( CUESTIONARIO DE LOS CINCO FACTORES); OB (OBSERVAR); DES (DESCRIPCIÓN);AP (ATENCIÓN PLENA) ; NJ (NO JUZGAR); NR (NO REACTIVIDAD); MAAS ( ESCALA DE CONCIENCIA PLENA).



**Figura 13: Gráfico de la capacidad mindful ( PRE-POST).** Esta capacidad ha sido medida con el FFMQ y el MAAS. El primero tiene cinco subescalas: OBS (Observación); DESC (Descripción); AP (Atención plena); NJ (No Juzgar) y NR (No reactividad). Comparamos tiempo 1 (t1) con tiempo 3 (Postest).

Como podemos observar en la *Tabla 23* la media de la *capacidad de observación* (FFMQ.OBS) en pretest es de 20,59 ( $SD = 6,75$ ) frente a un 31,41 ( $SD = 6,13$ ) en postest. La media de la *capacidad de descripción* (FFMQ.DESC) es de 24,90 en pretest ( $SD = 6,79$ ) frente a un 31,13 en postest ( $SD = 6,68$ ). La media de la *capacidad de atención plena* (FFMQ.AP) en pretest es de 20,50 ( $SD = 5,94$ ) frente a un 28,13 ( $SD = 7,88$ ) en postest. La media de la *capacidad de no juzgar* (FFMQ.NJ) es de 20,40 en pretest ( $SD = 6,68$ ) frente a un 28,31 ( $SD = 8,03$ ) en postest. La media de la *capacidad de no reactividad* (FFMQ. NR) es de 17,13 en pretest ( $SD = 4,93$ ) frente a un 26,36 ( $SD = 6,38$ ) en el postest. Podemos señalar que hay un aumento en las medias de las puntuaciones directas obtenidas en las cinco dimensiones del FFMQ (observación, descripción, atención plena, no juzgar y no reactividad) tras recibir el tratamiento. En la *capacidad de estar en el presente* medida con el MAAS nos encontramos una media de 42,50 ( $SD = 14,56$ ) en el pretest y una media de 58,90 ( $SD = 13,08$ ) en el postest. En la *Figura 13* podemos observar las diferencias existentes en el pre-post en cada una de las dimensiones del indicador de capacidad mindful.

Tabla 24:

**Estadísticos de contraste de la capacidad de atención plena grupo experimental**

<sup>a</sup> Variables dependientes	Diferencia de medias	<i>t</i>	<i>g</i>	Sig.	<i>d</i> Cohen
FFMQ.OBS.PRE-FFMQ.OBS.POST	-10,81	-6,49	21	*,000	3,40
FFMQ.DES.PRE-FFMQ.DESC.POST	-6,22	-3,77	21	*,001	3,37
FFMQ.AP.PRE- FFMQ.AP.POST	-7,22	-4,51	21	*,000	3,27
FFMQ.NJ.PRE- FFMQ.NJ.POST	-7,90	-7,35	21	*,000	2,20
FFMQ.NR.PRE- FFMQ.NR.POST	-9,22	-7,04	21	*,000	2,68
MAAS PRE-MAAS POST	-8,24	-4,18	21	*,000	1,82

<sup>a</sup> OBS (Observación); DESC (Descripción); AP (Atención plena); NJ (No Juzgar) y NR (No reactividad). Comparamos tiempo 1 (t1) con tiempo 3 (Postest). MAAS (Escala de conciencia plena).

El análisis comparativo de los resultados en la variable de *la capacidad de atención plena* en el pre-post indica que existen diferencias significativas a favor del postest en cada una de las dimensiones del FFMQ y también en el MAAS. Con un nivel de significación de .05, la prueba *t* de muestras relacionadas fue estadísticamente diferente en el postest en cada una de las subdimensiones de la capacidad de atención plena. En *la capacidad de observación* los resultados del postest son superiores al pretest con una  $t(21)=-6,49$ ,  $p = .01$ . El tamaño del efecto es alto, puesto que la *d* tiene un valor de 3,40. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $31,40 \pm 1,42$ ) con respecto al inicio de la misma ( $20,59 \pm 1,55$ ). En *la capacidad de descripción* los resultados del postest son más altos que en el pretest con una  $t(21)= -3,77$ ,  $p = .01$ . El tamaño

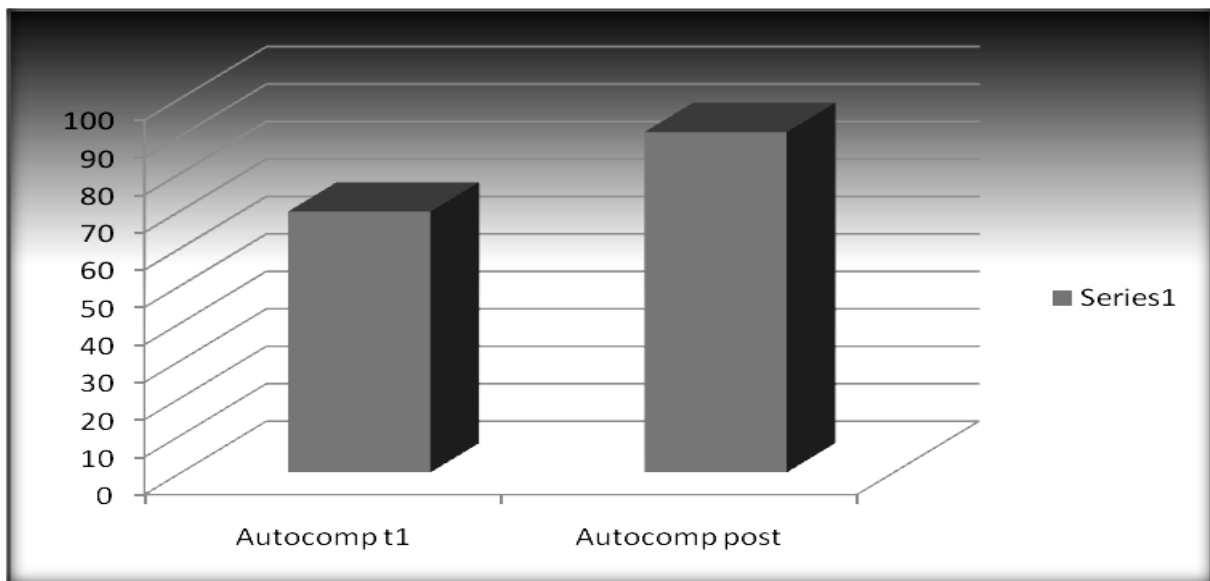
del efecto  $d$  fue de 3,37 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $31,13 \pm 1,73$ ) con respecto al inicio de la misma ( $24,90 \pm 1,79$ ). En *la capacidad de atención plena* los resultados del postest son más altos que en el pretest con una  $t(21) = -4,51, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 3,27 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $28,13 \pm 1,93$ ) con respecto al inicio de la misma ( $20,90 \pm 1,76$ ). En *la capacidad de no juzgar* los resultados del postest son más altos que en el pretest con una  $t(21) = -7,04, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 2,20 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $28,31 \pm 2,04$ ) con respecto al inicio de la misma ( $20,40 \pm 1,76$ ). En *la capacidad de no reactividad* los resultados del postest son más altos que en el pretest con una  $t(21) = -3,77, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 2,68 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $26,36 \pm 1,69$ ) con respecto al inicio de la misma ( $17,13 \pm 1,22$ ). En *la capacidad de atención plena medida con el MAAS* los resultados del postest son más altos que en el pretest con una  $t(21) = -4,18, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 1,82 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $58,90 \pm 3,52$ ) con respecto al inicio de la misma ( $42,50 \pm 3,41$ ).

**b) Capacidad de Autocompasión**

Tabla 25:

**Estadísticos descriptivos capacidad de autocompasión grupo experimental**

<b>Variables dependientes</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Mediana</b>	<b><sup>a</sup>DT</b>	<b>Media de error</b>
AUTOCOMPASIÓN PRE	73,40	22	72,50	15,96	4,30
AUTOCOMPASIÓN POST	91,95	22	92,00	18,47	5,29

<sup>a</sup> SD (Desviación Típica)

**Figura 14. Gráfico de autocompasión (PRE-POST).** Las medias son diferentes como puede observarse en el gráfico.

En la capacidad de autocompasión nos encontramos una media de 73,40 ( $SD=15,96$ ) en el pretest, y una media de 91,95 ( $SD=18,47$ ) en el posttest. Podemos observar en la *Tabla 25* y en la *Figura 14* un aumento en las puntuaciones directas del cuestionario tras la intervención.

Tabla 26:

**Estadísticos de contraste de la capacidad de autocompasión grupo experimental**

<b>Variables dependientes</b>	<b>Diferencia de medias</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>	<b>d Cohen</b>
AUTOCOMP.T1- AUTOCOMP.T3	-18,54	-5,52	21	<b>,000</b>	2,40

\*P≤0.05

En *la capacidad de autocompasión* los resultados del posttest son más altos que en el pretest con una  $t(21) = -5,52$ ,  $p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  es de 2,40 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $91,95 \pm 5,29$ ) con respecto al inicio de la misma ( $73,40 \pm 4,30$ )

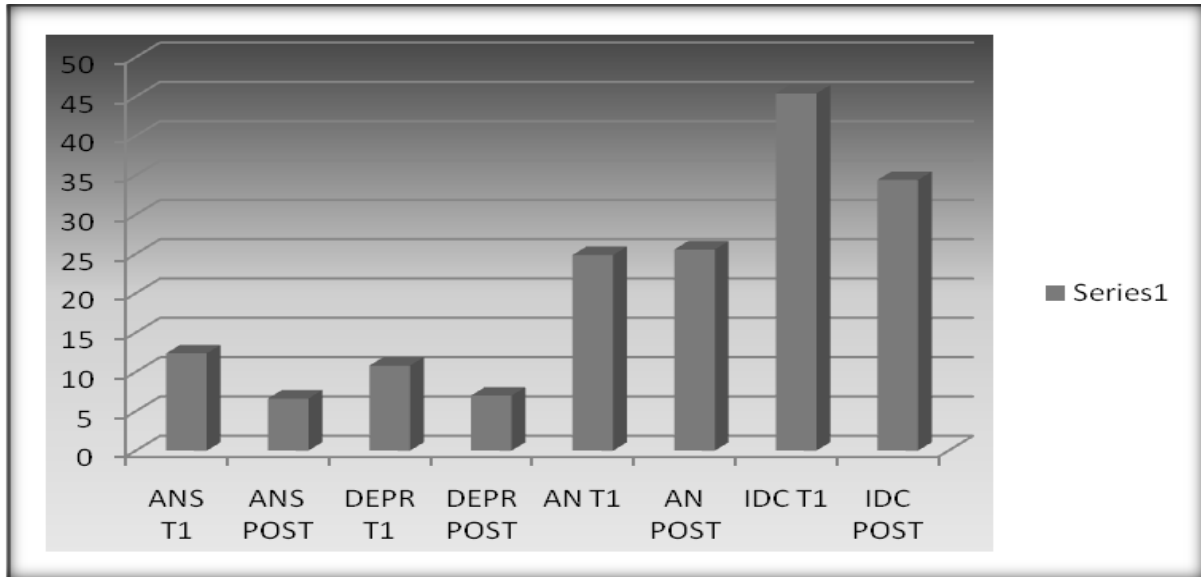
**c) Malestar psicológico: Ansiedad, depresión (H.A.D), Afecto negativo (PANAS) y duelo complicado (IDC)**

Tabla 27:

**Estadísticos descriptivos malestar psicológico grupo experimental**

<b>Variables dependientes</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Mediana</b>	<b><sup>a</sup>DT</b>	<b>Media de error</b>
ANSIEDAD pre	11,45	22	11,50	3,72	,95
ANSIEDAD post	6,40	22	5,00	2,44	,68
DEPRESION pre	9,95	22	10,00	3,77	,91
DEPRESION post	6,72	22	7,00	3,31	,88
<sup>b</sup> A.N pre	23,50	22	21,50	7,29	2,33
<sup>b</sup> A.N post	18,09	22	18,50	6,67	1,82
<sup>c</sup> DC pre	43,68	22	42,00	12,83	3,27
<sup>c</sup> DC post	34,72	22	33,00	12,75	3,61

<sup>a</sup> SD (Desviación típica)<sup>b</sup> AN (Afecto negativo)<sup>c</sup> DC (Duelo complicado)



**Figura 15. Gráfico de malestar psicológico (PRE-POST).** Las medias son diferentes en el pre-post. (ANS) ANSIEDAD; (DEPR) DEPRESIÓN; (AN) AFECTO NEGATIVO; IDC (INVENTARIO DUELO COMPLICADO).

Como puede observarse en la *Tabla 27* y en la *Figura 15*, *El malestar psicológico* medido con el H.A.D nos proporciona estos valores: En *ansiedad* una media de 11,45 ( $SD=3,72$ ) antes de la intervención, y nos encontramos con una media de 6,40 ( $SD=2,44$ ) tras la intervención. Se ha producido una reducción tras la terapia. En *depresión* la media es de 9,95 ( $SD=3,77$ ) antes de la intervención, en comparación con un 6,72 ( $SD=3,31$ ) en el postest. En *el afecto negativo* medido con el PANAS nos encontramos una reducción en la media pasando de un 23,50 ( $SD=7,29$ ) a un 18,09 ( $SD=6,67$ ). En la *presencia de duelo complicado* medido con el IDC (Inventario de Duelo Complicado) nos encontramos una media de 43,68 ( $SD=12,83$ ) antes de la intervención, y una media de 34,72 ( $SD=12,75$ ) tras la intervención.



Tabla 28:

**Estadísticos de contraste del malestar psicológico**

<b>Variabes dependientes</b>	<b>Diferencia medias</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>	<b>d Cohen</b>
ANSIEDAD.T1- ANSIEDAD.T3	5,04	5,92	21	<b>*,000</b>	2,6
DEPRESION.T1- DEPRESION.T3	3,22	4,78	21	<b>*,000</b>	2,08
ANEGATIVOT1-AFECTO NEGATIVO T3	5,40	3,72	21	<b>*,000</b>	1,62
DUELO COMPL. T1- DUELO COMPL. T3	8,95	5,89	21	<b>*,000</b>	2,57

\* $P \leq 0.05$ 

El análisis comparativo de los resultados en la variable de *malestar psicológico* en el pre-post indica que existen diferencias significativas a favor del posttest en cada una de los indicadores de malestar. Con un nivel de significación de .05, la prueba *t* de muestras relacionadas fue estadísticamente diferente en el posttest en cada uno de los indicadores. En *ansiedad* los resultados del posttest son inferiores al pretest con una  $t(21) = 5,92, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* es de 2,6 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente menor en esta variable tras recibir el tratamiento (6,40 0,68) con respecto al inicio de la misma (11,45±0,95) En *la depresión* los resultados del posttest son más bajos que en el pretest con una  $t(21) = 4,78, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* fue de 2,08 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente menor en esta variable tras recibir el tratamiento (6,72±0,88) con respecto al inicio de la misma (9,95±0,91). En *el afecto negativo* los resultados del posttest son más bajos que en el pretest con una  $t(21) = 3,72, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* fue de 1,62 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente menor en esta variable tras recibir el tratamiento (18,09±1,82) con respecto al inicio de la misma (23,50±2,33). En *la presencia de*

*duelo complicado* los resultados del postest son más bajos que en el pretest con una  $t(21) = 5,89, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 2,57 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente menor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $34,72 \pm 3,61$ ) con respecto al inicio de la misma ( $43,68 \pm 3,27$ ).

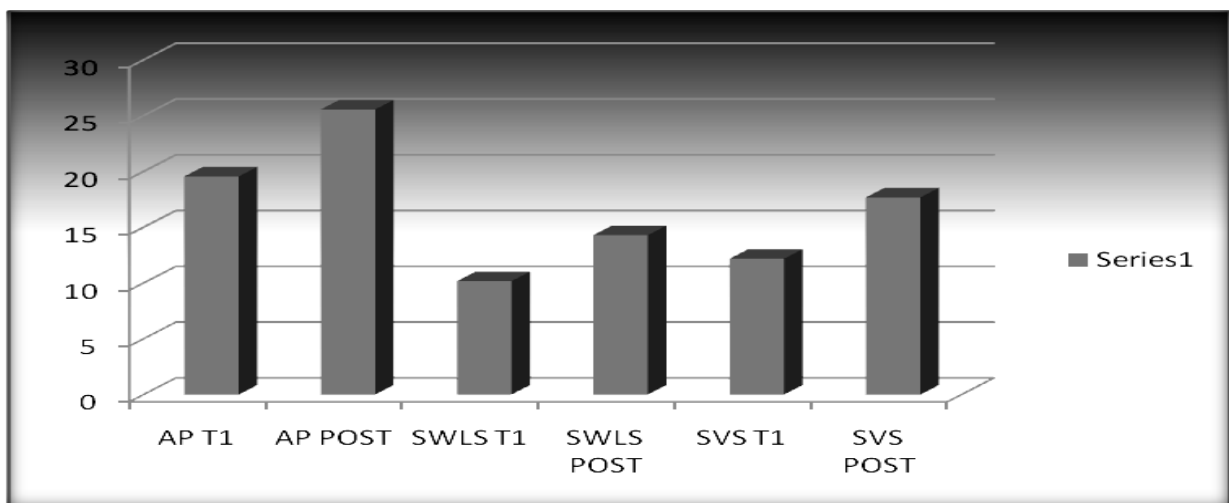
**d) Bienestar psicológico: Afecto positivo, Satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva**

Tabla 29:

**Estadísticos descriptivos bienestar psicológico grupo experimental**

Variables dependientes	Media	N	Mediana	DT	Media de error
AP pre	20,72	22	20,00	7,98	1,91
AP post	26,68	22	26,00	9,71	2,68
SWLS pre	10,26	22	9,50	3,99	1,07
SWLS post	14,39	22	13,00	6,31	1,60
SVS pre	12,31	22	12,00	4,55	1,53
SVS post	17,68	22	18,00	5,36	1,53

(AP) AFECTO POSITIVO; SWLS (SATISFACCIÓN CON LA VIDA); SVS (VITALIDAD SUBJETIVA).



**Figura 16. Gráfico de bienestar psicológico (PRE-POST) .** Las medias son diferentes en los dos momentos temporales. (AP) AFECTO POSITIVO; SWLS (SATISFACCIÓN CON LA VIDA); SVS (VITALIDAD SUBJETIVA).

En *bienestar psicológico* medido con el PANAS nos encontramos: en *afecto positivo* una media de 20,72 (SD=7,98) antes de la intervención, en comparación con una media de 26,68 (SD =9,71) tras la intervención. En bienestar psicológico medido con el SWLS (*Satisfacción con la vida*) nos encontramos una media de 10,26 (SD= 3,99) antes de la intervención, con un aumento a 14,39 (SD=6,31) tras la intervención. En bienestar psicológico medido con el SVS (*Vitalidad subjetiva*) nos encontramos una media de 12,31 (SD=4,55) en el pretest, y una media de 17,68 (SD=5,36) en el postest. Puede observarse por tanto un aumento en la media en todas las dimensiones que miden bienestar psicológico en el postest.

Tabla 30:

#### Estadísticos de contraste en el bienestar psicológico

Variables dependientes	Diferencia de medias	t Student	gl	Sig.	d Cohen
AP.T1- AP.T3	-5,95	-2,66	21	*,015	2,59
SWLS.T1- SWLS.T3	- 4,13	-3,83	21	*,001	1,80
SVS.T1 - SVS.T3	-5,36	-6,35	21	*,000	2,33

(AP) AFECTO POSITIVO; SWLS (SATISFACCIÓN CON LA VIDA); SVS (VITALIDAD SUBJETIVA).

\* $P \leq .05$ . Diferencia significativa.

El análisis comparativo de los resultados en la variable de *bienestar psicológico* en el pre-post indica que existen diferencias significativas a favor del postest en cada una de los indicadores de bienestar. Con un nivel de significación de .05, la prueba *t* de muestras relacionadas fue estadísticamente diferente en el postest en cada uno de los indicadores. En *afecto positivo* los resultados del postest son superiores al pretest con una  $t(21) = -2,66$ ,  $p = .01$ . El tamaño del efecto *d* es de 2,59 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento (26,68±2,68)

con respecto al inicio de la misma ( $20,72 \pm 1,91$ ). En *satisfacción con la vida (SWLS)* los resultados del postest son más altos que en el pretest con una  $t(21) = -3,83, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 1,80 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $14,39 \pm 1,60$ ) con respecto al inicio de la misma ( $10,26 \pm 1,07$ ). En *la vitalidad subjetiva (SVS)* los resultados del postest son más altos que en el pretest con una  $t(21) = -6,35, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 2,33 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $17,68 \pm 1,53$ ) con respecto al inicio de la misma ( $12,31 \pm 1,53$ ).

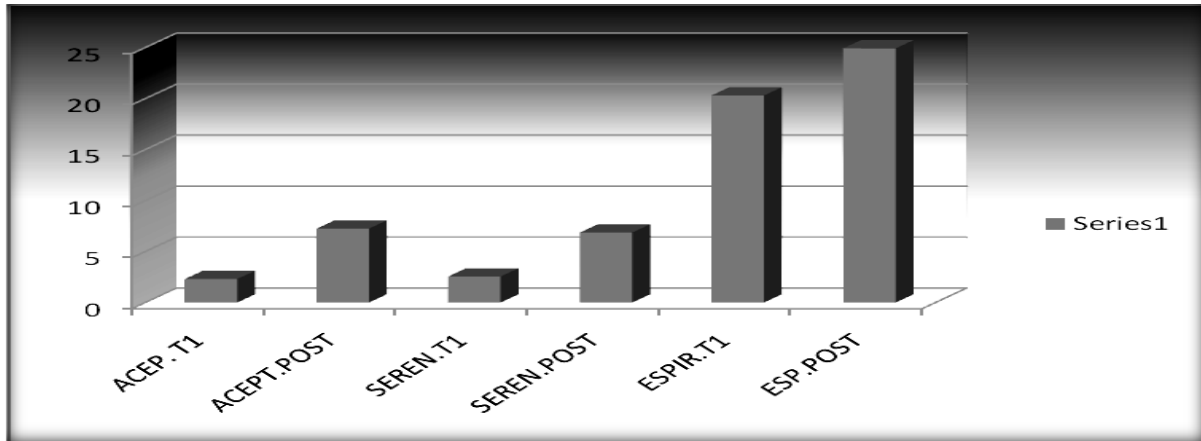
#### e) Indicadores: aceptación, serenidad y espiritualidad

Tabla 31:

#### Estadísticos descriptivos indicadores de bienestar ad hoc grupo experimental

<b>Variables dependientes</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b><sup>a</sup> DT</b>	<b>Media de error</b>
ACEPTACION pre	2,59	22	2,95	,60
ACEPTACION post	7,363	22	1,83	,52
SERENIDAD pre	2,56	16	2,36	,46
SERENIDAD post	6,87	16	2,50	,48
ESPIRITUALIDAD pre	20,04	22	4,51	1,09
ESPIRITUALIDAD post	25,68	22	4,19	1,06

<sup>a</sup> SD (Desviación típica)



**Figura 17.** Gráfico de Indicadores ad hoc (PRE-POST). (ACEP) ACEPTACIÓN; (SEREN) SERENIDAD; ESPIR (ESPIRITUALIDAD).

Como puede observarse en la *Tabla 31* y en la *Figura 17*, en los *indicadores de bienestar creados ad hoc* nos encontramos una media de 2,59 (SD=2,95) en *aceptación* en el pretest, y una media de 7,36 (SD=1,83) tras la intervención. En *serenidad* nos encontramos una media de 2,56 (SD=2,36) en el pretest, en comparación con una media de 6,87 (SD=2,50) en el posttest. En *espiritualidad* nos encontramos una media de 20,04 (SD=4,51) en el pretest, y una media de 25,68 (SD=4,19) tras la intervención.

Tabla 32:

#### Estadísticos de contraste en los indicadores de bienestar ad hoc

Variables dependientes	Diferencia medias	t	gl	Sig.	d Cohen
ACEPTACION..T1	-4,77	-8,11	21	*,000	2,08
ACEPTACION.T3					
SERENIDAD .T1 - SERENIDAD T3	-4,31	-6,27	21	*,000	1,88
ESPIRITUALIDAD T1 - ESPIRITUALIDAD.T3	-5,63	-5,55	21	*,000	2,45

El análisis comparativo de los resultados de *los indicadores de bienestar psicológico ad hoc* en el pre-post indica que existen diferencias significativas a favor del postest en cada una de los indicadores de bienestar. Con un nivel de significación de .05, la prueba *t* de muestras relacionadas fue estadísticamente diferente en el postest en cada uno de los indicadores. En *aceptación* los resultados del postest son superiores al pretest con una  $t(21) = -4,77, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* es de 2,08 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $7,36 \pm 0,52$ ) con respecto al inicio de la misma ( $2,59 \pm 0,60$ ). En *serenidad* los resultados del postest son más altos que en el pretest con una  $t(21) = -6,27, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* fue de 1,88 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $6,87 \pm 0,48$ ) con respecto al inicio de la misma ( $2,56 \pm 0,46$ ). En *la espiritualidad* los resultados del postest son más altos que en el pretest con una  $t(21) = -5,55, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* fue de 2,45 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable tras recibir el tratamiento ( $25,68 \pm 1,06$ ) con respecto al inicio de la misma ( $20,04 \pm 1,09$ ).

En líneas generales podemos enunciar que existe un aumento significativo de todas las Subescalas del FFMQ y el MAAS que miden capacidad mindful; un aumento significativo de autocompasión (Escala de autocompasión), afecto positivo (PANAS), satisfacción con la vida (SWLS), vitalidad subjetiva (SVS), aceptación, serenidad y espiritualidad (Indicadores de bienestar *ad hoc*) y una reducción significativa de ansiedad, depresión (H.A.D.S), afecto negativo (PANAS) y duelo complicado (IDC) con la intervención psicológica en el grupo experimental.

Respecto a las variables medidas en *la Historia personal del duelo: Cuestionario biográfico* (Soler y Barreto, 2007) esperamos tras la intervención una disminución de los síntomas. Esperamos que la frecuencia de afectados por la sintomatología sea menor en comparación con la frecuencia de afectados antes de la intervención. Para ello vamos a presentar una tabla de frecuencia y porcentaje de personas afectadas por la sintomatología del cuestionario antes y después de la intervención. Se trata de una tabla comparativa de la sintomatología en pre- post, para que podamos observar la mejoría encontrada en los síntomas que se miden en la entrevista (*ver Tabla 33*). Además vamos a presentar el estadístico de contraste para variables categóricas dependientes (**Prueba McNemar**) y de esa manera evaluar si existen diferencias significativas en la frecuencia de personas afectadas por los síntomas evaluados entre pre-post.

En las *Tabla 34* podemos observar que existe una reducción significativa entre pre-post en los síntomas siguientes: dolor de cabeza, opresión-pecho garganta, buscarle sabiendo que no está, falta de metas, no aceptación, vacío, culpa, irritabilidad, tristeza y soñar con el fallecido.

Tabla 33:

**Sintomatología pre-post Cuestionario Biográfico**

Síntomas	Frecuencia sujetos	% pretest	Frecuencia sujetos	% postest
Dolor de cabeza	10	35,71	4	18,18
Palpitaciones	11	<b>60,71</b>	7	31,81
Falta de energía	12	<b>64,28</b>	11	<b>54,54</b>
Opresión pecho- garganta	19	<b>89,28</b>	3	13,63
Cambios apetito	8	46,45	7	31,82
Sensaciones estómago	9	46,45	10	45,45
Problemas de sueño	15	<b>75</b>	8	36,36
Atención-memoria	16	<b>78,57</b>	15	<b>68,18</b>
Añoranza	22	<b>100</b>	22	<b>100</b>
Buscarle	8	35,75	1	4,5
Falta de metas	14	<b>64,26</b>	5	22,72
Inutilidad futuro	8	35,75	4	18,18
No aceptación	15	<b>71,42</b>	7	27,27
Sin sentido	6	39,28	4	31,81
Vacío	14	<b>60,71</b>	2	9
Culpa	10	42,85	1	4,54
Soledad	14	<b>64,28</b>	13	<b>59,09</b>
Irritabilidad	11	<b>57,14</b>	2	18,18
Amargura	7	28,57	7	4,54
Enfado	19	<b>67,85</b>	7	31,81
Indiferencia	4	14,28	3	13,63
Alucinaciones	5	25	1	4,54
Atesorar objetos	14	<b>60,71</b>	6	27,27
Adicciones	5	21,42	1	9,09
Sequedad de boca	11	46,42	4	18,18
Pesadillas	6	35,75	6	0
Tristeza	19	<b>100</b>	8	<b>100</b>
Soñar	11	<b>60,71</b>	2	9

**Nota.** Señalado en negrita aquellos síntomas que afectan a más del 50% de la muestra.



Tabla 34:

**Prueba McNemar**

Síntomas	Afectados T1 (n)	Afectados T3 (n)	Sig. T1-T3
Dolor de cabeza	10	4	<b>*,000</b>
Palpitaciones	11	7	,388
Falta de energía	12	11	,065
Opresión pecho-garganta	19	3	<b>*,000</b>
Cambios apetito	8	7	1,000
Sensaciones estómago	9	10	1,000
Problemas de sueño	15	8	,118
Atención-memoria	16	15	1,000
Añoranza	22	22	-
Buscarle	8	1	<b>*,039</b>
Falta de metas	14	5	<b>*,004</b>
Inutilidad futuro	8	4	,289
No aceptación	15	7	<b>*,039</b>
Sin sentido	6	4	,727
Vacío	14	2	<b>*,004</b>
Culpa	10	1	<b>*,012</b>
Soledad	14	13	1,000
Irritabilidad	11	2	<b>*,012</b>
Amargura	7	7	-
Enfado	14	7	,092
Indiferencia	4	3	1,000
Alucinaciones	5	1	0,219
Atesorar objetos	14	6	,077
Adicciones	5	1	,219
Sequedad de boca	11	4	,065
Pesadillas	6	6	-
Tristeza	19	8	<b>*,013</b>
Soñar	11	2	<b>*,004</b>

\*Existen diferencias significativas entre pre-post en los síntomas señalados en negrita

Para completar los análisis anteriores hemos realizado un *Anova de Medidas Repetidas* que trata de comparar la media del total de síntomas de los sujetos de la muestra en los tres momentos temporales, para evaluar si existen diferencias significativas entre t1-t2-t3.

Tabla 35:

**Anova Medidas Repetidas**

	Momento 1	Momento 2	Momento 3	F	Sig.
<b>Total Síntomas M (DT)</b>	14,18 (4,90)	15,40 (4,71)	7,00 (3,22)	23,42	<b>,000</b>

Los resultados del ANOVA muestran un efecto significativo en la cantidad de síntomas que muestran los sujetos del estudio en los diferentes momentos temporales medidos ( $F=23,42$ ;  $p<.001$ ).

Tabla 36:

**Diferencias de medias entre los tres momentos**

	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
<b>T1-T2</b>	-,96	1,36	1,000
<b>T2-T3</b>	8,14	1,18	<b>,000</b>
<b>T1-T3</b>	7,18	1,34	<b>,000</b>

Podemos observar en la *Tabla 34* que las diferencias en la media son significativas tanto al comparar el momento 1 con el momento 3 (Grupo experimental), así como el momento 2 con el momento 3 ( Grupo control versus Grupo experimental).

Podemos resumir, que los resultados de este apartado parecen indicar que la aplicación del tratamiento en el grupo experimental ha producido una mejor clínica en la mayoría de las variables estudiadas (aumento de la capacidad de atención plena, bienestar psicológico, y autocompasión y reducción del malestar psicológico).

### 2.2.4.2 Grupo experimental vs. grupo control

En este subapartado vamos a comparar las diferencias encontradas entre el grupo que recibe tratamiento (Grupo experimental) y el que está en lista de espera (Grupo control), tras que el tratamiento será aplicado. Aparecerán en función de las variables estudiadas: *a) capacidad de atención plena; b) capacidad de autocompasión; c) malestar psicológico; d) bienestar psicológico y e) Indicadores de bienestar ad hoc.*

#### a) Capacidad de Atención plena ( FFMQ, MAAS)

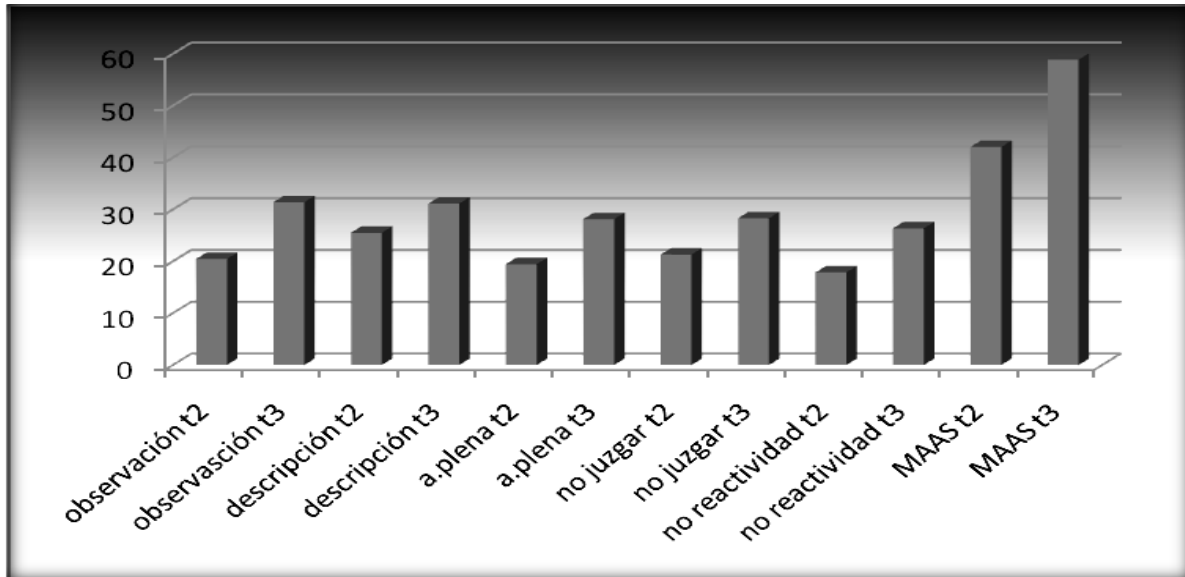
Tabla 37:

#### Estadísticos descriptivos capacidad atención plena G.C vs. G.EXP

<sup>a</sup> Variables dependientes	Media	N	Mediana	DT	Media de error
FFMQ.OBS. G.C	20,25	16	21,00	6,21	1,55
FFMQ.OBS. G.Ex	32,75	16	34,50	5,70	1,42
FFMQ.DESC.G.C	24,00	16	25,00	7,17	1,79
FFMQ.DESC. G.Ex	30,87	16	31,00	6,93	1,73
FFMQ.AP.G.C	18,50	16	21,00	7,04	1,76
FFMQ.AP. G.Ex	27,93	16	28,50	7,75	1,93
FFMQ.NJ.G.C	22,12	16	20,00	7,05	1,76
FFMQ.NJ. G.Ex	29,50	16	29,50	8,13	2,04
FFMQ.NR.G.C	17,75	16	18,50	4,90	1,22
FFMQ.NR. G.Ex	27,18	16	29,50	6,76	1,69
MAAS.G.C	42,06	16	42,00	13,65	3,41
MAAS. G.Ex	60,56	16	57,50	14,09	3,52

<sup>a</sup> FFMQ ( CUESTIONARIO DE LOS CINCO FACTORES); OB (OBSERVAR); DES (DESCRIPCIÓN);AP (ATENCIÓN PLENA) ; NJ

(NO JUZGAR); NR (NO REACTIVIDAD); MAAS ( ESCALA DE CONCIENCIA PLENA).



**Figura 18. Gráfico de la capacidad de atención plena (G.C VS. G.EXP).** Todas los indicadores de atención plena son superiores en el grupo experimental (t3) en comparación con el grupo control (t2).

Como podemos observar en la *Tabla 37* la media de la *capacidad de observación* (FFMQ.OBS) en G.C es de 20,25 ( $SD= 6,21$ ) frente a un 32,75 ( $SD= 5,70$ ) en G.Ex. La media de la *capacidad de descripción* (FFMQ.DESC) es de 30,87 en G.C ( $SD=7,17$ ) frente a un 30,87 ( $SD= 6,93$ ) en G.Ex. La media de la *capacidad de atención plena* (FFMQ.AP) en G.C es de 18,50 ( $SD=7,04$ ) frente a un 27,93 ( $SD=7,75$ ) en G.Ex. La media de la *capacidad de no juzgar* (FFMQ.NJ) es de 22,12 ( $SD=7,05$ ) en G.C, frente a un 29,50 ( $SD=8,13$ ) en G.Ex. La media de la *capacidad de no reactividad* (FFMQ. NR) es de 17,75 ( $SD= 4,90$ ) en G.C, frente a un 27,18 ( $SD= 6,76$ ) en el G.Ex. Podemos señalar que hay un aumento en las medias de las puntuaciones directas obtenidas en las cinco dimensiones del FFMQ (observación, descripción, atención plena, no juzgar y no reactividad) tras recibir el tratamiento. En la *capacidad de estar en el presente* medida con el MAAS nos encontramos una media de 42,06 ( $SD=13,65$ ) en el G.C y una media de 60,56 ( $SD=14,09$ ) en el G.Ex. 1.

En general podemos señalar que las medias obtenidas en la capacidad mindful medidas con el FFMQ y el MAAS son superiores en el grupo experimental que ha recibido tratamiento en comparación con el grupo control que ha estado en lista de espera.

Tabla 38:

**Estadísticos de contraste capacidad atención plena G.C vs. G.EXP**

<sup>a</sup> Variables dependientes	Diferencia de medias	t Student	Sig. (bilateral)	d Cohen
FFMQ.OBS.GC- FFMQ.OBS.G.EXP	-12,50000	-6,634	*,000	3,42
FFMQ.DES.GC- FFMQ.DESC.G.EXP	-6,87500	-3,702	*,002	1,91
FFMQ.AP.GC- FFMQ.AP.G.EXP	-9,43750	-4,574	*,000	2,36
FFMQ.NJ.GC- FFMQ.NJ.G.EXP	-7,37500	-4,265	*,001	2,20
FFMQ.NR.GC- FFMQ.NR.G.EXP	-9,43750	-7,257	*,000	3,74
MAAS.GC- MAAS.G.EXP	-18,50000	- 4,124	*,001	2,12

<sup>a</sup> OBS (Observación); DESC (Descripción); AP (Atención plena); NJ (No Juzgar) y NR (No reactividad). MAAS (Escala de conciencia plena).

\* $P \leq 0.05$

El análisis comparativo de los resultados en la variable de *la capacidad de atención plena* indica que existen diferencias significativas a favor del grupo experimental en cada una de las dimensiones del FFMQ y también en el MAAS. Con un nivel de significación de .05, la prueba *t* de muestras relacionadas fue estadísticamente diferente en la comparación entre grupo control y experimental en cada una de las subdimensiones de la capacidad de atención

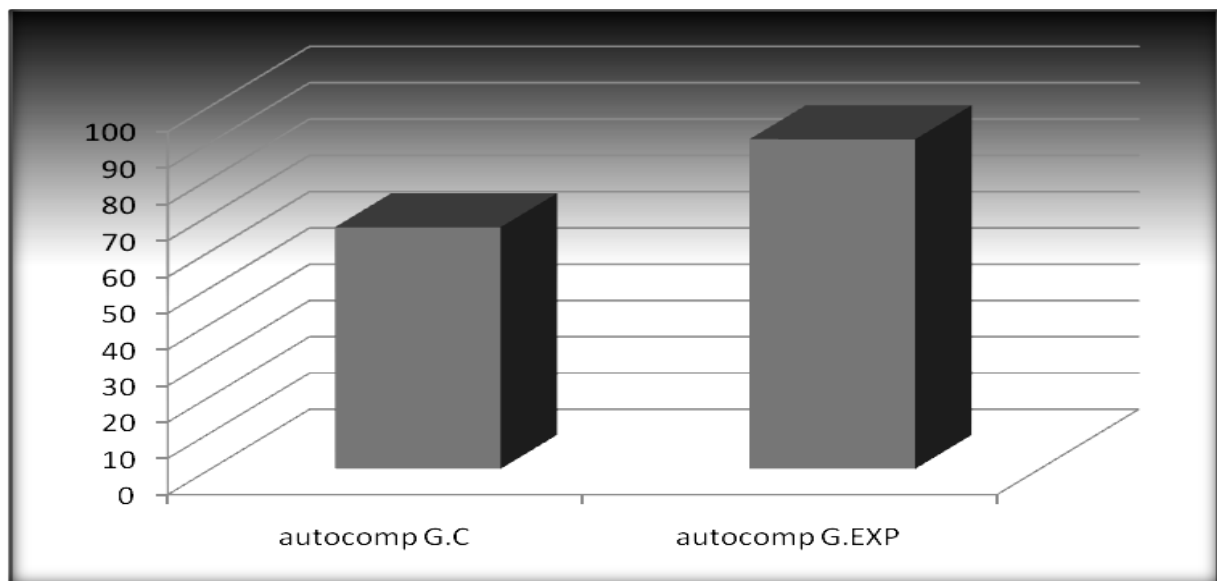
plena. En *la capacidad de observación* los resultados del G.Ex son superiores al G.C con una  $t(15) = -6,63, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  es de 3,42, siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $32,75 \pm 1,42$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $20,25 \pm 1,55$ ). En *la capacidad de descripción* los resultados del G.Ex son más altos que en el G.C con una  $t(15) = -3,70, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 1,91 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $30,87 \pm 1,73$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $24,00 \pm 1,79$ ). En *la capacidad de atención plena* los resultados del G.Ex son más altos que en el G.C con una  $t(15) = -4,57, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 2,36 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $27,93 \pm 1,93$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $18,50 \pm 1,76$ ). En *la capacidad de no juzgar* los resultados del G.Ex son más altos que en el G.C con una  $t(15) = -4,26, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 2,20 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $29,50 \pm 2,04$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $22,12 \pm 1,76$ ). En *la capacidad de no reactividad* los resultados del G.Ex son más altos que en el G.C con una  $t(15) = -7,25, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 3,74 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $27,18 \pm 1,69$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $17,75 \pm 1,22$ ). En *la capacidad de atención plena medida con el MAAS* los resultados del G.C son más altos que en el G.Ex con una  $t(15) = -4,12, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  fue de 2,12 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $60,56 \pm 3,52$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $42,06 \pm 3,41$ ).

**b) Capacidad de Autocompasión ( Escala de Autocompasión)**

Tabla 39:

**Estadísticos descriptivos autocompasión G.C vs. G.EXP**

<b>Variables dependientes</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Mediana</b>	<b><sup>a</sup> DT</b>	<b>Media de error</b>
AUTOCOMPASIÓN <sup>b</sup> G.C	66,62	16	74,50	17,22	4,30
AUTOCOMPASIÓN <sup>c</sup> G.Ex	90,87	16	92,00	21,165	5,29

<sup>a</sup> Desviación Típica<sup>b</sup> Grupo Control<sup>c</sup> Grupo Experimental

**Figura 19.**Gráfico de la capacidad de autocompasión (G.C VS. G.EXP). (AUTOCOMP G.C) AUTOCOMPASIÓN GRUPO CONTROL; (AUTOCOMP G.EXP) AUTOCOMPASIÓN GRUPO EXPERIMENTAL.

Como puede observarse en la *Tabla 7*, en la capacidad de autocompasión nos encontramos una media de 66,62 ( $SD=17,22$ ) en el G.C y una media de 90,87 ( $SD=21,16$ ) en el G.Ex. Podemos ver en la *Figura 19* que el grupo experimental presenta puntuaciones más altas que el control.

Tabla 40:

*Estadísticos de contraste autocompasión G.C vs. G.EXP*

<sup>a</sup> Variables dependientes	Diferencia de medias	t	Sig.( bilateral)	d Cohen
AUTOCOMP.GC- AUTOCOMP.G.EXP	-24,25	-6,52	<b>*,000</b>	3,36

<sup>a</sup> Autocompasión Grupo control y Grupo experimental

\* $P \leq 0.05$

En la capacidad de autocompasión los resultados del G.Ex son más altos que en el G.C con una  $t(15) = -6,52$ ,  $p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  es de 3,36 indicando un efecto alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $90,87 \pm 5,29$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $66,62 \pm 4,30$ ).

**c) Malestar psicológico: Ansiedad, depresión ( H.A.D), Afecto negativo ( PANAS) y duelo complicado ( IDC).**

Tabla 41:

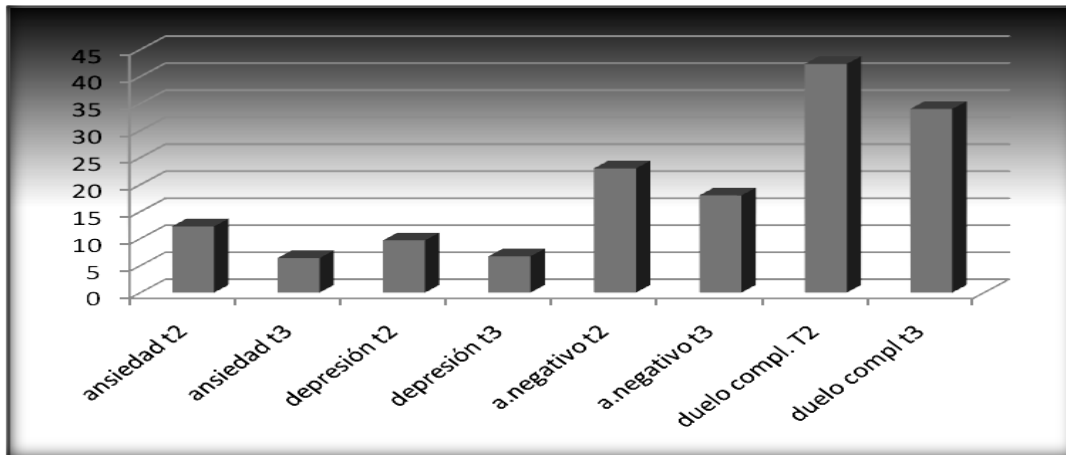
**Estadísticos descriptivos malestar psicológico G.C vs. G.EXP**

<sup>b</sup> Variables dependientes	Media	N	Mediana	<sup>a</sup> DT	Media de error
ANSIEDAD. G.C	13,50	16	12,50	3,81	,95
ANSIEDAD. G.Ex	6,60	16	5,00	2,75	,68
DEPRESION. G.C	10,43	16	9,00	3,66	,91
DEPRESION. G.Ex	7,00	16	7,00	3,52	,88
AN. G.C	24,25	16	21,00	9,32	2,33
AN. G.Ex	17,62	16	18,50	7,28	1,82
DC. G.C	44,56	16	39,00	13,08	3,27
DC. G.Ex	35,37	16	33,00	14,45	3,61

<sup>a</sup> Desviación Típica

<sup>b</sup> (AN) Afecto negativo; (DC) Duelo complicado





**Figura 20.**Gráfico malestar psicológico (G.C VS. G.EXP). (A.NEGATIVO) Afecto negativo; (DUELO COMPL) Duelo complicado.

Como puede observarse en la Tabla 41, *el malestar psicológico* medido con el H.A.D nos proporciona estos valores: en *ansiedad* una media de 13,50 ( $SD=3,81$ ) en G.C, y nos encontramos con una media de 6,60 ( $SD= 2,75$ ) en G.Ex. Se ha producido una reducción en el grupo que recibe la intervención psicológica En *depresión* la media es de 10,43 ( $SD= 3,66$ ) en el G.C en comparación con un 7,00 ( $SD= 3,52$ ) en el G.Ex.. En *el afecto negativo* medido con el PANAS nos encontramos una media de 24,25 ( $DT= 9,32$ ) en el G.C y una media de 17,62 ( $SD=7,28$ ) en el G.Ex. En la *presencia de duelo complicado* medido con el IDC (Inventario de Duelo Complicado) nos encontramos una media de 44,56 ( $SD= 13,98$ ) en el grupo que está en lista de espera y una media de 35,37 ( $SD=14,45$ ) en el grupo que recibe tratamiento. Podemos observar en la *Figura 20* que en todas las variables que miden malestar psicológico las puntuaciones son menores en el Grupo experimental ( t3).

Tabla 42:

**Estadísticos de contraste malestar psicológico G.C vs. G.EXP**

<b>Variabes dependientes</b>	<b>Diferencia medias</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>	<b>d</b>	<b>Cohen</b>
ANSIEDAD GC- ANSIEDAD G.EX	6,87	7,31	<b>*,000</b>		3,77
DEPRESION.GC - DEPRESION.G.EX	3,43	5,74	<b>*,000</b>		2,96
AFECTO NEGATIVO.GC- AFECTO NEGATIVO G.EX	6,62	4,10	<b>*,001</b>		2,11
DUELO COMPICADO. GC- DUELO COMPICADO. G.EX	9,18	5,79	<b>*,000</b>		2,99

\* $P \leq 0.05$ 

El análisis comparativo de los resultados en el *malestar psicológico* indica que existen diferencias significativas a favor del grupo experimental en cada uno de los indicadores de esta variable. Con un nivel de significación de .05, la prueba *t* de muestras relacionadas fue estadísticamente diferente en la comparación entre grupo control y experimental a favor de éste último. En *la ansiedad* los resultados del G.Ex son inferiores al G.C con una  $t(15) = 7,31, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* es de 3,77 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente menor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $6,60 \pm 0,68$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $13,50 \pm 0,95$ ). En *la depresión* los resultados del G.Ex son inferiores al G.C con una  $t(15) = 5,74, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* es de 2,96 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente menor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $7,00 \pm 0,88$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $10,43 \pm 0,91$ ). En *el afecto negativo* los resultados del G.Ex son inferiores al G.C con una  $t(15) = 4,10, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* es de 2,11 siendo alto.

El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente menor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $17,62 \pm 1,82$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $24,25 \pm 2,33$ ). En el *indicador de duelo complicado* los resultados del G.Ex son inferiores al G.C con una  $t(15) = 5,79, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  es de 2,99 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente menor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $35,37 \pm 3,61$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $44,56 \pm 3,27$ ).

**d) Bienestar psicológico: Afecto positivo, Satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva.**

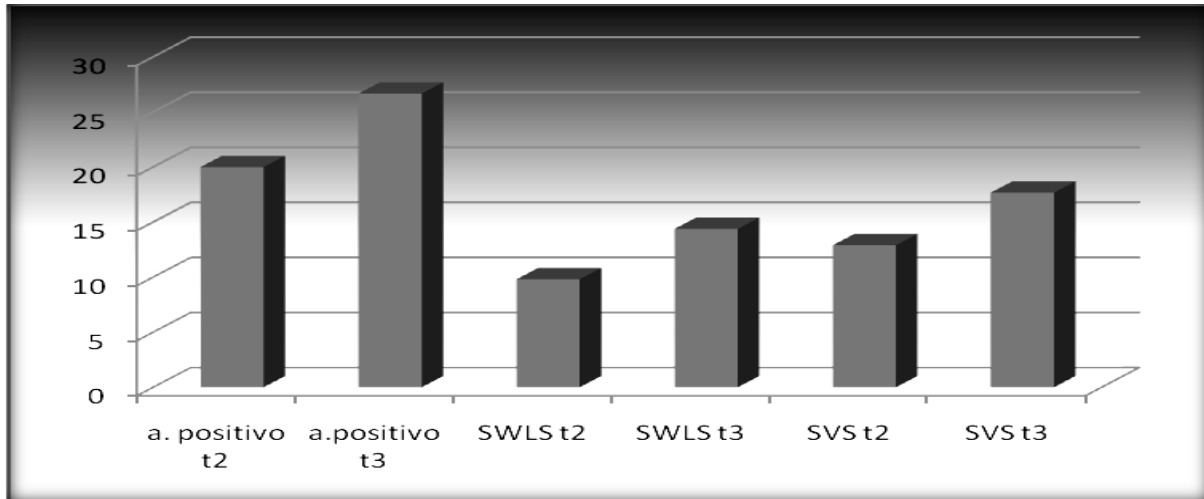
Tabla 43:

**Estadísticos descriptivos bienestar psicológico G.C vs. G.EXP**

<sup>b</sup> Variables dependientes	Media	N	Mediana	<sup>a</sup> DT	Media de error
AP.G.C	18,62	16	20,00	7,66	1,91
AP. G.Ex	25,56	16	26,00	10,75	2,68
SWLS. G.C	9,58	16	8,50	4,44	1,05
SWLS. G.Ex	14,29	16	13,00	6,63	1,60
SVS. G.C	13,00	16	12,00	6,12	1,53
SVS. G.Ex	17,68	16	18,00	6,12	1,53

<sup>a</sup> Desviación típica.

<sup>b</sup> (AP) Afecto positivo; (SWLS) Satisfacción con la vida; (SVS) Vitalidad subjetiva



**Figura 21. Gráfico Bienestar psicológico (G.C VS. G.EX).** (AP) Afecto positivo; (SWLS) Satisfacción con la vida; (SVS) Vitalidad subjetiva

Como puede observarse en la *Tabla 43*, *el bienestar psicológico* nos proporciona estos valores: en *afecto positivo* una media de 18,62 ( $SD=7,66$ ) en G.C y una media de 25,56 ( $SD=10,75$ ) en G.Ex. En *satisfacción con la vida* (SWLS) la media es de 9,58 ( $SD =4,44$ ) en el G.C en comparación con un 14,29 ( $SD=6,63$ ) en el G.Ex. En la *vitalidad subjetiva* (SVS) nos encontramos una media de 13,00 ( $SD= 6,12$ ) en el G.C y una media de 17,68 ( $SD= 6,12$ ) en el G.Ex. En la *Figura 21* podemos observar que en el grupo experimental (t3) los resultados son mayores que en el grupo control (t2).

Tabla 44:

**Estadísticos de contraste bienestar psicológico G.C vs. G.EXP**

<sup>a</sup> Variables dependientes	Diferencia de medias	t	Sig.	d Cohen
AP GC- AP.G.EXP	- 6,93	-2,52	*,023	1,30
SWLSGC- SWLS.G.EXP	-4,70	-3,97	*,001	2,05
SVS.GC - SVS.G EXP	-4,68	-3,24	*,005	1,63

<sup>a</sup> (AP) Afecto positivo; (SWLS) Satisfacción con la vida; (SVS) Vitalidad subjetiva

\* $P \leq 0.05$

El análisis comparativo de los resultados en el *bienestar psicológico* indica que existen diferencias significativas a favor del grupo experimental en cada uno de los indicadores de esta variable. Con un nivel de significación de .05, la prueba *t* de muestras relacionadas fue estadísticamente diferente en la comparación entre grupo control y experimental a favor de éste último. En *el afecto positivo* los resultados del G.Ex son superiores al G.C con una  $t(15) = -2,52, p = .02$ . El tamaño del efecto *d* es de 1,30 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $25,56 \pm 2,68$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $18,62 \pm 1,91$ ). En *satisfacción con la vida* los resultados del G.Ex son superiores al G.C con una  $t(15) = -3,97, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* es de 2,05 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $14,29 \pm 1,60$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $9,58 \pm 1,05$ ). En *la vitalidad subjetiva* los resultados del G.Ex son superiores al G.C con una  $t(15) = -3,24, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* es de 1,63 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación

significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $17,68 \pm 1,53$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $13,00 \pm 1,53$ ).

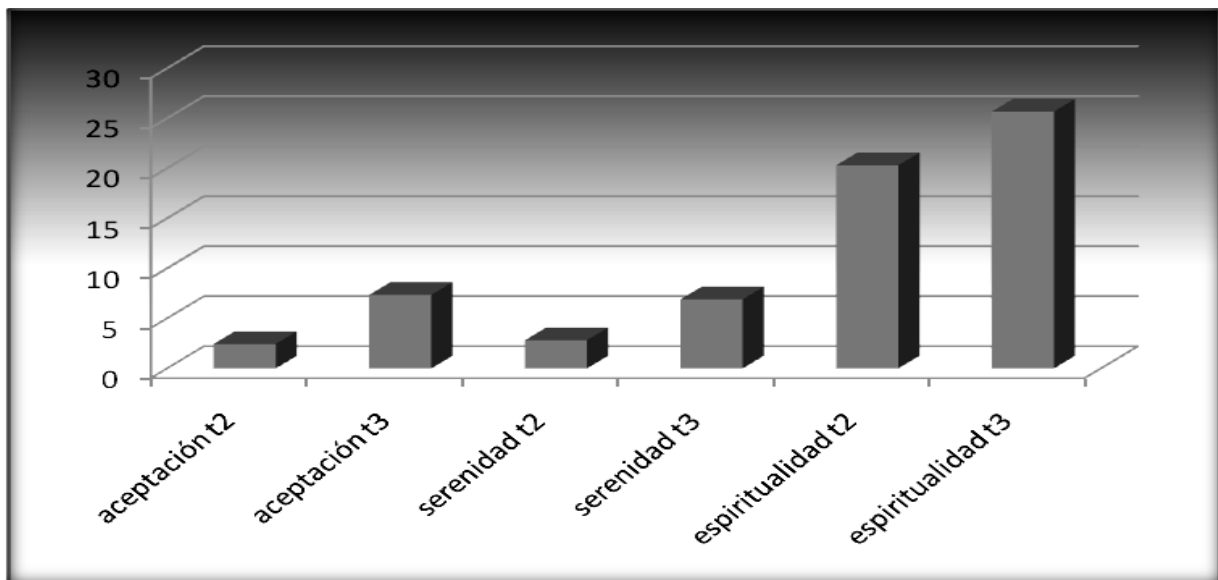
**e) Indicadores: aceptación, serenidad y espiritualidad**

Tabla 45:

**Estadísticos descriptivos indicadores ad hoc G.C vs. G.EXP**

<b>VARIABLES dependientes</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b><sup>a</sup>DT</b>	<b>Media de error</b>
ACEPTACION .G.C	2,12	16	2,41	,60
ACEPTACION .G.Ex	7,25	16	2,08	,52
SERENIDAD .G.C	2,95	16	2,17	,46
SERENIDAD .G.Ex	7,22	16	2,26	,48
ESPIRITUALIDAD .G.C	20,68	16	4,36	1,09
ESPIRITUALIDAD G.Ex	24,93	16	4,25	1,06

<sup>a</sup> Desviación típica



**Figura 22. Gráfico Indicadores ad hoc (G.C VS. G.EXP).** Los indicadores de aceptación, serenidad y espiritualidad son mayores en el grupo experimental (t3) que en el grupo control que ha estado en lista de espera (t2).

Como puede observarse en la *Tabla 45*, los *indicadores ad hoc* nos proporcionan estos valores: en *aceptación* una media de 2,12 ( $SD=2,41$ ) en G.C y una media de 7,25 ( $SD=2,08$ ) en G.Ex. En *serenidad* una media de 2,95 ( $SD=2,17$ ) en G.C y una media de 7,22 ( $SD=2,26$ ) en G.Ex. En *espiritualidad* una media de 20,68 ( $SD= 4,36$ ) en G.C y una media de 20,68 ( $SD=4,36$ ) en G.Ex. En la *Figura 22* podemos observar que los indicadores de bienestar ad hoc son superiores en el grupo experimental (t3).

Tabla 46:

**Estadísticos de contraste indicadores ad hoc G.C vs. G.EXP**

Variables dependientes	Diferencia medias	t	Sig.	d Cohen
ACEPTACION. GC - ACEPTACION.G.EXP	-5,125	-8,20	*,000	4,23
SERENIDAD. GC - SERENIDAD G.EXP	-4,27	-8,30	*,000	4,28
ESPIRITUALIDAD GG- ESPIRITUALIDAD.G.EX	-4,25	-4,57	*,000	2,36

\* $P \leq 0.05$

El análisis comparativo de los resultados en los *indicadores ad hoc* indica que existen diferencias significativas a favor del grupo experimental. Con un nivel de significación de .05, la prueba *t* de muestras relacionadas fue estadísticamente diferente en la comparación entre grupo control y experimental a favor de éste último. En la *aceptación* los resultados del G.Ex son superiores al G.C con una  $t(15) = -8,20, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* es de 4,23 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $7,25 \pm 0,52$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $2,12 \pm 0,60$ ). En *serenidad* los resultados del G.Ex son superiores al G.C con una  $t(15) = -8,30, p = .01$ . El tamaño del efecto *d* es de 4,28 siendo muy alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el

tratamiento ( $7,22 \pm 0,48$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $2,95 \pm 0,46$ ). En *espiritualidad* los resultados del G.Ex son superiores al G.C con una  $t(15) = -4,57, p = .01$ . El tamaño del efecto  $d$  es de 2,36 siendo alto. El grupo de dolientes mostró una puntuación significativamente mayor en esta variable en el G.Ex que recibe el tratamiento ( $24,93 \pm 1,06$ ) con respecto al G.C que está en lista de espera ( $20,68 \pm 4,36$ ).

Como resumen, podemos señalar que en líneas generales existen diferencias significativas en todas las variables medidas a favor del grupo experimental. Éste presenta mejores puntuaciones en la capacidad mindful, en la autocompasión, en el bienestar psicológico y en los indicadores ad hoc. Por otro lado presenta valores inferiores en los indicadores de malestar psicológico al compararlo con el grupo control que está en lista de espera.



## 2.2.5 Relación entre indicadores de bienestar, autocompasión y mindfulness.

Este apartado de resultados trata de clarificar en qué medida están relacionadas las variables entre sí tanto antes de la intervención (t1) como después de la misma (t3). Para hacer los análisis hemos seleccionado la mayoría de los *indicadores de bienestar/malestar* (ansiedad, depresión, afecto negativo, afecto positivo, satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva) y los hemos relacionado con algunos de los *indicadores de mindfulness y compasión* (atención plena, no juzgar y autocompasión) teniendo en cuenta su relevancia. Este apartado está dividido en dos subapartados: 2.2.5.1 *Correlaciones entre variables* y 2.2.5.2 *La relación entre las variables predictoras del bienestar*.

### 2.2.5.1 Correlaciones entre variables.

En este subapartado vamos a presentar las tablas resumen de los diferentes análisis de correlación realizados entre las variables seleccionadas en el pre (t1) y en el post (t3).

Tabla 47:

#### Correlaciones ansiedad pre I

a		ANSIEDAD.T1	FFMQ.AP.T1	FFMQ.NJ.T1
Correlación de Pearson	ANSIEDAD.T1	1,000	<b>-,350</b>	-,058
	FFMQ.AP.T1	<b>-,350</b>	1,000	<b>,366</b>
	FFMQ.NJ.T1	-,058	<b>,366</b>	1,000
	AUTOCOMP.T1	<b>-,449</b>	<b>,536</b>	,300
Sig. (unilateral)	ANSIEDAD.T1	.	<b>*,034</b>	,385
	FFMQ.AP.T1	<b>*,034</b>	.	<b>*,028</b>
	FFMQ.NJ.T1	,385	<b>*,028</b>	.
	AUTOCOMP.T1	<b>*,008</b>	<b>*,002</b>	,060
N	ANSIEDAD.T1	28	28	28
	FFMQ.AP.T1	28	28	28
	FFMQ.NJ.T1	28	28	28
	AUTOCOMP.T1	28	28	28

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\*P≤0.05

Tabla 48:

**Correlaciones ansiedad pre II**

	a	AUTOCOMP.T1
Correlación de Pearson	ANSIEDAD.T1	<b>-,449</b>
	FFMQ.AP.T1	<b>,536</b>
	FFMQ.NJ.T1	,300
	AUTOCOMP.T1	1,000
Sig. (unilateral)	ANSIEDAD.T1	<b>*,008</b>
	FFMQ.AP.T1	<b>*,002</b>
	FFMQ.NJ.T1	,060
	AUTOCOMP.T1	.
N	ANSIEDAD.T1	28
	FFMQ.AP.T1	28
	FFMQ.NJ.T1	28
	AUTOCOMP.T1	28

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

En la *Tabla 47* podemos observar que existen *correlaciones significativas* ( $p < .05$ ) entre la capacidad de atención plena y ansiedad con un  $p = .034$  (correlación negativa: a más ansiedad, menos atención plena); entre la ansiedad y la autocompasión con un  $p = .008$  (correlación negativa); entre la atención plena y la capacidad de no juzgar con un  $p = .028$  (correlación positiva: a más atención plena más capacidad de no juzgar) y entre la autocompasión y la atención plena con un  $p = .002$  (correlación positiva). En la *Tabla 48* podemos observar que existen *correlaciones significativas* ( $p < .05$ ) entre la ansiedad y autocompasión con un  $p = .008$  (correlación negativa: a más ansiedad, menos autocompasión) y entre la capacidad de atención plena y autocompasión con un  $p = .002$  (correlación positiva: a más capacidad de atención plena más autocompasión).

Tabla 49:

**Correlaciones ansiedad Post I**

		a		
		ANSIEDAD.T3	FFMQ.AP.T3	FFMQ.NJ.T3
Correlación de Pearson	ANSIEDAD.T3	1,000	-,490	-,519
	FFMQ.AP.T3	-,490	1,000	,477
	FFMQ.NJ.T3	-,519	,477	1,000
	AUTOCOMP.T3	-,555	,250	,533
Sig. (unilateral)	ANSIEDAD.T3	.	<b>,010</b>	<b>,007</b>
	FFMQ.AP.T3	<b>,010</b>	.	<b>,012</b>
	FFMQ.NJ.T3	<b>,007</b>	<b>,012</b>	.
	AUTOCOMP.T3	<b>,004</b>	,131	<b>,005</b>
N	ANSIEDAD.T3	22	22	22
	FFMQ.AP.T3	22	22	22
	FFMQ.NJ.T3	22	22	22
	AUTOCOMP.T3	22	22	22

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\*P≤0.05

Tabla 50:

**Correlaciones ansiedad post II**

		a	
			AUTOCOMP.T3
Correlación de Pearson	ANSIEDAD.T3		-,555
	FFMQ.AP.T3		,250
	FFMQ.NJ.T3		,533
	AUTOCOMP.T3		1,000
Sig. (unilateral)	ANSIEDAD.T3		<b>,004</b>
	FFMQ.AP.T3		,131
	FFMQ.NJ.T3		<b>,005</b>
	AUTOCOMP.T3		.
N	ANSIEDAD.T3		22
	FFMQ.AP.T3		22
	FFMQ.NJ.T3		22
	AUTOCOMP.T3		22

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\*P≤0.05

En la *Tabla 49* podemos observar que existen correlaciones negativas significativas ( $p < .05$ ) entre ansiedad y capacidad de atención plena con un  $p = .010$  (a más ansiedad, menos capacidad de atención plena); entre ansiedad y no juzgar con un  $p = .007$  (a más ansiedad menos capacidad de no juzgar); entre ansiedad y autocompasión con un  $p = .004$  (a más ansiedad menos autocompasión). Podemos observar también correlaciones positivas significativas ( $p < .05$ ) entre atención plena y no juzgar con un  $p = .012$  (a más atención plena, más capacidad de no juzgar) y entre la capacidad de no juzgar y autocompasión (a más capacidad de no juzgar, más autocompasión). En la *Tabla 50* podemos observar que existen correlaciones negativas significativas ( $p < .05$ ) entre ansiedad y autocompasión con un  $p = .004$  (a más ansiedad, menos autocompasión) y entre capacidad de no juzgar y autocompasión con un  $p = .005$  (a más capacidad de no juzgar, más autocompasión).

Tabla 51:

**Correlaciones depresión pre I**

		DEPRESION.T1	FFMQ.AP.T1	FFMQ.NJ.T1
Correlación de Pearson		1,000	-,502	-,264
	FFMQ.AP.T1	<b>-,502</b>	1,000	,366
	FFMQ.NJ.T1	-,264	,366	1,000
	AUTOCOMP.T1	<b>-,535</b>	<b>,536</b>	,300
Sig. (unilateral)		.	<b>*,003</b>	,088
	FFMQ.AP.T1	<b>*,003</b>	.	<b>*,028</b>
	FFMQ.NJ.T1	,088	<b>*,028</b>	.
	AUTOCOMP.T1	<b>*,002</b>	<b>*,002</b>	,060
N		28	28	28
	FFMQ.AP.T1	28	28	28
	FFMQ.NJ.T1	28	28	28
	AUTOCOMP.T	28	28	28

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

Tabla 52:

**Correlaciones depresión pre II**

		a	AUTOCOMP.T1
Correlación de Pearson	DEPRESION.T1		-,535
	FFMQ.AP.T1		,536
	FFMQ.NJ.T1		,300
	AUTOCOMP.T1		1,000
Sig. (unilateral)	DEPRESION.T1		*,002
	FFMQ.AP.T1		*,002
	FFMQ.NJ.T1		,060
	AUTOCOMP.T1		.
N	DEPRESION.T1		28
	FFMQ.AP.T1		28
	FFMQ.NJ.T1		28
	AUTOCOMP.T1		28

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

En la *Tabla 51* podemos observar que existen *correlaciones significativas* ( $p < .05$ ) entre la capacidad de atención plena y depresión con un  $p = .003$  (correlación negativa); entre la depresión y la autocompasión con un  $p = .002$  (correlación negativa); entre la atención plena y la capacidad de no juzgar con un  $p = .028$  (correlación positiva) y entre la autocompasión y la atención plena con un  $p = .002$  (correlación positiva). En la *Tabla 52* podemos observar que existen correlaciones significativas ( $p < .05$ ) entre depresión y autocompasión con un  $p = .002$  (correlación negativa) y entre atención plena y autocompasión con un  $p = .002$  (correlación positiva).

Tabla 53:

**Correlaciones depresión post I**

		a		
		DEPRESION.T3	FFMQ.AP.T3	FFMQ.NJ.T3
Correlación de Pearson	DEPRESION.T3	1,000	-,374	-,247
	FFMQ.AP.T3	-,374	1,000	,477
	FFMQ.NJ.T3	-,247	,477	1,000
	AUTOCOMP.T3	-,496	,250	,533
Sig. (unilateral)	DEPRESION.T3	.	<b>*,043</b>	,134
	FFMQ.AP.T3	<b>*,043</b>	.	<b>*,012</b>
	FFMQ.NJ.T3	,134	<b>*,012</b>	.
	AUTOCOMP.T3	<b>*,009</b>	,131	<b>*,005</b>
N	DEPRESION.T3	22	22	22
	FFMQ.AP.T3	22	22	22
	FFMQ.NJ.T3	22	22	22
	AUTOCOMP.T3	22	22	22

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\*  $P \leq 0.05$

Tabla 54:

**Correlaciones depresión post II**

		a	
		AUTOCOMP.T3	
Correlación de Pearson	DEPRESION.T3		-,496
	FFMQ.AP.T3		,250
	FFMQ.NJ.T3		<b>,533</b>
	AUTOCOMP.T3		1,000
Sig. (unilateral)	DEPRESION.T3		<b>*,009</b>
	FFMQ.AP.T3		,131
	FFMQ.NJ.T3		<b>*,005</b>
	AUTOCOMP.T3		.
N	DEPRESION.T3		22
	FFMQ.AP.T3		22
	FFMQ.NJ.T3		22
	AUTOCOMP.T3		22

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\*  $P \leq 0.05$

En la *Tabla 53* podemos observar que existen *correlaciones significativas* ( $p < .05$ ) entre la capacidad de atención plena y depresión con un  $p = .043$  (correlación negativa); entre la depresión y la autocompasión con un  $p = .009$  (correlación negativa); entre la atención plena y la capacidad de no juzgar con un  $p = .012$  (correlación positiva) y entre la autocompasión y la capacidad de no juzgar con un  $p = .005$  (correlación positiva). En la *Tabla 54* podemos observar que existen correlaciones significativas ( $p < .05$ ) entre depresión y autocompasión con un  $p = .009$  (correlación negativa) y entre capacidad de no juzgar y autocompasión con un  $p = .005$  (correlación positiva).

Tabla 55:

**Correlaciones afecto negativo pre I**

		a	AN. T1	FFMQ.AP.T1	FFMQ.NJ.T1
Correlación de Pearson	AN.T1		1,000	<b>-,487</b>	<b>-,412</b>
	FFMQ.AP.T1		<b>-,487</b>	1,000	<b>,366</b>
	FFMQ.NJ.T1		<b>-,412</b>	<b>,366</b>	1,000
	AUTOCOMP.T1		<b>-,491</b>	<b>,536</b>	,300
Sig. (unilateral)	AN.T1		.	<b>*,004</b>	<b>*,015</b>
	FFMQ.AP.T1		<b>*,004</b>	.	<b>*,028</b>
	FFMQ.NJ.T1		<b>*,015</b>	<b>*,028</b>	.
	AUTOCOMP.T1		<b>*,004</b>	<b>*,002</b>	,060
N	AN.T1		28	28	28
	FFMQ.AP.T1		28	28	28
	FFMQ.NJ.T1		28	28	28
	AUTOCOMP.T1		28	28	28

<sup>a</sup> AN: Afecto negativo/ FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

Tabla 56:

**Correlaciones afecto negativo pre II**

	a	AUTOCOMP.T1
Correlación de Pearson	AFECTO NEGATIVO T1	<b>-,491</b>
	FFMQ.AP.T1	<b>,536</b>
	FFMQ.NJ.T1	,300
	AUTOCOMP.T1	1,000
Sig. (unilateral)	AFECTO NEGATIVO .T1	<b>*,004</b>
	FFMQ.AP.T1	<b>*,002</b>
	FFMQ.NJ.T1	,060
	AUTOCOMP.T1	.
N	AFECTO NEGATIVO T1	22
	FFMQ.AP.T1	22
	FFMQ.NJ.T1	22
	AUTOCOMP.T1	22

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

En la *Tabla 55* podemos observar que existen *correlaciones significativas* ( $p < .05$ ) entre la capacidad de atención plena y afecto negativo con un  $p = .004$  (correlación negativa), entre la capacidad de no juzgar y el afecto negativo con un  $p = .015$  (correlación negativa), y entre el afecto negativo y la autocompasión con un  $p = .004$  (correlación negativa). Esto significa que a mayor puntuación en el afecto negativo, menos es la puntuación en las tres variables (atención plena, no juzgar y autocompasión). En la *Tabla 56* observamos que existe una correlación negativa significativa entre afecto negativo y autocompasión ( $p = .004$ ); y una correlación positiva significativa entre autocompasión y atención plena ( $p = .002$ ).



Tabla 57:

**Correlaciones afecto negativo post I**

		a			
		AN.T3	FFMQ.AP.T3	FFMQ.NJ.T3	AUTOCOMP.T3
Correlación de Pearson	AN.T3	1,000	-,026	<b>-,469</b>	<b>-,527</b>
	FFMQ.AP.T3	-,026	1,000	<b>,477</b>	,250
	FFMQ.NJ.T3	<b>-,469</b>	<b>,477</b>	1,000	<b>,533</b>
	AUTOCOMP.T3	<b>-,527</b>	,250	<b>,533</b>	1,000
Sig. (unilateral)	AN.T3	.	,455	<b>*,014</b>	<b>*,006</b>
	FFMQ.AP.T3	,455	.	<b>*,012</b>	,131
	FFMQ.NJ.T3	<b>*,014</b>	<b>*,012</b>	.	<b>*,005</b>
	AUTOCOMP.T3	<b>*,006</b>	,131	<b>*,005</b>	.
N	AN.T3	22	22	22	22
	FFMQ.AP.T3	22	22	22	22
	FFMQ.NJ.T3	22	22	22	22
	AUTOCOMP.T3	22	22	22	22

<sup>a</sup> AN: Afecto negativo/ FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

Tabla 58:

**Correlaciones afecto negativo post II**

		a	
			AUTOCOMP.T3
Correlación de Pearson	AFECTO NEGATIVO T3		<b>-,527</b>
	FFMQ.AP.T3		,250
	FFMQ.NJ.T3		<b>,533</b>
	AUTOCOMP.T3		1,000
Sig. (unilateral)	AFECTO NEGATIVO .T3		<b>*,006</b>
	FFMQ.AP.T3		,131
	FFMQ.NJ.T3		<b>*,005</b>
	AUTOCOMP.T3		.
N	AFECTO NEGATIVO T3		22
	FFMQ.AP.T3		22
	FFMQ.NJ.T3		22
	AUTOCOMP.T3		22

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

En la *Tabla 57* podemos observar que existen *correlaciones significativas* ( $p < .05$ ) entre la capacidad de no juzgar y afecto negativo con un  $p = .014$  (correlación negativa); entre afecto negativo y autocompasión con un  $p = .006$  (correlación negativa); entre atención plena y no juzgar (correlación positiva) con un  $p = .012$  y entre la autocompasión y la capacidad de no juzgar con un  $p = .006$  (correlación positiva). En la *Tabla 58* podemos observar que existen correlaciones significativas ( $p < .05$ ) entre afecto negativo y autocompasión con un  $p = .006$  (correlación negativa) y entre la capacidad de no juzgar y autocompasión con un  $p = .005$  (correlación positiva)

Tabla 59:

**Correlaciones afecto positivo pre I**

		a	AP.T1	FFMQ.AP.T1	FFMQ.NJ.T1	AUTOCOMP.T1
Correlación de Pearson	AP.T1	1,00				
	FFMQ.AP.T1	,45	1,00			
	FFMQ.NJ.T1	-,15	,36	1,00		
	AUTOCOMP.T1	,35	,53	,30	1,00	
Sig. (unilateral)	AP.T1	.	*,008	,21		,03
	FFMQ.AP.T1	*,008	.	*,02		*,002
	FFMQ.NJ.T1	,21	*,02	.		,06
	AUTOCOMP.T1	*,03	*,02	,06		.
N	AP.T1	28	28	28	28	28
	FFMQ.AP.T1	28	28	28	28	28
	FFMQ.NJ.T1	28	28	28	28	28
	AUTOCOMP.T1	28	28	28	28	28

<sup>a</sup> AP: Afecto positivo / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

Tabla 60:

**Correlaciones afecto positivo pre II**

		AUTOCOMP.T1
Correlación de Pearson	AFECTO POSITIVO T1	<b>,35</b>
	FFMQ.AP.T1	<b>,53</b>
	FFMQ.NJ.T1	,30
	AUTOCOMP.T1	1,00
Sig. (unilateral)	AFECTO POSITIVO .T1	<b>*,03</b>
	FFMQ.AP.T1	<b>*,002</b>
	FFMQ.NJ.T1	,06
	AUTOCOMP.T1	.
N	AFECTO POSITIVO T1	28
	FFMQ.AP.T1	28
	FFMQ.NJ.T1	28
	AUTOCOMP.T1	28

FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

En la *Tabla 59* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p < .05$ ) entre el afecto positivo y la capacidad de atención plena ( $p=.008$ ); entre afecto positivo y autocompasión( $p=.03$ ); entre atención plena y capacidad de no juzgar( $p=.02$ ); entre atención plena y autocompasión ( $p=.02$ ) (en todas ellas, a medida que aumenta una variable, aumenta la otra). En la *Tabla 60* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p < .05$ ) entre afecto positivo y autocompasión con un  $p=.03$  y entre atención plena y autocompasión con un  $p=.002$

Tabla 61:

**Correlaciones afecto positivo post I**

		AP.T3	FFMQ.AP.T3	FFMQ.NJ.T3	AUTOCOMP.T3
Correlación de Pearson	AP.T3	1,000	<b>,443</b>	-,032	<b>,459</b>
	FFMQ.AP.T3	<b>,443</b>	1,000	<b>,477</b>	,250
	FFMQ.NJ.T3	-,032	<b>,477</b>	1,000	<b>,533</b>
	AUTOCOMP.T3	<b>,459</b>	,250	<b>,533</b>	1,000
Sig. (unilateral)	AP.T3	.	<b>*,020</b>	,443	<b>*,016</b>
	FFMQ.AP.T3	<b>*,020</b>	.	<b>*,012</b>	,131
	FFMQ.NJ.T3	,443	<b>*,012</b>	.	<b>*,005</b>
	AUTOCOMP.T3	<b>*,016</b>	,131	<b>*,005</b>	.
N	AP.T3	22	22	22	22
	FFMQ.AP.T3	22	22	22	22
	FFMQ.NJ.T3	22	22	22	22
	AUTOCOMP.T3	22	22	22	22

AP: Afecto positivo / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\*P≤0.05

Tabla 62:

**Correlaciones afecto positivo post II**

		AUTOCOMP.T3
Correlación de Pearson	AFECTO POSITIVO T3	<b>,45</b>
	FFMQ.AP.T3	,25
	FFMQ.NJ.T3	<b>,53</b>
	AUTOCOMP.T3	1,00
Sig. (unilateral)	AFECTO POSITIVO .T3	<b>*,01</b>
	FFMQ.AP.T3	,13
	FFMQ.NJ.T3	<b>*,01</b>
	AUTOCOMP.T3	.
N	AFECTO POSITIVO T3	22
	FFMQ.AP.T3	22
	FFMQ.NJ.T3	22
	AUTOCOMP.T3	22

FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\*P≤0.05

En la *Tabla 61* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p < .05$ ) entre el afecto positivo y la capacidad de atención plena ( $p = .020$ ); entre afecto positivo y autocompasión ( $p = .016$ ); entre atención plena y capacidad de no juzgar ( $p = .012$ ); entre la capacidad de no juzgar y autocompasión ( $p = .005$ ). En todas ellas, a medida que aumenta una variable, aumenta la otra. En la *Tabla 62* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p < .05$ ) entre afecto positivo y autocompasión ( $p = .01$ ), y entre capacidad de no juzgar y autocompasión ( $p = .01$ ).

Tabla 63:

**Correlaciones satisfacción con la vida pre I**

a		AP.T3	FFMQ.AP.T3	FFMQ.NJ.T3	AUTOCOMP.T3
Correlación de Pearson	SWLS.T1	1,000	,082	,256	<b>,454</b>
	FFMQ.AP.T1	,082	1,000	<b>,366</b>	<b>,536</b>
	FFMQ.NJ.T1	,256	<b>,366</b>	1,000	,300
	AUTOCOMP.T1	<b>,454</b>	<b>,536</b>	,300	1,000
Sig. (unilateral)	SWLS.T1	.	,339	,095	<b>*,008</b>
	FFMQ.AP.T1	,339	.	<b>*,028</b>	<b>*,002</b>
	FFMQ.NJ.T1	,095	<b>*,028</b>	.	,060
	AUTOCOMP.T1	<b>*,008</b>	<b>*,002</b>	,060	.
N	SWLS.T1	28	28	28	28
	FFMQ.AP.T1	28	28	28	28
	FFMQ.NJ.T1	28	28	28	28
	AUTOCOMP.T1	28	28	28	28

<sup>a</sup> SWLS: Satisfacción con la vida / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/  
AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

Tabla 64:

**Correlaciones satisfacción con la vida pre II**

	a	AUTOCOMP.T1
Correlación de Pearson	SWLS T1	<b>,454</b>
	FFMQ.AP.T1	<b>,536</b>
	FFMQ.NJ.T1	,300
	AUTOCOMP.T1	1,000
Sig. (unilateral)	SWLS .T1	<b>*,008</b>
	FFMQ.AP.T1	<b>*,002</b>
	FFMQ.NJ.T1	,060
	AUTOCOMP.T1	.
N	SWLS T1	28
	FFMQ.AP.T1	28
	FFMQ.NJ.T1	28
	AUTOCOMP.T1	28

<sup>a</sup> SWLS: Satisfacción con la vida / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/  
AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

En la *Tabla 63* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p < .05$ ) entre la satisfacción con la vida (SWLS) y la capacidad de autocompasión ( $p = .008$ ); entre atención plena y capacidad de no juzgar ( $p = .028$ ). y entre la atención plena y la autocompasión ( $p = .008$ ). En la *Tabla 64* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p < .05$ ) entre la satisfacción con la vida y autocompasión ( $p = .008$ ) y entre la atención plena y autocompasión ( $p = .002$ ).

Tabla 65:

**Correlaciones satisfacción con la vida post I**

a		SWLS.T3	FFMQ.AP.T3	FFMQ.NJ.T3	AUTOCOMP.T3
Correlación de Pearson	SWLS.T3	1,000	,162	,174	<b>,382</b>
	FFMQ.AP.T3	,162	1,000	<b>,477</b>	,250
	FFMQ.NJ.T3	,174	<b>,477</b>	1,000	<b>,533</b>
	AUTOCOMP.T3	<b>,382</b>	,250	<b>,533</b>	1,000
Sig. (unilateral)	SWLS.T3	.	,236	,219	<b>*,039</b>
	FFMQ.AP.T3	,236	.	<b>*,012</b>	,131
	FFMQ.NJ.T3	,219	<b>*,012</b>	.	<b>*,005</b>
	AUTOCOMP.T3	<b>*,039</b>	,131	<b>*,005</b>	.
N	SWLS.T3	22	22	22	22
	FFMQ.AP.T3	22	22	22	22
	FFMQ.NJ.T3	22	22	22	22
	AUTOCOMP.T3	22	22	22	22

<sup>a</sup> SWLS: Satisfacción con la vida / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\*P≤0.05

Tabla 66:

**Correlaciones satisfacción con la vida post II**

a		AUTOCOMP.T1
Correlación de Pearson	SWLS T3	<b>,382</b>
	FFMQ.AP.T3	,250
	FFMQ.NJ.T3	<b>,533</b>
	AUTOCOMP.T3	1,000
Sig. (unilateral)	SWLS .T3	<b>*,039</b>
	FFMQ.AP.T3	,131
	FFMQ.NJ.T3	<b>*,005</b>
	AUTOCOMP.T3	.
N	SWLS T3	22
	FFMQ.AP.T3	22
	FFMQ.NJ.T3	22
	AUTOCOMP.T3	22

<sup>a</sup> SWLS: Satisfacción con la vida / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\*P≤0.05

En la *Tabla 65* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p<.05$ ) entre la satisfacción con la vida (SWLS) y la capacidad de autocompasión ( $p=.039$ ); entre atención plena y capacidad de no juzgar ( $p=.012$ ) y entre la capacidad de no juzgar y la autocompasión ( $p=.005$ ). En la *Tabla 66* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p<.05$ ) entre la satisfacción con la vida y autocompasión ( $p=.039$ ) y entre la capacidad de no juzgar y autocompasión ( $p=.005$ ).

Tabla 67:

**Correlaciones vitalidad subjetiva pre I**

		a			
		SVS.T1	FFMQ.AP.T1	FFMQ.NJ.T1	AUTOCOMP.T1
Correlación de Pearson	SVS.T1	1,000	<b>,461</b>	,170	<b>,483</b>
	FFMQ.AP.T1	<b>,461</b>	1,000	<b>,366</b>	<b>,536</b>
	FFMQ.NJ.T1	,170	<b>,366</b>	1,000	,300
	AUTOCOMP.T1	<b>,483</b>	<b>,536</b>	,300	1,000
Sig. (unilateral)	SVS.T1	.	<b>*,007</b>	,193	<b>*,005</b>
	FFMQ.AP.T1	<b>*,007</b>	.	<b>*,028</b>	<b>*,002</b>
	FFMQ.NJ.T1	,193	<b>*,028</b>	.	,060
	AUTOCOMP.T1	<b>*,005</b>	<b>*,002</b>	,060	.
N	SVS.T1	28	28	28	28
	FFMQ.AP.T1	28	28	28	28
	FFMQ.NJ.T1	28	28	28	28
	AUTOCOMP.T1	28	28	28	28

<sup>a</sup> SVS: Vitalidad subjetiva / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P\leq 0.05$



Tabla 68:

**Correlaciones vitalidad subjetiva pre II**

		a	AUTOCOMP.T1
Correlación de Pearson	SVS T1		<b>,483</b>
	FFMQ.AP.T1		<b>,536</b>
	FFMQ.NJ.T1		,300
	AUTOCOMP.T1		1,000
Sig. (unilateral)	SVS .T1		<b>*,005</b>
	FFMQ.AP.T1		<b>*,002</b>
	FFMQ.NJ.T1		,060
	AUTOCOMP.T1		.
N	SVS T1		28
	FFMQ.AP.T1		28
	FFMQ.NJ.T1		28
	AUTOCOMP.T1		28

<sup>a</sup> SVS: vitalidad subjetiva / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

En la *Tabla 67* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p < .05$ ) entre la vitalidad subjetiva y la capacidad de atención plena ( $p = .007$ ); entre vitalidad subjetiva y la capacidad de autocompasión ( $p = .005$ ), entre atención plena y capacidad de no juzgar ( $p = .028$ ) y entre atención plena y autocompasión ( $p = .002$ ). En la *Tabla 68* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p < .05$ ) entre la vitalidad subjetiva y autocompasión ( $p = .005$ ) y entre la capacidad de atención plena y autocompasión ( $p = .002$ ).

Tabla 69:

**Correlaciones vitalidad subjetiva post I**

a		SVS.T3	FFMQ.AP.T3	FFMQ.NJ.T3	AUTOCOMP.T3
Correlación de Pearson	SVS.T3	1,000	<b>,435</b>	<b>,440</b>	<b>,558</b>
	FFMQ.AP.T3	<b>,435</b>	1,000	<b>,477</b>	,250
	FFMQ.NJ.T3	<b>,440</b>	<b>,477</b>	1,000	<b>,533</b>
	AUTOCOMP.T3	<b>,558</b>	,250	<b>,533</b>	1,000
Sig. (unilateral)	SVS.T3	.	<b>*,021</b>	<b>*,020</b>	<b>*,003</b>
	FFMQ.AP.T3	<b>*,021</b>	.	<b>*,012</b>	,131
	FFMQ.NJ.T3	<b>*,020</b>	<b>*,012</b>	.	<b>*,005</b>
	AUTOCOMP.T3	<b>*,003</b>	,131	<b>*,005</b>	.
N	SVS.T3	22	22	22	22
	FFMQ.AP.T3	22	22	22	22
	FFMQ.NJ.T3	22	22	22	22
	AUTOCOMP.T3	22	22	22	22

<sup>a</sup> SVS: Vitalidad subjetiva / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/  
AUTOCOMP: autocompasión

\* $P \leq 0.05$

Tabla 70:

**Correlaciones vitalidad subjetiva post II**

a		AUTOCOMP.T3
Correlación de Pearson	SVS T3	<b>,558</b>
	FFMQ.AP.T3	,250
	FFMQ.NJ.T3	<b>,533</b>
	AUTOCOMP.T3	1,000
Sig. (unilateral)	SVS .T3	<b>*,003</b>
	FFMQ.AP.T3	,131
	FFMQ.NJ.T3	<b>*,005</b>
	AUTOCOMP.T3	.
N	SVS T3	22
	FFMQ.AP.T3	22
	FFMQ.NJ.T3	22
	AUTOCOMP.T3	22

<sup>a</sup> SVS: Vitalidad subjetiva / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/  
AUTOCOMP: autocompasión

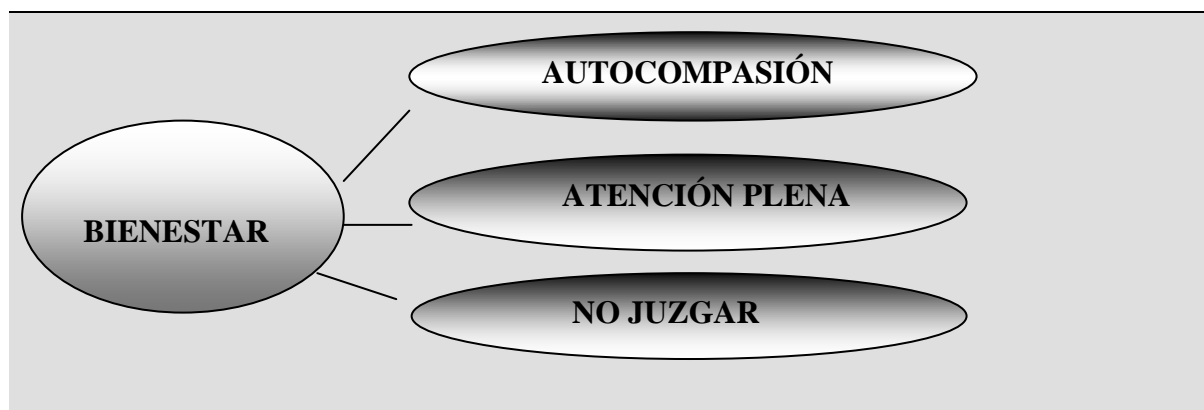
\* $P \leq 0.05$

En la *Tabla 69* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p < .05$ ) entre la vitalidad subjetiva y la capacidad de atención plena ( $p = .021$ ); entre vitalidad subjetiva y capacidad de no juzgar ( $p = .020$ ); entre vitalidad subjetiva y la capacidad de autocompasión ( $p = .003$ ); entre atención plena y capacidad de no juzgar ( $p = .012$ ) y entre capacidad de no juzgar y autocompasión ( $p = .005$ ). En la *Tabla 70* podemos observar que existen *correlaciones positivas significativas* ( $p < .05$ ) entre la vitalidad subjetiva y autocompasión ( $p = .003$ ) y entre la capacidad de no juzgar y autocompasión ( $p = .005$ ).

### 2.2.5.2 La relación entre las variables predictoras del bienestar

En este subapartado de resultados vamos a presentar los análisis de regresión que tratan de reflejar las variables que predicen el bienestar psicológico.

Hemos llevado a cabo un análisis de regresión lineal múltiple por cada variable dependiente que mide bienestar (*ansiedad, depresión, afecto positivo, afecto negativo, satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva*). Hemos utilizado como variables predictoras la capacidad de no juzgar, la capacidad de atención plena y la capacidad de autocompasión.



**Figura 23. Variables predictoras del bienestar psicológico.** Las tres variables predictoras de los diferentes indicadores de bienestar psicológico son: autocompasión; atención plena y no Juzgar.

A continuación presentamos los análisis realizados en función de las variables dependientes estudiadas tanto en el pretratamiento como en el postratamiento

## A ) Ansiedad pretratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente ansiedad pretratamiento.

Tabla 71:

### Modelo de regresión <sup>b</sup> ansiedad pretratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,482 <sup>a</sup>	,23	,136	3,63

a. *Predictores:* (Constante), Autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento

b. *Variable dependiente:* ansiedad pretratamiento

Tabla 72:

### ANOVA <sup>b</sup> ansiedad pretratamiento

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	95,54	3	31,84	2,41	,09
Residuo	316,46	24	13,18		
Total	412,00	27			

a. *Predictores:* (Constante), Autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento.

b. *Variable dependiente:* ansiedad pretratamiento

Tabla 73:

**Coefficientes ansiedad pretratamiento**

<sup>a</sup> Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error estándar	Beta	t	
(Constante)	19,485	3,821		5,100	,000
FFMQ.AP.T1	-,104	,120	-,189	-,865	,396
FFMQ.NJ.T1	,076	,115	,127	,656	,518
AUTOCOMP.T1	-,105	,058	-,385	-1,802	,084

<sup>a</sup> FFMQ.AP: Atención plena pre/ FFMQ.NJ: No juzgar pre AUTOCOMP: autocompasión pretratamiento

Recta de regresión: predicción ansiedad = 19,485 - 0,104 + 0,076 - 0,105

Como puede observarse en la *Tabla 71* las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, no juzgar y autocompasión) explican un 13,6% de la varianza de la ansiedad pretratamiento. El valor de  $R^2$  es de .136. En la *Tabla 72* podemos observar que:  $F = 2,41$ ,  $p = .09$ , por lo que no existe relación lineal significativa ( $\text{Sig.} > .05$ ) Por tanto *no existe una predicción significativa de la variable ansiedad por las variables predictoras en el pretratamiento.*

En la *Tabla 73* encontramos que la variable predictora autocompasión es la que más predice la variable dependiente ansiedad, seguida de la capacidad de atención plena y por último la capacidad de no juzgar. Atendiendo a las pruebas de significación, las variables predictoras de forma parcial no contribuyen a la predicción de la variable ansiedad de una forma significativa, puesto que el  $\text{Sig.} > .05$ . Como conclusión podemos señalar que en el *pretratamiento la variable ansiedad no se predice por las variables predictoras atención*

*plena, no juzgar y autocompasión de forma significativa ni en la interacción ni de una forma parcial.*

## B) Ansiedad postratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente ansiedad postratamiento.

Tabla 74:

### Modelo de regresión <sup>a</sup> ansiedad postratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,675 <sup>a</sup>	,455	,364	1,94794

*a. Predictores:* (Constante), Autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento

*b. Variable dependiente:* ansiedad postratamiento

Tabla 75:

### ANOVA <sup>b</sup> ansiedad postratamiento

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	57,01	3	19,00	5,009	*,011 <sup>b</sup>
Residuo	68,30	18	3,79		
Total	125,31	21			

*a. Predictores:* ( Constante), Autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento

*b. Variable dependiente:* ansiedad postratamiento

Tabla 76:

**Coefficientes ansiedad postratamiento**

<sup>a</sup> Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error estándar	Beta	t	
(Constante)	15,293	2,384		6,414	,000
FFMQ.AP.T3	-,098	,061	-,316	1,594	,128
FFMQ.NJ.T3	-,049	,069	-,160	-,706	,489
AUTOCOMP.T3	-,052	,027	-,391	-1,903	,073

**a FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión**

**Recta de regresión. Predicción de ansiedad = 15,293 - 0.098 - 0.049 - 0.052**

Como puede observarse en la *Tabla 74*, las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, no juzgar y autocompasión) explican un 36,4% de la varianza de la ansiedad postratamiento. El valor de  $R^2$  es de .36, indicando que aproximadamente un 36,4% de la variable ansiedad está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 75* podemos observar que  $F= 5,00$ ,  $p=.01$ . Esto significa que la relación lineal entre la variable ansiedad y sus predictoras es significativa. Cuando observamos en la *Tabla 76* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable predictora autocompasión es la que más predice la variable dependiente ansiedad, seguida de la capacidad de atención plena y por último la capacidad de no juzgar. Atendiendo a las pruebas de significación, las variables predictoras de forma parcial no contribuyen a la predicción de la variable ansiedad de una forma significativa puesto que el *Sig.*  $> .05$ . Como conclusión del análisis podemos señalar que la interacción de las tres variables independientes (autocompasión, atención plena y no juzgar) predicen la variable dependiente ansiedad en el postratamiento. En cambio cuando exploramos la contribución parcial de las variables independientes en el modelo de regresión, las diferencias no son significativas

### C) Depresión pretratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente depresión pretratamiento.

Tabla 77:

#### Modelo de regresión depresión pretratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,59 <sup>a</sup>	,35	,273	3,30

a. *Predictores:* ( Constante), Autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento

b. *Variable dependiente:* depresión pretratamiento

Tabla 78:

#### ANOVA depresión pretratamiento

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	142,68	3	47,56	4,36	,014 <sup>b</sup>
Residuo	261,42	24	10,89		
Total	404,10	27			

a. *Predictores:* ( Constante), Autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento

b. *Variable dependiente:* depresión pretratamiento



Tabla 79:

**Coefficientes depresión pretratamiento**

a Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error estándar	Beta	t	
(Constante)	21,07	3,47		6,06	,00
FFMQ.AP.T1	-,15	,10	-,28	-1,43	,16
FFMQ.NJ.T1	-,02	,10	-,04	-,27	,78
AUTOCOMP.T1	-,09	,05	-,36	-1,86	,07

a FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

Recta de regresión. Predicción de depresión = 21,071 - 0,157 - 0,028 - 0,099

Como puede observarse en la *Tabla 77*, las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, no juzgar y autocompasión) explican un 27,3% de la varianza de la depresión pretratamiento. El valor de  $R^2$  es de .27, indicando que aproximadamente un 27,3% de la variable depresión está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 78* podemos observar que  $F= 4,36$ ,  $p = .01$ . Esto significa que la relación lineal entre la variable depresión y sus predictoras es significativa. Cuando observamos en la *Tabla 79* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable predictora autocompasión es la que más predice la variable dependiente depresión, seguida de la capacidad de atención plena y por último la capacidad de no juzgar. Atendiendo a las pruebas de significación, las variables predictoras de forma parcial no contribuyen a la predicción de la variable depresión de una forma significativa en el pretratamiento. Como conclusión del análisis podemos señalar que la interacción de las tres variables predictoras (autocompasión, atención plena y no juzgar) predicen la variable dependiente depresión en el pretratamiento de una forma

significativa ( $p=.01$ ) en cambio cuando exploramos la contribución parcial de las variables predictoras en el modelo de regresión, las diferencias no son significativas.

## E) Depresión postratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente depresión postratamiento

Tabla 80:

### Modelo de regresión<sup>b</sup> depresión postratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,57 <sup>a</sup>	,33	,223	2,92

a. Predictores: ( Constante), Autocompasión, atención plena y no juzgar.

b. Variable dependiente: depresión postratamiento

Tabla 81:

### ANOVA<sup>b</sup> depresión postratamiento

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	76,58	3	25,52	2,98	*,05
Residuo	153,77	18	8,54		
Total	230,36	21			

a. Predictores: ( Constante), Autocompasión, atención plena y no juzgar.

b. Variable dependiente: depresión postratamiento

Tabla 82:

**Coefficientes depresión postratamiento**

a Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	16,93	3,57		4,73	,00
FFMQ.AP.T3	-,14	,09	-,33	-1,52	,14
FFMQ.NJ.T3	,07	,10	-,18	-,73	,47
AUTOCOMP.T3	-,09	,04	-,51	-2,24	<b>*,03</b>

a FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

Recta de regresión. Predicción de depresión =  $16,935 - 0,140 + 0,076 - 0,091$

Como puede observarse en la *Tabla 80*, las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, no juzgar y autocompasión) explican un 22% de la varianza de la depresión postratamiento. El valor de  $R^2$  es de .223, indicando que aproximadamente un 22,3% de la variable depresión está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 81* podemos observar que  $F= 2,98$ ,  $p = .05$ . Esto significa que la relación lineal entre la variable depresión y sus predictoras es significativa. Cuando observamos en la *Tabla 82* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable predictora autocompasión es la que más predice la variable dependiente depresión, seguida de la capacidad de atención plena y por último la capacidad de no juzgar. Atendiendo a las pruebas de significación, la autocompasión predice parcialmente de una forma significativa con una  $p=.03$  a la depresión. Como conclusión del análisis podemos señalar que la interacción de las tres variables predictoras (autocompasión, atención plena y no juzgar) predicen la variable dependiente depresión en el postratamiento de una forma significativa, además de que la autocompasión también la predice parcialmente de una forma significativa.

### C) Afecto negativo pretratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente afecto negativo pretratamiento.

Tabla 83:

#### Modelo de regresión <sup>b</sup> afecto negativo pretratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,59 <sup>a</sup>	,35	,278	6,12

a. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento.

b. Variable dependiente: Ansiedad pretratamiento

Tabla 84:

#### ANOVA <sup>b</sup> afecto negativo pretratamiento

<sup>a</sup> Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	502,73	3	167,57	4,46	<b>*,01</b>
Residuo	900,69	24	37,52		
Total	1403,42	27			

a. Predictores: (Constante), Autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento

b. Variable dependiente: afecto negativo pretratamiento

Tabla 85:

**Coefficientes afecto negativo pretratamiento**

Modelo <sup>a</sup>	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.
	B	Error estándar	Beta			
(Constante)	44,12	6,44			6,84	,00
FFMQ.AP.T1	-,24	,24	-,24		-1,23	,23
FFMQ.NJ.T1	-,25	,19	-,23		-1,32	,19
AUTOCOMP.T1	-,14	,09	-,28		-1,47	,15

a AN: Afecto negativo/ FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

Recta de regresión. Predicción de afecto negativo =  $44,12 - 0,24 - 0,25 - 0,145$

Como puede observarse en la *Tabla 83*, las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, no juzgar y autocompasión) explican un 27,8% de la varianza del afecto negativo pretratamiento. El valor de  $R^2$  es de .278, indicando que aproximadamente un 27,8% de la variable afecto negativo está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 84* podemos observar que  $F=4,46$ ,  $p=.01$ . Esto significa que la relación lineal entre la variable afecto negativo y sus predictoras es significativa. Cuando observamos en la *Tabla 85* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable predictora autocompasión es la que más predice la variable dependiente afecto negativo, seguida de la capacidad de no juzgar y por último la capacidad de atención plena. Atendiendo a las pruebas de significación, podemos ver que ninguna de las variables predictoras por separado tiene un  $Sig. \leq .05$ . Esto significa que por separado la contribución a la predicción no es significativa, en cambio en interacción las tres variables predictoras juntas sí que contribuyen a explicar la variable dependiente de una forma significativa en el pretratamiento.

## G) Afecto negativo postratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente afecto negativo postratamiento.

Tabla 86:

### Modelo de regresión <sup>b</sup> afecto negativo postratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,614 <sup>a</sup>	,37	,275	5,689

a. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento.

b. Variable dependiente: afecto negativo postratamiento

Tabla 87:

### ANOVA <sup>b</sup> afecto negativo postratamiento

<sup>a</sup> Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	353,051	3	117,68	3,63	,03
Residuo	582,767	18	32,37		
Total	935,818	21			

a. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento.

b. Variable dependiente: afecto negativo postratamiento

Tabla 88:

**Coefficientes afecto negativo postratamiento**

Modelo <sup>a</sup>	Coefficients				
	Coefficients no estandarizados		estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	33,90	6,96		4,86	,00
FFMQ.AP.T3	,21	,17	-,25	-1,20	,24
FFMQ.NJ.T3	-,31	,20	-,38	-1,58	,13
AUTOCOMP.T3	-,14	,07	-,38	-1,75	,09

a.AN: Afecto negativo/ FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

Recta de regresión. Predicción de afecto negativo =  $33,906 + 0,215 - 0,319 - 0,140$

Como puede observarse en la *Tabla 86*, las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, no juzgar y autocompasión) explican un 27,5% de la varianza del afecto negativo postratamiento. El valor de  $R^2$  es de .275, indicando que aproximadamente un 27,5% de la variable afecto negativo postratamiento está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 87* vemos que  $F=3,63$ ,  $p=.03$ . Esto significa que la relación lineal entre la variable afecto negativo y sus predictoras es significativa. Cuando observamos en la *Tabla 88* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable predictora autocompasión es la que más predice la variable dependiente afecto negativo, seguida de la capacidad de no juzgar y por último la capacidad de atención plena. Atendiendo a las pruebas de significación, podemos ver que ninguna de las variables predictoras por separado tiene un  $Sig. \leq .05$ . Esto significa que por separado la contribución a la predicción no es significativa, en cambio en interacción las tres variables predictoras juntas sí que contribuyen a explicar la variable dependiente de una forma significativa en el postratamiento

## H) Afecto positivo pretratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente afecto positivo pretratamiento.

Tabla 89:

### Modelo de regresión <sup>b</sup> afecto positivo pretratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,601 <sup>a</sup>	,36	,287	7,71

a. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento.

b. Variable dependiente: Afecto positivo pretratamiento

Tabla 90:

### ANOVA afecto positivo pretratamiento

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	808,23	3	269,41	4,52	,01
Residuo	1427,87	24	59,49		
Total	2236,10	27			

a. Variable dependiente: Afecto positivo pretratamiento

b. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento.



Tabla 91:

**Coefficientes afecto positivo pretratamiento**

ª Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.
	B	Error estándar	Beta	Error estándar		
(Constante)	7,85	8,11			,96	,34
FFMQ.AP.T1	,62	,25	,48		2,43	<b>*,02</b>
FFMQ.NJ.T1	-,55	,24	,40		2,26	<b>*,03</b>
AUTOCOMP.T1	,13	,12	,21		1,10	,27

a. AP: Afecto positivo / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

Recta de regresión. Predicción de afecto positivo =  $7,854 + 0,620 - 0,556 + 0,13$

Como puede observarse en la *Tabla 89*, las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, no juzgar y autocompasión) explican un 28,7% de la varianza del afecto positivo pretratamiento. El valor de  $R^2$  es de .287, indicando que aproximadamente un 28,7% de la variable afecto positivo pretratamiento está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 90* vemos que  $F=4,52$ ,  $p=.01$ . Esto significa que la relación lineal entre la variable afecto positivo y sus predictoras es significativa. Cuando observamos en la *Tabla 91* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable atención plena es la que más predice la variable dependiente afecto positivo, seguida de la capacidad de no jugar y por último la capacidad de autocompasión. Atendiendo a las pruebas de significación, podemos observar que de forma parcial la capacidad de no juzgar y la capacidad de atención plena contribuyen a predecir la variable afecto positivo en el pretratamiento con un  $Sig. \leq .05$ . Concretamente en la capacidad de no juzgar el  $p= .03$ , y en la capacidad de atención plena  $p=.02$ . Por tanto podemos enunciar que ambas variables contribuyen de forma parcial a predecir el afecto positivo pretratamiento.

## I) Afecto positivo postratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente afecto positivo postratamiento.

Tabla 92:

### Modelo de regresión <sup>b</sup> afecto positivo postratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,767	,59	,523	6,70

a. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento.

b. Variable dependiente: Afecto positivo postratamiento

Tabla 93:

### ANOVA <sup>a</sup> afecto positivo postratamiento

<sup>b</sup> Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	1172,36	3	390,78	8,70	<b>*,01</b>
Residuo	808,40	18	44,91		
Total	1980,77	21			

a. Variable dependiente: Afecto positivo postratamiento  
autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento.

b. Predictores: (Constante),

Tabla 94:

**Coefficientes afecto positivo pretratamiento**

a Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.
	B	Error estándar	Beta			
(Constante)	-3,2	8,20			-,39	,69
FFMQ.AP.T3	,734	,21	,59		3,48	*,01
FFMQ.NJ.T3	,81	,21	,67		3,43	*,01
AUTOCOMP.T3	,35	,09	,66		3,75	*,01

a. AP: Afecto positivo / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

Recta de regresión. Predicción afecto positivo =  $-3,21 + 0,73 + 0,81 + 0,35$

Como puede observarse en la *Tabla 92*, las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, no juzgar y autocompasión) explican un 52,3% de la varianza del afecto positivo pretratamiento. El valor de  $R^2$  es de .523, indicando que aproximadamente un 52,3% de la variable afecto positivo pretratamiento está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 93* vemos que  $F=8,70$ ,  $p=.01$ . Esto significa que la relación lineal entre la variable afecto positivo y sus predictoras es significativa. Cuando observamos en la *Tabla 94* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable autocompasión es la que más predice la variable dependiente afecto positivo, seguida de la capacidad de no juzgar y por último la capacidad de atención plena. Atendiendo a las pruebas de significación, podemos observar que de forma parcial todas las variables predictoras contribuyen a predecir la variable afecto positivo en el postratamiento con un  $Sig. \leq .05$ . ( $p=.01$ ).

## J) Satisfacción con la vida como variable dependiente en pretratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente satisfacción con la vida pretratamiento.

Tabla 95:

### Modelo regresión <sup>b</sup> satisfacción con la vida pretratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,525	,273	,189	3,82

a. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento.

b. Variable dependiente: Satisfacción con la vida pretratamiento

Tabla 96:

### ANOVA <sup>a</sup> satisfacción con la vida pretratamiento

<sup>b</sup> Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	133,54	3	44,515	3,03	<b>*,04</b>
Residuo	351,88	24	14,63		
Total	485,42	27			

a. Variable dependiente: Satisfacción con la vida pretratamiento

b. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento.

Tabla 97:

**Coefficientes satisfacción con la vida pretratamiento**

a Modelo	Coeficientes				
	Coeficientes no estandarizados		estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	-,93	4,02		-,21	,81
FFMQ.AP.T1	,16	,12	,28	1,32	,19
FFMQ.NJ.T1	,12	,12	,19	1,03	,31
AUTOCOMP.T1	,16	,06	,54	2,63	<b>*.01</b>

SWLS: Satisfacción con la vida / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

Recta de regresión. Predicción de satisfacción con la vida =  $-0,93 + 0,16 + 0,12 + 0,162$

Como puede observarse en la *Tabla 95*, las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, no juzgar y autocompasión) explican un 18,9% de la varianza de la satisfacción con la vida pretratamiento. El valor de  $R^2$  es de .189, indicando que aproximadamente un 18,9% de la variable satisfacción con la vida pretratamiento está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 96* vemos que  $F=3,03$ ,  $p=.04$ . Esto significa que la relación lineal entre la variable satisfacción con la vida pretratamiento y sus predictoras es significativa. Cuando observamos en la *Tabla 97* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable autocompasión es la que más predice la variable dependiente satisfacción con la vida, seguida de la capacidad de atención plena y por último la capacidad de no jugar. Atendiendo a las pruebas de significación, podemos observar que de forma parcial la variable predictoras autocompasión predice la satisfacción con la vida con un  $p=.01$ , siendo ésta significativa.

## k) Satisfacción con la vida postratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente satisfacción con la vida postratamiento.

Tabla 98:

### Modelo regresión satisfacción con la vida postratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,39	,15	,012	6,20

a. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento.

b. Variable dependiente: SWLS.T3

Tabla 99:

### ANOVA satisfacción con la vida postratamiento

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	127,87	3	42,62	1,10	,37
Residuo	692,48	18	38,47		
Total	820,36	21			

a. Variable dependiente: Satisfacción con la vida postratamiento

b. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento.

Tabla 100:

**Coefficientes satisfacción con la vida postratamiento**

a Modelo	Coeficientes				Sig.
	Coeficientes no estandarizados		estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	t	
(Constante)	1,81	7,59			,81
FFMQ.AP.T3	,08	,19	,10	,42	,67
FFMQ.NJ.T3	,07	,21	,09	,32	,75
AUTOCOMP.T3	,13	,08	,40	1,58	,13

a. SWLS: Satisfacción con la vida / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

Recta de regresión. Predicción de satisfacción con la vida =  $1,81 + 0,08 + 0,07 + 0,13$

Como puede observarse en la *Tabla 98*, las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, no juzgar y autocompasión) explican un 1,2% de la varianza de la satisfacción con la vida postratamiento. El valor de  $R^2$  es de .012, indicando que aproximadamente un 1,2% de la variable satisfacción con la vida postratamiento está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 99* vemos que  $F=1,10$ ,  $p=.37$ , no siendo significativa la relación existente entre satisfacción con la vida post y sus predictoras. Cuando observamos en la *Tabla 100* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable autocompasión es la que más predice la variable dependiente satisfacción con la vida, seguida de la capacidad de atención plena y por último la capacidad de no jugar. Atendiendo a las pruebas de significación, podemos observar que de forma parcial ninguna variable contribuye de forma significativa a la predicción.

## L) Vitalidad subjetiva pretratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente vitalidad subjetiva pretratamiento.

Tabla 101:

### Modelo de regresión<sup>b</sup> vitalidad subjetiva pretratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,54	,29	,20	4,56

a. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento.

b. Variable dependiente: Vitalidad subjetiva pretratamiento

Tabla 102:

### ANOVA<sup>a</sup> vitalidad subjetiva pretratamiento

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	206,25	3	68,75	3,29	*,03
Residuo	500,42	24	20,85		
Total	706,67	27			

a. Variable dependiente: Vitalidad subjetiva pretratamiento

b. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar pretratamiento.



Tabla 103:

**Coefficientes vitalidad subjetiva pretratamiento**

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error estándar	Beta	t	
(Constante)	-,46	4,80		-,09	,92
FFMQ.AP.T1	,21	,15	,29	1,40	,17
FFMQ.NJ.T1	,03	,14	,03	,20	,83
AUTOCOMP.T1	,12	,07	,33	1,63	,11

SVS: vitalidad subjetiva / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

Recta de regresión. Predicción vitalidad subjetiva =  $-0,46 + 0,21 + 0,03 + 0,12$

Como puede observarse en la *Tabla 101*, las tres variables independientes incluidas en el análisis explican un 20% de la varianza de la vitalidad subjetiva pretratamiento. El valor de  $R^2$  es de .20, indicando que aproximadamente un 20% de la variable vitalidad subjetiva pretratamiento está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 102* vemos que  $F=3,29$ ,  $p=.03$ , indicando una predicción significativa. Cuando observamos en la *Tabla 103* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable autocompasión es la que más predice la variable dependiente vitalidad subjetiva, seguida de la capacidad de atención plena y por último la capacidad de no jugar. Atendiendo a las pruebas de significación, podemos observar que ninguna de las variables predictoras contribuye a predecir la variable vitalidad subjetiva de forma parcial en el pretratamiento, puesto que el  $Sig. > .05$ .

## M) Vitalidad subjetiva postratamiento

A continuación presentamos las tablas resumen y la explicación de las tablas de la variable dependiente vitalidad subjetiva postratamiento.

Tabla 104:

### Modelo Regresión <sup>b</sup> vitalidad subjetiva postratamiento

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,63	5,40	,304	4,46

a. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento.

b. Variable dependiente: vitalidad subjetiva postratamiento.

Tabla 105:

### ANOVA <sup>a</sup> vitalidad subjetiva postratamiento

<sup>b</sup> Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	245,80	3	81,93	4,10	<b>*,02</b>
Residuo	358,96	18	19,94		
Total	604,77	21			

a. Variable dependiente: vitalidad subjetiva postratamiento.

b. Predictores: (Constante), autocompasión, atención plena y no juzgar postratamiento

Tabla 106:

**Coefficientes vitalidad subjetiva postratamiento**

Modelo <sup>a</sup>	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error estándar	Beta	t	
(Constante)	-1,15	5,46		-,21	,83
FFMQ.AP.T3	,20	,14	,29	1,42	,17
FFMQ.NJ.T3	,03	,15	,05	,24	,80
AUTOCOMP.T3	,13	,06	,45	2,11	<b>*,04</b>

a. SVS: Vitalidad subjetiva / FFMQ.AP: Atención plena/ FFMQ.NJ: No juzgar/ AUTOCOMP: autocompasión

Recta de regresión. Predicción vitalidad subjetiva = - 1,15 + 0,20 +0,03 +0,13

Como puede observarse en la *Tabla 104*, las tres variables independientes incluidas en el análisis (atención plena, autocompasión y no juzgar) explican un 30,4% de la varianza vitalidad subjetiva postratamiento. El valor de  $R^2$  es de .304, indicando que aproximadamente un 30,4% de la variable vitalidad subjetiva postratamiento está explicada por las variables predictoras. Además en la *Tabla 105* vemos que  $F=4,10$ ,  $p= .02$ , por lo que la relación lineal entre la variable vitalidad subjetiva post y sus predictoras es significativa. Cuando observamos en la *Tabla 106* los coeficientes estandarizados Beta, podemos ver que la variable autocompasión es la que más predice la variable dependiente vitalidad subjetiva, seguida de la capacidad de atención plena y por último la capacidad de no jugar. Atendiendo a las pruebas de significación, podemos observar que la variable predictora autocompasión contribuye a predecir la variable vitalidad subjetiva de forma parcial en el postratamiento, ya que  $p= .04$ .

A modo de resumen señalar que al analizar la relación entre las variables del estudio nos hemos encontrado que:

➤ Las correlaciones encontradas indican que en líneas generales cuanto mayores son las puntuaciones en ansiedad, afecto negativo y depresión, menos capacidad de atención plena, menos autocompasión, y menos capacidad de no juzgar (correlación negativa).

➤ Las correlaciones encontradas indican que en líneas generales cuanto mayores son las puntuaciones en afecto positivo, satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva, más capacidad de atención plena, más autocompasión, y más capacidad de no juzgar (correlación positiva).

➤ En la variable dependiente afecto positivo postratamiento nos encontramos que de forma parcial las tres variables predictoras (*autocompasión, atención plena y no juzgar*) contribuyen de forma significativa en la predicción del afecto positivo.

➤ En todas las *variables dependientes que miden bienestar psicológico* (ansiedad, depresión, afecto positivo, afecto negativo, satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva) en la interacción de las tres *variables predictoras* (autocompasión, capacidad de atención plena y capacidad de no juzgar) existe una predicción significativa tanto en el pretratamiento como en el postratamiento, a excepción de la variable ansiedad pretratamiento, donde no existe una predicción significativa.

➤ Al analizar las variables predictoras que más pesan en el modelo de regresión nos encontramos que la *variable predictora autocompasión* contribuye de forma parcial a explicar la predicción de una forma significativa tanto en la variable satisfacción con la vida

pretratamiento, como en vitalidad subjetiva postratamiento, como en depresión postratamiento.

➤ En la variable dependiente afecto positivo pretratamiento nos encontramos que de forma parcial tanto la *capacidad de atención plena*, como la *capacidad de no juzgar*, contribuyen a predecir la variable dependiente de forma significativa.

➤ En la variable dependiente afecto positivo postratamiento nos encontramos que de forma parcial las tres variables predictoras (*autocompasión, atención plena y no juzgar*) contribuyen de forma significativa en la predicción del afecto positivo.

En líneas generales las variables que predicen el bienestar psicológico son: la capacidad mindful (atención plena y no juzgar) y la capacidad de autocompasión.

## **2.2.6 Resultados sobre satisfacción con el programa MADED**

En este apartado vamos a tratar de recopilar la información extraída del *cuestionario de satisfacción elaborado ad hoc* que se les entregó en la última sesión como complemento a la batería de cuestionarios y a la entrevista postest (*ver Anexo 3*).

A la pregunta **¿Cómo te has sentido en las prácticas de meditación realizadas?**, algunos de los participantes responden:

" Muy descansada emocionalmente, como si me hubiese quitado 25 KG de encima. A la vez, muy feliz de ir reencontrándome conmigo misma y empezar a volver a ver las cosas desde la perspectiva desde la que la veía antes"

"Me he sentido muy bien. He obtenido resultados positivos. He desbloqueado pensamientos e imágenes negativas".

"Relajada, tranquila, sin ningún tipo de presión. A veces muy removida, y otras muy relajada".

"Me ha hecho mucho bien. Por la noche puedo conciliar el sueño gracias a las prácticas. Han disminuido las imágenes malas, las pesadillas. Muchas veces siento paz".

"He sentido que hay posibilidad de percibir cosas que hasta ahora no había experimentado. Me he sentido cómodo, ilusionado, feliz, contento por aprender a meditar".

A la pregunta **¿Qué meditaciones te han gustado más o te han hecho sentir mejor?, algunos participantes responden:**

"La de la respiración del principio porque me ayudaba a relajarme sin hacerme pensar en nada"

"La del lugar sagrado porque me pareció muy bonita y porque ahora a veces pienso en el lugar que pensé y me proporciona tranquilidad"

"La meditación de la montaña, porque me llegué a identificar con ella, la fuerza con la que se agarra a la tierra a pesar de las circunstancias de la vida".

"La de las emociones es muy bonita, aunque me hace llorar casi siempre"

"El lugar sagrado, porque me hace dedicar ese tiempo a mi persona especial"

"La de la comunicación con los ausentes porque me sentía comunicada con mi ser querido, pese a que ya no está" (*Relación simbólica con el ser querido*).

"La del lugar sagrado es la que más me ha colocado en el aquí y el ahora, y que a la vez ha vuelto a colocarme como referente en mi vida"

"La del lugar sagrado y la silla vacía porque te ponen en contacto con la persona directamente y parece que soluciones problemas" (*tareas pendientes*).

A la pregunta **sobre los beneficios de la práctica de la filosofía de mindfulness**, destacamos las siguientes respuestas:

"He aprendido a no alimentar las emociones negativas y poder desprenderme de ellas. Con ello he bajado los niveles de estrés y he pensado con muchísima más claridad y objetividad (*Regulación emocional*). Aún me queda un trabajo conmigo misma para mejorar mi autoestima, pero al menos hay agentes externos que ya no suponen un impedimento para valorar mi vida"

"He conseguido relajarme y algunas veces me he sentido muy contenta y agradecida"

"Me ha aportado la capacidad de relajarme a través de la respiración. He empezado a darle valor en mi vida a cosas que antes no lo tenían para mí (*crecimiento postraumático*). Además me he dado cuenta que a todos nos ocurre algo así alguna vez en la vida" (*humanidad compartida*).

"He aprendido a ir más despacio y disfrutar de las pequeñas cosas que antes no percibía" (*ir en búsqueda de lo agradable*)

"He conseguido mayor relajación y menos irritabilidad" (*regulación emocional*)

"He conseguido difuminar la intensidad del dolor. He conectado con mi ser querido a nivel espiritual. He alcanzado tranquilidad y serenidad. Tengo paz interior" (*espiritualidad*)

"He conseguido dormir más, no tener tanta ansiedad ni llorar tanto. Puedo hablar de mi ser querido sin llorar ni ponerme nerviosa".

"He aprendido a respirar cuando algo me hace sentir mal y relajarme. Valoro mucho más cosas que tenemos a nuestro alrededor (mar, montañas) y valoro mucho más mis sentimientos, puesto que he aprendido a entenderlos" (*regulación emocional*)

"Puedo pararme a prestar atención a lo que siento, ya no huyo, miro el dolor de frente y si tengo que llorar lo hago, y me digo que no pasa nada. He empezado a actuar con mayor conciencia, no dejándome llevar por los impulsos " (*Regulación emocional y aceptación* ).

Respecto a los **cambios que se producen con esta filosofía de vida, ¿Con cuáles te sientes identificado?**, vamos a presentar las respuestas en una tabla resumen:



Tabla 107:

**Cambios producidos por la práctica mindful**

	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Incremento de la capacidad de aceptación ( mayor tolerancia)</b>	<b>18</b>	<b>81,81</b>
<b>Incremento de la capacidad de regulación emocional (autocontrol)</b>	<b>18</b>	<b>81,81</b>
<b>Incremento de la conciencia emocional (darse cuenta de las emociones)</b>	<b>17</b>	<b>77%</b>
<b>Incremento de la conciencia del cuerpo (sensaciones físicas)</b>	<b>14</b>	<b>63%</b>
<b>Mejora en el manejo de los pensamientos ( dejándolos pasar)</b>	<b>16</b>	<b>72%</b>
<b>Incremento de la espiritualidad</b>	<b>16</b>	<b>72%</b>
<b>Incremento de la serenidad</b>	<b>17</b>	<b>77%</b>
<b>Incremento de la capacidad de autoobservación (consciencia del sí mismo)</b>	<b>16</b>	<b>72%</b>
<b>Mayor liberación</b>	<b>10</b>	<b>45%</b>
<b>Incremento de la autocompasión, amabilidad con uno mismo</b>	<b>14</b>	<b>63%</b>
<b>Incremento del amor incondicional y compasión</b>	<b>12</b>	<b>54%</b>
<b>Incremento de la empatía (capacidad de ponerse en el lugar del otro)</b>	<b>14</b>	<b>63%</b>
<b>Incremento del bienestar psicológico</b>	<b>19</b>	<b>86%</b>
<b>Incremento de la vitalidad</b>	<b>10</b>	<b>45%</b>
<b>Reencuentro con nuevos sentidos en la vida</b>	<b>11</b>	<b>50%</b>
<b>Mejora en las relaciones interpersonales</b>	<b>10</b>	<b>45%</b>

Observamos en la *Tabla 107* que los participantes del programa MADED han señalado principalmente el incremento del bienestar psicológico, la capacidad de aceptación y la capacidad de regulación emocional. Esto viene seguido del incremento de la conciencia emocional, serenidad, el manejo de los pensamientos, la espiritualidad y la capacidad de

autoobservación. A continuación señalan la conciencia corporal, la autocompasión, la empatía, la compasión, nuevos sentidos en la vida, y la liberación.

Respecto a la pregunta sobre la **reducción significativa de los siguientes síntomas**, vamos a presentar también una tabla resumen como la que sigue.

Tabla 108:

**Reducción de síntomas por la práctica mindful**

	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Irritabilidad, enfado, rabia</b>	<b>14</b>	<b>63,6</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>13</b>	<b>59</b>
<b>Insomnio</b>	<b>15</b>	<b>68,1</b>
<b>Tristeza, pena</b>	<b>12</b>	<b>54,5</b>
<b>Recuerdos traumáticos (Imágenes intrusivas que aparecen con gran frecuencia e intensidad)</b>	<b>14</b>	<b>63,6</b>
<b>Dificultades de atención</b>	<b>15</b>	<b>68,1</b>
<b>Síntomas físicos: tensión corporal, opresión en el pecho, sequedad de boca</b>	<b>14</b>	<b>63,6</b>

Observamos en la *Tabla 108* que los sujetos refieren que gracias a la participación en el programa MADED serían: las dificultades de atención y el insomnio. Éstos van seguidos de la irritabilidad, los síntomas físicos y los recuerdos traumáticos. Finalmente la ansiedad y la tristeza.

Respecto a la pregunta **¿En qué crees que te ha beneficiado que la terapia sea en grupo? ¿Qué te han aportado los compañeros?**, algunos participantes han respondido:

"El ver a otras personas con su sufrimiento, con sus diferentes historias me ha permitido darme cuenta de que las desgracias nos suceden a todos, y no hay que pensar que somos los únicos desgraciados y hundirnos" (*Humanidad compartida*)

"Me ha ayudado a darme cuenta que no soy el único a quién le ha sucedido una desgracia como esta. Le pasa a todo el mundo. He encontrado comprensión, sinceridad y cariño" (*Humanidad compartida*)

"Hay más gente que sufre como yo, y he ganado amistades fabulosas, mucha cercanía en los encuentros" (*Humanidad compartida y apoyo social*).

"El hecho de sentirme identificada con mis compañeros, de no sentirme tan sola en mi camino. Ha potenciado el sentimiento de amor para con los demás y conmigo misma (*Humanidad compartida, compasión, autocompasión, apoyo social*)

"Me ha ayudado a darme cuenta que el duelo cada uno lo vive de manera distinta y a no sentirme culpable por vivirlo de una forma distinta. Mayor comprensión hacia el proceso de cada persona incluido el mío" (*Regulación emocional*)

" Al tener todos algo en común nos entendemos mejor. Cariño y fuerza a pesar del dolor" (*empatía y fortaleza*).

" Me ha ayudado a recordar que hay más personas que sufren lo que yo he sufrido y me ha ayudado a verbalizar las emociones que yo sentía y que no había expresado en casa" (*humanidad compartida, expresión emocional*).

"Me ha beneficiado mucho el sentirme comprendido, he conseguido mayor tranquilidad y serenidad. Bienestar, gratitud, amistad, compañerismo y mucho cariño" (*Humanidad compartida y gratitud*)

Respecto a la pregunta **de la elaboración del duelo, ¿En qué crees que te está ayudando el programa?**, algunos participantes han respondido:

" En el día a día, me ayuda a poder llevar mejor mi dolor" (*Regulación emocional*)

"Me ayuda a darme cuenta que no sirve de nada luchar contra lo que ha pasado, por mucho que luche no puedo cambiarlo. He ganado en capacidad de aceptar la experiencia de dolor" (*aceptación*)

"La última parte del programa sobre el trabajo de perdón, gratitud y decir adiós me parece muy interesante" (*Tareas pendientes*)

" Me está ayudando a no alimentar los momentos de dolor, a relajarme y ser capaz de tener una mirada hacia el futuro" (*reinventarse*) "Me ayuda a asimilar la pérdida, sin tener que olvidarla ni apartarla de mis pensamientos" (*aceptación*)

" A volver a ser feliz y ver todo con mayor perspectiva. A poder mirar a la muerte como un paso más en la vida" (*Naturalidad de la muerte, reinventarse*)

"A poder tomar las cosas como vienen en la vida. Permitirme sentir y entender mis sentimientos con amabilidad" (*regulación emocional y aceptación*)

"A saber calmarme, a no sentir tanta rabia y aceptar el dolor. Me has ayudado a tomar conciencia de mi misma y a comprender otras formas de experimentar el duelo de mi familia" (*aceptación y procesamiento emocional*)

" Me ayuda a canalizar el dolor de una forma mucho más llevadera. Se minimiza la sensación de impotencia. He conectado con mi cuerpo y he aprendido a ser más tolerante conmigo misma" (*amabilidad y regulación emocional*)

" Me ayuda a normalizar las cosas que me pasan, puesto que antes me preguntaba si todo lo que estaba experimentando sería normal o no. Ahora sé que sí, y eso me libera". (*Normalizar*)

"Me ayuda a procesar la rabia, a activar incluso el sentido del humor. Aceptar, compartir, escuchar, respetar" (*regulación emocional y aceptación*).

Podemos señalar que el programa diseñado basándose en la filosofía de mindfulness y las necesidades de los dolientes, atendiendo a estas respuestas de los participantes potencia los siguientes recursos psicológicos: *serenidad, capacidad de aceptación, presencia, capacidad de regulación emocional, autocompasión, capacidad de procesar experiencias traumáticas y de darle un sentido a la experiencia de pérdida.*

### **2.2.7 Diferencias en función de la modalidad de muerte.**

En un principio la muestra elegida se podía contextualizar dentro de los cuidados paliativos, puesto que los dolientes perdieron a sus familiares por enfermedad oncológica. En cambio a posteriori abrimos el campo de actuación, dado que los propios dolientes informaron a otros conocidos que también habían sufrido una pérdida, y de esa manera el abanico de dolientes se amplió a otras causas de fallecimiento.

Recordamos que 16 personas fallecieron de una muerte esperable (57,1%) y 12 personas lo hicieron de una forma repentina (42,9%) -que incluye otros tipos de enfermedad con muerte no esperable, accidentes y suicidios-.

Hemos comparado los resultados obtenidos en todas las variables psicológicas medidas en los tres momentos temporales (pretest t1, pretest t2 y posttest) clasificando la muestra en dos grupos en función de la modalidad de la muerte ( muerte esperada o muerte repentina). Al hacer los análisis estadísticos, no hemos encontrado diferencias significativas en ninguna de ellas (*ver Anexo 10*). Estos datos podrían apuntar a que el programa MADED parece ser igual de efectivo independientemente de las circunstancias del fallecimiento, además de que según esta muestra no existen diferencias significativas en las variables medidas antes de la intervención pese a que las causas de muerte son diversas, siendo la muestra suficientemente homogénea.

Podemos observar en la *Tabla 109* que antes de la intervención psicológica no existen diferencias significativas en los síntomas del cuestionario biográfico en función de la modalidad de la muerte. En la *Tabla 110* tampoco observamos diferencias significativas en función de la modalidad de la muerte tras la intervención a excepción de los problemas atencionales, dónde los más afectados son los dolientes de familiares oncológicos.

**Tabla 109**

Chi cuadrado afectados por síntomas en función del tipo de muerte en el T1

SÍNTOMA	Tipo de muerte		Sig.
	Enfermedad oncológica (n)	Muerte repentina (n)	
Palpitaciones	4	7	,201
Opresión	8	11	,062
Apetito	3	5	,375
Estómago	3	6	,193
Soñar	4	7	,201
Pesadillas	2	4	,338
Atención	7	9	,338
Añoranza	11	11	-
Buscarle	4	4	1,000
No metas	9	5	,076
Inutilidad	5	3	,375
No aceptar	7	8	,647
Culpa	4	6	,392
Amargura	2	5	,170
Irritable	4	7	,201
Indiferencia	1	1	1,000
Alucinaciones	2	3	,611
Atesorar	7	7	1,000
Adicción	1	4	,127
Enfado	5	9	,076
Vacio	7	7	1,000
Sin sentido	3	3	1,000
No energía	5	7	,392
Problemas sueño	7	8	,647
Tristeza	9	10	,543
Soledad	6	8	,375
Dolor Cabeza	1	5	,056
Sequedad	5	6	,670

**Tabla 110**

Chi cuadrado afectados por síntomas en función del tipo de muerte en el T3

SÍNTOMA	Tipo de muerte		Sig.
	Enfermedad oncológica (n)	Muerte repentina (n)	
Palpitaciones	5	2	,170
Opresión	2	1	,534
Apetito	2	5	,170
Estómago	4	6	,392
Soñar	1	1	1,000
Pesadillas	11	11	-
Atención	10	5	<b>,022</b>
Añoranza	11	11	-
Buscarle	1	0	,306
No metas	3	2	,611
Inutilidad	3	1	,269
No aceptar	3	4	,647
Culpa	0	1	,306
Amargura	11	11	-
Irritable	1	1	1,000
Indiferencia	2	1	,534
Alucinaciones	1	0	,306
Atesorar	4	2	,338
Adicción	0	1	,306
Enfado	5	2	,170
Vacio	0	2	,138
Sin sentido	2	2	1,000
No energía	6	5	,670
Pro sueño	5	3	,375
Tristeza	4	4	1,000
Soledad	7	6	,665
Dolor Cabeza	11	11	-
Sequedad	1	3	,269



## **2.3 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Una vez presentados los resultados obtenidos al hacer el estudio en cuestión, trataremos en este subapartado de relacionarlo con los resultados obtenidos por otros investigadores en relación a las variables psicológicas medidas.



Recordamos que el *objetivo general* de la presente investigación ha sido estudiar las características psicológicas de los dolientes y analizar los beneficios que la terapia basada en el mindfulness puede ofrecer al desarrollo de duelos saludables. Para ello hemos diseñado un programa de intervención para personas en duelo basado en el modelo mindfulness y, tras ponerlo a prueba en una muestra de dolientes, hemos podido aportar evidencia sobre su eficacia y utilidad clínica.

Atendiendo a los *objetivos específicos* que han guiado este estudio, así como las *hipótesis concretas* que se derivan de dichos objetivos, en este apartado vamos a ir señalando las relaciones existentes con otros resultados de otras investigaciones, dando lugar a la discusión.

Dado que las investigaciones acerca de cómo mindfulness contribuye a la elaboración del duelo son escasas, hemos tratado de hacer la discusión por aproximación. Esto significa que hemos tenido en cuenta las contribuciones de la práctica de mindfulness y compasión en el ámbito del bienestar subjetivo y psicológico desde una perspectiva holística (biopsicosocial) y hemos tratado de extrapolarlo al ámbito del duelo, teniendo en cuenta las necesidades de los dolientes según la literatura científica revisada.

**1º Objetivo:** Elaborar un *perfil que describa las características clínicas y sociodemográficas* de las personas objeto de estudio

Recordamos la **Hipótesis 1.1** de nuestro estudio que señala: *Según la literatura científica revisada, esperamos que los dolientes presenten altos niveles de tristeza, rabia, ansiedad, soledad, fatiga, sentimiento de culpa, insomnio, vida sin sentido. También, ciertos síntomas físicos como opresión en el pecho, garganta, falta de energía, sensaciones en el estómago,*

*sequedad de boca, etc.* Y la **Hipótesis 1.2:** Esperamos *que aparezcan bajos niveles de capacidad de atención plena, de autocompasión y bajos niveles de bienestar hedónico y eudaimónico. Además, esperamos bajos niveles de aceptación, serenidad, crecimiento postraumático, construcción de significados y alta presencia de recuerdos traumáticos.*

Podemos señalar que ambas hipótesis obtienen evidencia en nuestro estudio. Hemos podido observar en los resultados que los dolientes presentan principalmente  *sintomatología cognitivo-emocional, física y conductual* tras la pérdida de su ser querido. Principalmente tristeza y añoranza, seguida de opresión en el pecho y/o garganta, problemas de atención y memoria, dificultades con el sueño (insomnio, hipersomnia, despertares nocturnos), dificultad para aceptar la muerte, enfado, soledad, falta de energía, falta de metas, palpitaciones, atesorar objetos, vacío, soñar con el fallecido e irritabilidad. En menor proporción también presentan cambios de apetito, sequedad de boca, culpa, falta de sentido, pesadillas, inutilidad respecto al futuro, buscarle sabiendo que no está, amargura, alucinaciones, adicciones e indiferencia.

Siguiendo a Worden (2013), algunos de los sentimientos que presentan los dolientes son: la tristeza, la rabia o enfado, la culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, alivio, insensibilidad, etc. Algunas de las cogniciones hacen referencia a incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia y alucinaciones. Algunas conductas se refieren a trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, conducta de búsqueda, suspiros, hiperactividad desasosegada, llanto, atesorar objetos que pertenecían al fallecido, visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerden al fallecido, etc. Algunas de las sensaciones físicas son: vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca, etc.

Las características claves definitorias del duelo normal o agudo según los estudios de Lindemman (1944) son: malestar somático/corporal; preocupación por la imagen del fallecido; culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte; reacciones hostiles o incapacidad de actuar como antes de la pérdida.

Los dolientes de nuestro estudio presentan niveles medio-altos de duelo complicado (58%) lo que justificaría la intervención psicológica realizada. Siguiendo a Barreto, De la Torre y Pérez-Marín (2013), el duelo que no sigue el curso esperado se le denomina duelo complicado (DC), patológico o crónico. Éste interfiere en el funcionamiento general de la persona complicando su salud, por lo que en estos casos la psicoterapia se hace imprescindible.

**2ª Objetivo:** Diseñar el programa de intervención basado en mindfulness teniendo en cuenta la literatura científica revisada acerca de *mindfulness*, *bienestar psicológico* y *las necesidades de los dolientes*.

En relación a la **Hipótesis 2.1** *Esperamos, que el programa promueva, entre otros, los siguientes recursos psicológicos: serenidad, capacidad de aceptación, presencia, capacidad de regulación emocional, autocompasión, capacidad de procesar experiencias traumáticas y de darle un sentido a la experiencia de pérdida*, podemos indicar que el programa MADED ha sido diseñado exclusivamente para promover los recursos psicológicos anteriormente citados. De todos ellos el trabajo de *compasión* es especialmente relevante.

En el cuestionario de satisfacción elaborado ad hoc los participantes respondieron a una serie de preguntas que incluían los *recursos psicológicos* que habían mejorado con la intervención basada en mindfulness y compasión. Los participantes del programa MADED señalaron principalmente el incremento del bienestar psicológico, la capacidad de aceptación y la capacidad de regulación emocional. Esto venía seguido del incremento de la conciencia emocional, serenidad, el manejo de los pensamientos, la espiritualidad y la capacidad de autoobservación. A continuación señalaron la conciencia corporal, la autocompasión, la empatía, la compasión, nuevos sentidos en la vida, y la liberación.

Ante estos resultados podemos señalar que los resultados obtenidos van en la línea de la hipótesis formulada y en la línea de los resultados obtenidos en otras investigaciones. Siguiendo a Neff (2012), la compasión es un elemento clave para que se produzca la elaboración en los proceso de duelo. Es posible desarrollar un crecimiento postraumático llegando a sentirse más fuertes emocionalmente a través del cultivo de la compasión (Losa y Simón, 2013). Extrapolando esto al ámbito del duelo, hemos apostado por un programa de mindfulness y compasión que movilizara este recurso y que además los participantes señalaron como elemento clave en el cuestionario de satisfacción.

Otro de los recursos fundamentales que se ha movilizado con el programa diseñado ha sido la regulación emocional y el bienestar psicológico, que los participantes han considerado muy relevante. Estos resultados van en la línea de Brown et al. (2003) que observaron que la capacidad mindful se relacionaba con una gran variedad de indicadores cognitivos y afectivos de salud mental, incluyendo niveles más bajos de distrés emocional (ansiedad, depresión, estrés) y altos niveles de bienestar (vitalidad, afecto positivo y satisfacción con la vida).

Siguiendo a Shapiro et al. (2008), la práctica de mindfulness está relacionada con un aumento del *bienestar* (reducción del malestar psicológico y aumento del afecto positivo). Gross y Muñoz (1995) exploraron el rol de mindfulness en *la regulación del afecto*, una habilidad que es fundamental para la salud mental y otros aspectos del funcionamiento adaptativo, y que es uno de los elementos clave que los participantes de nuestra investigación han señalado como recurso movilizado gracias a la intervención.

En el doliente uno de los recursos psicológicos a poner en marcha es la *serenidad*. Las tormentas emocionales y sus consecuencias somáticas se apaciguan y la persona que sufre, experimenta cómo en medio de la tempestad surge la calma a través de la práctica de mindfulness (Simón, 2011). Precisamente este recurso también ha sido movilizado con nuestro protocolo de intervención, y los participantes lo han considerado relevante.

Otro recurso que se ha movilizado con el programa MADED ha sido encontrar nuevos sentidos en la vida. Nuestros resultados van en la línea de lo que señala Simón (2011) cuando dice que una forma en que mindfulness ayuda en el proceso de duelo es a través del redescubrimiento de un *nuevo sentido en la vida*. Según Kumar (2005) ese nuevo sentido se basa en el amor y la compasión que es la otra cara de la moneda del sufrimiento, y es precisamente en lo que hemos apostado transversalmente a lo largo de todo el protocolo de intervención. Entrenarse en la compasión permite aprender que todos los seres son iguales y sufren de la misma manera, lo cual llevará a respetar a quienes sufren y tratar de aliviar su sufrimiento. El dolor y la aflicción por la pérdida de un ser querido podrá hacer que contemplemos nuestra vida y hallemos un *significado que antes carecíamos*; o que nos esforcemos por hallar nuevos sentidos (Yoffe, 2012). También podrá conducirnos a realizar cambios transformadores en nuestra vida o a llevar a cabo proyectos nuevos (Sogyal Rinponche, 2000).

Teniendo en cuenta los recursos psicológicos que según la literatura científica revisada pone en marcha la práctica de mindfulness, hemos diseñado un programa que pueda movilizar todos esos recursos en un total de nueve sesiones semanales consecutivas como ha quedado explicitado en el marco teórico del presente estudio. Según los datos obtenidos del cuestionario de satisfacción elaborado ad hoc, los datos apuntan a que el programa sí que ha influido positivamente en esos recursos (serenidad, aceptación, bienestar, sentido, regulación emocional, compasión, conexión, etc.), aportando de esta manera evidencia sobre nuestra segunda hipótesis.

**3º Objetivo:** Determinar el *efecto* que tiene la *aplicación de nuestro programa de intervención psicológica* (comparación pretratamiento-post-tratamiento) en los sujetos de la muestra, sobre las variables dependientes evaluadas.

Teniendo en cuenta las diferentes hipótesis derivadas de este objetivo vamos a tratar de dar evidencia con nuestro estudio a los hallazgos de otros investigadores que ponen en relación mindfulness, compasión y bienestar psicológico, así como mindfulness y duelo.

La **Hipótesis 3.1** planteaba un aumento significativo de *las variables de capacidad de Atención plena, bienestar psicológico (Satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y afecto positivo) y autocompasión*, en el post-tratamiento al haber recibido terapia psicológica de apoyo a la elaboración del duelo, y beneficiarse presumiblemente del efecto facilitador de dicha intervención.



La **Hipótesis 3.2.** planteaba una disminución significativa de *las variables de malestar psicológico (ansiedad, depresión, afecto negativo y duelo complicado)*, esperando que el haber recibido tratamiento psicológico de apoyo a la adaptación al proceso de duelo, y beneficiarse presumiblemente del efecto facilitador de dicha intervención presentasen puntuaciones inferiores en las medidas post-tratamiento frente a las presentadas en pre-tratamiento.

Nuestros datos apuntan a ese aumento significativo de las variables que miden capacidad de atención plena, bienestar psicológico y autocompasión y por otro lado a una reducción significativa de las variables de malestar psicológico, por lo tanto, se obtienen evidencia sobre las dos hipótesis anteriores. Los resultados van en la línea de los obtenidos por otros autores como vamos a tratar de constatar en los párrafos que siguen a continuación.

Siguiendo a Schellekens et al. (2014) encontraron un aumento significativo en las variables que miden bienestar psicológico (autocompasión, espiritualidad, capacidad mindful) y una reducción significativa de las variables que miden malestar en el postest en comparación con el pretest nada más finalizar la intervención psicológica de 8 semanas consecutivas con una frecuencia semanal, y tres meses después de haber finalizado la intervención, tanto en los pacientes como en los cuidadores principales. Nuestros resultados por tanto van en la línea de los resultados obtenidos en esta investigación.

Por otro lado Roberts y Montgomery (2015) encontraron en su estudio con madres que habían perdido a su bebé durante el embarazo, que tras la intervención psicológica los datos apuntaban a un aumento significativo en todas las dimensiones asociadas a la capacidad mindful (observación, descripción, atención plena, no juzgar, no reactividad). El resto de las variables cambiaron en la dirección hipotetizada, aunque no fueron significativas. Podemos señalar que los resultados obtenidos en nuestra investigación van en la línea de esta

investigación, y además en nuestro caso hemos constatado que los datos apuntan a un aumento significativo también en la variable de satisfacción con la vida tras la intervención psicológica.

Shapiro et al. (2008) en el estudio que realizaron observaron una reducción significativa del estrés percibido, de las rumiaciones y un aumento en la capacidad de perdonar en aquellos participantes que recibieron terapia basada en mindfulness u otro tipo de meditaciones. Nuestros datos apuntan en esta dirección como ha quedado reflejado en el apartado de resultados, aunque nosotros no hemos tenido en cuenta la variable tiempo dedicado a la práctica y tampoco hemos medido la capacidad de perdonar. Por lo demás, hemos encontrado un aumento significativo de la capacidad de atención plena medida con el MAAS y también una reducción del malestar psicológico (ansiedad, depresión, afecto negativo, duelo complicado), aunque hemos utilizado escalas diferentes para medirlo.

Nyliceck y Kuijpers (2008) encontraron una reducción del estrés percibido y del afecto negativo, así como un aumento del afecto positivo (PANAS) y de la capacidad de atención plena (MAAS) tras la intervención psicológica con MBSR. Nuestros datos apuntan también en esta línea, puesto que en nuestra muestra de dolientes, la aplicación del programa mindful ha contribuido a la consecución del bienestar psicológico en la misma dirección de este estudio.

Cruces, García y Carbajo (2014) encontraron tras la intervención grupal en dolientes una disminución no significativa, pero consistente de la sintomatología ansioso-depresiva, así como una mejoría en el insomnio significativa. Nuestros resultados van en esta misma línea, aunque en nuestro caso las diferencias sí que son significativas, como ha quedado explicitado en el apartado de resultados.

Rushton et al. (2009) en su estudio con profesionales de la salud encontraron que tras la intervención basada en mindfulness los profesionales tenían mayor estabilidad mental y emocional para poder cuidar, además de un aumento de la compasión. En nuestro estudio hemos podido comprobar que la práctica de mindfulness ayuda a los dolientes que han perdido a su ser querido a tener mayor serenidad ante la pérdida, así como un aumento significativo de la autocompasión que contribuye al bienestar psicológico, reduciendo los niveles de ansiedad y depresión. Por lo tanto nos encontramos con resultados muy similares a los de esta investigación en el área de los cuidados paliativos.

Los hallazgos encontrados en el estudio de Tacón (2011) van en la línea de la hipótesis formulada por los investigadores (aumento del bienestar y reducción de los indicadores de pérdida y los síntomas de duelo anticipado). En relación a nuestro estudio, nuestros resultados van en la misma línea, puesto que la práctica de mindfulness contribuye en la reducción del duelo complicado, así como un aumento significativo del bienestar psicológico, además de un incremento de la espiritualidad, como ha quedado explicitado en el apartado de resultados.

En todos los estudios presentados con anterioridad la práctica de mindfulness resulta ser una intervención beneficiosa para obtener bienestar psicológico tanto en el área de los cuidados paliativos, como en otras áreas donde los pacientes presentan malestar psicológico. Nuestro estudio en el área de los cuidados paliativos, y en concreto en la atención al duelo, va en la línea de los hallazgos encontrados por otros investigadores, lo que contribuye a aumentar la evidencia empírica de este modelo de intervención basado en terapias de tercera generación.

La **Hipótesis 3.3** planteaba *la no existencia de diferencias significativas en el grupo control de lista de espera, en los dos momentos de evaluación (evaluación 1 y evaluación 2 tras dos meses sin haber recibido tratamiento psicológico), en las medidas de las variables clínicas (capacidad de atención plena, bienestar psicológico, autocompasión, malestar psicológico e indicadores de bienestar).*

Los resultados de nuestro estudio van en la línea de dicha hipótesis como ha quedado reflejado en el apartado de resultados y también en la línea de los hallazgos obtenidos por otros autores. Concretamente Nyclicek y Kuijpers (2008) encontraron que en el grupo control en lista de espera no hubo un aumento de la capacidad de atención plena, y tampoco una mejoría en el bienestar psicológico, puesto que las medias obtenidas en el pre-post eran muy similares. Tampoco encontraron un aumento del malestar psicológico por el paso del tiempo. En cambio en nuestro estudio sí que encontramos un aumento significativo de la ansiedad con el paso del tiempo al no recibir terapia psicológica, así como un aumento de los síntomas característicos del proceso de duelo como ha quedado explicitado en el apartado de resultados. Por otro lado Shapiro et al. (2008), encontraron que el grupo que no recibió terapia basada en mindfulness y que estuvo en lista de espera no aumentó la capacidad de atención plena, y tampoco mejoró el bienestar psicológico, yendo en la misma línea que los resultados obtenidos en nuestra investigación.

La **Hipótesis 3.4** planteaba *diferencias significativas en las variables psicológicas medidas, al comparar el grupo control con el grupo experimental, tras recibir este último la intervención psicológica. Dichas diferencias irían en la dirección de una disminución mayor del malestar psicológico y un aumento mayor del bienestar y las capacidades de atención plena, en el grupo experimental tras recibir tratamiento frente al control (que no lo ha recibido).*

Los resultados de nuestro estudio proporcionan evidencia empírica sobre esta hipótesis, y van en la dirección de los resultados obtenidos por otros estudios que también han comparado los resultados del grupo experimental que recibe terapia basada en mindfulness con grupos controles -tanto en lista de espera como otras intervenciones psicoeducativas-. Concretamente en el estudio realizado por Shapiro et al.(2008) vieron que al comparar los resultados obtenidos en las variables clínicas medidas en los dos grupos experimentales que recibieron una intervención o bien basada en mindfulness, o en otro tipo de meditación con mantras, con el grupo control en lista de espera, aquellos que recibieron tratamiento presentaban niveles más altos significativos de capacidad de atención plena en comparación con el de lista de espera. Por otro lado en el estudio realizado por Schellekens et al. (2009) encontraron que los pacientes que recibieron la terapia MBSR presentaron niveles más bajos de malestar psicológico, niveles más altos de calidad de vida, calidad en las relaciones y en la espiritualidad, en comparación con los pacientes que recibieron la intervención TAU (Grupo control). En nuestro estudio no hemos utilizado como grupo control otro tipo de intervención psicológica, pero sí hemos empleado la lista de espera, y efectivamente los beneficios encontrados son mayores en el grupo experimental. Además los resultados obtenidos por Nylícek y Kuijpers (2008), constatan diferencias significativas entre el grupo control (lista de espera) y el grupo experimental en las variables clínicas medidas (estrés, afecto positivo, calidad de vida, vitalidad subjetiva, y capacidad mindful) a favor del grupo que ha recibido terapia psicológica basada en mindfulness, coincidiendo con los hallazgos encontrados por nuestro equipo de investigación, como ha quedado reflejado en resultados.

**4º objetivo:** Identificar las relaciones existentes entre las variables de bienestar psicológico, capacidad mindful y autocompasión.

Los resultados de nuestro estudio proporcionan evidencia empírica acerca de la correlación existente entre la capacidad mindful, el bienestar psicológico y la variable autocompasión. Podemos señalar que nuestro estudio aporta evidencia a las hipótesis derivadas de este objetivo: **Hipótesis 4.1.** *Esperamos relaciones positivas entre cada una de las variables que mide bienestar (afecto positivo, satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva) y la capacidad mindful y autocompasión e* **Hipótesis 4.2.** *Esperamos relaciones negativas entre cada una de las variables que mide malestar (ansiedad, depresión, duelo complicado y afecto negativo) y la capacidad mindful y autocompasión-.*

En relación a otros estudios realizados por otros autores, recordamos los obtenidos por Macbeth y Gumley (2012) dónde encontraron una correlación negativa entre psicopatología (ansiedad, estrés, depresión) y autocompasión. Otros estudios han encontrado correlaciones positivas entre autocompasión y la satisfacción con la vida, felicidad, optimismo, afecto positivo, espiritualidad, inteligencia emocional y bienestar psicológico (Baer et al., 2012).

En el estudio realizado por Bluth y Blanton (2013) encontraron que la autocompasión correlacionó positivamente con satisfacción con la vida y negativamente con afecto negativo y estrés percibido. En el afecto positivo no se hallaron correlaciones significativas. Estos hallazgos van en la línea de nuestra investigación, donde las correlaciones encontradas indican que en líneas generales cuanto mayores son las puntuaciones en ansiedad, afecto negativo y depresión, menos capacidad de atención plena, menos autocompasión y menos

capacidad de no juzgar (correlación negativa) y cuanto mayores son las puntuaciones en afecto positivo, satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva, más capacidad de atención plena, más autocompasión y más capacidad de no juzgar (correlación positiva).

En el estudio realizado por Ferguson et al. (2014) encontraron una correlación positiva entre autocompasión y el bienestar eudaimónico. Además se encontró que ambas variables correlacionaron negativamente con pasividad y positivamente con responsabilidad, iniciativa y autodeterminación. Aunque en nuestro estudio hemos empleado otras variables para medir el bienestar eudaimónico (satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva), nuestros datos apuntan en la misma dirección, ya que la variable autocompasión correlaciona significativamente con el bienestar eudaimónico en una población de dolientes que ha recibido terapia psicológica basada en mindfulness y compasión.

Por último el estudio de Klein et al. (2015) evidenció la relación existente de la capacidad mindful con la satisfacción con la vida y los síntomas de salud mental. Estos hallazgos van en la línea de nuestros resultados, puesto que hemos encontrado que la capacidad de atención plena y la habilidad de no juzgar correlacionan negativamente con la depresión de forma significativa.

**5º Objetivo.** Identificar los principales predictores del bienestar psicológico y evaluar el peso que tiene la variable autocompasión en esta predicción.

En líneas generales también se ha encontrado que la autocompasión y algunas variables de la capacidad mindful (capacidad de no juzgar y capacidad de atención plena) predicen las variables de bienestar psicológico. Podemos señalar que nuestros datos apoyan la **Hipótesis 5.1**. *Esperamos que las variables que predicen el bienestar psicológico sean la capacidad mindful (no juzgar, capacidad de atención plena) y la capacidad autocompasiva.*

A continuación vamos a poner en relación los resultados obtenidos en nuestra investigación con los hallazgos empíricos de otros investigadores en el ámbito de mindfulness, compasión y bienestar psicológico, para podernos acercar al terreno de los cuidados paliativos y en específico en el acompañamiento en duelo a través de mindfulness. El motivo por el cual hemos elegido estas variables como variables predictoras, es que nos hemos dejado guiar por otras investigaciones dónde han obtenido en los análisis de regresión que estas variables eran las que más peso tenían.

Los resultados de otras investigaciones sugieren que tanto mindfulness como autocompasión funcionan como mediadoras en la consecución del bienestar psicológico (Bluth y Blanton, 2013). Además en los análisis de regresión de otras investigaciones los autores han encontrado que la capacidad de atención plena y la capacidad de no juzgar del FFMQ contribuyen en mayor proporción que el resto de dimensiones de dicho cuestionario en la predicción de la salud mental, ansiedad y depresión (Veehof et al., 2011). Estos hallazgos van en la línea de los obtenidos por Baer et al. (2006), que encontraron que la faceta de



atención plena era la más importante en la predicción de la salud mental y los síntomas psicológicos. Los hallazgos de estos investigadores, en realidad, son los que han guiado nuestro estudio. Cuando hemos llevado a cabo el análisis de regresión hemos seleccionado estas dos facetas como predictoras del bienestar psicológico. Los datos apuntan en la misma dirección que los resultados obtenidos por estos investigadores.

Estos hallazgos están en la línea de otros estudios realizados acerca de estas relaciones. En el estudio realizado por Bluth y Blanton (2013) encontraron que la variable autocompasión era una variable mediadora en la relación existente entre mindfulness y bienestar psicológico en la población adolescente. Concretamente se encontró una relación significativa entre mindfulness (predictor) y cada una de las cuatro variables que medían bienestar psicológico (afecto positivo, afecto negativo, satisfacción con la vida y estrés percibido). Por otro lado se encontró una asociación significativa entre la autocompasión (variable mediadora) y mindfulness (predictor). Además en nuestra investigación hemos encontrado que la variable autocompasión es la de mayor peso en la predicción del bienestar psicológico, como ha quedado reflejado en el apartado de resultados. Tanto mindfulness como autocompasión son variables mediadoras en la consecución del bienestar psicológico tanto en población adolescente como en adultos.

En los estudios de Olson et al. (2015) y Montero et al. (2015) los resultados apuntan a que tanto ser una persona resiliente como mindful contribuye a menor burnout, mediatizado por las variables que miden bienestar psicológico. Estos datos van en la misma línea que nuestros resultados, ya que también hemos encontrado que la capacidad mindful es un predictor del bienestar psicológico.

Hoge et al. (2013) encontraron que los niveles de mindfulness era un fuerte predictor de los síntomas de ansiedad, yendo en la línea de nuestros resultados, puesto que hemos encontrado que tanto mindfulness como autocompasión predicen la ansiedad de una forma significativa (correlación negativa).

En el estudio de Körner et al. (2015) se ha encontrado evidencia de la relación existente entre la autocompasión y los síntomas depresivos. Estos hallazgos van en la línea de nuestra investigación, donde hemos encontrado que los síntomas depresivos fueron explicados por las variables autocompasión y capacidad mindful, siendo la primera la que más contribuye en la predicción.

Todos los estudios presentados en este quinto objetivo van en la línea de la hipótesis formulada por nuestra investigación. La literatura científica evidencia la relación existente entre mindfulness, autocompasión y bienestar psicológico.

**6º Objetivo.** Evaluar si existen diferencias significativa en función de la modalidad de la muerte en las variables psicológicas medidas en los dolientes en los tres momentos temporales.

En relación a la **Hipótesis 6.1.** *Esperamos diferencias significativas en función de la modalidad de la muerte en las variables psicológicas medidas*, podemos señalar que la hipótesis formulada no obtiene evidencia en nuestro estudio. Pese a que siguiendo a Arranz et al. (2003) cabe esperar peor sintomatología en los dolientes que han perdido a un ser querido de una forma repentina (puesto que es un factor de riesgo) en nuestro estudio no obtenemos estos resultados. Estos datos podrían apuntar a que la muestra no es lo suficientemente grande cómo para poder detectar estas diferencias o que los cuestionarios empleados no son

suficientemente sensibles a las diferencias en la sintomatología en función del tipo de muerte. Por otro lado pensamos que el programa MADED parece ser igual de efectivo independientemente de las circunstancias del fallecimiento porque promueve unos recursos que pueden llegar a ser transversales en cualquier tipo de patología. Esa es la razón por la que los programas de mindfulness y compasión están teniendo tanto impacto en la sociedad, pues son recursos que están influyendo positivamente en la vida de las personas y están empleándose para todo tipo de experiencias de sufrimiento: dolor, trastornos de la alimentación, adicciones, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, etc. Esos recursos que promueve la práctica de la atención plena y la compasión nos enseñan a vivir, a aceptar lo que no podemos cambiar, a encontrar nuestra fortaleza interna y a integrar la muerte como parte de la vida. Es por ello que promover estos recursos es esencial en el acompañamiento en el proceso de duelo.

## **LIMITACIONES Y LÍNEAS DE FUTURO**

Algunas limitaciones de nuestro estudio son que la muestra no ha sido aleatorizada totalmente. En el primer grupo de dolientes sí que se hizo una división aleatoria (un grupo esperó y otro recibió tratamiento), pero los grupos posteriores fueron entrando por orden de llegada sin aleatorizar (tomando dos medidas previas a la intervención con una diferencia de dos meses entre una y otra antes de recibir tratamiento). Por otro lado se trata de una muestra pequeña (n=22), por lo que se requeriría continuar con este estudio ampliándolo a más población.

Otra limitación a tener en cuenta es que no hemos medido el tiempo invertido en la práctica diaria, para evaluar cómo correlaciona con los resultados obtenidos. Creemos que esta variable es fundamental tenerla en cuenta para futuras investigaciones.

Las líneas de futuro podrían ser comparar dos grupos de dolientes independientes, dónde unos recibieran el programa basado en mindfulness y compasión, y otros una terapia grupal de apoyo que no incluyese mindfulness. De esa manera poder evaluar las diferencias en las variables psicológicas que hemos manejado en este estudio y observar las contribuciones de mindfulness en comparación con otras terapias existentes. El objetivo esencial de esta línea de futuro sería poder mejorar los protocolos existentes para evitar la complicación de duelos que tengan altos factores de riesgo.

## CONCLUSIONES

1. En el doliente uno de los recursos psicológicos a movilizar es la *serenidad*. Precisamente la práctica de mindfulness contribuye a apaciguar las tormentas emocionales y sus consecuencias (Simón,2011)

2. Una forma en que mindfulness ayuda en el proceso de duelo es a través del redescubrimiento de un *nuevo sentido en la vida*. La conciencia mindful permite que seamos activos y que encontremos nuevos significados de vida tras la pérdida, dándonos así el poder para cambiar nuestras vidas (Simón, 2011). Ese nuevo sentido se basa en el amor y la compasión, que es la otra cara de la moneda del sufrimiento (Kumar, 2005).

3. La práctica de mindfulness en el doliente en este estudio parece haber contribuido significativamente a aumentar el bienestar, la autocompasión y capacidad de atención plena

4. La práctica de mindfulness parece favorecer una reducción significativa de la sintomatología ansioso-depresiva, la presencia de recuerdos traumáticos, la sintomatología somática, y el índice de duelo complicado.

5. La práctica de mindfulness parece haber contribuido a mejorar los indicadores de bienestar asociados a mindfulness: aceptación, serenidad, espiritualidad y crecimiento postraumático.

6. Las diferencias encontradas entre el grupo experimental y el grupo control han sido significativas en todas las variables psicológicas medidas. Esto parece indicar que nuestra intervención basada en mindfulness es más efectiva que el paso del tiempo.

7. Las correlaciones encontradas indican que en líneas generales cuanto mayores son las puntuaciones en ansiedad, afecto negativo y depresión, menos capacidad de atención plena, menos autocompasión, y menos capacidad de no juzgar (correlación negativa) y que cuanto mayores son las puntuaciones en afecto positivo, satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva, más capacidad de atención plena, más autocompasión, y más capacidad de no juzgar (correlación positiva).

8. La autocompasión, la capacidad de no juzgar y la capacidad de atención plena son predictores del bienestar psicológico. Por esta razón diseñar protocolos de intervención basados en mindfulness y compasión que fomenten estas capacidades puede contribuir a la elaboración del duelo, evitando así la complicación del mismo en el caso de que existan factores de riesgo.

9. La práctica de mindfulness en el doliente parece contribuir a la consecución del bienestar hedónico y eudaimónico, de la misma manera que en la población general.

10. La aplicación y el diseño de programas como el MADED en el ámbito del duelo es una línea de investigación que debería potenciarse con el objetivo de mejorar los protocolos existentes y dar un servicio de calidad a las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido, teniendo en cuenta el impacto de la pérdida en la vida de las personas y los resultados obtenidos en nuestro estudio tras la aplicación del programa MADED.

## **2.4 VALORACIÓN PERSONAL**

En este apartado vamos a presentar una reflexión integrada de ideas teniendo en cuenta la totalidad de la tesis (marco teórico y parte empírica) a través de una valoración del proceso de aprendizaje a lo largo de todo el recorrido.





Las emociones dan sentido a nuestra experiencia humana, sin ellas como señala Margarita Rojas en su cuento sobre las emociones, nuestra vida sería apática, sin colorido. Pero durante muchos años no se le ha otorgado en la psicología la relevancia que realmente tienen, precisamente por ser invisibles. Nos hemos centrado en la cognición como una forma de controlar los estados emocionales - es lo que se denomina el procesamiento de arriba-abajo. Según este procesamiento si modificamos los pensamientos podemos modificar las emociones. Pero al parecer no es tan sencillo como esto, las emociones se manifiestan una y otra vez aunque hagamos intentos de controlarlas a través del pensamiento. Es por ello que a través de un procesamiento de abajo-arriba -desde la emoción a la cognición- podemos conseguir una mayor integración en la experiencia. A través de este tipo de procesamiento conectamos con la emoción, la escuchamos, la validamos, tratamos de comprenderla sin juicios, permitimos su presencia y no tratamos de modificarla. La observamos desde dentro, observamos cómo se va transformando, cómo se va movilizándose en el cuerpo, observamos las sensaciones físicas que tenemos cuando estamos conectados con la emoción, la describimos a través de los sentidos (color, aroma, gusto, tacto, temperatura); al fin y al cabo nos convertimos en testigos u observadores de nuestra propia experiencia. La consciencia es la que contempla otros procesos que contiene como lo son las emociones, las sensaciones, los pensamientos, etc. Es como si dentro de un recipiente grande que es la consciencia estuviesen todos los demás.

En estas líneas hemos descrito el trabajo que se realiza con mindfulness para hacer la regulación emocional, que es precisamente en lo que hemos centrado prácticamente una gran parte de la intervención terapéutica para personas en duelo. Pero ¿Por qué hemos decidido centrar nuestro programa de intervención llamado MADED en las emociones, es decir en la tarea II de Worden? En el marco teórico ya comentamos que las emociones son esenciales para la vida

y para hacer un procesamiento integrado de la experiencia, ya que ellas son las que nos permiten consolidar en la memoria las experiencias vividas. Sin emoción, no podríamos recordar nada. Es la amígdala la encargada de procesar y reclutar la experiencia vivida. Esta estructura se comunica con una carretera amplia con el hipocampo, en cambio la carretera que comunica éste con la amígdala es mucho más estrecha. De ahí que el procesamiento abajo-arriba sea más efectivo para trabajar con las emociones. Cuando empezamos a conectar con la emoción se activa la amígdala, y ésta a su vez activa el hipocampo que nos dará las coordenadas espacio-temporales de lo sucedido, por lo que podremos recordar y reexperimentar la experiencia con el máximo detalle para poder hacer el trabajo de integración ( Payás, 2010).

Precisamente el duelo como ya se ha señalado en el marco teórico, duele, y las emociones son básicas y esenciales para podernos adaptar a la nueva situación. Un edificio que ha caído necesita volverse a edificar en una base sólida. Las emociones ayudan a que nos adaptemos a esa nueva situación en la que el ser querido ya no está. Pero ante el dolor de la pérdida de un ser amado muchas veces es tan alta la intensidad del mismo que las personas prefieren mirar hacia otro lado, hacer como si nada hubiese pasado, negar la realidad y evitar el dolor de la pérdida empleando estrategias de afrontamiento de estilo evitativas, creyendo erróneamente que nos ayudarán a eliminar el sufrimiento. Como señala Parkes (1972) "es necesario que la persona elabore el dolor emocional para realizar el trabajo del duelo, y cualquier cosa que permita evitar o suprimir de forma continua ese dolor es probable que prolongue el curso del duelo".

Es importante por tanto trabajar con las emociones, y consideramos que mindfulness resulta una intervención muy adecuada para ello. A lo largo del marco teórico hemos explicado la importancia del trabajo con las emociones y no está de más recordar la cita de Payás (2010) "en el duelo, la experiencia plena en el aquí y el ahora de afectos tales como el llanto, el dolor, la

pena, la tristeza, la nostalgia e incluso el enfado y la desesperación permite la conexión e integración entre el pasado y el presente, y su expresión fenomenológica abre la puerta a la posible reestructuración y al crecimiento tras la pérdida". Este tipo de intervenciones destinadas a fomentar la atención plena en la vivencia de la sintomatología física y el malestar o sufrimiento emocional son muy útiles en experiencias de pérdidas y favorecen la integración. Han sido utilizadas de forma muy efectiva en el tratamiento de personas en estrés agudo, dolor crónico o supervivientes de traumas (Kabat Zinn, 2005).

Junto con el trabajo con las emociones hemos incluido en el protocolo todas las tareas de duelo que diversos clínicos consideran relevantes, así como otras que hemos considerado importantes, pero en estado de meditación: el perdón, la gratitud, la expresión del amor, la despedida del ser querido, el cultivo de la serenidad a través de los pilares de la felicidad de Bernabé tierno. Todo ello contribuye a integrar la realidad de la pérdida y fomentar el crecimiento psicoespiritual. Como señalan muchos de los autores citados a lo largo del trabajo, es importante aprender a decir adiós, pero antes uno ha de aprender a decir hola a todo aquello que florece en el proceso del duelo. Desde nuestro punto de vista la despedida no supone olvidar al ser querido, supone soltar los lazos del dolor, decir adiós a los apegos y al sufrimiento, pero para ello primero uno ha de permitirse decir hola. Tras el hola viene el adiós, y tras el adiós un nuevo hola transformado, ya que el ser querido siempre formará parte de nuestra realidad psicológica; es lo que se denomina recolocación del ser querido para seguir viviendo y amando (Worden, 2013).

Sin duda mindfulness puede ayudar en muchos sentidos a los dolientes como ha quedado explicado a lo largo de la tesis, gracias a que supone un camino de autorrealización personal, de autocuidado, donde uno se permite sentir sin juicios, fomentando la expresión de emociones

desde la serenidad, fomentando estados emocionales positivos que contribuyen al bienestar psicológico, tanto al hedónico como el eudaimónico. Recordemos que el primero hace referencia a la experiencia de placer y ausencia o alivio del sufrimiento; y el segundo hace referencia al crecimiento personal y espiritual. Este último tipo de bienestar estaría más relacionado con la filosofía Kumar (2005), que considera mindfulness y concretamente el trabajo con la compasión basada en el amor incondicional de la psicología budista, el elemento esencial capaz de convertir el dolor de la pérdida en amor. Recordemos una de las citas del autor: "aceptando el sufrimiento por la impermanencia a través de mindfulness, permitimos que se cierren las heridas del dolor y permitimos encontrar nuevos sentidos en nuestra vida que aceleren nuestro crecimiento espiritual. Desde un punto de vista psicoespiritual, un duelo saludable permite emplear el dolor de la pérdida para convertirnos en mejores personas, más humanas, más compasivas" (Kumar, 2005).

Es precisamente ese el objetivo de nuestra intervención, que las personas puedan llegar a la fase de crecimiento-transformación, a través de un trabajo personal, donde la terapia grupal supone el espacio donde los dolientes aprendan a meditar como herramienta terapéutica capaz de transformar la filosofía de vida de las personas. Esa filosofía que engloba la muerte como algo tan natural como la vida misma. Por tanto mindfulness para nosotros supone un modelo terapéutico que guía las intervenciones y que se basa en la práctica de la meditación como herramienta de evolución psicoespiritual. El espacio de aprendizaje será en la terapia de grupo, pero el espacio de práctica será en la propia vida de las personas, momento a momento. Es por ello que aunque el protocolo es limitado en el tiempo, puesto que son nueve sesiones, el trabajo de duelo podríamos decir que no se cierra nunca del todo, puesto que en la fase de crecimiento-transformación podemos continuar hasta el resto de nuestros días. De alguna manera y como ya

se ha señalado a lo largo del trabajo, el programa MADED sería “esa caña que se le ofrece a los dolientes para que puedan pescar de por vida el alimento necesario para subsistir”.

En la muestra de dolientes con los que he tenido el honor de trabajar he podido observar cómo la práctica de mindfulness ha contribuido a la consecución de la serenidad pese al dolor de la pérdida, como ha quedado evidenciado a lo largo de la tesis. Cómo las personas mejoran la calidad del sueño y la sintomatología ansioso-depresiva, cómo la presencia de recuerdos traumáticos se hace menos frecuente e intensa, y además cómo vuelven a recuperar las ganas de vivir integrando al ser querido dentro de ellos, para seguir caminando por el sendero de la vida. Los resultados obtenidos en esta investigación, me hacen sentirme lo suficientemente segura e ilusionada para continuar en esta línea. Poder ayudar a las personas en duelo a encontrar calma dentro de la tormenta es algo que me motiva desde lo más profundo de mi corazón y me alienta a continuar en este camino de aprendizaje. Agradezco a todas esas personas que en los grupos han compartido su dolor con tanta generosidad, haciéndome partícipe de sus más profundos sentimientos; sin duda mis maestros en este viaje.



## LA VIDA ES EL REY

Hora tras hora, día  
tras día tratamos  
de asir lo inasible, fijar  
lo impredecible. Las flores  
se marchitan al tacto, el hielo  
se agrieta de pronto bajo nuestros pies.

En vano  
tratamos de descifrar el vuelo del ave en el cielo,  
encontrar los peces silenciosos en aves profundas,  
tratamos de anticipar la sonrisa ganada, la suave recompensa,  
aún la vida misma tratamos de atrapar.

Más la vida  
se nos va de las manos,  
como la nieve. La vida  
no nos pertenece. Le pertenecemos a la vida.

La vida  
es el Rey.

*Urgyen Sangharákshita, fundador de la Orden Budista Triratna.*





### III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, J., Luciano, J., Cebolla, A., Serrano-Blanco, A., Soler, J., y García-Campayo, J. (2015). Bifactor analysis and construct validity of the five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) in non-clinical spanish samples. *Frontiers in Psychology*, 6, 404.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (4ª ed.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (5ª ed.)*. Médica Panamericana.
- André, C. (2012). Manejar la culpabilidad. *Revista Mente Sana*, 80, 49-51.
- Arch, J. y Craske, M. (2006). Mechanisms of mindfulness emotion regulation following a focused breathing induction. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1849-1858.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2008). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos (3ª ed.)*. Barcelona: Ariel.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- 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, 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., Smith, G., y Allen, K. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Baer, R., Lykins, E., y Peters, J. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological well being in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230-238.
- Bargh, J. y Chartrand, T. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54, 462-479.
- Barreto, P. (2008). Intervención psicológica en el sufrimiento al final de la vida y en la elaboración del duelo. *Infocop*.

- Barreto, P. y Soler M. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Barreto, P. y Soler M. (2008). Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. *Infocop*.
- Barreto, P. y Pérez-Marín, M. (2013). Tratamiento del duelo. En J. A. Cruzado, *Manual de Psicooncología*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Barreto, P., de la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355.
- Barreto, P., Yi, P., y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill Interamericana.
- Bion, W.(1962). *Learning from experience*. Londres: Karnac Books.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: science and practice*, 11, 230–241.
- Bluth, K. y Blanton, P. (2014). Mindfulness and self-compassion: exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1298-1309.
- Bodhi, B. (2000). *A comprehensive manual of Abhidhamma*. Seattle, WA: BPS Pariyatt Editions.
- Bonanno, G. A. y Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 126.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after aversive events? *American Psychologist* 59, 20-28.
- Borkovec, T. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 76–80.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130(1-2).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: loss; sadness and depression*. Nueva York.
- Brown, K. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.

- Brown, K., y Vansteenkiste, M. (2006). Future and present time perspectives, goal attainment, and well-being: antithetical or complementary? *Manuscript in preparation*.
- Brown, K., Ryan, R., y Creswell, J. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211-237.
- Brito, G. (2014). Rethinking mindfulness in the therapeutic relationship. *Mindfulness*, 5(4), 351-359.
- Bucay, J. (2003). *El camino de las lágrimas*. Barcelona: Grijalbo.
- Burch, V., y Penman, D. (2016). *Tú no eres tu dolor. Mindfulness para aliviar el dolor, reducir el estrés y recuperar el bienestar*. Barcelona: Kairós.
- Byock, I. (1997). *Dying well: peace and possibilities at the end of life*. Nueva York: Riverhead Books.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *New England Journal of Medicine*, 342(9), 654-656.
- Caldwell, C. (2003). Adult group play therapy. En C. Schaefer (Ed.), *Play therapy with adults* (pp. 301-316). Hoboken, NJ: Wiley.
- Carmody, J., y Baer, R. (2007). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Grupo Planeta (GBS).
- Collard, P., Avny, N., y Boniwell, I. (2008). Teaching Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) to students: The effects of MBCT on the levels of mindfulness and subjective well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(4), 323-336.
- Creswell, D., Way B., Eisenberg, N., y Lieberman, N. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 560-565.
- Cuenca, I., y Álvarez, E. (2015). Tratamiento del duelo en salud mental: Una experiencia grupal. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 115-133.
- Chödröm, P. (1998). *La sabiduría de la no evasión*. Barcelona: Paidós.
- Dalai Lama. (2010). *Sobre la felicidad, la vida y cómo vivirla*. Barcelona: De Bolsillo.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. Londres: John Murray.

- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., y Sheridan, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Demi, A., y Miles, M. (1987). Parameters of normal grief: A delphi study. *Death Studies*, 11(6), 397-412.
- Diener, E., Suh, E. M., y Lucas, R. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dimidjian, S., y Linehan, M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 166-171.
- Dunn, B., Hartigan, J., y Mikulas, W. (1999). Concentration and mindfulness meditations: Unique forms of consciousness? *Applied Psychology and Biofeedback*, 24, 147-165.
- Engel, G. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic medicine*, 23, 18-22.
- Engler, J. (1986). Therapeutic aims in psychotherapy and meditation. In K. Wilber, J. Engler, y D.P. Brown (Eds.), *Transformations of consciousness: Conventional and contemplative perspectives on development* (pp. 17-51). Boston MA: Shambhala.
- Erskine, R., Moursund, J., y Trautmann, R. (2013). *Beyond empathy: A therapy of contact-in relationships* Routledge.
- Falsafi, N., y Leopard, L. (2015). Pilot study: Use of mindfulness, self-compassion, and yoga practices with low-income and/or uninsured patients with depression and/o anxiety. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 33(4), 289-297.
- Ferguson, L., Kowalski, K., Mack, D., y Sabiston, C. (2014). Exploring self-compassion and eudaimonic well-being in young women athletes. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 36(2), 203-216.
- Felder, M., Zvolensky, M., Eifert, G., y Spira, A. (2003). Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.
- Freud, S. (1976). *Duelo y melancolía*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrorturs editores.
- García, E. y Lacasta, M. (2010). El duelo en cuidados paliativos. *Guías médicas SECPAL*.

- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., y Demarzo, M. (2014). Validation of the spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the self-compassion scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 4.
- García- Campayo, J., Cebolla, A., y Demarzo, M. (2016). *La ciencia de la compasión más allá de mindfulness*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gázquez, F. (2011). Mindfulness: Psicología y meditación. *Revista Psicología Enginy*, 18, 69-83.
- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion*. Nueva York: Guilford.
- Germer, C. K. (2015). *El poder de mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland, CA: New Harbinger Press.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión. Características distintivas*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Gratz, K., y Gunderson, J. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25–35.
- Grau, A. y Pérez, V. (2013). Afrontar el sufrimiento a través de mindfulness y la compasión. *III Jornada de humanización y ética en atención primaria*.
- Gross, J. y Muñoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151–164.
- Hall, C., Row, K., Wuensch, K., y Godley, K. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The Journal of Psychology*, 147(4), 311-323.
- Hall, M., e Irwin, M. (2001). *Physiological indices of functioning in bereavement*, en M.S. Stroebe et al. (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp.473-492). Washington: American Psychological Association.
- Hayes, S. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, y M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13–32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25.

- Hayes, S., Strosahl, K., y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to Behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S., y Wilson, K. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161–165.
- Hernández, G. (2012). Transitar el duelo. *Revista Mente sana*, 79, 24-25.
- Hoge, E., Hölzel, B., Marques, L., Metcalf, C., Brach, N., y Lazar, S. (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: Examining predictors of disability. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: ECAM*, 2013, 576258.
- Horowitz, M. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders*. Jason Aronson.
- Humphrey, K. (2009). *Counselling strategies for loss and grief*. American Counselling Association Alexandria, VA.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. París: Félix Alcan.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York: Delacourt.
- Kabat-Zinn, J. (1993). Mindfulness meditation: Health benefits of an ancient Buddhist practice. In Goleman, D. y Garin, J. (Eds.), *Mind/Body Medicine*. Yonkers, NY: Consumer Reports.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses*. Nueva York: Hyperion
- Kabat- Zinn, J (2004) *Vivir con plenitud las crisis. Como utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor, y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., y Skinner, T. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 297-300.
- Klass, D., Silverman, P., y Nickman, S. (2014). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor y Francis.

- Klein, R., Dubois, S., Gibbons, C., Ozen, L., Marshall, S., y Cullen, N. (2015). The toronto and philadelphia mindfulness scales: Associations with satisfaction with life and health-related symptoms. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(1), 133-142.
- Körner, A., Coroiu, A., Copeland, L., Gomez-Garibello, C., Albani, C., y Zenger, M. (2015). The role of self-compassion in buffering symptoms of depression in the general population. *PloS One*, 10(10).
- Kübler-Ross, E. (2003). *Sobre la muerte y los moribundos*. Nuevas Ediciones de Bolsillo.
- Kumar, S. (2005). *Grieving mindfully. A compassionate and spiritual guide to coping with loss*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Kumar, S. (2013). *Mindfulness for prolonged grief: A guide to healing after loss when depression, anxiety, and anger won't go away*. New Harbinger Publications.
- Kurtz, R. (2004). *Hakomy method of mindfulness-based body psychotherapy*.
- Lanius, R.; Williamson, P.; Boksman, K.; Densmore, M., Gupta, M., y Neufeld R. (2002). Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: A functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological Psychiatry*, 52, 305-311.
- Lau, M., Bishop, S., Segal, Z., Buis, T., Anderson, N., y Carlson, L. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467.
- Leary, M. (2004). *The curse of the self: Self-awareness, egotism, and the quality of human life*. Nueva York: Oxford University Press.
- Leary, M. (2005). Nuggets of social psychological wisdom. *Psychological Inquiry*, 16, 176-179.
- Leary, M., Adams, C., y Tate, E. (2006). Hypo-egoic self regulation: Exercising self-control by diminishing the influence of the self. *Journal of Personality*, 74, 1803-1831.
- Li, J., Stroebe, M., Chan, C., y Chow, A. (2014). *Guilt in Bereavement: A Review and Conceptual Framework* *Death Studies*, 38(3), 165-171.
- Levine, P., y Frederick, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Limonero García J., Lacasta-Reverte M., García-García J., Mate-Méndez J., y Prigerson H. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.

- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141-148.
- Linehan, M. (1993). *Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno límite de personalidad*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, y M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 73–90). Reno, NV: Context Press.
- Lizasoain, L., y Joaristi, L. (2003). *Gestión y análisis de datos con SPSS Versión 11*. Madrid: Thomson.
- Ma, S., y Teasdale, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31–40.
- MacBeth, A., y Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- MacLean, P. (1985). Brain evolution relating to family, play, and the separation call. *Archives of General Psychiatry*, 42(4), 405-417.
- Marcel, A. (2003). Introspective report: Trust, self-knowledge and science. *Journal of Consciousness Studies*, 10, 167–186.
- Martín-Asuero, A., y García de la Banda, G. (2007). Las ventajas de estar presente desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 369–384.
- Martín-Asuero, A. (2010): *Con rumbo propio. Disfruta de la vida sin estrés*. Barcelona: Plataforma.
- Mascaro, J., Darcher, A., Negi, L., y Raison, L. (2015). The neural mediators of kindness-based meditation: A theoretical model. *Frontiers in Psychology*, 6, 109.
- Meltzer, L., y Huckabay, L. (2004). Impact of a contemplative end-of-life training program: Being with dying. *American Journal of Critical Care*, 13, 202-208.
- Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health*, 16(3), 200-210.



- Montero-Marin, J., Tops, M., Manzanera, R., Demarzo, M., de Mon, M., y García-Campayo, J. (2015). Mindfulness, resilience, and burnout subtypes in primary care physicians: The possible mediating role of positive and negative affect. *Frontiers in Psychology*, 6.
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. (2012). *Sé amable contigo mismo. El arte de la compasión hacia uno mismo*. Barcelona: Onirio.
- Neimeyer, R. (2007) *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Nix, G., Ryan, R., Manly, J., y Deci, E. (1999). Revitalization through self regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35(3), 266-284.
- Nyklícek, I., y Kuijpers, K. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331-340
- Odriozola, C. (2002). La elaboración del duelo. *Revista del psicólogo*.
- Olson, K., Kemper, K., y Mahan, J. (2015). What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 20(3), 192-198.
- Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Park, C. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54(2), 267-277.
- Parkes, C. (1972). Accuracy of predictions of survival in later stages of cancer. *British Medical Journal*, 2, 29-31.
- Payás, A. (2007) *Intervención grupal en duelo*. En *Duelo y Cáncer*. Ed. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) pp. 169-183.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo, psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Payás, A. (2015). *El mensaje de las lágrimas. Una guía para superar la pérdida de un ser querido*. Barcelona: Paidós.

- Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Perls, F. (1973). *The gestalt approach and eye witness to therapy*. Nueva York: Bantam.
- Portilla, M., Eraso, S, Galé, C., García, I., Moler, J., y Blanca, M. (2006). *Manual práctico del paquete estadístico SPSS para Windows (3ª edición revisada)*. Navarra: Universidad Pública de Navarra.
- Prigerson, H., Vanderwerker, L., y Maciejewski, P. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V.
- Ramírez, O. (2007). Los estados emocionales en los momentos de duelo y la forma de abordarlos. *Ciencia y cuidado*, 4(4).
- Rando, T. (1988). *Grieving: How to go on living when someone you love dies*. Jossey Bass.
- Reinboth, M., Duda, J., y Ntoumanis, N. (2004). Dimensions of coaching behavior, need satisfaction, and the psychological and physical welfare of young athletes. *Motivation and Emotion*, 28(3), 297-313.
- Roberts, L., y Montgomery, S. (2015). Mindfulness-based intervention for perinatal grief after stillbirth in rural india. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(3), 222-230.
- Robles, R., y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69-75.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton-Mifflin.
- Rushton, C., Sellers, D., Heller, K., Spring, B., Dossey, B., y Halifax, J (2009). Impact of a contemplative end-of-life training program: Being with dying. *Palliative and Supportive Care*, 7(4), 405-414.
- Rojas, S. (2008). *El manejo del duelo. Una propuesta para un nuevo comienzo*. Barcelona: Verticales de bolsillo.
- Ryan, R. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology*, 17, 987–1006.
- Rychlak, J. (1997). *In defense of human consciousness*. Washington, DC: APA.
- Sagula, D., y Rice, K. (2004). The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 333-342.

- Salzberg, S. (1995). *Lovingkindness: The revolutionaru art of happiness*. Boston: Shambala Publication.
- Salzberg, S. (2014). *Amor incondicional: La vía budista de las residencias celestiales que cambiará tu vida*. Debolsillo.
- Schellekens, M., van den Hurk, D., Prins, J., Molema, J., Donders, A., Woertman, W., y Speckens, A. (2014). Study protocol of a randomized controlled trial comparing Mindfulness-Based Stress Reduction with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with lung cancer and their partners: the MILON study. *BMC Cancer*, 14(1).
- Segal, Z., Williams, J., y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness based cognitive Therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford.
- Shapiro, S., Bootzin, R., Figueredo, A., Lopez, A., y Schwartz, G. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 85–91.
- Shapiro, S., Oman, D., Thoresen, C., Plante, T., y Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of clinical psychology*, 64(7), 840-862.
- Sheldon, K., y Vansteenkiste, M. (2005). Personal goals and time travel: How are future places visited, and is it worth it? En Strathman, A. y Joreman, J. (Eds.), *Understanding behavior in the context of time: Theory, research, and application* (pp. 143–163). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Segal, Z., Williams, J., y Teasdale, J. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Siegel, D. (1995). Memory, trauma, and psychotherapy: A cognitive science view. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 42(2), 93-122.
- Siegel, D. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachmentn relationships, Mindsight, and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1), 67-94.
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being (norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton and Company.
- Siegel, D. (2010). *Mindsight: The new Science of personal transformation*. Barcelona: Bantam Books.
- Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17, 5-30.

- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: Presente y futuro. *Información psicológica*, 100, 162-170.
- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.
- Simón, V. (2015). *La compasión: el corazón de mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.
- Smith, P., Range, L., y Ulmer, A. (1992). Belief in afterlife as a buffer in suicidal and other bereavement. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 24(3), 217-225.
- Soler Ribaudi, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Segovia, P., Carlos, J., y Cebolla, A. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala mindful attention awareness scale (MAAS).
- Sogyal Rinponche (2006). *El libro tibetano de la vida y la muerte*. Barcelona: Urano.
- Specia, M., Carlson, L., 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(5), 613-622.
- Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W., y Schut, H. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association.
- Tacon, A. (2011). Mindfulness: Existential, loss, and grief factors in women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29(6), 643-656.
- Tangney, J., Baumeister, R., y Boone, A. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271-322.
- Tart, C. (1994). *Living the mindful life*. Boston, MA: Shambhala.
- Teasdale, J. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 53-77.
- Teasdale, J., Moore, R., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., y Segal, Z. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Terol-Cantero, M., Cabrera-Perona, V., y Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales De Psicología*, 31(2), 494-503.
- Tierno, B. (2008). *Los pilares de la felicidad*. Madrid: Planeta.

- Tilghman-Osborne, C., Cole, D., y Felton, J. (2010). Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 536-546.
- Thich Nhat Hanh (2002). *Transformación y sanación*. SA: RBA coleccionables.
- Van der Kolk, B. (1987). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Van del Kolk, B. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self regulation, stimulus discrimination, and charaterological development. En B.A. van der Kolk, A.C. MacFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 182-213). Nueva York: Guilford Press.
- Van der Kolk, Bessel A, van der Hart, O., y Marmar, C. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder". En B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp.303-327). Nueva York: Guilford Press.
- Veehof, M., Peter, M., Taal, E., Westerhof, G., y Bohlmeijer, E. (2011). Psychometric properties of the dutch five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 30(8).
- Wada, K., y Park, J. (2009). Integrating buddhist psychology into grief counselling. *Death Studies*, 33(7), 657-683.
- Wallach, H., Buchheld, N., Bütünmuller, V., Kleinknecht, N., y Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543–1555.
- Weinstein, N., Brown, K. y Ryan, R. (2009). A multi-method examination on the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, 43, 374- 385.
- Werner, K., Jazaieri, H., Goldin, P., Ziv, M., Heimberg, R., y Gross, J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress and Coping*, 25(5), 543-558
- Wilber, K. (1996). *A Brief History of Everything*. Boston: Shambhala.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *The international Journal of Psycho-Analysis*, 34.
- Woodfield, R., y Viney, L. (1985). A personal construct approach to bereavement. *Omega*, 16, 1-13.
- Worden, J. (1996). *Children and grief: When a parent dies*. Guilford Press.

- Worden, J. (1997): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Worden, J. (2013): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Worden, J., Payás, A., Herrero, O., y Santos, V. (2016). *Visión contemporánea del duelo. Encuentro con los expertos*. Jornadas Instituto IPIR. Barcelona 29-30 Abril.
- Yoffe, L. (2012). Beneficio de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances En Psicología*, 20(1), 9-30.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., y Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.
- Zigmond, A., y Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zimbardo, P., y Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable Individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271–1288.

# ANEXOS





# ANEXO 1: CONTENIDO DE LAS SESIONES

**(TODOS LOS CONTENIDOS QUE APARECEN EN ESTE ANEXO ESTÁN ELABORADOS POR MÍ, A EXCEPCIÓN DE LOS QUE SEÑALO COMO TOMADOS DE OTRAS FUENTES).**



## **Anexo 1. Contenido de las sesiones**

### **SESIÓN 1**

#### **Ejercicio de la pasa**

*Imaginemos que venimos de un planeta distinto y llegamos a la tierra. Al llegar nos encontramos con un terrícola (que soy yo). El terrícola os coloca un objeto en la mano. Vosotros no sabéis qué es y lo tenéis que explorar con todos los sentidos, ya que es la primera vez que os encontráis con ese objeto (olfato, tacto, vista, gusto). En primer lugar con los ojos cerrados, comenzáis a tocar el objeto con vuestros dedos, sintiendo su textura, observando sus cualidades, tratando de responderos a si es blando, duro, liso, rugoso. Luego abris los ojos para observar el objeto detenidamente. Una vez observado, cerramos de nuevo los ojos y lo aproximamos a la nariz. Observamos su aroma, y no lo juzgamos ni como bueno, ni como malo. Simplemente lo observamos, lo olfateamos, y observamos que pasa en nuestra boca, si comenzamos a salivar, o no. Hacemos un ejercicio de atención plena, fijándonos en todo el proceso. Si se nos pasa por la cabeza un pensamiento, lo observamos, como si estuviéramos viendo en una pantalla de cine nuestros propios pensamientos, pero no los juzgamos, los dejamos ir y venir, y nos volvemos a centrar en el objeto que tenemos entre nuestras manos..... Lo acercamos a la boca, lo introducimos dentro y comenzamos a saborearlo, sin juzgar si está bueno o está malo, simplemente viviendo la experiencia presente de salivación, masticación, deglución.... Cuando hayamos finalizado abriremos los ojos y compartiremos nuestra experiencia”.*

## Psicoeducativo sobre la conciencia plena

Mindfulness es una terapia de tercera generación que tiene sus raíces en la filosofía oriental y que se define como “atención plena”. Los elementos que definen Mindfulness son la aceptación, el no juzgar y la vivencia del momento presente.

La instrucción básica del Mindfulness consiste en no hacer nada, sino vivir en el momento, lo cual no tiene connotaciones hedonistas, pues hace referencia a experimentar la realidad momento a momento, contemplando cada momento como un nuevo comienzo, como una nueva oportunidad para empezar, para sintonizar, para volverse a conectar. Aunque es algo muy sencillo y familiar, es muy difícil llevar a la práctica porque a nuestra mente de mono le encanta saltar de aquí para allá sin cesar, desconectarse de la experiencia real, para sumergirse en un mundo de recuerdos, de ilusiones y de falsas anticipaciones futuras que nos alejan de nuestro presente.

Con la Atención Plena, o la meditación aprendemos a “practicar el ser”, y no el hacer al que estamos acostumbrados. Nuestra vida está llena de múltiples actividades que consisten en hacer sin parar, pero precisamente la atención plena nos enseña a no hacer nada, sino a ser lo que uno es en esencia. Como dice Kabat- Zinn “La idea básica es la de crear una isla de ser en el mar del hacer constante en que nuestras vidas suelen estar inmersas, un tiempo para permitirnos que todo el hacer se detenga”.

Aunque la meditación consiste en no hacer, sino en ser, no es algo pasivo, ya que se requiere mucha energía y esfuerzo para traer la mente al momento presente. Ella empezará a saltar de un sitio a otro, y nosotros con esfuerzo y amor hemos de traerla de nuevo al presente. Es por ello que es aconsejable hacer un ejercicio que dura tres minutos que consiste en fijar la atención en la respiración. De esa forma nos percataremos del modo de actuar que

tiene la mente, como le gusta perderse en los recuerdos y en las obligaciones, y como nosotros trataremos de centrarla de nuevo en la respiración, cultivando así la atención plena

El “Piloto automático” con el que funcionamos continuamente nos aparta de la escucha profunda de nuestro ser, nuestro cuerpo, nuestras sensaciones. Nos convierte en pequeños robots que actúan sin conciencia alguna. Los síntomas físicos son mensajes que el cuerpo nos envía para mostrarnos como van las cosas, y cuáles son nuestras necesidades y la mayoría de las veces ni lo escuchamos precisamente por no estar en el presente. Como dice Kabat Zinn “aprender a escuchar nuestro cuerpo es de vital importancia para mejorar nuestra salud y calidad de vida”.

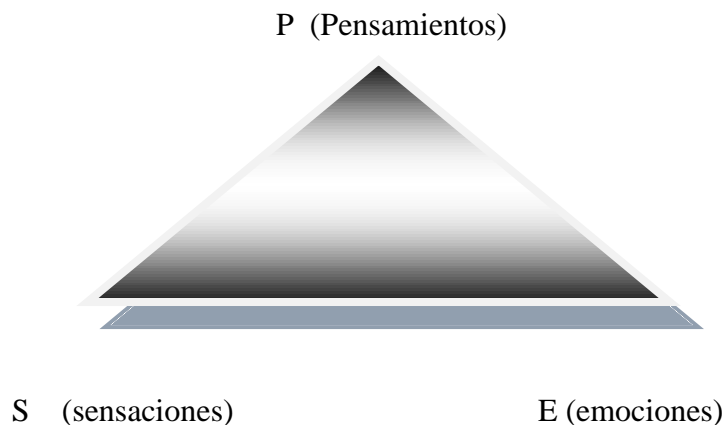
Además de la instrucción básica, se requiere una **actitud de compromiso** que se desglosa en diferentes elementos:

- **No juzgar:** Aparezca lo que aparezca, simplemente obsérvalo.
- **Paciencia:** Es una forma de sabiduría, darse cuenta que todo tiene su tiempo de ser, y nos permite estar abiertos a cada momento.
- **Mente de principiante:** Nuestros esquemas y creencias nos impiden ver las cosas tal cual son. Es por ello que es necesario desnudar la mente, convertirse en un principiante, como si viésemos las cosas por primera vez. Es de la única manera que podremos conectar con la verdadera experiencia, sin juicios
- **Confianza:** Es fundamental confiar en nosotros mismos, en nuestras intuiciones, y dejarnos guiar por ellas, que hacer siempre lo que los demás nos sugieran.
- **No esforzarse:** Aunque no tiene un sentido pasivo, la meditación consiste en no hacer, el único objetivo es que seamos nosotros mismos. Por ello no sirve de nada tener expectativas orientadas al logro, más bien la expectativa ha de estar centrada en dejarse fluir y ser lo que uno es.

- **Aceptación:** Significa ver las cosas como son en el presente, aceptándolas como son, lo cual crea las condiciones adecuadas para la sanación.

La autodisciplina y la práctica habitual son vitales para desarrollar el poder de la atención plena, por lo que las personas que asisten a la clínica durante ocho semanas seguidas, han de comprometerse a una práctica diaria de 45 minutos seguidos, durante seis días a la semana.

La manera más fácil y eficaz de comenzar a practicar la atención plena en meditación consiste en concentrar nuestra atención en la respiración. Pero no consiste en pensar en la respiración, sino en sentir la respiración. Ésta actúa como un ancla, que nos trae al presente cada vez que la mente se entretiene en cosas del pasado o del futuro. La respiración diafragmática nos ayuda a tranquilizar el cuerpo y la mente. Además a medida que tengamos práctica podremos dirigir nuestra respiración a diferentes zonas de nuestro cuerpo, de tal manera que la respiración penetre en ellas, aliviando así el posible dolor existente.



Como puede observarse en la figura los seres humanos tenemos desarrollado el vértice de los pensamientos, pero nos falta entrenar la conciencia de sensaciones y emociones. Las sensaciones son reales, pero los pensamientos pueden no estar basados en la realidad. Las emociones si se basan en pensamientos no reales pueden estar basadas en la no realidad, pero

si atienden a la realidad nos proporcionan información que nos ayuda a adaptarnos al medio. Ambos tipos de conciencia lo iremos entrenando a lo largo del programa, y respecto a los pensamientos aprenderemos a relacionarnos con ellos de una forma que nos produzca menor sufrimiento psicológico.

## Manifestaciones del duelo normal

El duelo, en el ámbito de la pérdida de un ser querido (puesto que existen otro tipo de pérdidas que también pueden considerarse duelo), se define como la experiencia de la persona que ha perdido a un ser querido. También puede definirse como el proceso por el que pasa una persona al adaptarse a la pérdida de un ser querido. Otro significado de duelo sería el de la pérdida a la que la persona trata de adaptarse (Worden, 2004). El duelo normal abarca una serie de sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas que puede experimentar la persona que ha perdido a un ser querido. No es necesario que experimente todas y cada una de ellas, pero en ningún caso hablaríamos de patología, sino de un proceso natural y normal.

Algunos de esos **sentimientos** pueden ser la tristeza, la rabia o enfado, la culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, Shock, anhelo, alivio, insensibilidad, etc. Algunas de las **cogniciones** pueden hacer referencia a incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones. Algunas **conductas** pueden referirse a trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, conducta de búsqueda, suspiros, hiperactividad desasosegada, llanto, atesorar objetos que pertenecían al fallecido, visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerden al fallecido, etc. Algunas de **las sensaciones** físicas son: vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca, etc.

Todas estas manifestaciones del duelo en las diferentes dimensiones nos sirven a los profesionales para normalizar estos síntomas, para no patologizar el proceso de duelo, pudiendo de esa manera tranquilizar a los dolientes ante esta sintomatología. En cambio, es importante tener en cuenta que si estas experiencias persisten durante mucho tiempo en el proceso de duelo pueden ser indicadores de un duelo más complicado (Demi y Miles, 1987, tomado de Worden 2004, Pág. 39). Emplearemos la tabla que sigue a continuación para que los participantes tomen conciencia de las diferentes manifestaciones del duelo que pueden experimentar.



***Tabla de manifestaciones normales del duelo en adultos***

**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
- Anhelos
- 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-hipoactividad
- Descontrol u olvidos en las actividades de la vida cotidiana

## **Meditaciones guiadas**

### **Conciencia de la respiración**

*En primer lugar cierra los ojos y céntrate en los sonidos que provienen del exterior, sin juzgarlos. Sólo atendiendo al contenido, escuchándolos con conciencia plena... Comienza a centrar la atención en tu respiración. En cómo entra el aire y cómo sale el aire. Coloca la mano derecha en el pecho, y la mano izquierda en el abdomen. No intentes cambiar nada, sólo observa cómo es la respiración. ¿Qué zonas del cuerpo se mueven al inspirar? ¿Qué zonas del cuerpo se mueven al expirar?... Y simplemente céntrate en esa respiración, en la entrada y en la salida del aire. Etapa 1: Si quieres puedes contar cada vez que termines un ciclo de inspiración-expiración. Por ejemplo inspiro-expiro, cuento 1.... Y así hasta llegar a diez. Si en el conteo me encuentro con que hay algún pensamiento que capta mi atención, lo observo, sin juzgarme por ello, y vuelvo a empezar de nuevo el conteo, hasta llegar a diez. Etapa 2: Hacemos lo mismo pero esta vez contando antes de la inspiración, es decir adelantándonos al ciclo respiratorio. Cuento 1, inspiro-expiro, hasta llegar a diez...Si contar nos resulta desagradable, empleamos palabras o frases que nos sirvan de ancla: Inspiro, me lleno de vida, calma, quietud; expiro, suelto la tensión. Etapa 3: Dejamos de contar o de emplear las frases o palabras que nos sirven de ancla, y atendemos a todo el proceso de la respiración en su conjunto. Exploramos las sensaciones físicas producidas por la respiración, como el ritmo, el espacio entre inhalar y exhalar, etc. Etapa 4: Enfocamos nuestra atención en la zona de las fosas nasales y labio superior, buscamos ahí la sensación que se produce al entrar en contacto el aire con esa zona del cuerpo, tal vez un cosquilleo, un contraste de temperatura. También puede ser útil enfocarnos en el abdomen, en cómo se mueve al inspirar y al expirar (15-20 min.).*

## **Conciencia corporal o recorrido del cuerpo**

*En primer lugar atendemos a los sonidos que provienen del exterior.... Luego hacemos un seguimiento de la respiración, nos fijamos en la entrada y la salida del aire. En las zonas del cuerpo que se mueven al inspirar y al soltar el aire.... Nos centramos en primer lugar en la planta de los pies. Qué sensaciones provienen de la planta del pie derecho, y de la planta del pie izquierdo. No tratamos de cambiar nada. Solamente lo observamos.*

*Una vez detectadas las sensaciones, que pueden ser agradables o desagradables, pero que no las juzgamos, ni pretendemos eliminarlas, lo que hacemos es enviar allí la respiración. Imaginando que nuestro cuerpo es nuestra casa, y que ahora lo que hacemos es abrir las ventanas de las diferentes habitaciones de nuestra casa, para renovar el ambiente. Podemos imaginar que el aire que respiramos es de color azul celeste, y que nos conecta con una sensación de calma. Hacemos lo mismo con nuestras piernas. Detectamos todas las sensaciones físicas que provienen de nuestras piernas, la derecha y la izquierda. Observamos sensaciones agradables y sensaciones desagradables, incluso ausencia de sensación. Pero no juzgamos, no tratamos de cambiar nada, sólo observamos qué aparece. Enviamos allí la respiración, imaginando el aire en color azul cielo, calmando y liberando tensiones. Renovando nuestro cuerpo y nuestra mente. Observamos cómo el abdomen y la caja torácica se mueven al respirar y nos centramos en los brazos, manos y dedos. Observamos cualquier sensación que provenga de esas partes de nuestro cuerpo y enviamos allí la respiración... Luego nos centramos en la columna vertebral y en los músculos de la espalda y glúteos. Haciendo un recorrido por todos los rincones, observando las sensaciones que provienen de esas zonas (tensión, dolor, frío, calor, rigidez, cosquilleo, hormigueo, etc.)*

*Aceptamos cualquier sensación, sea agradable o desagradable y respiramos profundamente enviando allí la respiración cargada de oxígeno de color azul. Nos centramos ahora en la cabeza, en los músculos de la cara, detectando sensaciones, en el orbicular de los ojos, en los globos oculares, en las mandíbulas, en los dientes, en el cuero cabelludo... y observamos las sensaciones, para luego enviar allí la respiración cargada de oxígeno de color azul. Observando así qué sucede en nuestro cuerpo cuando enviamos la respiración con conciencia plena.... Observamos todo nuestro cuerpo de forma global, sintiendo que es un gran pulmón que respira por todos los poros de la piel y nos rodeamos a nosotros mismos mentalmente con un círculo de color azul que contiene todo ese oxígeno puro, naciente. Respiramos profundamente... (Silencio). Ahora de nuevo volvemos al cuerpo, a sentir como éste se apoya sobre el suelo, sobre la esterilla, sentimos el contacto de la manta sobre nuestro cuerpo, sentimos la necesidad de mover las piernas, los pies, los brazos, las manos, cualquier movimiento que queramos hacer lo hacemos libremente, y nos colocamos en posición fetal. Permanecemos unos minutos en esa posición y cuando estemos preparados abriremos los ojos.*

## SESIÓN 2

### Ejercicio de enraizamiento

*Coloque sus pies bien apoyados sobre el suelo y mantenga sus ojos cerrados durante todo el ejercicio. Comience a ser consciente de lo que le rodea y de la sensación que tiene de sí mismo en este entorno. Preste atención a su respiración. Imagine que bajo el arco de sus pies crecen las gruesas raíces de un gran árbol. Deje que profundicen en la tierra tanto como pueda imaginar. Permita que vayan hasta el núcleo de la tierra. Imagine que en el núcleo de la tierra hay una enorme barra de metal. Rodee la barra firme y fijamente con las raíces. Deje que le anclen a la tierra. Como nosotros, la tierra posee un campo energético y, cuando inhale, absorba la energía de la tierra a través de las raíces, hasta las suelas de sus zapatos y que desde ahí se extienda a todo su cuerpo. Con cada inhalación, esta energía puede ascender más y más por su cuerpo hasta que pueda llegar a sentirla en la cabeza. De hecho puede llegar a percibirla. No importa. Respire de este modo hasta que sienta un hormigueo en el torso y extremidades superiores. Respire con regularidad y uniformidad. Cuente su respiración del siguiente modo, “1” cuando inhala, “2” cuando exhala, “3” cuando inhala, “4” cuando exhala y después vuelva a comenzar otra vez. Contar se convierte en su mantra y le ayuda a centrarse más y a enraizar mejor. Hágalo durante un par de minutos. Recuerde, la respiración es la vida. Cuando exhala, elimine toda energía negativa o tóxica que pueda tener. Siéntase relajado.*

## **Lugar sagrado**

### ***Búsqueda del espacio sagrado***

*Coja la esencia de lo que usted es e introdúzcase en su cuerpo en busca de lo que yo denomino su espacio sagrado. Cuando digo espacio sagrado me refiero a un lugar especial que le ayudaré a crear y al que podrá recurrir en busca de comodidad, calma, seguridad o apoyo, o cualquier otra cosa que solicite. Comience por la parte superior de la cabeza y vaya hasta los dedos de los pies en busca de este espacio. Éste es su espacio y sólo le pertenece a usted de forma exclusiva. Es su lugar especial. Nadie tiene por qué saberlo, salvo que usted lo comparta con alguien. Si no puede encontrar un espacio sagrado, seleccione uno que considere apropiado. Trate de no olvidarse de la respiración.*

### ***Preparar el espacio sagrado***

*Ahora prepare su espacio sagrado. Con esto me refiero a que introduzca en su espacio sagrado cualquier cosa y todo lo que pueda necesitar para ayudarle a resolver los problemas que tiene en la actualidad. Si necesita coraje, traiga coraje. Si necesita fe, traiga fe. Puede traer a su mejor amigo, a su animal de compañía, o un objeto favorito. Cualquier cosa y todo. El cielo es su límite. Píntelo, diseñelo y amuéblelo. Convierta este espacio sagrado en lo más cómodo que pueda. Destínele tiempo a hacerlo.*

### ***Acomodándose en su espacio sagrado***

*Ahora acuda a su espacio sagrado. Anídese entre las cosas que haya colocado ahí. Éste será su lugar sagrado y es importante que se sienta cómodo en él. Imagine que hay una luz brillante que atraviesa su mente creando un canal con su lugar sagrado. A través de este canal puede invitar con gentileza y respeto a la sabiduría (o a la guía) a que entre en su espacio sagrado. La sabiduría (o guía) puede entrar con cualquier forma. Puede llegar en forma de libro, de cuadro, de un objeto, un símbolo, una persona o un grupo de personas.*

### ***Escuchar el mensaje de la sabiduría (o guía)***

*La sabiduría (o guía) le ha traído hoy un mensaje muy especial. Con gentileza y respeto pregunte por dicho mensaje a la sabiduría (o guía). “Escuche simplemente lo primero que atraviese su mente”.*

### ***Cierre del espacio sagrado***

*Cierre su espacio sagrado y sepa que, cuando se marche de aquí hoy, usted lleva consigo su espacio sagrado. Acuda a él con frecuencia. Acuda a él cuando necesite comodidad o tranquilidad, seguridad o apoyo. Cuando esté preparado, puede abrir los ojos.*

**Ejercicio tomado del Manual de EMDR de Barbara J. Hensley, (2010).**

## **Meditación de la montaña**

*Sitúate en una postura cómoda, con la columna vertebral erguida, pero relajado, deja la cabeza equilibrada sobre tu cuello y hombros y siéntate con un sentido de dignidad y comodidad. Deja que tu cuerpo mantenga la intención de permanecer alerta y en el presente. Cuando estés listo, permite que tus ojos se cierren si eso te resulta cómodo. Si eliges mantenerlos abiertos, déjalos que descansen con una mirada blanda, a unos centímetros delante de ti, hacia el suelo. Y ahora permite que tu atención descanse en la sensación de la respiración que fluye de forma natural dentro y fuera de tu cuerpo. Simplemente al observar tu cuerpo mientras respira, vas entrando en un estado de tranquilidad, sentado con un sentido de totalidad que se refleja en tu postura.*

*Ahora, cuando estés listo, lleva tu mente a la imagen de una montaña. Representate la montaña más hermosa que hayas visto jamás o que puedas imaginar. Céntrate en la imagen o, simplemente, en el sentimiento de esa montaña en el ojo de la mente, permitiéndole que se vaya haciendo más clara. Nota su forma general, su elevada cumbre en el cielo, la amplia base asentada en la tierra, las escarpadas o suavemente inclinadas laderas. Observa lo sólida que es, lo inamovible que es, lo hermosa que es desde lejos y de cerca; su contorno u su forma. Tal vez tu montaña tenga nieve en la cumbre y árboles en las laderas. Tal vez tenga una cumbre prominente, tal vez varias cumbres o una elevada meseta. Sea como sea que te la representes, simplemente siéntate y respira con la imagen de ésta montaña observando sus cualidades.*

*Y cuando estés listo, prueba a llevar la montaña a tu cuerpo de manera que tu cuerpo, aquí sentado, y la montaña de tu mente se conviertan en uno. De sete modo, mientras permaneces aquí sentado, te conviertes en la montaña: tu cabeza se convierte en la cumbre elevada, tus hombros y brazos en las laderas de la montaña, tus glúteos y piernas en la sólida*



*base asentada sobre el cojín o sobre tu silla. Experimenta en tu cuerpo la sensación de elevarte desde la base de la montaña, a lo largo de tu columna vertebral. Con cada respiración, conviértete más o menos en una montaña que respira, resuelto en tu tranquilidad, siendo plenamente lo que eres, más allá de las palabras y los pensamientos, una presencia centrada, enraizada, inalterable.*

*Mientras que el sol cruza cada día a lo largo del cielo y luz, sombras y colores van cambiando momento a momento, la montaña simplemente permanece. En la tranquilidad de la montaña, la noche sigue al día, y el día sigue a la noche, las estaciones fluyen unas en otras, y el tiempo cambia de un momento a otro, de un día a otro. Pero la calma permanece a través de todos los cambios. En verano no hay nieve en la montaña, salvo quizás en las cumbres. En el otoño, la montaña puede llevar un vestido de brillantes colores. En el invierno un manto de nieve o hielo. En cada estación puede cambiar; se puede encontrar envuelta en nieve o nubes o apedreada por precipitaciones de granizo. Puede que la gente venga a ver a la montaña y se sienta decepcionada sino logran verla con claridad, o puede que comenten lo hermosa que es. Y a través de todos eso, a la vista o invisible, con solo o con nubes, con un calor abrasador o con un frío de hielo, la montaña simplemente permanece. Sólida e inmutable. A veces visitada por violentas tormentas: nieve, lluvia o vientos de inconcebible magnitud; en medio de todo eso, la montaña, simplemente, permanece, indiferente a lo que sucede en la superficie.*

*Mientras mantenemos esta imagen en nuestra mente, podemos incorporar esa misma tranquilidad inmutable, esa solidez frente a todo cuanto cambia en nuestras vidas, durante segundos, horas o años. En nuestra práctica de meditación y en nuestras vidas, experimentamos la naturaleza constantemente variable de mente y cuerpo y todos los cambios del mundo exterior.*

*Experimentamos nuestros propios periodos de luz y de oscuridad. Experimentamos tormentas de distinta intensidad y violencia en el mundo exterior y en nuestras mentes. Soportamos periodos de oscuridad, y dolor así como momentos de alegría. Incluso nuestro aspecto cambia constantemente, igual que la montaña experimenta un proceso de erosión.*

*Al convertirnos en la montaña, en nuestra meditación, podemos llegar a tocar esas cualidades de fortaleza y estabilidad, adoptándolas como propias. Podemos utilizar sus energías para apoyar nuestros esfuerzos para encontrar en cada momento la consciencia plena. Puede servirnos de ayuda el ver que nuestros pensamientos y sentimientos, nuestras preocupaciones, nuestras tormentas emocionales y crisis, todo cuanto nos ocurre, se parece al clima en la montaña. Tendemos a tomárnoslo de forma personal, pero como el clima, es impersonal. Al mantenerlo de ese modo, llegamos a conocer un silencio, y una sabiduría más profunda de lo que podíamos imaginar, justo aquí, en medio de las tormentas. Las montañas nos pueden enseñar eso, si sabemos ir a escucharlas.*

*En los últimos momentos de esta meditación, continúa sentado con esa imagen de la montaña, incorporando su arraigo, su tranquilidad, su majestuosidad, hasta que escuches el sonido de la campana.*

**Ejercicio tomado la guía clínica de prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness de Bowen, Chawla y Marlatt (2011).**

## **Meditación coherencia cardíaca**

- *Fase 1: Conciencia de la respiración durante unos minutos.*
- *Fase 2: Imaginaremos que respiramos a través del corazón. Consciencia en la inspiración y en la espiración. Es como si el corazón lo lavásemos en un baño de aire puro, clarificador, y tranquilizante. Imaginando que tu corazón es como un niño pequeño al que amas mucho, y que estás bañando en un agua templada, purificadora, sanadora.*
- *Fase 3: Trataremos de conectar con una sensación de calor en el pecho, como si se encendiera una llama de color rosa en éste. Conectando con un sentimiento de gratitud. Para ello puedes evocar el rostro de un niño al que amas, una mascota, la naturaleza. Trata al mismo tiempo de dibujar una sonrisa en tu rostro, sintiendo por todos los poros de tu piel, esa gratitud.*
- *Ahora tu corazón ya ha establecido la coherencia.*

**Ejercicio tomado del Manual de EMDR de Barbara J. Hensley, (2010)).**

## SESIÓN 3

### Los pensamientos y la realidad.

#### *Psicoeducativo sobre los pensamientos, sufrimiento primario y secundario*

Estamos acostumbrados a creer que los pensamientos son la realidad. Siempre pensando en el pasado y en futuro, rumiando y anticipando. En el momento en que los pensamientos se basan en cosas que no están en el presente, dejan de ser la realidad. Los típicos pensamientos de: “Y SI HUBIERA HECHO.....NO HUBIERA PASADO ESTO” o los típicos pensamientos de: “NUNCA LO SUPERARÉ”, son ejemplos claros de pensamientos que pueden aumentar nuestro sufrimiento. Existen dos tipos de **sufrimiento (primario y secundario)**. El primario es inevitable, ya que es una experiencia real, en cambio el secundario consiste en echarle más leña al fuego. Son todos esos pensamientos anticipatorios, esa mente de mono que va hacia el pasado, y hacia el futuro, y tira de los recuerdos y de los miedos. De esa forma se va aumentando el dolor, ya que el primario se ensancha a través de capas y capas de sufrimiento que no son más que productos de nuestra imaginación y que por supuesto nos apartan de la realidad. Es como un ejército de recuerdos y de anticipaciones basadas en el miedo que nos hunden en la miseria. Es precisamente en el sufrimiento secundario donde la meditación nos resulta muy útil, ya que nos acerca a la realidad, nos acerca al presente, cortando con todo ese ejército comentado con anterioridad.

Aunque la meditación se basa en una instrucción muy sencilla (atención en el presente), es muy difícil llevarla a cabo y requiere entrenamiento. Precisamente porque a la mente le resulta más fácil tirar de los recuerdos y de las proyecciones de futuro (pues es a lo que se ha habituado), en vez de estar despierta a la realidad cambiante. Podríamos decir que el presente es momento a momento tan novedoso, que a nuestra mente le asusta tanto que prefiere anesthesiarse con irrealidades del pasado y del futuro. La meditación nos conecta con nuestro

cuerpo, con nuestra mente, con nuestras emociones, y va quitando capas de imaginación. Nos ayuda a observar nuestros pensamientos, pero sin entretenernos en ellos, dejándolos ir. En el momento en el que meditas y te das cuenta que la mente se va a otra cosa, de nuevo la vuelves a centrar en el presente, de forma que vas ganando momentos de presencia y de realidad consciente. Es precisamente la respiración la que unifica mente, emociones y cuerpo. El psicoeducativo incluye varios ejercicios prácticos:

- Primero centrar la atención en la respiración durante unos minutos, tratando de observar los pensamientos que viene y van. Anotarlos en una libreta. Detectar si son pensamientos que se centran en el pasado, presente o futuro.
  
- A continuación el terapeuta se coloca en el centro de la clase en una silla. Los participantes pasarán por delante del terapeuta nombrando algún pensamiento de los que han anotado en la libreta. Detrás del primer participante seguirá el siguiente, nombrando otro pensamiento en voz alta. En cada ocasión el terapeuta se relacionará con el pensamiento de forma distinta siguiendo tres vías: abrumarse, evitar, o ser consciente, etiquetar y dejar ir. Esta última vía supone aplicar los principios de la conciencia plena: “Sé que eres un pensamiento, no eres la realidad, respiro con conciencia plena y te dejo ir” (Tomado de la Formación de Profesora de Mindfulness Respira Vida Breatworks).

- **Meditación de los pensamientos:** *Centra la atención en la respiración, cómo entra el aire, cómo sale el aire. Permítete observar toda la cadena de pensamientos que aparecen, sin juicios, sin tratar de negarlos, sin cederles nuestra silla. Imagínate que estás sentado en tu casa, llaman a la puerta. Son visitantes, huéspedes que vienen a verte. Les abres la puerta, pero en ningún momento te levantas de la silla. Permites que los huéspedes entren, salgan, pero no les cedes tu lugar. Sigues respirando con conciencia plena, y observa como cuando se cansan se van. Tu actitud es una actitud de aceptación, aceptas que estén ahí, pero no por ello dejas que gobiernen tu vida. La batuta la llevas tú.... Imagínate que los pensamientos son como nubes en el cielo azul, que se acercan y se alejan... Algunas nubes pueden venir muy cargadas, puede empezar a llover, a tronar, pero si te das cuenta puedes seguir centrado en tu respiración y observar como la nube se va aclarando y alejando. Y te repites mentalmente: A pesar de estos pensamientos que me generan malestar, me acepto y me amo profundamente. Al repetir internamente estas palabras, tratamos de sentir las en nuestro corazón, visualizando como recibimos un cálido abrazo lleno de amor.... Vamos centrando de nuevo la atención en la respiración, sintiendo nuestro cuerpo, y cuando estemos preparados abriremos los ojos.*

## **Cuento sobre el dolor**

*Erase una vez una princesa que estaba muy triste porque su padre se había ido muy lejos, tan lejos que sería imposible encontrarse con él, ya que una larga enfermedad se lo llevó. La princesa se quedó sin palabras tras el suceso, y no permitía que nadie se le acercase. Un gran día salió a pasear al bosque, se sentía sola, desgarrada por dentro, tanto era el dolor que quería huir de él. Pensó que perdiéndose por el bosque, el dolor no la perseguiría. Al adentrarse en el bosque se dio cuenta que había de repente como un torbellino de humo negro que se aproximaba a ella. La princesa sintió mucho miedo y al mismo tiempo rabia, ya que era su dolor que no la dejaba en paz, ni siquiera en el bosque. Comenzó a correr, y cuanto más corría el humo se hacía más denso, hasta el punto de que el humo se transformó en una especie de pegamento oscuro en forma de mancha gigante que la perseguía sin piedad. La princesa corría y corría, desesperada, exhausta, dándose cuenta que la velocidad de la mancha pegamentosa cada vez era más veloz, hasta el punto de que la princesa tropezó y la mancha se colocó encima de ella, dejándola atrapada en el suelo.*

*Totalmente pegada en la superficie, sin poder hacer ningún movimiento, entonces le preguntó a la mancha (que era su dolor): ¿Qué quieres? ¿Por qué no me dejas escapar? ¿Por qué no te vas? ¿Qué pretendes desgarrándome el alma así?*

*A lo que el dolor le contestó: Que tal, si en vez de correr simplemente permites que yo esté ahí. ¿Quieres probar que pasaría si no salieses a correr?*

*A lo que la princesa asombrada le contestó: Pues que me hubieses atrapado antes. ¿Qué me quieres decir?*

*Probemos, dijo el dolor.*

*Está bien, dijo la princesa.*

*Así que tras la conversación, la mancha gelatinosa comenzó a transformarse de nuevo en humo. La princesa se sintió liberada, pudiéndose levantar de la tierra. Se quedó quieta, sentada a la sombra de un árbol, observando la naturaleza, observando su respiración, observando su dolor en forma de humo.... Cuál fue su sorpresa cuando se dio cuenta que el humo seguía estando ahí, y en algunos momentos el olor podía llegar a ser molesto, pero la princesa permanecía sentada respirando, permitiendo que el dolor y ella ocuparan el mismo espacio. Sin darse cuenta pasó el día entero en el bosque, en compañía de su dolor, dándose cuenta que quizá éste le acompañara mucho tiempo, pero que permitiendo su presencia podía al mismo tiempo sentir una especie de liberación, ya que no tenía por qué estar pegada en el suelo sin moverse. Volvió de nuevo a palacio, y esta vez su rostro mostraba algo distinto.*

**Moraleja:** Si el dolor llama a tu puerta no trates de huir de él, permítete sentirlo, permítele que te acompañe en el camino, ya que si tratas de huir de él te atrapará tarde o temprano y quizá venga con mucha más fuerza, dejándote inmovilizado como a la princesa



## Psicoeducativo sobre el dolor

El dolor ante la pérdida de un ser querido es necesario para poder avanzar en el proceso de recuperación y sanación. El ser humano puede tener dos tendencias básicas: tratar de huir de él (ahuyentarse) o abrumarse con el dolor. Uno corresponde a la evitación y otro a la rumiación, ambas insanas. Los que huyen del dolor pueden adoptar conductas que anestésien ese dolor (como el consumo de alcohol u otras drogas) o por el contrario se sumergen tanto en el dolor de la pérdida que se hunden en el intento.

Con mindfulness se pretende que las personas adopten el camino del medio, es decir aceptar que el dolor está ahí por algo, aprendiendo a respirar con él, aprendiendo a sumergirse en él, pero saliendo a la superficie habitualmente para que ese dolor no nos desconecte de la realidad (de lo que hay fuera). El dolor permite que las heridas del alma vayan cicatrizando, y “aunque el dolor sea doloroso”, es la única forma de que la herida se cierre. Dejará una cicatriz, y de esa forma en algunos momentos podrá doler, pero gracias a adentrarnos en el dolor permitiendo que cure las heridas psicológicas, podremos algún día volver a sonreír.

Imaginemos una persona que tiene una herida física, que le dan la opción de ponerse una pomada que quita el picor, pero que al mismo tiempo va haciendo la herida más y más grande, siendo además muy tóxica. A corto plazo podrá sentir alivio, pero a largo plazo nunca cerrará la herida, además de que se puede infectar. Por el contrario si la persona decide pasar el picor y el dolor de la herida sin la pomada, llegará un momento que ésta cerrará, además que dejará de doler y picar con asiduidad, aunque al dejar una cicatriz en algunos momentos puntuales podrá doler. Lo mismo sucede con las heridas psicológicas. Si tratamos de anestésiar el dolor para no sentirlo, la herida nunca cerrará, ni siquiera con el paso del tiempo. Por ello es tan importante adentrarse en el dolor a través de la conciencia plena, permitiendo que las heridas vayan cerrándose poco a poco

## **Meditaciones guiadas.**

### **La sumersión en el dolor a través de la meditación mindfulness**

*Centra la atención en los sonidos que provienen del exterior.... Sin juzgar si son buenos o malos, agradables o desagradables. Simplemente obsérvalos, trata de respirar con ellos. Centra la atención en tu respiración observando la entrada y la salida del aire, observando las zonas de tu cuerpo que basculan con cada inspiración y con cada expiración (5 minutos de conciencia de respiración). Trata de hacer un recorrido por tu cuerpo captando sensaciones físicas, agradables o desagradables, y permítete estar respirando con ellas, dándote cuenta que al mismo tiempo puedes experimentar las agradables y las desagradables, que tu conciencia tiene cabida para todas ellas, y que puedes jugar a focalizar la atención en unas u en otras, o en todas ellas al mismo tiempo (10 minutos de conciencia corporal).*

*Ahora vamos a ir en busca de ese dolor que nos desquebraja el alma, ese dolor que nos desespera y que tratamos de evitar en muchas ocasiones a toda costa. Vamos a imaginar que somos la princesa del cuento, y que vamos caminando por el bosque. Esta vez el dolor se manifiesta como una charca helada por la que tenemos que pasar para volver a palacio. Al principio vemos la charca, nos damos cuenta que hay hielo en la superficie, pero que en cuanto coloquemos nuestros pies en ella, el hielo se quebrantará y nos hundiremos en la charca. A pesar del miedo, decidimos con conciencia plena colocar nuestros pies en el hielo de la charca. Como era de esperar, el hielo se rompe y caemos hacia dentro de la charca. El agua está fría, muy fría. Somos conscientes de nuestro dolor, y nos fijamos en las sensaciones físicas que tenemos ante ese dolor de alma (conciencia de sensaciones 10 minutos). Respiramos con esas sensaciones, visualizamos como metemos la cabeza en la charca, buscamos las sensaciones y salimos de nuevo a la superficie, con conciencia de la*

*respiración. Esa respiración amiga que nos mantiene vivos, que nos motiva a seguir nadando a pesar del frío, a pesar del dolor. Volvemos a sumergirnos en la charca, y esta vez buscamos en el fondo ciertos cofres cerrados que contienen mensajes acerca de la utilidad del dolor. Si vemos algún cofre lo cogemos y lo sacamos a la superficie y lo abrimos. Si no vemos nada, no pasa nada, salimos a la superficie igualmente llenando nuestros pulmones de aire puro, aire fresco.... Y sin darnos cuenta hemos atravesado la charca, hemos respirado con el dolor, hemos permitido que las sensaciones o manifestaciones físicas del dolor nos acompañen, y somos capaces de sentir una sensación de liberación, como la princesa cuando la mancha pegamentosa se quitó de encima de ella (pausa).*

*Salimos de la charca, nos secamos y ahora a pesar de que se ha hecho de noche y sigue haciendo frío, continuamos por el sendero del bosque que nos lleva de regreso a palacio. Volvemos a conectar con nuestra respiración, con las sensaciones físicas de nuestro cuerpo, con los sonidos del exterior. Visualizaremos como nos fundimos en un abrazo con nosotros mismos, proporcionándonos amor, cariño, calidez, y nos repetimos mentalmente: A pesar de éste dolor que me quebranta el alma, me acepto y me amo profundamente... (pausa) A pesar de este dolor que a veces creo que puede llegar a matarme, me acepto y me amo profundamente. Trato de responder a estas preguntas internamente ¿Para qué me sirve el dolor? ¿Qué puedo aprender? ¿Qué puedo hacer a partir de hoy para sentirme mejor a pesar del dolor? ¿Puedo convivir con este dolor? ¿En qué he cambiado yo a partir de este dolor? ¿Hay algún cambio de valores?... Y cuando estemos preparados abriremos los ojos y podremos compartir nuestra experiencia, sin juicios, amándonos profundamente.*

## **Meditación del lago que simboliza el mundo emocional**

*Centraremos la atención en primer lugar en los sonidos que provienen del exterior..... tomando conciencia de la presencia de todos esos sonidos, así como de los momentos de silencio. Nos fijaremos en la entrada y la salida del aire. Inhalamos, sentimos el aire al entrar, exhalamos, sentimos el aire al salir. Hacemos varias respiraciones conscientes y profundas (5 minutos).*

*Ahora vamos a visualizar o imaginar que entramos en un cine y nos sentamos en una butaca. El cine está vacío, sólo estamos nosotros mismos. Observamos que delante de nosotros hay una pantalla de cine en blanco, dónde aparece la imagen de un lago en calma. Vamos a observar: ¿cómo es el lago?, ¿qué características tiene?, ¿de que color es el agua?, ¿qué elementos aparecen?, ¿Que sensaciones despierta en ti esa imagen?, ¿Puedes observar el fondo del lago?..... Respira con conciencia plena, aquietando la mente y conectando con esa imagen que transmite serenidad (10 minutos).*

*Ahora vamos a visualizar una nueva pantalla superpuesta dónde aparece una situación donde nos sentimos vulnerables, por una pérdida acontecida, provocándonos dolor. Esta vez lo vamos a observar desde fuera, con el testigo u observador de la experiencia, desde esa butaca en el cine, con cierta distancia. ¿Dónde nos encontrábamos? ¿Qué sucedió? ¿Estábamos solos o acompañados? ¿Qué sentíamos?... Observamos al mismo tiempo que respiramos.... (5 minutos). Cuando ya tenemos la imagen clara, dejamos que esa pantalla desaparezca y nos acercamos de nuevo a la imagen del lago. ¿Qué características tiene el lago ahora? ¿Cómo se transforma? ¿Qué sensaciones físicas experimentas? ¿Dónde nace ese dolor y hacia donde se traslada?..... El lago permite que el dolor se bañe, y sabe que llegado el momento podrá volver a la calma, pudiendo de nuevo visualizar el fondo. Tiene paciencia, compasión y sabiduría... Tratamos de respirar con conciencia plena, permitiendo la*

*presencia de ese dolor con calma, con serenidad, con paciencia, con cariño hacia nosotros mismos.*

*Si en algún momento la intensidad del dolor es muy alta, nos refugiamos en la respiración el tiempo que necesitemos (5 minutos).*

*Nos sumergimos en el lago y observamos si nos encontramos algún cofre en las profundidades. Si es así ¿Qué contiene? ¿Tiene algún mensaje para ti acerca de la utilidad del dolor? ¿Para qué sirve, qué te enseña?..... Si es que no, lo aceptamos y si es que sí lo exploramos. Dejamos que las imágenes lleguen, no forzamos nada... (10 minutos)*

*Conectamos con alguna imagen que nos despierte sensación de bienestar, un abrazo de algún ser querido, algo que nos ayude a conectar con estados emocionales positivos y observamos como el lago de nuevo vuelve a su estado de calma. Centraremos de nuevo la atención en la respiración y en nuestro cuerpo, haremos los movimientos corporales que deseemos, y cuando estemos preparados abriremos los ojos y podremos compartir nuestra experiencia si así lo deseamos” (5 minutos).*

**Nota:** Elegiremos alguna de las dos, puesto que ambas tratan de trabajar el dolor con una actitud mindful de acercamiento a lo desagradable con una actitud de aceptación y con una mente curiosa, pese a que las metáforas empleadas son distintas.

## **El diario de mi dolor**

- Día:
- Hora:
- Intensidad del dolor (escala Likert del 1-10):
- Nombre del dolor:
- Descripción del dolor a través de los sentidos: (color, forma, olor, textura, sabor, temperatura....)
- Sensaciones físicas, pensamientos y emociones asociadas a ese dolor
- Practica de Mindfulness a través de la respiración (3-5 minutos)
- ¿Se producen cambios? ¿Se transforma ese dolor? ¿Cómo es ahora?
- Meditación sobre el dolor: La sumersión en la charca
- ¿Qué siento tras esa meditación? Explorar de nuevo el dolor. ¿Ha habido algún cambio?
- Si es que sí, descríbelo.

## SESIÓN 4

### Psicoeducativo sobre las emociones.

La palabra emoción deriva del latín *emovere*, que significa poner en movimiento. Las emociones por tanto ponen en movimiento tanto las funciones internas del organismo como el comportamiento externo. Según Andrés Martín Asuero son mecanismos que coordinan mente y cuerpo orientando el comportamiento.

En este psicoeducativo se trabajará sobre las cuatro emociones básicas que son: **El miedo, la rabia, la tristeza y la alegría**. Este psicoeducativo nos servirá de base para aprender a detectarlas y regularlas, además que nos permitirá tomar conciencia de otros sentimientos más elaborados. Los sentimientos según José Antonio Marina (1996), sería la conciencia de esa emoción interpretada dentro de un marco cultural determinado. Por tanto la emoción es innata, aunque el sentimiento es aprendido, puesto que en función del marco cultural en el que nos encontremos eso provocará cambios en la interpretación de la emoción. En el sentimiento interviene la parte cognitiva, en la emoción a priori no. Cuando hay una intervención cognitiva, hablaríamos ya de sentimientos, como es el caso de la culpa o el sentimiento de soledad.

Se trabajará sobre cada una de las emociones en grupo, de forma que se hagan cuatro grupos (Cada grupo será una emoción.). Se le pedirá a cada grupo, que cada miembro del mismo trate de recordar alguna situación en la que haya sentido esa emoción, haciendo un trabajo de introspección.

No hace falta contar la situación, la idea es evocar ese momento para contestar a estas preguntas que se deliberarán en el grupo:

- Sensaciones físicas que provoca esa emoción
- Pensamientos y temporalidad, es decir la emoción está centrada en el pasado, en el presente o en el futuro.
- ¿A qué me impulsa esa emoción? ( Comportamiento)
- ¿Para qué me sirve esa emoción?

La idea es que tras la deliberación se haga una puesta en común, donde un portavoz del grupo nos contará a qué conclusiones ha llegado el grupo.

El objetivo del psicoeducativo sobre las emociones es poder llegar a la conclusión de que no hay emociones buenas o malas, que las negativas y las positivas son adaptativas, puesto que todas ellas tienen una función. Que lo importante es aprender a detectarlas, entender su utilidad y aprender a regularlas para que no se conviertan en estados emocionales negativos cronificados que puedan dar paso a un trastorno mental como la depresión o los trastornos de ansiedad. Importante recordar que con la regulación emocional nos permitimos sentir las emociones, escuchando nuestras sensaciones físicas, nuestro cuerpo, entendiéndolas y mimándolas para que puedan calmarse. Importante recordar que reconocer las emociones es el primer paso para poderlas regular.

En este cuadro queda reflejado el contenido de las cuatro preguntas que tratarán de responder los participantes, además de los inconvenientes y distorsiones en el comportamiento a los que nos pueden conducir si no hay una buena regulación.



*Tabla resumen de la regulación emocional tomado de Alba Payás*

<b>Manifestaciones corporales</b>	<b>Expresión natural, comportamiento</b>	<b>Utilidad. Valor adaptativo</b>	<b>Temporalidad, desplazamientos</b>	<b>Limitaciones</b>	<b>Distorsiones del comportamiento</b>
<b><u>Susto-miedo</u></b> Agitación , tensión hombro-cuello, cara blanca, agitación, cerrarse, taquicardia, frío	Encogerse, huir, chillar, parálisis	Discernir peligros, huir de los peligros, proteger a seres queridos, planificar y prepararse, precaución.	Está orientada al futuro. Puede desplazarse a la rabia.	Inseguridad, desconfianza, ansiedad, parálisis, agobio, impaciencia.	Sometimiento, hacerse invisible, no arriesgar, perfeccionismo, decir sí a todo, mentir/ocultar.
<b><u>Enfado-rabia</u></b> Energía, cara roja, manos y pies calientes, tensión muscular.	Luchar, amenazar, elevar la voz, gesticular	Defender seres queridos y derechos, establecer límites, afrontar enemigos, poder decir que no, poder superarse, arriesgarse.	Orientada al presente, si no se regula se puede desplazar a la tristeza (frustración). La rabia nos puede llevar a buscar culpables o culpamos a nosotros mismos.	Agresividad, tensión emocional, aislamiento, enfado, venganzas, culpabilidad.	Violencia, mobbing, personalizar, autoritarismo, intolerancia, hipercrítica
<b><u>Pena-tristeza</u></b> Nudo en la garganta, ojos lacrimosos, falta de energía, bajar la voz	Lamentarse, llorar, recogerse, interiorizar	Asumir pérdidas, pedir y dar ayuda, reflexionar, curar heridas Psico-sociales, aprender de los errores.	Está orientada al pasado. Puede desplazarse hacia la rabia y el aislamiento	Apatía, desinterés, pesimismo, depresión	victimismo, indefensión, incapacidad, insensibilidad, indecisión
<b><u>Alegría-felicidad</u></b> Energía, sensación de expansión en el pecho, ligereza corporal, aumenta el tono de la voz, ojos brillantes	sonreír, reír, abrazar, tocar, invitar, compartir, jugar, cantar, explorar, humor	nutrir, crecer, desarrollar, crear vínculos, creatividad, descubrir, participar, motivar, esforzarse	Está orientada al presente	dispersión, optimismo, no planificar, gastar en exceso, forzar la máquina	Sobreconfianza, orgullo/arrogancia, no ver otra realidad, falta de sensibilidad.

## Cuento sobre las emociones de Margarita Rojas

La idea con el cuento de las emociones es consolidar lo que se haya trabajado en el psicoeducativo de las emociones, que tomen conciencia de la importancia de ser conscientes de ellas, expresarlas, regularlas. Es lo que hoy denominamos inteligencia emocional.

*“Al principio de los tiempos, quedaron liberadas cinco hermanas, hijas de la naturaleza y la humanidad. Para poder sobrevivir tenían que alojarse en los cuerpos de los hombres. Estas cinco hermanas se llamaban emociones. Sin ellas, los seres humanos habrían sido apáticos y aburridos. Todas tenían en común ser fuertes, impulsivas y testarudas. Ninguna consentía ser ignorada; no obstante, cada una tenía su propia personalidad. Sus nombres eran: **Ira, Miedo, Tristeza, Amor y Alegría.***

***Ira** siempre hablaba de forma acalorada, a voces y, en ocasiones, gritando. Tenía mucha energía y reaccionaba principalmente ante la frustración, la injusticia y los ataques del exterior. Ira servía para defender el territorio, marcar hasta donde se puede llegar y luchar contra la injusticia. En ocasiones, sobre todo cuando se aliaba con Miedo, Ira se volvía agresiva e incluso peligrosamente violenta. En esos momentos Ira perdía el control y se podía volver muy injusta porque recaía sobre quien no se lo merecía.*

***Miedo** siempre estaba temblando, insegura y sobresaltada. La función que desempeñaba Miedo era muy importante para la supervivencia, porque avisaba de los peligros para salir huyendo o pelear. Lo malo de Miedo era que, a veces se volvía un poco exagerada, veía peligros donde no los había e iba limitando a las personas cada vez más porque dejaban de hacer cosas por Miedo*

***Tristeza** era la más taciturna. Se movía lentamente arrastrando los pies, cabizbaja. Su sonido era el gemido, el llanto y el suspiro. Servía para aceptar las pérdidas, era la especialista en hacer <despedidas>.*

***Amor** era la más bella de las hermanas, de carácter tierno y amable. Sus palabras eran dulces y agradables. Su misión principal era generar nuevas vidas. Amor era la propulsora de todos los grandes cambios entre los humanos por su carácter emprendedor y creativo.*

*Por último, **Alegría** era la más jaranera; le gustaba cantar, reír, bailar, jugar y saltar. Servía para adornar la vida y darle color y luminosidad. Proporcionaba mucha energía. Se manifestaba especialmente cuando alguien conseguía algún deseo o se cumplía alguna ilusión. Su problema era que, cuando se descontrolaba, hacía que la realidad se distorsionase sin hacer caso a Miedo, que le avisaba de peligros que ella no quería ver.*

*Al principio de los tiempos las cinco hermanas estaban siempre dispuestas a manifestarse abiertamente. Todas las emociones podía expresarse libremente. Poco a poco, la civilización empezó a imponer sus normas para controlar las emociones. Al cabo del tiempo, casi todos los seres humanos controlaron tanto a las cinco hermanas que difícilmente les permitían salir en libertad. La gente no se permitía expresarlas ni mostrarlas y las emociones se ahogaban encerradas sin salir. Llegó un momento que la tensión de sentirse encerradas fue tal que decidieron acabar con esa situación. Su solución fue realizar una especie de contraataque. Si las personas no las dejaban salir al exterior cuando les correspondía, todas y cada una desplegaría un ataque químico a diferentes partes del cuerpo. Provocando dolores de cabeza y musculares, irritaciones, rojeces y grietas en la piel, o atacaban a otros órganos vitales.*

*Por fin, unos cuantos seres humanos entendieron que las cinco hermanas tienen que salir por las vías adecuadas para que todo funcione correctamente.*

## **Meditación Mindfulness para las emociones**

En esta meditación se trabaja siguiendo los siguientes pasos:

- 1. Tomar conciencia de las emociones** (sensaciones físicas, comportamientos a los que nos impulsan, pensamientos que desencadenan esa emoción)
- 2. Respirar con conciencia plena** junto a la conciencia de la emoción ( Sonreír con la mente y aceptar)
- 3. Abrazar la emoción** cómo si fuera un niño que llora o abrazarnos a nosotros mismos (autocompasión).
- 4. Hacer un trabajo de introspección** (¿Para qué me sirve esta emoción en estos momentos? Tratar de ver la situación como algo impersonal, como si lo estuviésemos viendo en una pantalla de cine y sacar la esencia de la experiencia. Esto nos conduce a la sabiduría y a la inteligencia emocional.

### **Meditación ablanda- tranquiliza-permite-ama**

*Centraremos la atención en los sonidos que provienen del exterior, tratando de respirar con conciencia plena, sintiendo el sonido dentro de nosotros mismos, momento a momento. Inhalo, exhalo. Inspiro vida, suelto la tensión. Trato de seguir la respiración, observando los movimientos del cuerpo al inspirar y al expirar. Cada vez que aparece un pensamiento, imagino que una nube blanca aparece y se lleva consigo el pensamiento, centrando toda la atención en la respiración. (Conciencia de sonidos y respiración, 10 minutos) (pausa).*

*Ahora imaginamos o recordamos un momento de nuestras vidas en el que hayamos experimentado una emoción (miedo, tristeza, rabia). Vamos a tratar de observar la emoción, sin juzgarla, ni como buena ni como mala. Es una emoción. Observamos donde la sentimos, en qué parte de nuestro cuerpo comienza a gestarse. Observamos su textura, su color, cómo se mueve, su aroma, cualquier cualidad de la emoción. Y respiramos con ella, momento a*

*momento. No pretendemos cambiar nada, no pretendemos negarla, ni expulsarla. Solo pretendemos observarla, sentirla en nuestro cuerpo, respirar con ella. Y nos damos cuenta que ambos, nosotros y la emoción ocupamos el mismo espacio, al mismo tiempo. Seguimos respirando. Y observamos a qué nos impulsa la emoción, que haríamos si nos dejáramos llevar por la emoción.*

*Pero ahora tenemos a la respiración que es nuestra aliada y nos permite regular esa emoción, nos permite airear esa emoción. Imaginamos que la emoción cobra vida y se nos presenta delante de nosotros. Estamos colocados en una silla, sentados, mirando a los ojos de la emoción, sonriendo con la mente, acogiendo la emoción, pero no cediéndole nuestra silla. Es como si fuésemos los reyes y reinas de un palacio, al que todos los días acuden visitantes nuevos (emociones, pensamientos), se dan una vuelta por el palacio, pero como no les cedemos el trono, se van. Quizá más tarde vuelvan a llamar a nuestra puerta, y les abriremos, les sonreiremos, con una actitud de aceptación. Observamos cómo nos sentimos si nos relacionamos de esta forma con nuestras emociones, Observamos si se producen cambios en la emoción a medida que la observamos, respiramos con ella. Y decimos mentalmente, “permitir, permitir, permitir. A pesar de que siento esta emoción, me acepto y me amo profundamente” (colocar la mano en el corazón y tratar de percibir qué sentimos al repetirnos esta frase).”Me amo profundamente, me amo profundamente”.*

*Seguimos respirando e imaginamos que la emoción es como un niño pequeño que llora, que necesita consuelo, necesita amor. E imaginamos como rodeamos con nuestros brazos a la emoción. Y nos decimos mentalmente “a pesar de que siento esta emoción, me acepto y me amo profundamente” (pausa). “ Ablando, tranquilizo, permito, amo” “Ablando el cuerpo, permito que la emoción se manifieste, aquieto mi mente para ver con claridad, y me amo, precisamente porque estoy sufriendo”*

*Ahora tratamos de ver la escena como si le estuviese pasando a otra persona que aparece en la pantalla de un cine, y exploramos desde fuera ¿Para qué le puede servir esta emoción al protagonista? ¿Qué pretende decirle? ¿Qué quiere que haga? ¿Qué podría aprender de esa emoción? (pausa) Y con toda esa información, volvemos de nuevo a ser conscientes de la respiración, exploramos nuestro cuerpo desde la cabeza hasta los pies, soltamos tensiones a través de la respiración y permitimos que el cuerpo se ablande, que respire a través de todos los poros de la piel. (Pausa) Poco a poco vamos notando los apoyos de nuestro cuerpo sobre el suelo, y comenzamos a mover los pies, a mover las manos, el cuello, cualquier movimiento que deseemos hacer, y cuando estemos preparados abrimos los ojos y podremos compartir si queremos nuestra experiencia.*

### **Om shanti mantra**

Sarveshaam swastir bhavatu

Sarveshaam swastir bhavatu

Sarveshaam poornam bhavatu

Sarveshaam mangalam bhavatu

Sarve bhavantu Sukhinah

Sarve santu niraamayaah

Sarve bhadraani pashyantu

Maakaschit dukkha bhaag bhavet

Om Shanti Shanti Shanti hi

## Diario de las emociones

En este diario se anotarán los siguientes aspectos relacionados con las emociones que vayan apareciendo día tras día:

- Momento del día en que aparece la emoción
- Qué emoción es
- Si es un sentimiento más elaborado, buscar la emoción básica que está por debajo
- Puntuar su intensidad con una escala Likert del 0 al 10
- Descripción detallada de la emoción. ¿Cómo es la emoción? (características en cuanto a color, textura, olor, sabor....)
- ¿Hacia dónde me impulsa la emoción?
- Practicar la regulación emocional con los pasos enseñados en la sesión (ser consciente, sonreír con la mente, abrazar la emoción, introspección). Tomarse el tiempo necesario para poder percibir cambios internos
- Describir cómo nos sentimos tras la regulación emocional, para qué nos ha servido
- ¿Crees que el comportamiento hubiese sido diferente si no hubieses regulado la emoción? ¿En qué hubiese sido distinto? ¿Crees que te ha ayudado?
- Observar el desplazamiento de unas emociones a otras ( del miedo a la rabia; de la rabia a la tristeza; de la tristeza a la rabia)

## SESIÓN 5

### **Autoconciencia emocional. Reflexiona sobre estas preguntas.**

#### **Miedo**

1. Desde que el ser querido no está, ¿Has sentido un incremento en la percepción del miedo?
2. Si es así, toma conciencia de cuáles son tus miedos y escríbelos.
3. Cuando eres consciente del miedo, ¿Qué otras emociones se despiertan?
4. ¿Qué puedes hacer, o qué haces para que el miedo no te venza?

#### **Rabia**

5. Desde que el ser querido no está, ¿Crees que ha habido un aumento en el nivel de enfado, ira o rabia
6. Si es así, ¿Cómo se manifiesta y con quién? (Ejemplo. Enfado con el mundo, con Dios, con la Iglesia, con uno mismo....)
7. ¿Cuáles son los comportamientos asociados a ese estado de ira?
8. ¿Qué pensamientos están asociados a esa estado de ira
9. ¿De qué otras emociones crees que te estás protegiendo? Es decir si tiráramos del hilo de la ira, ¿Qué emoción crees que habría por debajo?
10. ¿Qué necesidad está encubriendo?



## **Tristeza**

11. Desde que el ser querido no está, ¿Ha habido un aumento del sentimiento de tristeza?
12. Si es así, ¿Con qué otras emociones suele ir acompañada? (Ej. añoranza, desesperanza, amargura, enfado, miedo, falta de sentido, falta de motivación).
13. ¿Te permites expresar la pena? ¿Cómo y con quién?
14. ¿Qué haces para que la tristeza no te venza?

## **Momentos de alegría-bienestar-serenidad**

15. A pesar de la gran cantidad de emociones negativas que experimentamos día a día asociada a la pérdida, ¿Eres consciente de los momentos de serenidad o incluso alegría?
16. Si es así, ¿Qué es lo que te hace conectar con la alegría o con la serenidad?
17. ¿Te sientes culpable cuando te permites sonreír, o expresar la alegría?
18. Si es que sí, ¿Qué pensamiento hay en ti que te provoca ese sentimiento de culpa?

## **Cuento sobre la tristeza y la rabia de Jorge Bucay**

*En un reino encantado donde los hombres nunca pueden llegar, o quizás donde los hombres transitan eternamente sin darse cuenta.... En un reino mágico, donde las cosas no tangibles, se vuelven concretas....Había una vez un estanque maravillo.*

*Era una laguna de agua cristalina y pura donde nadaban peces de todos los colores existentes y donde todas las tonalidades del verde se reflejaban permanentemente...*

*Hasta ese estanque mágico y transparente se acercaron a bañarse haciéndose mutua compañía, la tristeza y la furia. Las dos se quitaron sus vestimentas y desnudas las dos entraron al estanque*

*La furia, apurada (como siempre está la furia), urgida -sin saber por qué- se bañó rápidamente y más rápidamente aun, salió del agua... Pero la furia es ciega, o por lo menos no distingue claramente la realidad, así que, desnuda y apurada, se puso, al salir, la primera ropa que encontró... Y sucedió que esa ropa no era la suya, sino la de la tristeza...Y así vestida de tristeza, la furia se fue.*

*Muy calma, y muy serena, dispuesta como siempre a quedarse en el lugar donde está, la tristeza terminó su baño y sin ningún apuro (o mejor dicho, sin conciencia del paso del tiempo), con pereza y lentamente, salió del estanque. En la orilla se encontró con que su ropa ya no estaba. Como todos sabemos, si hay algo que a la tristeza no le gusta es quedar al desnudo, así que se puso la única ropa que había junto al estanque, la ropa de la furia.*

*Cuentan que desde entonces, muchas veces uno se encuentra con la furia, ciega, cruel, terrible y enfadada, pero si nos damos el tiempo de mirar bien, encontramos que esta furia*

*que vemos es sólo un disfraz, y que detrás del disfraz de la furia, en realidad... está escondida la tristeza.*

## **Meditación guiada: La rabia y la tristeza**

*En primer lugar centraremos la atención en los sonidos que provienen de la música de fondo (cuencos tibetanos), observando y sintiendo el sonido. Respirando profundamente, inhalando, exhalando. Inhalo bondad, exhalo dolor, malestar, tensión, sufrimiento. Si hay algún pensamiento lo observo, no lo juzgo, lo dejo ir y venir, y me centro en la respiración, sin entretenerme en el pensamiento, sin juzgarme por tenerlo, simplemente es un pensamiento.... (15 minutos de conciencia de sonidos y respiración).*

*Ahora imaginaremos un paisaje del cual formamos parte, nosotros somos un lago de aguas cristalinas verde esmeralda. Alrededor del lago hay pinos verdes, somos capaces de percibir el aroma de los pinos, capaces de percibir el movimiento de las ramas, de las hojas. En el lago se refleja el cielo azul, se refleja el sol, se reflejan los árboles, siendo como un gran espejo que muestra todo lo que existe en aquel lugar. El lago disfruta de la calma cuando le es posible, pero acepta que en algunos momentos se bañen en él dos personajes inseparables que movilizan la profundidad del lago con una gran intensidad. Tanto movilizan, que desaparece la calma. Son la ira y la tristeza. (Pausa). El lago se da cuenta que las hermanas están por llegar. Lo sabe porque el suelo comienza a temblar y el agua comienza a moverse de una forma diferente. Primero se sumerge la rabia, y con esa fuerza que la caracteriza comienza a nadar de aquí para allá, sin un orden establecido, formando círculos a derecha y a izquierda, sin orden, impulsiva, alocada. Trata de conectar con esa rabia en tu cuerpo, dónde se localiza, qué sensaciones físicas experimentas, a qué te impulsa esa rabia. Obsérvalo y permítelo, como el lago permite que la rabia se bañe en sus aguas. Y*

*repite mentalmente, ablanda, permite y ama. Respira profundamente.... (10 minutos) La rabia sale del lago, se coloca la ropa de la tristeza y se aleja del lugar, mientras la tristeza se sumerge lentamente, sin fuerza, lánguida, perezosa, oscura. Es tan densa la tristeza que el lago se queda inerte, sin vida, gris, congelado, frío, desolado, incapaz de reflejar los árboles, el sol y el cielo azul. De repente es como si se hiciese de noche, una noche oscura, sin luna y sin estrellas. Trata de sentir esa tristeza, observándola, permitiendo que se bañe en las aguas del lago, observando donde sientes la tristeza, qué sensaciones físicas experimentas, a qué te impulsa esa emoción...respira profundamente, ablanda, permite, ama (10 minutos). Finalmente la tristeza sale del lago y se coloca la ropa de la ira, ya que no dispone de otra, alejándose de aquel lugar...Observa cómo el lago vuelve pasado un tiempo a esa calma, a reflejar de nuevo toda la belleza exterior, con esa majestuosidad y sabiduría, pues sabe que las hermanas volverán cuando les apetezca, pero mientras están ausentes el lago disfruta de sus aguas serenas y claras.*

*A pesar del dolor, la rabia y la tristeza, que van de la mano y que se transforman una en la otra, me acepto y me amo profundamente. Respiro profundamente e inhalo vida, inhalo amor, inhalo paz, inhalo fuerza para aceptar las cosas que no puedo cambiar, inhalo valentía para cambiar las cosas que sí puedo cambiar, e inhalo sabiduría para entender la diferencia.*

*Y poco a poco, voy dejando que la imagen del lago que representa nuestro mundo interno emocional, vaya desvaneciéndose en nuestra conciencia. Y me centro en la respiración, en la entrada y en la salida del aire, e imagino que el aire está cargado de amor dirigiéndose a todas las células físicas, mentales, emocionales y espirituales. Voy centrando la atención en el cuerpo, en los músculos de las piernas, en los pies, en la espalda, en el tórax, en la cabeza, en los músculos de la cara... y como si despertara de un sueño, comienzo a estirarme, a moverme, a sentir mi cuerpo, aquí y ahora... Me pongo en posición fetal, me*

*abrazo a mí misma, y cuando esté preparado/a abro los ojos y puedo escribir mi experiencia, así como compartirla.*

## **Meditación guiada procesamiento emocional con conciencia amable**

El objetivo de esta meditación es dirigir una sesión dónde los dolientes conectan con sus emociones a través de las sensaciones corporales para procesarlas, empleando como anclaje al momento presente el cuenco que simboliza el latido del corazón y que además nos permite la conciencia dual (pie en el pasado y pie en el presente), tan necesaria para poder digerir una experiencia dolorosa y poder así evocar imágenes reparadoras que permiten la resolución adaptativa del recuerdo traumático. En cada una de las pausas evocaremos el latir del corazón con el sonido del cuenco, dando tiempo a la persona para que procese la experiencia.

*Poco a poco, en primer lugar vamos centrando la atención en el apoyo del cuerpo sobre el suelo, haciendo varias respiraciones profundas, entregando el peso del cuerpo al suelo, a la madre tierra (5 minutos de atención a la respiración y conciencia corporal). Conectaremos con nuestro lugar seguro-sagrado-de poder (Recurso de estabilización) y evocaremos aquellas sensaciones agradables que se despiertan en ese lugar. Aparecerán tres símbolos o figuras que representan el amor, la luz y la serenidad. Nos sentimos acompañados en todo momento por ellas.*

*Ahora vamos a trabajar con algún recuerdo, alguna situación que nos venga a la mente, es como si fuésemos a pescar un recuerdo en un océano inmenso. Como si tuviésemos una caña de pescar y pescáramos un recuerdo que tiene que ver con la pérdida de nuestro ser querido. Un recuerdo que nos hace conectar con emociones desagradables, emociones que vamos a trabajar ahora y procesar a través de la meditación. Pero recuerda, tienes contigo esos recursos de los que hemos hablado anteriormente (el amor, la luz y la serenidad). Esos*

*recursos nos permiten digerir, elaborar esas emociones, sin huir de ellas. Pescamos el recuerdo, y ahora es como si en una pantalla interna, mental, se proyectara ahí toda la escena, el lugar donde nos encontrábamos, persona o personas que aparecen en esa escena..... Todo como si lo viésemos desde fuera, como si lo estuviésemos grabando objetivamente con una cámara, sin entrar todavía en el mundo emocional. Viéndolo todo desde fuera (pausa)*

*Una vez tenemos el recuerdo, la imagen clara, vamos a tratar de conectar con las emociones y pensamientos que se nos mueven ahora a medida que conectamos con ese recuerdo... Es como adentrarnos en el lago de nuestras emociones. Permitir que se manifiesten a través de nuestro cuerpo para poderlas canalizar, limpiar, digerir. Ponle nombre a lo que estás sintiendo, etiqueta la emoción. Pero primero fíjate en qué sensaciones físicas tienes en el cuerpo a medida que conectas con esa emoción, si notas que se te acelera el corazón, si sientes que la emoción sube de intensidad, trata de mantenerla en tu ventana de tolerancia, ayudándote en todo momento de la respiración, de la entrada y la salida del aire (pausa). Trata de observar en qué parte de tu cuerpo se manifiesta más la emoción o emociones. Observa qué partes de tu cuerpo están tensas, o están frías, están paralizadas... Qué emoción o emociones tienen que ver con esas sensaciones que estás sintiendo ahora. Ponles nombre, reconoce la emoción gracias a la conciencia corporal, y trata de acariciar esas zonas de tu cuerpo dónde notas esas sensaciones físicas desagradables. Como si las emociones fuesen niños pequeños que lloran, que necesitan cariño y protección. Como si acariciases compasivamente la cabecita de ese niño pequeño que llora. Ayudándote en todo momento de esa respiración amable. Imaginando que la respiración contiene partículas de luz de color blanco que ayudan a que la emoción pueda ser digerida dentro de la ventana de tolerancia. Exponiéndote a esa emoción, permitiendo que se manifieste, aceptando su*

*presencia (pausa). Si tuvieras que poner un color a esa emoción que estás sintiendo de qué color sería...(pausa) Si tuvieras que ponerle una forma, ¿Qué forma tendría?...(pausa) Si tuvieras que ponerle una temperatura, ¿Qué temperatura tendría? Es fría, cálida, templada....(pausa) Si tuviera un sabor, ¿De qué sabor estaríamos hablando? dulce, salado, amargo....(pausa). Permítete sentir la emoción teniendo en cuenta todas sus cualidades, temperatura, color, sabor, olor, textura.....Saluda la emoción o emociones como parte del proceso natural, forma parte del proceso de elaboración del duelo, para poder avanzar en ese huracán, en ese proceso que no es lineal, que tiene forma de escalera en espiral, que nos conecta en algunos momentos con el dolor en diferentes intensidades según el día, según el momento. Conectando con esa característica de la impredecibilidad del duelo (pausa) Seguimos procesando la emoción.... Recordando que nos encontramos en nuestro lugar sagrado. Como si todo lo que estamos experimentando estuviese contextualizado en ese lugar, con los recursos que tenemos para afrontar las situaciones difíciles. Con esa respiración amiga que siempre nos acompaña, con esa actitud amable de observación de la realidad, sin pretender cambiar nada, estando presentes con el corazón. Respirando a través de la tristeza, a través del miedo, a través de la rabia, respirando y permitiendo que lo que es. Sintiendo el miedo, la rabia, la tristeza, cualquier emoción es bienvenida a la conciencia (pausa). De esa manera aquietando nuestro mundo emocional, a pesar de todas esas emociones que se bañan en nuestro lago interior, date cuenta como a través de la atención plena conseguimos que las aguas del lago, se vayan aquietando, para mostrarse como un espejo claro, espejo transparente (pausa) Podemos tirar del hilo de las emociones y al tirar del hilo aparece una necesidad.... Ahora necesito.... ¿Qué necesito ahora?... Escucho a ese yo sabio que habita dentro de nosotros y que sabe como autosanarnos. Por ejemplo hay personas que pueden escuchar frases como: Ahora lo que necesito es descansar, cuidar mi alimentación, viajar, llorar.... Sólo son ejemplos. Simplemente ahora escúchate a ti, escucha*

*el mensaje implícito de la emoción que están sintiendo (pausa). Ponte una mano en el corazón, haz varias respiraciones conscientes, amables, profundas, sentidas, llenas de amor y permite que a pesar de la oscuridad de la noche, que a pesar de las emociones desagradables como la tristeza, el miedo, la rabia... A pesar de las oscuridades, a pesar de todo eso, puedas percibir en esa imagen un rayito de luz por muy pequeño que sea que entre a través de la ventana. Deja que ese rayo de luz entre a través de la ventana (pausa). Poco a poco, llevaremos la atención al cuerpo, haremos cualquier movimiento que deseemos, y cuando estemos preparados iremos abriendo los ojos y nos quedaremos unos minutos en posición fetal, con nosotros mismos.*

## **SESIÓN 6**

A continuación se presentan dos meditaciones que tienen como objetivo conectar y procesar el sentimiento de culpa. Se podrá elegir una de las dos en función del tiempo que dispongamos. La primera dura unos 15 minutos, mientras que la segunda tiene una duración aproximada de 25 minutos.

La segunda viene acompañada del sonido del cuenco para poder potenciar la conciencia dual: Es decir poder tener un pie en el pasado y otro en el presente para poder sanar las heridas psicológicas causadas por este sentimiento tan destructivo, como lo es la culpa. El cuenco permite que una parte de nosotros se encuentre en el presente, mientras viajamos al pasado para sanar un determinado recuerdo o recuerdos.



## **Meditación mindfulness para explorar y procesar la culpa**

*Cierra los ojos y centra la atención en el espacio exterior, dibujando mentalmente el lugar en el que te encuentras...Expandiendo tu conciencia e imaginando las calles que están fuera, los pueblos, las ciudades, los países, los continentes y todo el planeta tierra en su globalidad. Respira profundamente y déjate llevar por la vibración del sonido (10 minutos de atención a los cuencos tibetanos).*

*Trata de imaginar la culpa como si fuera una pelota de acero pesada dentro de tu cuerpo, fíjate en el tamaño, en la textura, en el color, en el sabor, en el olor. Como si le pudieses poner apariencia física a ese sentimiento que te tortura por dentro. Pero no huyas de él, acércate a él, obsérvalo de cerca, tócalo, huélelo, saboréalo, míralo. ¿Qué zonas de tu cuerpo invade, dónde sientes esa culpa, qué sensaciones físicas tienes, qué emoción básica está por debajo de esa culpa?, mira si es la rabia, si es el miedo, si es la tristeza, si son todas ellas o ninguna de ellas. (pausa ). Hacia dónde te impulsa esa culpa, qué harías si te dejases llevar por ella, si le cedieses tu silla, si ella fuera quien ocupara el trono.... Obsérvalo, y respira al mismo tiempo, con conciencia del momento presente.....ablanda, permite y ama. ¿Qué pensamientos hay que permiten que ese sentimiento de culpa florezca? Obsérvalos, pero no te aferres a ellos, observa cómo entran y salen de tu .conciencia, cómo vienen y van, como nubes que se acercan y se alejan.... (pausa).*

*Date cuenta que dentro de ti convive el sentimiento de culpa, pero que eso no te impide centrarte en tu respiración, y que cuanto más consciente eres de tu respiración, más se ablanda esa bola de acero.... Respira, ablanda, permite y ama. Y repite mentalmente: A pesar de este sentimiento de culpa que me abrasa por dentro, me acepto y me amo profundamente. A pesar de este infierno liderado por la culpa, me acepto y me amo profundamente. A pesar de la tortura mental asociada a la culpa me acepto y me amo profundamente.... Y quédate*

*ahora con tu respiración, esa gran amiga que nunca te abandona, que siempre te acompaña (pausa). Poco a poco irás centrando la atención en tu cuerpo, haciendo un recorrido desde la planta de los pies hasta la cabeza, tratando de hacer cualquier movimiento que consideres oportuno, y cuando estés preparado abrirás los ojos, pudiendo escribir o verbalizar tu experiencia”*

## **Meditación para procesar la culpa**

*Vamos a ir centrando la atención en la postura dignificada, con la columna vertebral recta, apertura en el pecho, para conectar con nuestra presencia. Tratando de centrar la tención en los sonidos que provienen del exterior, dejándonos envolver por el sonido del cuenco, por la vibración del sonido, permitiendo que el corazón se abra, se expanda. Permitiendo una conexión entre el corazón y la mente. De esa forma afinamos las cuerdas, creamos un puente directo entre la razón y la emoción (pausa con vibración de sonidos).*

*Hoy vamos a trabajar la meditación del procesamiento de la culpa, los sentimientos de culpa que se alimentan de una serie de pensamientos.... Además esa culpa a veces no reconocida que se manifiesta a través de otras emociones como la rabia, o el abandono o la tristeza y otros comportamientos como la agresión, la irritabilidad desplazada o proyectada, los juicios constantes hacia uno mismo... Esa culpa a veces difícil de conocer (pausa). Para ello ahora simplemente vamos a hacer un pequeño recorrido por el cuerpo desde los pies hasta la cabeza, enviando nuestra respiración a todo el cuerpo. Vamos a dejar que se encienda nuestra pantalla interna y aparezca en esa pantalla algún pensamiento o alguna situación de nuestra vida por la que nos hayamos sentido y nos sintamos culpables en algunos momentos. Aparezca lo que aparezca en esa pantalla interna, simplemente obsérvalo con atención plena, con amabilidad (pausa con sonido del cuenco).*

*Mira a ver cuál es el hecho que te remuerde la conciencia. Muchas veces esas frases que empiezan por “Y si hubiera hecho....., Y si le hubiera dado más atención....., Y si le hubiera dicho....., Y si me hubiera dado cuenta.... Todas esas frases indican un sentimiento de culpa, a través de lo que se llama la clarividencia retrospectiva, que consiste en juzgarse cuando uno ya sabe lo que pasó a toro pasado, sin embargo previamente uno no sabía lo que estaba pasando, y no tenía la información suficiente como para saber lo que sabe ahora (pausa con sonido del cuenco).*

*Otras veces la culpa aparece en forma de mancha, como una sensación de suciedad, como una sensación de vergüenza, impureza. Otras veces aparece lo que se llama el ojo acusador, ese ojo interno, ese juez interno que juzga continuamente nuestros actos porque no nos sentimos puros, como una voz interiorizada, acusadora, que lo único que hace es juzgar como si fuera la voz de un padre o una madre crítica, que te culpa hagas lo que hagas, digas lo que digas. Ese yo de nuestra pandilla interna, acusándote una y otra vez. Ahora voy a dejar un espacio de tiempo para que podamos conectar con esos pensamientos que a veces se nos pasan por la cabeza que tienen que ver con algo de lo que hemos explicado anteriormente. Pero recuerda que estás posicionado con una actitud de escucha profunda, de observación, sólo estás observando a través de esa pantalla interior, y que te mantienes con esa postura dignificada, en contacto con la tierra y el cielo, además de encontrarte en un lugar seguro. Un espacio donde yo como terapeuta estoy proyectando el amor para contener todas esas emociones que puedan salir aflorando en este momento presente. Estás en un espacio sagrado, dónde desarrollas lo que se llama el testigo u observador que observa la experiencia, los pensamientos, las situaciones por las que te sientes culpable (pausa con sonido del cuenco para procesar el sentimiento de culpa).*

*Ya tenemos detectados los pensamientos o sentimientos que nos hacen sentirnos culpables, y ahora toca trabajar la liberación. Es el momento de liberarnos, de cortar las cadenas que nos atan a esos sentimientos y pensamientos que nos encadenan. Dejad que la metáfora del encadenamiento se manifiesta, percibiendo como la culpa nos aprisiona, nos hace sentir prisioneros de nosotros mismos. Haciendo ahora un trabajo de aproximación a la liberación. Vamos a tratar de conectar con ese sentimiento de culpa como si fuese una bola de acero, que tenemos en nuestras manos, o una mancha negra que se expande por el cuerpo, o quizá cualquier otra imagen que tenga sentido para vosotros (pausa con sonido del cuenco). Observa cuál es la magnitud de ese sentimiento de culpa, qué partes de tu cuerpo abarca, desde qué parte hasta qué partes de tu cuerpo está presente ese sentimiento. A medida que conectas con esa culpa respira, ánclate en la postura. Puedes ponerte la mano en el corazón y sentir como el amor hacia ti mismo permite que esa bola de acero o esa mancha pueda hacerse cada vez más pequeña. Envolviéndote a ti mismo con cariño, con amor, con un abrazo cálido, permitiendo que esa mancha, esa bola de acero se pueda ir reduciendo en tu corazón (pausa con cuenco).*

*Sólo el amor puede sanar las heridas más profundas del alma. Imagínate que delante de ti aparece un objeto que simboliza la transformación, puede ser el baúl de la transformación o cualquier otro objeto o símbolo que te venga a la mente. El baúl te da permiso para que te vayas acercando y deposites allí esa bola de acero o esa mancha oscura. Observa qué sucede a medida que te acercas, observa si parecen resistencias, si te cuesta acercarte y soltar la bola, o si por el contrario todo fluye y te permites soltarlo. Simplemente observa tu experiencia, no te fuerces a sentir algo que no sientes, y mantente en escucha profunda (pausa con cuenco).*

*Observa como el baúl se abre y es capaz de transformar el odio, el miedo, la rabia, la culpa, todo eso en paz, serenidad y compasión. Es capaz de cortar esas cadenas que nos atan al pasado, que nos atan a la culpa a través de una energía muy bonita que es la energía del amor y el perdón (pausa con cuenco).*

*Es como si de ese baúl apareciera una imagen que representa el perdón. Si pudieras perdonarte ahora por eso que crees que podrías haber hecho mejor, por eso que dijiste o hiciste, o que no dijiste o hiciste, si pudieras soltar toda esa culpa, qué imagen representaría para ti esa liberación. Deja que del baúl aparezca esa imagen y hazla tuya (pausa con cuenco).*

*Trata de acercar la imagen, como si ahora de repente tú fueses esa imagen que representa la capacidad de perdonarte y expresa internamente todo aquello que podrías decirte para liberarte de esos pensamientos culpabilizadores. Algunos ejemplos de frases pueden ser: Yo lo hice lo mejor que podía en ese momento, según el entendimiento que tenía; Yo no podía saber lo que sé ahora; Lo hice lo mejor que pude como padre, como hermano, como amigo; Me libero a mí de ese ojo acusador y saco a flote ese yo sabio, ese yo comprensivo, ese yo amoroso, de la pandilla que vive dentro de mí para sanar las heridas que tengo en el corazón (pausa con cuenco).*

*Entrego la culpa al pasado, y me siento merecedor/a de una vida libre de culpas. Para poder avanzar hacia delante con amor. Me perdono porque como ser humano que soy, puedo cometer errores, forma parte de la condición humana cometer errores y yo soy humano/a. Me perdono por todos esos pensamientos que he tenido o tengo en algunos momentos. Entrego mi culpa y me lleno de amor y de compasión hacia mí mismo, hablándome con cariño, hablándome como cuando le hablamos a un niño pequeño que llora, con ese sentimiento de quererlo proteger, de quererlo amar. De esa manera me hablo a mi mismo/a. Precisamente*

*porque estoy sufriendo, precisamente porque las cosas no son fáciles, precisamente por eso me cuido, cuido mi diálogo interno. Si pudiera hablarme de forma amable a mí mismo/a, ¿Qué me diría ahora mismo?, Si pudiera sentir esa amabilidad, ¿Qué imagen representaría esa amabilidad?. Observa qué imagen te viene y acógela (pausa con cuenco).*

**Cierre de la meditación con sonido del cuenco tibetano:**

*Nos centramos de nuevo en la postura, nos sentimos como esa montaña dignificada, majestuosa, con esa base firme en contacto con la tierra, y con esa cima que se alza cerca del cielo. Nos conectamos con su dignidad, con su majestuosidad, con su templanza, en todos los momentos de su existencia. Cuando llueve, cuando nieva, cuando hay tormenta, cuando es de día, cuando es de noche....la montaña se mantiene erguida, con esa sensación de resistencia frente a la adversidad. Trata de aprender de esa montaña, trata de ser la montaña. Damos las gracias a esta meditación, agradeciendo estos momentos que hemos pasado con nosotros/as mismas e ingresamos el beneficio de la práctica en el banco del universo para que llegue a todos los seres del mundo.*

*Poco a poco comenzaremos a sentir el cuerpo, haciendo cualquier movimiento de forma consciente y cuando estemos preparados abriremos los ojos y podremos compartir nuestra experiencia.*

## **Meditación metta y Tonglen para uno mismo**

*Cierra los ojos y trata de conectar con los sonidos que provienen del exterior. Sonidos que aparecen y desaparecen...Sonidos que vienen y van. Trata de ser consciente de tu respiración, de cómo entra y sale el aire, inhala, exhala... Si hay algún pensamiento trata de imaginar el pensamiento con voz, como si los pensamientos los oyese internamente, e igual que los sonidos tienen un principio y un final, los pensamientos también, obsérvalo (5 minutos).*

*Ahora centra la atención en ti mismo, pon la mano en tu corazón, y siente el latido, respira profundamente. Imagina que puedes reflejarte en un espejo, y que el espejo muestra toda tu belleza interior, que irradia hacia fuera, mírate (5 minutos) Comienza a repetir estas frases internamente, no hace falta que en un principio las sientas, pero pon la intención de amarte incondicionalmente: “que me vaya bien en la vida, que yo sea feliz, que esté libre de dolor y de sufrimiento” (pausa) “que aunque tenga dolor y sufrimiento, sea capaz de aprender de él, sea capaz de amarme incondicionalmente, sea capaz de vivir el dolor con serenidad”(pausa) “que yo sea feliz, que me vaya bien en la vida, que encuentre paz y serenidad” (pausa) “que sea capaz de cambiar las cosas que sí puedo cambiar, que sea capaz de aceptar las cosas que no puedo cambiar, y que tenga sabiduría para entender la diferencia” (pausa) (10 minutos)*

*Y trata de repetir internamente notando cómo estas palabras resuenan en tu corazón: “feliz, feliz, feliz (pausa) amor, amor, amor (pausa), paz, paz, paz (pausa) Serenidad, serenidad, serenidad (pausa). Deja que las palabras bailen en tu corazón, pero no te obligues a sentir nada, simplemente pon la intención. Déjate fluir con las palabras, con las frases, pon la intención de que resuenen en tu corazón (5 minutos)*

*Inhala y exhala amor, respira vida, respira amor. Como si ahora todas tus células recibieran esas buenas intenciones, esa amabilidad, ese amor incondicional. Pon la intención. La intención es como la semilla que al plantarla, y regarla todos los días, con paciencia, con amor, tarde o temprano dará su fruto, su flor. De la misma manera cultivamos el amor hacia nosotros mismos, cultivando la intención, practicando todos los días, regando la semilla de la intención, esperando con paciencia, sin prisas, a ver como florece la flor del amor, la más bella de todas las flores. Una flor inagotable, que una vez germine, se extenderá por todo tu ser, con la capacidad de expandirse hacia fuera y transformar todo lo que toca en amor puro e incondicional.*

**Tonglen:** *Puedes imaginar también como en ese espejo te ves reflejado, conectándote a través de un puente de luz de color rosa brillante a través de la imagen del espejo y tú mismo desde fuera. Observa todo el sufrimiento, trata de sentirlo y trata de absorberlo. Es como si saliese de la imagen en forma de humo negro y en tu corazón lo transmutaras. Tomas el dolor con amabilidad y envías posteriormente una energía purificadora, cálida, amable, de un color que te conecte con la vida, con la fuerza, con cualquier cosa que necesites en este momento para tu proceso de sanación.*

*Respira profundamente, inhala, exhala.....escucha de nuevo los sonidos, escucha tu propia respiración, escucha el latido de tu corazón.... (5 minutos) Agradece esta meditación y cuando estés preparado abre los ojos*



## **Preguntas reflexivas sobre el sentimiento de culpa**

- 1.** ¿Cómo definirías el sentimiento de culpa?
- 2.** ¿Por qué cosas crees que la gente se siente culpable?
- 3.** En tu caso, ¿Te has sentido culpable alguna vez? Si es así, ¿ Qué hiciste para poder transformar ese sentimiento en algo más llevadero? ( Estrategias de afrontamiento)
- 4.** Respecto a tu ser querido fallecido, ¿Hay algo por lo que te sientas culpable?. Reflexiona si hay algo que crees que has hecho, dicho o no hecho o dicho que te remuerda la conciencia.
- 5.** El sentimiento de culpa es difícil de reconocer, raramente se manifiesta de forma espontánea, pero te puede ayudar el detectar frases de este tipo:

“Me tendría que haber dado cuenta antes”

“Nunca le expresé lo mucho que le quería”

“No me di cuenta de que se estaba despidiendo de mí. Tendría que haberme dado cuenta”

“Fui muy duro/a con él/ella.

Estos son algunos ejemplos. Sería conveniente que explorares si aparecen en tu conciencia éste tipo de pensamientos u otros parecidos que muestren cierto sentimiento de culpa.

**6.** Cuando nos sentimos culpables aparece lo que se llama el **ojo simbólico acusador o el juez interno**. Vamos a hacer un pequeño ejercicio de imaginación. Muchas veces, en las vivencias de culpa, si pensamos bien hay alguien o algo que parece que nos esté mirando desde alguna parte y que de algún modo es quién nos acusa. La mirada que no soportamos. Puede ser alguno de tus padres, otro miembro de la familia, Dios, la sociedad en general, un amigo. ¿Qué mirada crees que podría ser la que de alguna manera te acusa en silencio?

**7.** Otras veces nos sentimos culpables porque sentimos que hemos transgredido una norma, una ley que no hemos respetado. Si es así, ¿Cuál crees que es esa norma o ley?

**8. Percepción de intencionalidad.** ¿Consideras que lo que pasó fue por casualidad o que en el fondo tenías alguna intención de que pasara? ¿Te has preguntado esto alguna vez?

**9. Lógica subjetiva de la culpa.** Imaginemos ahora que las culpas no fueran algo malo en sí mismo, sino una señal de la que podemos aprender. Si tuviéramos que pensar para que te sirva a ti sentirte culpable, ¿Qué lógica se te ocurriría?

**10. Culpa y perdón.** Supongamos por un momento la posibilidad de que fueses culpable. Sólo como hipótesis, ¿Crees que en ese caso podrías perdonarte a ti mismo?

**11. Búsqueda de culpables.** Otras veces lo que sucede es que el propio sentimiento de culpa, nos lleva a buscar culpables en el exterior (Dios, la sociedad, los médicos, el mundo...). ¿Te sientes identificado/a?. Si es así ¿Qué emoción básica está por debajo de la búsqueda de culpables? ¿De qué crees que te está protegiendo esta forma de actuar?.

## SESIÓN 7

### Meditación imágenes compasiva

*Siéntate cómodamente en un lugar silencioso. La primera tarea consiste en visualizar un lugar seguro. Puede ser imaginario o real, cualquier lugar que te haga sentir en paz, relajado y tranquilo: una playa de arenas blancas, el claro de un bosque con ciervos pastando, la cocina de la abuela, o un sillón junto a una chimenea encendida. Intenta visualizar el lugar. ¿Qué colores tiene? ¿Cuánta luminosidad? ¿Qué sonidos u olores percibes? Si alguna vez sientes ansiedad o inseguridad en tu viaje hacia la compasión, recurre a la imagen de tu lugar seguro para ayudarte a calmarte.*

*La siguiente tarea consiste en visualizar una figura cariñosa y compasiva, alguien que desprenda sabiduría, fuerza, calor y aceptación sin críticas. Para algunos será una figura religiosa conocida, como Jesucristo o Buda. Para otros será alguien de su pasado, como una tía o un profesor muy queridos. Y para otros puede ser una mascota a la que teníamos mucho cariño, un ser completamente imaginario o incluso una imagen abstracta como una luz blanca. Intenta visualizar esa imagen con la máxima intensidad posible, incorporando todos los sentidos que puedas. Si estás sufriendo por algún motivo en este momento, piensa en las cosas sabias y cálidas que esa fuente idealizada de compasión te diría para consolarte. ¿Cómo serían sus palabras? ¿Qué sentimientos te transmitiría su tono de voz? Si te sientes un poco bloqueado o cerrado, date permiso para disfrutar de la presencia compasiva de tu imagen ideal. Límitate a estar presente. Libera tu imagen compasiva, inspira y expira varias veces y siente tu cuerpo, saborea la calma que has generado en tu mente y en tu cuerpo. Sabes que cada vez que desees generar compasión para ti mismo podrás utilizar esa imagen a modo de trampolín y te permitirás recibir el regalo de la bondad (Ejercicio tomado del libro **Sé amable contigo mismo de Kristin Neff**)*

## **Meditación guiada: “comunicación con los ausentes”**

*Tratamos de centrar la atención en la música que nos acompaña, conectando con los sonidos, permitiendo que los sonidos vibren en nuestro interior. Inhalamos amor, exhalamos dolor, inhalamos vida, exhalamos sufrimiento (10 minutos de conciencia de respiración). Creamos un espacio interior dónde podemos evocar las imágenes que deseemos en estos momentos, nuestra conciencia se expande, fluye, se libera de las ataduras del pasado, de los miedos, del dolor.*

*Comenzamos a vernos a nosotros mismos como cuando éramos niños sonrientes, felices, disfrutando la vida momento a momento, y conectamos con esas sensaciones agradables que invaden nuestro corazón aquí y ahora. Nos dejamos llevar por la imaginación, por los recuerdos que afloran en éste momento presente, formando parte de éste presente. Y repetimos que yo sea feliz, que me vaya bien en la vida, que el amor que te tengo permita que el vínculo siga creciendo, que puedas vivir en mí, y que yo pueda vivir sin ti en la tierra, pero contigo eternamente en mi corazón (10 minutos conectando con estas frases, poniendo la intención de ese amor incondicional que nos une a ese ser que ya no está entre nosotros).*

*Evocamos su imagen en este momento presente, lo visualizamos, lo imaginamos, lo sentimos, ya que forma parte de nosotros. Respiramos profundamente.... Vemos su rostro, su figura, sus ojos, su sonrisa, percibimos su olor, incluso imaginamos que nos fundimos en un mágico abrazo... Comenzamos a tener una comunicación con él, le decimos lo que sentimos, lo que nos hubiera gustado decirle antes de partir, pero permitiendo que nuestras palabras estén tamizadas por el amor, no por el reproche ni el dolor. Respiramos profundamente.....Dejamos que él nos conteste, nos permitimos imaginar todas aquellas cosas que creemos que él nos hubiese dicho, damos rienda suelta a nuestra imaginación.... Respiramos profundamente.... Y verbalizamos: “que el amor que te tengo permita siempre*

*que puedas vivir en mí, en mi recuerdo, en mi interior, transformando este vínculo que nos ha unido y que nos unirá eternamente” “que yo pueda volver a sonreír, que yo pueda ser feliz, que pueda encontrar serenidad y aceptar tu partida, y que tú puedas descansar en paz” “A pesar del dolor de tu partida, te amo profundamente, y me amo a mí profundamente” (20 minutos de comunicación con los ausentes) tratando de conectar con esa fuente de amor inagotable. Podemos imaginar que una luz rosada brillante nace desde nuestro corazón y se expande hacia fuera, llenando de esa luz todo el planeta tierra y el universo en su globalidad.*

*Comenzamos de nuevo a tomar conciencia de nuestra respiración, de nuestro cuerpo, del espacio físico en el que nos encontramos, de la música que nos acompaña... Y cuando estemos preparados abriremos los ojos y podremos escribir o compartir nuestra experiencia.*

## **Psicoeducativo y meditación del perdón a través de la conciencia amable**

A continuación se presenta un escrito que nos servirá de psicoeducativo para hacer entender la relación entre el perdón y el amor incondicional que se promueve con la meditación metta de autocompasión y compasión hacia los demás. Es un escrito elaborado por mí hace ya tiempo y que he decidido emplear como contenidos para ésta sesión. De todas formas se le pedirá a los dolientes como tarea para casa que hagan una meditación con esta frase: El perdón recupera al verdadero amor.

### **El perdón recupera al verdadero amor**

El perdón llega a mi puerta,

Se abre mi corazón.

Me arrodillo ante sus pies

Y me susurra dulcemente,

Que el perdón hacia mí mismo,

Hacia los demás seres,

Abren en mí una nueva dimensión.

La dimensión de la vida serena,

Llena de vida y de luz,

Llena de esperanza y de armonía.

Y ese gran perdón me libera,

De las ataduras del pasado,

De los miedos, del rencor,

Del presente, del futuro,

Porque de repente, el amor fluye.

Es una corriente inagotable de amor infinito,  
Recorre cada milímetro de mi ser.  
No existe el tiempo, ni el espacio,  
No hay fronteras para expandir dicho amor.  
Mi alma vuela como un ángel,  
Como una paloma llena de destellos multicolores,  
Que aportan paz y serenidad a mi corazón.  
El color rosa brillante me invade,  
Puro como la esencia transparente en la que me transformo.  
Transmuto mis oscuridades, mis pensamientos,  
En puros sentimientos llenos de amor eterno,  
Fuente inagotable de vida, vehículo de unión,  
Entre todos los seres del mundo.  
Y es así como el perdón y el amor,  
Se cogen de la mano,  
Y hacen expandir el corazón,  
Hasta llenar de colores inimaginables el cielo,  
Que proporcionan el sustento de nuestro planeta,  
Y de todo el universo al completo.

Y es que sin duda, el perdón recupera al verdadero amor. Si el perdón pudiera mirarse en un espejo vería el reflejo del amor verdadero, y si éste pudiera verse en las aguas cristalinas del mar, podría ver la sombra acompañante del perdón.

Amigos inseparables, el uno te lleva al otro y el otro te lleva al uno. Viva imagen de la libertad humana, procedente de su propia esencia. Y cuando la vibración de amor aumenta ya no es necesario pensar en perdonar, porque el perdón es automático. Desde el momento en que alguien te dice una “mala palabra”, un “mal gesto”, el calificativo malo desaparece, porque ya no existe el juicio y la crítica. Te das cuenta que cada uno actúa desde el entendimiento que tiene y no por ello en el corazón han de haber resistencias, dolor, amargura, rencor. No, nada de eso se produce, porque nuestro corazón sólo está capacitado para amar incondicionalmente, y por tanto desde el mismo momento con la naturaleza espiritual que caracteriza a los seres humanos evolucionados, todo esto desaparece, se esfuma. Cuando el ser humano ha perdonado por completo, se libera de sus más profundas oscuridades para brillar con una luz nueva, en un mundo nuevo, porque tú ya no eres el mismo. El amor verdadero ha empezado a fluir como un torrente continuo por tu cuerpo y este sentimiento puro por excelencia te hace resurgir de las cenizas como un ser transmutado hacia una nueva visión más viva de lo que es la vida. Y es que la vida es amor, perdura aunque la muerte física se produzca, porque la muerte es un cambio que no puede destruir al vehículo de los seres humanos. Aunque la persona querida ya no esté, el amor me permite seguir sintiéndolo y seguir nutriendo el vínculo que me une a él. Para ello es importante perdonarse y saber perdonar, para que el amor fluya libremente sin obstáculos.



## **Meditación del perdón**

*En primer lugar centraremos la atención en nuestra respiración, sintiendo la entrada y la salida del aire. No se trata de pensar en la respiración, sino de sentirla....Entra el aire, sale el aire, y nos decimos palabras que nos sirvan como ancla para éste momento presente, como por ejemplo CALMA, QUIETUD, PAZ. Cada uno que utilice aquella palabra que le haga sentirse bien (5 minutos de conciencia de la respiración). Ahora centramos la atención en los sonidos que provienen del exterior, incluyendo esa música de fondo que nos acompaña en este momento presente, y tratamos de dejarnos llevar por el sonido, respirando al mismo tiempo, tratando de conectar con la vibración del sonido (5 minutos de conciencia de sonidos). Recordamos que si aparece algún pensamiento en nuestra conciencia, sonreímos con la mente y lo dejamos ir, sin aferrarnos a él y sin tratar de eliminarlo tampoco. Aceptando su presencia, pero centrándonos en lo que estamos haciendo que es esa conciencia de sonidos o de la respiración que nos traen al momento presente.*

*Ahora comenzaremos a trabajar la meditación del perdón, en diferentes fases: Primero pediremos perdón por las veces que hemos podido dañar a otras personas con nuestras palabras y actos consciente o inconscientemente; En segundo lugar perdonaremos a esas personas que nos hayan dañado consciente o inconscientemente: En tercer lugar haremos lo mismo, pero con nuestro ser querido que ya no está entre nosotros, pidiéndole perdón y perdonándolo; y por último cultivaremos el perdón hacia nosotros mismos. Es importante recordar que estamos cultivando el perdón, quizá al principio no podamos sentirlo en toda su plenitud, pero con la práctica esa intención se convertirá en una sensación y sentimiento real que se traduce en LIBERACIÓN. Pero recordad que no tenemos prisa, experimentaremos las sensaciones y sentimientos momento a momento. A veces cuando trabajamos el perdón se puede provocar una especie de incendio de sentimientos, provocando llanto u otras*

*manifestaciones, que son normales. No olvidéis respirar con conciencia plena y permitir que todo aflore para poder llegar a la sanación que buscamos, a esa LIBERACIÓN.*

### ***Sonido del gong que marca la entrada en la primera fase***

*Vamos a tratar de centrar la atención en todas aquellas veces que consciente o inconscientemente hemos podido hacer daño a otras personas movidos por nuestro dolor, por nuestros miedos, por la ignorancia ( Pausa). Vamos a sentir ese sentimiento de lamentación por esas palabras emitidas, por esos actos realizados ( pausa). Una vez sentido nos repetimos mentalmente: A pesar de los errores cometidos, me acepto y me amo profundamente. A pesar del daño ocasionado, aprendo de esta situación y os pido perdón con amor y con humildad. Y entiendo que cada uno actúa según el entendimiento que tiene en cada momento, y quizá en esos momentos no podía ser consciente del dolor que ocasionaba a mis semejantes. Entiendo que si en algún momento he hecho daño conscientemente, me he dejado llevar por la ira, el rencor, la envidia, la ignorancia, el miedo, y OS PIDO PERDÓN. (5 minutos)*

### ***Sonido del gong que marca la entrada en la segunda fase***

*Vamos a centrar la atención en todas aquellas veces que las demás personas nos han herido consciente o inconscientemente, movidos por el miedo, la ignorancia, la envidia, la codicia, la ira.... Tratamos de sentir ese dolor que nos ocasionó esa persona o personas, tratamos de notar cómo se lamentan por lo dicho o hecho, aunque por orgullo o miedo quizá nunca fue reconocido, y nunca recibimos un perdón ( pausa). Nos repetimos aquí y ahora: A pesar del dolor que me ocasionasteis, os perdono. Entiendo que os dejasteis llevar por el miedo, la rabia, la frustración, la envidia. Entiendo que quizá nunca os atrevisteis a pedirme perdón. Pero a pesar del dolor provocado en mi vida y en mi corazón, OS PERDONO. (5 minutos)*

### **Sonido del gong que marca la entrada en la tercera fase**

*Vamos a tratar de evocar en nuestra mente el recuerdo de nuestro ser querido, creando ese espacio interno que nos permite comunicarnos con él, y le pedimos perdón por aquello de lo que nos sentimos culpables, y le dejamos que nos pida perdón por aquello que alguna vez nos dañó. Es necesario hacer un esfuerzo de imaginación, imaginando cuáles serían sus palabras (5 minutos). Y repetimos mentalmente: “Te perdono por las veces que me heriste con conciencia o sin ella, por las veces que no supiste amarme y respetarme, por las veces que te dejaste llevar por la ira, por el miedo y por la ignorancia. A pesar de todo eso, te amo profundamente. Y me perdono a mí por las veces que te dañé, por las veces que te hice llorar, por las veces que no te escuché, por las veces que fui egoísta y no me puse en tu lugar. A pesar de todo ello me amo y me acepto profundamente, y sé que tú también me amas profundamente” (5 minutos). Dejamos que la imagen de nuestro ser querido se vaya desvaneciendo, sabiendo que siempre podremos volverla a evocar para comunicarnos simbólicamente con él.*

### **Sonido del gong que marca la entrada en la cuarta fase**

*Y ahora trato de hacer un repaso de mi vida al completo, tratándome de perdonar por mis errores, por mis defectos, entendiendo que por cada defecto tengo una virtud, y que sólo he de buscarla y cultivarla, como esa semilla que se siembra, se riega y florece. Entiendo aquí y ahora que mis defectos me ayudan a pulirme, a querer crecer, a querer mejorar, y me acepto y me amo profundamente. Y me comprometo a seguir creciendo, a seguir puliéndome. Y me perdono y me amo profundamente (5 minutos).*

*Como salida de la meditación tratamos de imaginar que un globo de luz rosa brillante nos envuelve, nos protege. Imaginamos que ese color simboliza ese amor incondicional hacia nosotros y hacia los demás, y tratamos de expandir ese amor por todo el planeta tierra, como*

*si pudiésemos rodear con nuestros brazos el planeta proporcionando todo nuestro amor. Finalmente trataremos de conectar con nuestro cuerpo, con nuestra respiración, y haremos aquellos movimientos que necesitemos, estirándonos, para cuando estemos preparados abrir los ojos (5 minutos)*

## **SESIÓN 8**

### **Psicoeducativo sobre los pilares de la serenidad**

Nos centraremos en los pilares que Bernabé Tierno considera en su libro “ Los pilares de la felicidad”, pero haciendo las adaptaciones pertinentes, teniendo en cuenta que quizá emplear la palabra felicidad puede ser contraproducente en un principio para personas dolientes que han perdido a un ser querido y por tanto cierto sentido en la vida. El objetivo de este psicoeducativo es transmitir que a pesar del dolor, una persona puede encontrar serenidad si cultiva la intención a través de la meditación mindfulness.

De ahí que hayamos tomado la decisión de llamarle los **pilares de la serenidad**, que por supuesto nos pueden conducir a experimentar sensaciones agradables y por tanto a la felicidad llegado el momento. La idea es proporcionar las herramientas para que los dolientes sepan cómo encontrar esa serenidad en el momento que lo consideren oportuno. En ningún caso se pretende que llegado a esta sesión, los participantes puedan percibir esa serenidad, pero sí se pretende enseñar la forma de conseguirlo para que día a día tengan las herramientas precisas para cultivarla y pueda dar su fruto, con paciencia y mucho amor.

Los pilares de la felicidad son:

### **1- El amor**

El amor incondicional que se cultiva a través de las meditaciones mindfulness es la fuente sanadora, que además proporciona serenidad y felicidad. Según Bernabé Tierno, es imposible que se den al mismo tiempo un estado de aprecio y otro de miedo. Por eso el amor tiene tanto poder, es tan curativo. Ya dijo Víctor Hugo que “Si Dios es la plenitud del cielo, el amor es la plenitud del hombre”. Según Bernabé Tierno “cuando todo falla, cuando se ha perdido la esperanza, cuando ya nadie da un euro por alguien, ahí está el amor”. El amor es el antídoto para vencer el miedo, para vencer la tristeza, para vencer una vida sin sentido. Importante cultivar el amor hacia uno mismo, hacia los demás y hacia la vida en general (Tierno, 2008)

### **2- El humor**

Según Match Adams, el humor y el amor son los componentes de una vida sana. Se ha visto que la risa estimula las glándulas adrenales y activa el sistema inmunológico, reduce los niveles de estrés, optimiza el estado anímico, reduce la ira, la ansiedad y la depresión. Además es un buen antídoto para el dolor tanto físico como emocional. Por ello es importante a pesar de las pérdidas, a pesar del dolor, permitirse sonreír cuando uno lo siente así, ya que no es incompatible con el dolor de la pérdida, sino al contrario sería una fuente de sanación como lo es el amor (Tierno, 2008).

### **3. La empatía**

Se ha visto que la empatía nos conduce a actitudes amables con afectuosidad y acogimiento, que despierta en los demás sentimientos, pensamientos y actitudes semejantes. Gracias a la práctica de la meditación metta cultivamos el amor y la empatía, que sin duda nos conducen a la felicidad. Según Bernabé Tierno, la amabilidad es contagiosa y activa nuestro

buen humor, nuestro optimismo y las actitudes positivas, además constituyen una barrera para las frustraciones, el mal humor y el carácter (Tierno, 2008).

#### **4- La sabiduría**

Las virtudes que nos ayudan a ser sabios son: la humildad, la prudencia, el sentido común, la curiosidad, la paz y la armonía (Tierno, 2008). Según él, los principios básicos de la sabiduría esencial son: hacerse bien a uno mismo, hacer bien a los demás, ocuparse de vivir una vida plena. Para ser sabio es importante desear menos y disfrutar más, darse homenajes frecuentes, engancharse al optimismo vital, querer a quien te quiere, vivir el día a día, convertirse en un mudo sonriente, conservar la serenidad y la calma en todas las circunstancias, ser humilde, ser paciente y amar, ya que no existe sabiduría sin amor. El amor es el pilar por tanto que mueve todos los demás.

#### **5- La libertad**

La libertad interior de pensar, sentir y obrar de acuerdo a nuestros principios, valores y metas es lo que nos permite ser felices. Según Lamartine, “Ser libre, es ser feliz”. El pilar de la sabiduría debe estar en constante interacción con la libertad, porque ser libre es ser capaz de tomar decisiones y las decisiones serán más inteligentes si están inspiradas por la sabiduría (Tierno, 2008). Es más libre el que ha desarrollado su capacidad de decisión, que además se cultiva con la práctica de la conciencia plena (mindfulness).

#### **6- La salud**

Importante cuidar el cuerpo y el alma a través de una buena alimentación, ejercicio físico y la práctica de mindfulness para fomentar estados emocionales positivos a través de la práctica del amor incondicional, así como una actitud de aceptación frente a lo desagradable.

## **7- La motivación**

Según Friedrich Nietzsche “Quien tiene un porqué para vivir encontrará casi siempre cómo vivir”. De ahí la importancia del sentido en la vida. Sin duda el amor es uno de los sentidos en la vida más sanadores. Investigadores del Institute of Health Math de California, han visto que existe una vía bidireccional de comunicación entre el cerebro y el corazón a través de la médula espinal y el nervio vago. De ahí que los impulsos parasimpáticos enviados desde el corazón puedan desactivar los simpáticos, provocando sensación de relajación y bienestar. Las últimas investigaciones dejan claro que en las personas sanas emocionalmente, mente y corazón mantienen buena comunicación y sincronía, predominando la actitud serena y conscientemente positiva.

## **8- El autocontrol**

Se cultiva la proactividad, que consiste en ocuparse, no en preocuparse. Bernabé Tierno incluye el perdón dentro de éste pilar, que precisamente también se trabaja con mindfulness como se ha podido ver a lo largo del protocolo y los anexos. El perdón permite cambiar de perspectiva y no ver la realidad desde el dolor, sino desde las carencias de la persona que nos ha dañado, incluso desde nuestras propias carencias cuando el perdón va dirigido a nosotros mismos. Científicamente se ha visto que el odio lleva a una sobreexcitación del sistema nervioso simpático, abriendo la puerta a males como la hipertensión, el insomnio, los dolores musculares, las jaquecas, etc. De ahí la importancia de trabajar el perdón.

## **9- La valentía**

Bernabé Tierno entiende la valentía como entusiasmo, optimismo, voluntad, tenacidad, capacidad de riesgo sin llegar a la temeridad. Es según Clare B. Luce, “la escalera por la que suben las demás virtudes”.

## **10- La fortaleza y grandeza de espíritu**

La fortaleza del espíritu viene mediatizada por la aceptación de las circunstancias más adversas. Esa capacidad de sufrir el dolor de las pérdidas con serenidad, de ahí la importancia de la práctica de mindfulness en el duelo. Según Bernabé Tierno no hay fortaleza sin sabiduría, ni sabiduría sin fortaleza. El sabio es el que ha sufrido, el que ha perdido, y que a pesar del dolor ha aprendido y se ha superado. Es el conocimiento experiencial el que le ha hecho sabio, permitiéndole muscular su psiquismo, agilizar su inteligencia emocional y vivir con aceptación a pesar de las desgracias. Según el autor, el pilar de la fortaleza puede adquirir mayor robustez si aprendemos a controlar el dolor y sublimarlo, no permitiendo que se perpetúe en nuestras almas en forma de sufrimiento.

El pilar esencial o primordial sería el amor que nutre todos los demás y que fortalece el espíritu. El amor convierte todo lo que toca en más amor, transforma el dolor, es bondad, es libertad. Eligiendo el camino del amor a través de mindfulness cultivaremos éste décimo pilar que contiene todos los demás. De ahí la importancia de la meditación que sigue a continuación.



### ***Meditación guiada: Los pilares de la serenidad.***

*Centraremos la atención como siempre, como preludio en los sonidos que provienen del exterior, así como en los sonidos que provienen de la música de fondo que nos acompaña en este momento presente, tratando de centrar la atención en la respiración, en como entra y sale el aire, inhala, exhala ( 5 minutos).*

*Ahora imaginaremos que entramos en un palacio de cristal, y al abrirse vemos un patio central rodeado de flores d colores y todo tipo de plantas que reciben toda la iluminación del sol que entra a través de todas las paredes del palacio. En el centro del patio hay una fuente, con un pilar central tipo tronco de un árbol. Éste tronco que se nutre del agua y del sol simboliza el décimo pilar que es la fortaleza del espíritu. Esa capacidad de crecer con los problemas y de aceptar las adversidades (pausa) Alrededor del tronco aparecen diferentes enredaderas, concretamente ocho plantas enredaderas de diferentes tonalidades. Cada una de las enredaderas es un pilar diferente. Una de ellas es la sabiduría. Ese pilar que nos ayuda a aprender de la experiencia para poder ser más fuertes interiormente. La enredadera de la sabiduría nutre al tronco del árbol y lo fortifica. Trata de ser consciente aquí y ahora de ese vínculo, respira profundamente. Ahora nos fijaremos en las siete enredaderas restantes, cada una de un color distinto. Visualizamos la enredadera del humor en color rojo, y tratamos de emitir una sonrisa interior a pesar del dolor, cultivando la intención (Pausa).Nos centramos en la enredadera de color naranja, que simboliza el pilar de la empatía y trato de cultivar la amabilidad y el agradecimiento día a día, poniéndome en el lugar de los demás, entendiendo su dolor, tratando de transmitir amabilidad (pausa). Ahora visualizamos la enredadera de color amarillo, que simboliza el pilar de la libertad. Esa libertad de poder elegir cómo pensar, cómo sentir, haciéndonos dueños y señores de nuestra vida. El pilar de la libertad se entremezcla con el de la sabiduría, gracias al cual podemos*

*tomar las decisiones más sabias (pausa). A continuación focalizamos la atención en la enredadera de color verde manzana, que simboliza el pilar de la salud que engloba la parte física y mental-emocional (pausa). Y las tres enredaderas restantes son el pilar de la motivación o sentido en la vida que lo visualizamos en color violeta, el pilar del autocontrol que lo visualizamos en color azul eléctrico, y el pilar de la valentía que lo visualizamos en color Burdeos (pausa). Ahora nos damos cuenta que el primer pilar que es el amor, está en el ambiente del palacio, en forma de aire de color rosado. Ese amor nutre todo lo que existe, incluyendo a todos los demás pilares, al tronco central (fuerza del espíritu) y a las enredaderas de colores que rodean al pilar central que simbolizan el resto de los pilares (pausa). Trata de sentir ese amor en ti y repite mentalmente: “Que yo sea feliz, que me vaya bien en la vida, que sea capaz de aprender del dolor, de crecer con la adversidad y de encontrar un sentido en mi vida y que tú siempre permanezcas en mi corazón, guardando un lugar para ti”. Siente como el amor tiene la capacidad de sanar las heridas más profundas de tu corazón. Poco a poco iremos dejando que las imágenes se desvanezcan y volveremos a centrar toda la atención en nuestro cuerpo físico y en nuestra respiración. Haremos los movimientos que consideremos oportunos, y cuando estemos preparados abriremos los ojos.*

### ***Meditación Mettabavana sobre la compasión en 6 fases: Un lugar para ti***

*En primer lugar, como siempre, centraremos la atención en los sonidos que provienen del exterior, tratando de ser conscientes de ellos, sin juzgarlos, respirando al mismo tiempo con conciencia plena del momento presente. Inhala, exhala..... Permite que el oxígeno comience a recorrer todo tu cuerpo desde la cabeza hasta los pies. Imagina que el aire que inspiras es de color violeta, y que te va aportando una sensación de CALMA, SERENIDAD. Pero si no es así no te juzgues por ello, simplemente cultiva la intención de que así sea, y no te preocupes de los resultados (5 minutos)*

#### ***Sonido del gong que marca la primera fase: Metta para uno mismo***

*Trataremos de imaginarnos que delante de nosotros aparece un espejo donde se muestra nuestra imagen, nuestra silueta, nuestro rostro. Comenzamos a dibujar internamente una sonrisa de oreja a oreja, aceptándonos tal cual somos, con nuestros defectos y nuestras virtudes. Somos conscientes aquí y ahora de nuestros defectos y nuestras virtudes, tomando conciencia de que por cada defecto tenemos una virtud. Imaginamos que cada virtud aparece dibujada en el espejo en forma de diferentes flores de colores u otros objetos que nos resulten útiles. Cultivamos la intención de que allí aparezcan nuestras virtudes.... Y repetimos mentalmente: “que yo sea feliz, que me vaya bien en la vida, que sea capaz de aprender del dolor y del sufrimiento, que tenga salud y fortaleza. Que el amor entre en mi corazón. Que así sea” (5 minutos)*

#### ***Sonido del gong que marca la segunda fase: Metta para un ser querido que esté vivo***

*Dejamos que nuestra imagen se vaya desvaneciendo en el espejo y comenzamos a proyectar en él la imagen de un ser querido vivo, con el que tenemos buena relación, por el cual sentimos admiración, cariño, amor. Imaginamos que desde nuestro corazón y desde el de él surge un tubo de luz rosado que nos vincula, a través del cual nos comunicamos. Somos*

*capaces de ver a la persona con sus defectos y sus virtudes, aceptándolo tal cual es. Y repetimos mentalmente: “Que tú seas feliz, que te vaya Bien en la vida, que seas capaz de aprender del dolor y del sufrimiento, y que tengas salud, amor y fortaleza”. Deja que las frases resuenen en tu interior y tarta de enviarle todo el amor que sientes a través de ese lazo que os une, ese tubo de luz de color rosa que simboliza el amor. (5 minutos)*

***Sonido del gong que marca la tercera fase: Metta para una persona neutro.***

*Ahora deja que la imagen de tu ser querido se desvanezca y proyecta en el espejo la imagen de una persona que sea neutra para ti, que no despierte en un principio ningún tipo de emoción. Puede servir una persona a la que veas en tu día a día, pero no tengas vinculación afectiva, como pueda ser la dependiente de alguna tienda a la que vas a comprar, el conductor del autobús, etc. Trata de imaginar ese tubo de luz rosado que nace de vuestros corazones y os une. Trata de imaginar que como tú, esa persona tiene momentos de felicidad y momentos de sufrimiento, tiene defectos y virtudes, tiene dificultades y fortalezas..... Y tarta de repetir mentalmente: “ Que tú seas feliz, que te vaya bien en la vida, que estés llena de amor, salud y fortaleza, que seas capaz de crecer con las adversidades” ( 5 minutos)*

***Sonido del gong que marca la cuarta fase: Metta para una persona con la que se tengan dificultades***

*Trata de imaginar como la persona neutra comienza a desvanecerse en el espejo, para posteriormente proyectar la imagen de esa persona con la que tienes dificultades, esa persona con la que se te mueven emociones negativas como rabia, cierto rencor o resentimiento. Trata de escoger una persona con la que las dificultades sean menores y a medida que tengas práctica incrementa la dificultad del ejercicio con personas donde las emociones que se mueven son más intensas. Dibuja su imagen en el espejo, trata de darte*

*cuenta que como tú, esa persona intenta ser feliz, que como tú tiene dificultades y fortalezas, que como tú se ha podido equivocar, que cómo tú tiene miedo a algunas cosas. Y trata de cultivar la intención de que sea feliz a través de estas frases: “Que tú seas feliz, que te vaya bien en la vida, que estés libre de dolor y de sufrimiento, que tengas salud y fortaleza” (5 minutos).*

***Sonido del gong que marca la quinta fase: Metta para el ser querido fallecido. “Un lugar para ti”***

*Ahora deja que la imagen anterior se desvanezca y proyecta en el espejo la imagen de tu ser querido fallecido. Permite que los recuerdos gratos de su paso por este planeta tierra te inunden y agradece en estos momentos el hecho de que haya podido compartir una parte de su viaje de la vida a tu lado. Ahora es el momento de agradecerle todo aquello que quieras agradecerle, algunos ejemplos pueden ser: “Gracias por haber estado en mi vida, gracias por todo lo que me has enseñado, gracias por ser quien eres, gracias por haber compartido momentos de felicidad y de infelicidad conmigo, gracias por existir” Y con todos estos agradecimientos exprésale también que siempre habrá un lugar para él en tu corazón y en tu espacio interno. Repite mentalmente: “Que puedas descansar en paz, y que yo pueda día a día, momento a momento, recuperar de nuevo la alegría de vivir. Te amo profundamente, ni siquiera la muerte separará nuestros corazones”. Trata de expresarle frases que empiecen por: Lo siento por.....; te perdono por.....; Gracias por.....; Te amo..... Adiós. Visualiza ahora como ese lazo de amor os une eternamente, como ese tubo de luz os une a pesar de la muerte física, sabiendo aquí y ahora que él siempre tendrá un lugar en tu corazón, por lo que no es necesario aferrarse al dolor, suelta el dolor, suéltalo a él, déjalo ir sabiendo que forma parte de ti (5 minutos).*

***Sonido del gong que marca la sexta fase: Metta para el planeta tierra***

*Deja que la imagen anterior se vaya desvaneciendo y trata de proyectar en el espejo las cinco figuras anteriores (tú mismo, el ser querido vivo, la persona neutra, la persona con la que hay dificultades y el ser querido fallecido). Visualiza como el amor os une a través de esos tubos de luz rosada que nace desde vuestros corazones. Visualiza como toda esa luz se une en el centro del círculo que habéis formado cogiéndoos con las manos. Imagina como esa energía de amor comienza a inundar la habitación en la que te encuentras, y como sale hacia fuera llegando a todos los lugares donde hay dolor y sufrimiento, a los hospitales, a los países subdesarrollados donde hay pobreza, donde hay guerras, a todos los lugares donde lo necesitan. Imagina que eres capaz de enviar todo ese amor al planeta tierra, como si tuvieses la capacidad de abrazar con tus brazos al planeta y enviar todas tus buenas intenciones para que la humanidad y el planeta se sanen, y repite mentalmente:” Que todos seamos felices, que nos vaya bien en la vida, que estemos libres de dolor y de sufrimiento, que seamos capaces de crecer con las adversidades, que tengamos salud y fortaleza” (5 minutos). Poco a poco vamos centrando la atención en nuestro cuerpo y en la respiración, hacemos cualquier movimiento que deseemos y cuando estemos preparados abriremos los ojos, sin prisa y siendo conscientes en todo momento de nuestra respiración*

**(Adaptación de la práctica de mettabavana o conciencia amable del programa de mindfulness & compassion Respira Vida Breathworks).**







# Anexo 2. Material para casa Complementario



## DOSSIER DE EJERCICIOS DE ATENCIÓN PLENA

Mindfulness o atención plena *es la conciencia del momento presente*. Es vivir aquí y ahora. A través de la atención quedas libre de enredarte en el pasado y preocuparte por el futuro. El efecto de esta práctica es la paz mental. Pero, ¿cómo mantenerse en contacto en “el aquí y ahora” si tu mente divaga de un lado para otro? La respuesta está en la “atención plena”. Parece difícil lograr este tipo de atención pero para eso vamos a exponer unos ejercicios con los que podrás lograrlo si practicas diariamente. Estas técnicas mentales son especialmente cautivadoras debido a que son una excelente manera de aumentar nuestra calidad de vida.

### **Ejercicio 1: un minuto de mindfulness o atención plena.**

Es un ejercicio de atención consciente relativamente sencillo en cuanto a su planteamiento. Se puede hacer en cualquier momento durante el día.

Dedica un momento ahora mismo para probar esto. Programa una alarma para que suene exactamente en 1 minuto. Durante los siguientes 60 segundos, tu tarea consiste en centrar toda tu atención en la respiración. Es sólo un minuto. Deja tus ojos abiertos y respira normalmente. Seguramente tu mente se distraerá en varias ocasiones pero no importa, dirige nuevamente tu atención a la respiración.

Este ejercicio de atención es mucho más poderoso de lo que te puedes imaginar. Se necesitan muchos años de práctica antes de que seas capaz de **completar un solo minuto de atención plena**. Puedes practicar este ejercicio varias veces durante el día para restaurar tu mente al momento presente y proporcionarle un poco de paz. Con el tiempo, poco a poco, se

puede extender la duración de este ejercicio en períodos más largos. Este ejercicio es la base para una técnica de meditación mindfulness correcta.

## **Ejercicio 2: Observación Consciente.**

Recoge un objeto que tengas a tu alrededor. Puede ser una taza de café o un lápiz, por ejemplo. Colócalo en tus manos y permite que tu atención sea totalmente absorbida por el objeto. Sólo observa.

Notarás una mayor sensación de estar presente en “el aquí y ahora” durante este ejercicio. Te vuelves mucho más consciente de la realidad. Observa cómo tu mente libera rápidamente los pensamientos del pasado o del futuro, y lo diferente que te sientes al estar en el momento presente de una manera muy consciente. La observación consciente es una forma de meditación. Es sutil, pero poderosa. Inténtalo.

La mente es como un poderoso faro que te permite ver mucho más de lo que estás mirando. Una brizna de hierba brilla al sol, literalmente, con un intenso color verde fluorescente... Tu rutina se convierte en una celestial experiencia gracias al poder del mindfulness o atención plena.

También puedes practicar la observación consciente con tus oídos. Muchas personas encuentran que “escuchar atento” es una técnica de atención más fuerte que la observación visual.

### **Ejercicio 3: contar 10 segundos.**

Este ejercicio es una simple variación del ejercicio 1. En este ejercicio, en lugar de centrarse en tu respiración, cierra los ojos y concéntrate únicamente en contar hasta diez. Si tu concentración tiende a dispersarse, empieza de nuevo en el número uno. Quizás te ocurra esto:

*“Uno... dos... tres... ¿qué le voy a decir a Juan cuando me lo encuentre? Oh, Dios, estoy pensando.”*

*“Uno... dos... tres... cuatro... esto no es tan difícil después de todo... ¡Oh, no .... eso es un pensamiento!”*

*“Uno... dos... tres... ahora ya lo tengo. Estoy muy concentrado ahora... Dios, otro pensamiento.”*

### **Ejercicio 4: señales de atención.**

Centra tu atención en la respiración cada vez que una señal específica del medio ambiente se produzca. Por ejemplo, cada vez que suene el teléfono, rápidamente pon tu atención en el momento presente y mantén la concentración en la respiración.

Basta con elegir una señal adecuada para ti. Tal vez decidas ser plenamente consciente cada vez que mires en el espejo. ¿O será cada vez que tus manos se toquen entre sí? Quizás elijas como señal el canto de un pájaro. Desarrollar y practicar esta técnica de atención tiene un inmenso poder relajante.

## **Ejercicio 5: Tres minutos para tu previsión interior**

Este ejercicio está compuesto POR TRES PARTES DE UN MINUTO CADA UNA. Nos permite analizar lo que ocurre dentro de nosotros, seguir nuestro termómetro interior con el fin de ser más conscientes de nosotros mismos.

### **1ªPARTE**

Formúlate la siguiente pregunta: ¿QUÉ SUCEDE EN MÍ AHORA MISMO?

Estés donde estés, toma conciencia de tus sensaciones corporales. Observa luego tu estado mental: ¿hay muchos pensamientos en tu cabeza? ¿Cuáles son? ¿Cuál es la emoción que sientes ahora?

### **2ªPARTE**

Toma conciencia de tu respiración. Concéntrate en ella en la zona del abdomen. Es posible que tus pensamientos te lleven a alguna otra parte. Con mucha calma, devuelve tu atención a tu respiración.

### **3ªPARTE**

Toma conciencia de todas tus sensaciones. De los pies a la cabeza. Como si el cuerpo fuese una sola célula que respirase. ¿Cuál es la expresión de tu rostro? Conéctate a todos tus sentidos. ¿Qué escuchas? ¿Cuáles son las formas y los colores del mundo que te rodea? Reintégrate a él. Estás ahí, consciente por completo.

## **Ejercicio 6: La respiración como ancla**

A continuación se presentan diferentes ejercicios dónde se emplea la respiración como ancla.

### **Exploración 1**

Túmbate o siéntate cómodamente en una silla. Cierra los ojos y sintoniza con la respiración sin alterarla ni juzgarla. Coloca la mano en la parte del cuerpo que más se mueve mientras respiras. Mientras sigues ahí tranquilamente, siente como el cuerpo se mueve suavemente debajo de la mano. Ahora coloca la otra mano en aquella parte del cuerpo dónde notas más movimiento después de la anterior. Otra vez, continúa ahí sintiendo esos movimientos suaves debajo de ambas manos. Nota si esta exploración te ha llevado a una mayor sensación de calma. Nota: Si observas que tu pecho se está moviendo más que tu abdomen, sabrás que tu respiración es demasiado superficial.

### **Exploración 2**

Relajando las manos, colócalas en tu abdomen justo debajo de la caja torácica con los dedos medios apenas tocándose. Inhala moviendo el abdomen, de forma que tus dedos se apartan. Conforme exhalas, tus dedos volverán a juntarse nuevamente. No es necesario respirar rápida o profundamente, simplemente respira en un ritmo lento, agradable, constante. Esta exploración es muy buena manera de llegar a experimentar cómo es la respiración diafragmática y cómo se siente en el cuerpo. Mientras haces esta exploración, trata de relajar cualquier tensión que notes en el pecho, la garganta o el abdomen.

### **Exploración 3**

Túmbate o siéntate cómodamente en una silla. Cierra los ojos suavemente y sintoniza con la respiración. Coloca una mano sobre el abdomen y la otra sobre el pecho. Inspira lentamente por la nariz, permitiendo que suba la mano que tienes en el abdomen. Tu pecho debería moverse sólo un poco. Establécete en este movimiento y deja que tu conciencia repose en la respiración. Ahora, poco a poco, prolonga cada espiración, buscando tu propio ritmo y cadencia. Exhala lentamente por la boca, si te resulta cómodo. Practica esta exploración varias veces al día, especialmente si notas que te sientes tenso. Centrar la atención en prolongar la exhalación puede ayudarte a relajarte y soltar la tensión. Asimismo puedes practicarla por la noche acostado en la cama antes de dormirte. Recorre tu cuerpo al final de cada sesión buscando cualquier signo de tensión. Compara cómo te sientes ahora, con cómo te sentías antes de empezar la sesión.

Una vez te sientas cómodo con la técnica de esta exploración, puedes probar haciéndola en diferentes posturas. Por ejemplo, tumbado, de pie, sentado. También a diferentes horas y en diferentes lugares.

Otra manera de prolongar la exhalación es contar mientras la haces. Si cuentas hasta 5 durante la inhalación, entonces cuenta hasta 7 u 8 durante la exhalación. Experimenta con esto hasta encontrar un ritmo de conteo que funcione para ti. Cuanto más practicas estas exploraciones, más natural se llegarán a sentir.



## **Seguimiento de la respiración**

Consiste en una meditación de 20 minutos formada de cuatro etapas de 5 minutos cada una. En cada etapa trata de ser consciente de la respiración natural mientras sale y entra de tu cuerpo. Recuerda que respirar no es una idea, es una experiencia física que ocurre en tu cuerpo.

***Cómo practicar el seguimiento de la respiración:*** Una vez bien sentados comenzaremos por poner la atención en el cuerpo realizando un pequeño ejercicio de escaneo del cuerpo; podemos recorrer el cuerpo desde los pies hasta el cabello tratando de sentirlo plenamente. Este ejercicio puede durar unos cinco minutos, pero si veis que os cuesta mucho soltaros y aflojar, dedicarle un poco más de tiempo. Empezaremos, después de esto, por observar nuestra respiración en cuatro etapas:

***Primera etapa:*** Debemos observar y seguir todo el proceso respiratorio desde que el aire entra por las fosas nasales y llega hasta los pulmones, tratando de darnos cuenta de las sensaciones, del ritmo, de los músculos que intervienen en el proceso, de la diferencia entre inhalar y el exhalar etc. Entonces y cuando nos sintamos listos comenzamos a contar las respiraciones después de cada exhalación. Inhalamos- exhalamos contamos uno, inhalamos- exhalamos contamos dos, y seguiremos contando hasta diez respiraciones para en dicho punto volver a empezar. Continuaremos de esta manera durante un periodo de más o menos cinco minutos.

***Segunda etapa:*** Seguimos contando las respiraciones en ciclos de diez pero ahora realizamos el conteo antes de cada inhalación, es decir contamos uno inhalamos-exhalamos... Esta etapa es similar a la anterior pero ahora debemos mantenernos un poco más atentos para anticipar el conteo el hecho de la inhalación.

***Tercera etapa:*** Dejamos de contar, tratando de mantener la atención consciente en todo el proceso respiratorio, tanto las sensaciones físicas producidas por la respiración como el ritmo,

el espacio entre inhalar y exhalar, etc y al igual que las etapas anteriores su duración será de cinco aproximadamente.

**Cuarta etapa:** Enfocamos nuestra atención en la zona de las fosas nasales y labio superior, buscamos ahí la sensación que se produce al entrar en contacto el aire con esa zona del cuerpo, tal vez un cosquilleo, un contraste de temperatura. También puede ser útil enfocarnos en el abdomen sintiendo el movimiento que provoca la respiración. Localizamos esta sensación y nos enfocamos tanto como podamos en ella.

En conclusión, después de estos últimos minutos habremos completado el tiempo dedicado a la práctica del seguimiento de la respiración, pero antes de terminar y levantarnos, es conveniente dedicar un momento por breve que sea a tratar de tener cierta claridad de cuál ha sido la experiencia, analizando brevemente el tipo de distracciones que hemos sufrido, que etapa nos ha gustado más y en general tratar de tener claro que ha pasado en los últimos veinte minutos.

Lo más probable es que a lo largo de la meditación aparezcan distracciones, ya sea en forma de pensamientos, molestias físicas, de falta de energía o de ansiedad. El modo de tratar con estos obstáculos es muy sencillo, bastará con darnos cuenta y volver al objeto de la práctica una y otra vez con paciencia y amabilidad hacia nosotros mismos.

Es importante tratar de dibujar una sonrisa interior incluso exterior mientras practicamos la meditación, conectando con la paciencia y la amabilidad, tratando de estar contentos, dejando ir los pensamientos sin enredarnos con ellos y permitiendo que algo más calmado y bello surja de esa quietud. Muy probablemente, después de haber meditado sentiremos nuestra

mente menos embotada, más ligera, y nos sentiremos más despiertos, más sosegados, y percibiremos el entorno con mayor vivacidad.

### **Ejercicio 7: El recorrido del cuerpo (Body Scan)**

Uno de los ejercicios básicos de los ciclos de prácticas de plena conciencia se llama el “Body Scan”, que se traduce en español como “barrido corporal”. Su objetivo es (re)tomar contacto con el conjunto de nuestro cuerpo y anclarnos en el momento presente. A continuación aparecen las instrucciones para llevar a cabo la meditación.

*En primer lugar atendemos a los sonidos que provienen del exterior.... Luego hacemos un seguimiento de la respiración, nos fijamos en la entrada y la salida del aire. En las zonas del cuerpo que se mueven al inspirar y al soltar el aire.... Nos centramos en primer lugar en la planta de los pies. Qué sensaciones provienen de la planta del pie derecho, y de la planta del pie izquierdo. No tratamos de cambiar nada. Solamente lo observamos. Una vez detectadas las sensaciones, que pueden ser agradables o desagradables, pero que no las juzgamos, ni pretendemos eliminarlas, lo que hacemos es enviar allí la respiración. Imaginando que nuestro cuerpo es nuestra casa, y que ahora lo que hacemos es abrir las ventanas de las diferentes habitaciones de nuestra casa, para renovar el ambiente. Podemos imaginar que el aire que respiramos es de color azul celeste, y que nos conecta con una sensación de calma. Hacemos lo mismo con nuestras piernas. Detectamos todas las sensaciones físicas que provienen de nuestras piernas, la derecha y la izquierda. Observamos sensaciones agradables y sensaciones desagradables, incluso ausencia de sensación. Pero no juzgamos, no tratamos de cambiar nada, sólo observamos qué aparece. Enviamos allí la respiración, imaginando el aire en color azul cielo, calmando y liberando tensiones. Renovando nuestro cuerpo y nuestra mente. Observamos cómo el abdomen y la caja torácica se mueven al respirar y nos centramos en los brazos, manos y dedos. Observamos cualquier sensación que*

*provenga de esas partes de nuestro cuerpo y enviamos allí la respiración... Luego nos centramos en la columna vertebral y en los músculos de la espalda y glúteos. Haciendo un recorrido por todos los rincones, observando las sensaciones que provienen de esas zonas (tensión, dolor, frío, calor, rigidez, cosquilleo, hormigueo, etc.) Aceptamos cualquier sensación, sea agradable o desagradable y respiramos profundamente enviando allí la respiración cargada de oxígeno de color azul. Nos centramos ahora en la cabeza, en los músculos de la cara, detectando sensaciones, en el orbicular de los ojos, en los globos oculares, en las mandíbulas, en los dientes, en el cuero cabelludo... y observamos las sensaciones, para luego enviar allí la respiración cargada de oxígeno de color azul. Observando así qué sucede en nuestro cuerpo cuando enviamos la respiración con conciencia plena.... Observamos todo nuestro cuerpo de forma global, sintiendo que es un gran pulmón que respira por todos los poros de la piel y nos rodeamos a nosotros mismos mentalmente con un círculo de color azul que contiene todo ese oxígeno puro, naciente. Respiramos profundamente... (Silencio). Ahora de nuevo volvemos al cuerpo, a sentir como éste se apoya sobre el suelo, sobre la esterilla, sentimos el contacto de la manta sobre nuestro cuerpo, sentimos la necesidad de mover las piernas, los pies, los brazos, las manos, cualquier movimiento que queramos hacer lo hacemos libremente, y nos colocamos en posición fetal. Permanecemos unos minutos en esa posición y cuando estemos preparados abriremos los ojos..*

## Ejercicio 8: Atención consciente a los pensamientos

Es importante seguir la premisa básica de mindfulness que señala que los pensamientos no siempre son la realidad, son hechos que podemos aprender a observar, sin identificarnos con ellos, sin “entrar al trapo”.

Un error muy extendido acerca de la meditación es que “se trata de dejar la mente en blanco” o “vaciar la mente” Esto es misión imposible, y tampoco es el objetivo de la meditación. No intentamos rechazar los pensamientos, ni tampoco blindarnos de alguna forma ante ellos para calmar la mente. Simplemente intentamos ser conscientes de cualquier cosa que ocurra en el momento presente, incluyendo los pensamientos, y dejándolos estar.

Las imágenes pueden servir para ayudarnos a entender la diferencia entre *observar* un pensamiento e *identificarse* con él:

- **Pantalla de cine:** Estás en un cine viendo la pantalla y aparecen imágenes fugazmente en ella. Simplemente obsérvalas.( A veces es fácil olvidarse de que son sólo imágenes y las tomamos como reales)
- **Escenario de teatro:** Estás viendo el escenario, observando cómo los actores salen a escena por la derecha, cruzan el escenario y se van por la izquierda.
- **Cielo y nubes:** El cielo es tu conciencia y las nubes los pensamientos que vienen y se van. Algunas nubes pueden ser blancas y pequeñas y otras grandes y negras, pero hay un principio y un final.
- **Hojas en un arroyo:** Estas sentado en una roca en un arroyo, mirando el agua. Es otoño y las hojas caen al agua desde las ramas de los árboles que hay encima. Observa simplemente cómo las hojas caen.

- **Cometa en el aire:** Tenemos una cometa cogida de nuestra mano, mientras se alza en el cielo, moviéndose con el aire de un lado a otro. Observamos el movimiento de la cometa, a veces el aire nos acerca la cometa, otras veces la aleja. Respiramos y decidimos soltar la cometa, decidimos soltar los pensamientos.
  
- **El tren de los pensamientos:** Imagina que estás en un puente, mirando hacia abajo a un tren de mercancías que avanza lentamente por las vías. Cada uno de los vagones es un pensamiento, y a ti te toca nada más observarlos mientras pasan ( observar los pensamientos). Sin embargo, en un momento dado, saltas desde el puente a uno de los vagones, que te lleva de viaje ( identificarse con los pensamientos). Cuando te das cuenta que el pensamiento te ha atrapado, que el vagón te ha atrapado, vuelve de nuevo a la posición de observador.

Prueba a hacer los siguientes ejercicios:

- Siéntate en un lugar tranquilo con libreta y bolígrafo. Apúntate todos los pensamientos que notas, ¡Hasta pensamientos como “no estoy pensando en nada”.
  
- Siéntate en un lugar tranquilo y cierra los ojos. Observa cualquier pensamiento que surja, etiquetando cada uno con “pensamiento, sólo eres un pensamiento”.
  
- **Meditación de los pensamientos:** *Centra la atención en la respiración, cómo entra el aire, cómo sale el aire. Permítete observar toda la cadena de pensamientos que aparecen, sin juicios, sin tratar de negarlos, sin cederles nuestra silla. Imagínate que estás sentado en tu casa, llaman a la puerta. Son visitantes, huéspedes que vienen a verte. Les abres la puerta, pero en ningún momento te levantas de la silla. Permites que los huéspedes entren, salgan, pero no les cedas tu lugar. Sigues respirando con conciencia plena, y observa como cuando se cansan se van. Tu actitud es una actitud de aceptación, aceptas que estén ahí, pero no por*

*ello dejas que gobiernen tu vida. La batuta la llevas tú.... Imagínate que los pensamientos son como nubes en el cielo azul, que se acercan y se alejan... Algunas nubes pueden venir muy cargadas, puede empezar a llover, a tronar, pero si te das cuenta puedes seguir centrado en tu respiración y observar como la nube se va aclarando y alejando.... Y te repites mentalmente: A pesar de estos pensamientos que me generan malestar, me acepto y me amo profundamente. Al repetir internamente estas palabras, tratamos de sentir las en nuestro corazón, visualizando como recibimos un cálido abrazo lleno de amor.... Vamos centrando de nuevo la atención en la respiración, sintiendo nuestro cuerpo, y cuando estemos preparados abriremos los ojos.*

### **Ejercicio 9: Diario de eventos agradables y desagradables**

Toma conciencia cada día de un evento agradable y uno desagradable en el momento que está sucediendo. Usa las siguientes preguntas para centrar la conciencia en los detalles de la experiencia mientras están sucediendo. Y luego escríbela en este diario.

	¿ Cómo fue la experiencia?	¿ Eras consciente de tus sentimientos mientras sucedía el evento?	¿ Cómo se sentía tu cuerpo durante esta experiencia?	¿ Qué estados de ánimo, sentimientos, y pensamientos han acompañado el evento?	¿ Aprendiste algo de este ejercicio?
<b>L</b>	<b>Agradable</b>				
	<b>Desagradable</b>				
<b>M</b>	<b>Agradable</b>				
	<b>Desagradable</b>				
<b>X</b>	<b>Agradable</b>				
	<b>Desagradable</b>				
<b>J</b>	<b>Agradable</b>				
	<b>Desagradable</b>				
<b>V</b>	<b>Agradable</b>				
	<b>Desagradable</b>				
<b>S</b>	<b>Agradable</b>				
	<b>Desagradable</b>				
<b>D</b>	<b>Agradable</b>				
	<b>Desagradable</b>				



## **Ejercicio 10: Los cinco pasos de la Atención consciente**

### **1. Atención consciente**

Primero prestaremos atención en lo que sucede en el momento presente, atención en las sensaciones físicas, en los pensamientos, en las emociones, en los sonidos del exterior.... Pero soltándolos, dejándolos ir, no aferrándonos a ellos.

### **2. Acercamiento a lo desagradable**

Para compensar la tendencia que solemos tener a la evitación, nos acercamos a aquello que es desagradable: dolor, emoción difícil.... Con una actitud de cariño, apertura, compasión.

### **3. Encontrar las sensaciones agradables**

Pese a lo desagradable, focalizaremos la atención en sensaciones agradables, aspectos agradables de nuestro presente.

### **4. Ampliar la conciencia para llegar a ser un “recipiente más grande”**

Ampliaremos nuestra conciencia para englobar en nuestra experiencia tanto lo agradable como lo desagradable. Se trata de aprender a incluir toda la experiencia dentro de una perspectiva más amplia, con ecuanimidad, con profundidad.

### **5. La elección**

Aprenderemos a responder en vez de reaccionar de forma automática a los aspectos desagradables y difíciles de la vida. Quizá no podamos cambiar las cosas, pero sí cómo vemos las vemos, sí la actitud frente a ellas.

## **Ejercicio 11: Cultivar la compasión y autocompasión. Conciencia amable**

*“El gran secreto de la moral es el amor, o el salir de nuestra propia naturaleza e identificarnos con la belleza que existe en ese pensamiento, acción o persona que no es el nuestro. Un hombre, para ser verdaderamente bueno, debe de imaginar de un modo intenso y completo, tiene que ponerse en el lugar del otro y de muchos otros. Tiene que sentir como propias las penas y las alegrías de todo el género humano”.*

Shelley, Defensa de la poesía

Esta práctica nos ayuda a sentir más positividad, amabilidad y aceptación hacia nosotros mismos y los demás. También nos ayuda a cultivar un sentido de ecuanimidad hacia el dolor y el placer en nuestras vidas. Despertando un sentimiento de conexión y mayor conciencia de la humanidad que compartimos con todos los seres.

### **I ETAPA:** Uno mismo

- Responder amablemente a toda tu experiencia
- Respiración amable
- Abrirse/acercarse a lo desagradable
- Ir al encuentro de lo agradable
- Un recipiente más grande

### **II ETAPA:** Un buen amigo

### **III ETAPA:** La persona neutra/ indiferente

### **IV ETAPA:** Una persona con quien tienes dificultades

### **V ETAPA:** Cultivar amabilidad a todos los seres

### **Meditación autocompasión**

*Cierra los ojos y trata de conectar con los sonidos que provienen del exterior. Sonidos que aparecen y desaparecen...Sonidos que vienen y van. Trata de ser consciente de tu respiración, de cómo entra y sale el aire, inhala, exhala... Si hay algún pensamiento trata de imaginar el pensamiento con voz, como si los pensamientos los oyese internamente, e igual que los sonidos tienen un principio y un final, los pensamientos también, obsérvalo (5 minutos).*

*Ahora centra la atención en ti mismo, pon la mano en tu corazón, y siente el latido, respira profundamente. Imagina que puedes reflejarte en un espejo, y que el espejo muestra toda tu belleza interior, que irradia hacia fuera, mírate (5 minutos) Comienza a repetir estas frases internamente, no hace falta que en un principio las sientas, pero pon la intención de amarte incondicionalmente: “que me vaya bien en la vida, que yo sea feliz, que esté libre de dolor y de sufrimiento” (pausa) “que aunque tenga dolor y sufrimiento, sea capaz de aprender de él, sea capaz de amarme incondicionalmente, sea capaz de vivir el dolor con serenidad”(pausa) “que yo sea feliz, que me vaya bien en la vida, que encuentre paz y serenidad” (pausa) “que sea capaz de cambiar las cosas que sí puedo cambiar, que sea capaz de aceptar las cosas que no puedo cambiar, y que tenga sabiduría para entender la diferencia” (pausa) (10 minutos)*

*Y trata de repetir internamente notando cómo estas palabras resuenan en tu corazón: “feliz, feliz, feliz (pausa) amor, amor, amor (pausa), paz, paz, paz (pausa) Serenidad, serenidad, serenidad (pausa). Deja que las palabras bailen en tu corazón, pero no te obligues a sentir nada, simplemente pon la intención. Déjate fluir con las palabras, con las frases, pon la intención de que resuenen en tu corazón (5 minutos)*

*Inhala y exhala amor, respira vida, respira amor. Como si ahora todas tus células recibieran esas buenas intenciones, esa amabilidad, ese amor incondicional. Pon la intención. La intención es como la semilla que al plantarla, y regarla todos los días, con paciencia, con amor, tarde o temprano dará su fruto, su flor. De la misma manera cultivamos el amor hacia nosotros mismos, cultivando la intención, practicando todos los días, regando la semilla de la intención, esperando con paciencia, sin prisas, a ver como florece la flor del amor, la más bella de todas las flores. Una flor inagotable, que una vez germine, se extenderá por todo tu ser, con la capacidad de expandirse hacia fuera y transformar todo lo que toca en amor puro e incondicional.... Respira profundamente, inhala, exhala.....escucha de nuevo los sonidos, escucha tu propia respiración, escucha el latido de tu corazón.... (10 minutos) Agradece esta meditación y cuando estés preparado abre los ojos.*

### **Meditación conciencia amable en cinco fases**

*En primer lugar, como siempre, centraremos la atención en los sonidos que provienen del exterior, tratando de ser conscientes de ellos, sin juzgarlos, respirando al mismo tiempo con conciencia plena del momento presente. Inhala, exhala..... Permite que el oxígeno comience a recorrer todo tu cuerpo desde la cabeza hasta los pies. Imagina que el aire que inspiras es de color violeta, y que te va aportando una sensación de CALMA, SERENIDAD. Pero si no es así no te juzgues por ello, simplemente cultiva la intención de que así sea, y no te preocupes de los resultados (5 minutos)*

#### **Sonido del gong que marca la primera fase: Metta para uno mismo**

*Trataremos de imaginarnos que delante de nosotros aparece un espejo donde se muestra nuestra imagen, nuestra silueta, nuestro rostro. Comenzamos a dibujar internamente una sonrisa de oreja a oreja, aceptándonos tal cual somos, con nuestros defectos y nuestras virtudes. Somos conscientes aquí y ahora de nuestros defectos y nuestras virtudes, tomando conciencia de que por cada defecto tenemos una virtud. Imaginamos que cada virtud aparece dibujada en el espejo en forma de diferentes flores de colores u otros objetos que nos resulten útiles. Cultivamos la intención de que allí aparezcan nuestras virtudes.... Y repetimos mentalmente: “que yo sea feliz, que me vaya bien en la vida, que sea capaz de aprender del dolor y del sufrimiento, que tenga salud y fortaleza. Que el amor entre en mi corazón. Que así sea” (5 minutos)*

#### **Sonido del gong que marca la segunda fase: Metta para un ser querido**

*Dejamos que nuestra imagen se vaya desvaneciendo en el espejo y comenzamos a proyectar en él la imagen de un ser querido vivo, con el que tenemos buena relación, por el cual sentimos admiración, cariño, amor. Imaginamos que desde nuestro corazón y desde el de él surge un tubo de luz rosado que nos vincula, a través del cual nos comunicamos. Somos*

*capaces de ver a la persona con sus defectos y sus virtudes, aceptándolo tal cual es. Y repetimos mentalmente: “Que tú seas feliz, que te vaya Bien en la vida, que seas capaz de aprender del dolor y del sufrimiento, y que tengas salud, amor y fortaleza”. Deja que las frases resuenen en tu interior y tarta de enviarle todo el amor que sientes a través de ese lazo que os une, ese tubo de luz de color rosa que simboliza el amor. (5 minutos)*

***Sonido del gong que marca la tercera fase: Metta para una persona neutra***

*Ahora deja que la imagen de tu ser querido se desvanezca y proyecta en el espejo la imagen de una persona que sea neutra para ti, que no despierte en un principio ningún tipo de emoción. Puede servir una persona a la que veas en tu día a día, pero no tengas vinculación afectiva, como pueda ser la dependiente de alguna tienda a la que vas a comprar, el conductor del autobús, etc. Trata de imaginar ese tubo de luz rosado que nace de vuestros corazones y os une. Trata de imaginar que como tú, esa persona tiene momentos de felicidad y momentos de sufrimiento, tiene defectos y virtudes, tiene dificultades y fortalezas..... Y tarta de repetir mentalmente: “ Que tú seas feliz, que te vaya bien en la vida, que estés llena de amor, salud y fortaleza, que seas capaz de crecer con las adversidades” ( 5 minutos)*

***Sonido del gong que marca la cuarta fase: Metta para una persona con la que se tengan dificultades***

*Trata de imaginar como la persona neutra comienza a desvanecerse en el espejo, para posteriormente proyectar la imagen de esa persona con la que tienes dificultades, esa persona con la que se te mueven emociones negativas como rabia, cierto rencor o resentimiento. Trata de escoger una persona con la que las dificultades sean menores y a medida que tengas práctica incrementa la dificultad del ejercicio con personas donde las emociones que se mueven son más intensas. Dibuja su imagen en el espejo, trata de darte cuenta que como tú, esa persona intenta ser feliz, que como tú tiene dificultades y fortalezas,*

*que como tú se ha podido equivocar, que cómo tú tiene miedo a algunas cosas. Y trata de cultivar la intención de que sea feliz a través de estas frases: “Que tú seas feliz, que te vaya bien en la vida, que estés libre de dolor y de sufrimiento, que tengas salud y fortaleza” (5 minutos).*

### ***Sonido del gong que marca la quinta fase: Metta para el planeta tierra***

*Deja que la imagen anterior se vaya desvaneciendo y trata de proyectar en el espejo las cinco figuras anteriores (tú mismo, el ser querido vivo, la persona neutra, la persona con la que hay dificultades y el ser querido fallecido). Visualiza como el amor os une a través de esos tubos de luz rosada que nace desde vuestros corazones. Visualiza como toda esa luz se une en el centro del círculo que habéis formado cogiéndoos con las manos. Imagina como esa energía de amor comienza a inundar la habitación en la que te encuentras, y como sale hacia fuera llegando a todos los lugares donde hay dolor y sufrimiento, a los hospitales, a los países subdesarrollados donde hay pobreza, donde hay guerras, a todos los lugares donde lo necesitan. Imagina que eres capaz de enviar todo ese amor al planeta tierra, como si tuvieses la capacidad de abrazar con tus brazos al planeta y enviar todas tus buenas intenciones para que la humanidad y el planeta se sanen, y repite mentalmente:” Que todos seamos felices, que nos vaya bien en la vida, que estemos libres de dolor y de sufrimiento, que seamos capaces de crecer con las adversidades, que tengamos salud y fortaleza” (5 minutos)*

*Poco a poco vamos centrando la atención en nuestro cuerpo y en la respiración, hacemos cualquier movimiento que deseemos y cuando estemos preparados abriremos los ojos, sin prisa y siendo conscientes en todo momento de nuestra respiración.*

## **Ejercicio 12: Conciencia del entorno**

Uno de los aspectos de la práctica de la Atención consciente es empezar a ver, oír, oler las cosas como si fuera por primera vez (mente principiante). A continuación se presentan unos ejercicios para el despertar de los sentidos:

**1.** Todos los días trata de dedicarle cinco minutos de atención plena a los sonidos. Cierra los ojos y escucha. No hace falta hacer ningún esfuerzo para escuchar algo interesante, nada más escucha los sonidos que estén en ese momento: los pasos de las personas, los coches que aceleran, la radio del vecino de al lado, el zumbido de un electrodoméstico, el cantar de los pájaros... Intenta oír los sonidos tal y como te lleguen. Trata de dejar que todos los sonidos estén simplemente ahí, tal cual.

Trata de oír las cosas sin interpretarlas, o sea sin intentar deducir qué es lo que hace el sonido y de dónde viene. Trata simplemente de oír los sonidos “desnudos”, con actitud de mente principiante.

**2.** Trata de dedicarle cinco minutos del día, poniendo la atención en lo que ves. Elige un objeto y simplemente contéplalo. Intenta ver su aspecto real, en vez del aspecto que tú crees que tiene. Algo que muchas veces destacan los profesores es que normalmente nos da pereza mirar las cosas: nada más tenemos una imagen mental de ellas y nos conformamos con eso. Por ejemplo, cuando “vemos” una taza blanca, imaginamos que es de un color blanco uniforme, mientras que cuando la miramos de verdad, notamos que en realidad está compuesto de muchos tonos diferentes de blanco, crema, gris, etc., según los objetos a su alrededor. Ahora trata de ir más allá de tu imagen mental de un objeto, y verlo tal y como es.

Además de escuchar los sonidos y mirar los objetos, pon conciencia también en tus reacciones o respuestas a ellos. Si te encuentras escuchando un sonido que no te gusta, o contemplando



un objeto bello, nota cómo te sientes, así como los pensamientos que te surjan en respuesta a estas cosas.

Puedes hacer estos ejercicios con cualquier sentido: por ejemplo podrías cerrar los ojos y tocar un objeto durante cinco minutos, u oler una flor, o comer algo en silencio, permitiéndote saborearlo de verdad.

Podrás descubrir que aquél mundo exterior más bien gris y soso puede volver a cobrar vida, y algunas pequeñas cosas que llevas años tomando por descontado pueden volverse fascinantes. Es posible que hasta recuperes algunas de estas sensaciones que tuviste la primera vez que fuiste de vacaciones, cuando todo era nuevo para ti, extraordinario e inagotablemente interesante

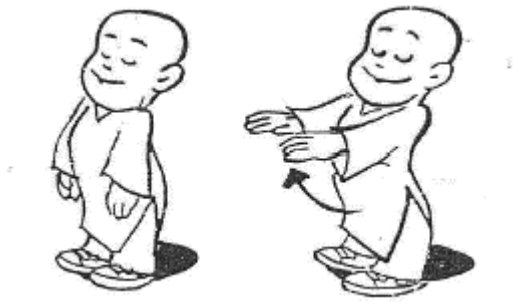
### **Ejercicio 13: Los diez movimientos conscientes de Thich Nhat Hanh**

Hay una manera de moverse que es impensada, inconsciente y dormida y otra forma que es consciente, en la que uno se da cuenta de su propio cuerpo y del presente. La consciencia en el movimiento es un pilar fundamental de la meditación zen y de la vida espiritual.

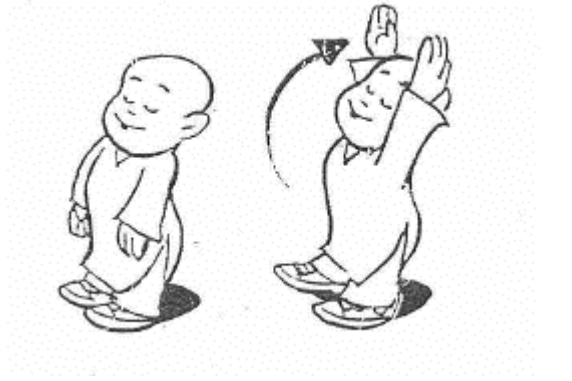
Antes de empezar, puedes hacer unos ejercicios de calentamiento suave: gira la cabeza en todos los sentidos, mueve el cuerpo suavemente... Los diez ejercicios hay que hacerlos despacio, siguiendo el ritmo de tu inspiración y espiración. Durante los ejercicios busca la respiración abdominal: al inspirar el vientre avanza, al espirar retrocede. La respiración final es diferente.

Primero repite cada ejercicio varias veces según tu capacidad. Cuando hayas acabado los diez, vuelve a realizarlos desde el principio una sola vez, uniendo un ejercicio con otro de manera fluida, relajada. Y recuerda, sobre todo... ¡disfruta! Posición de inicio. Las piernas separadas a la altura de los hombros, las rodillas algo flojas, no rígidas. Inspira y espira varias veces concentrándote en la respiración.

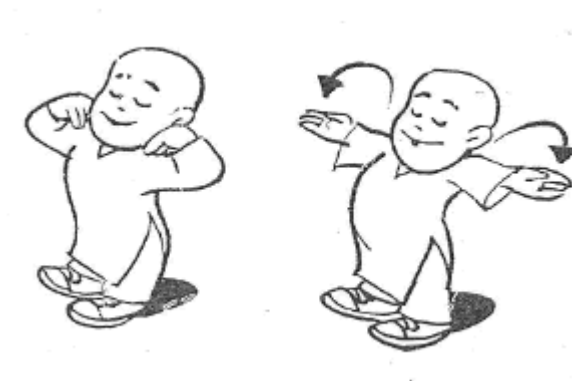
1. Extiende ambos brazos, con las palmas hacia abajo, hasta la altura de los hombros; luego bájalos. Al alzar inspira, al llegar a la altura de los hombros estira los brazos hacia adelante, como queriendo tocar algo, y al descender espira



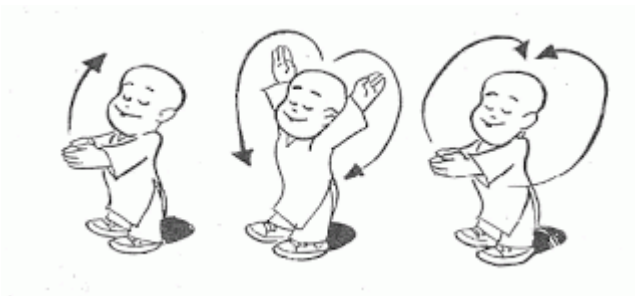
2. Alza ambos brazos hasta el cielo, con las palmas mirándose la una a la otra. Al alzar inspira, cuando llegues arriba estira los brazos desde los hombros hacia el cielo, al bajar espira.



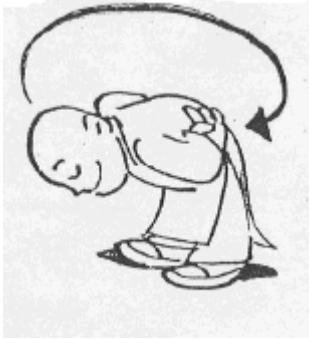
3. El loto que se abre. Pon la punta de los dedos sobre los hombros. Inspira abriendo los brazos hacia los lados, abriendo tu caja torácica; espira trayendo de nuevo los dedos sobre los hombros.



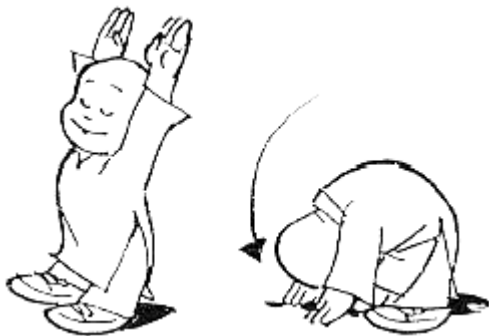
4. Imagina que tienes pinceles en las manos y que pintas grandes círculos laterales. Haz los círculos primero en un sentido, luego en el otro. Inspira cuando eleves los brazos, espira al bajarlos. Acompaña el movimiento con estiramiento.



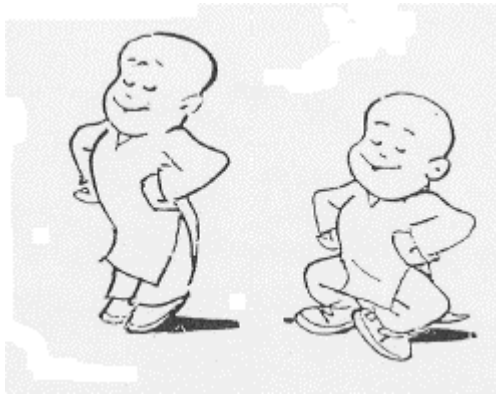
5. Gira el tronco primero hacia un lado y luego hacia el otro. Nota cómo se va estirando el cuerpo, siente cómo cambia el peso de una pierna a otra. Inspira al hacer el medio giro por atrás, espira al hacer el medio giro por delante.



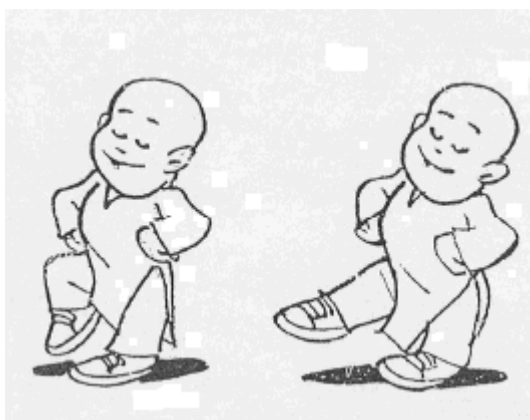
6. Agáchate hacia el suelo como para coger algo. Las rodillas deben estar flojas, la cabeza suelta. Haz con las manos el gesto de coger algo pesado. Levántalo hasta la altura del rostro, y empujalo hacia el cielo. Baja las manos hasta el rostro y dóblate de nuevo como para recoger algo del suelo. La respiración es como sigue: desde abajo inspira hasta que las manos lleguen a la altura de la cara, y desde ahí hasta que las llevas al cielo espiras, empujando hacia el cielo. Vacía tus pulmones arriba. Coge aire mientras bajas los brazos hasta la cara, y de ahí hasta el suelo espira hasta vaciarte cuando estés agachado.



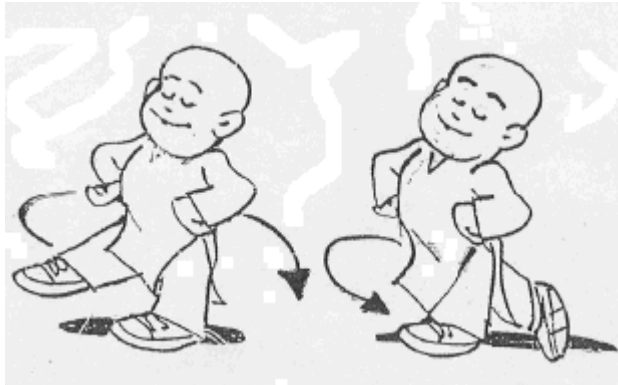
7. Junta los talones y pon los pies en V. Con las manos en la cintura, ponte de puntillas y, sin bajar los talones, intenta plegar las rodillas. Sube de nuevo y sin bajar los talones vuelve a plegar las rodillas. La espalda debe permanecer recta y sin tensión. No hace falta bajar hasta los talones, cada cual bajará según su capacidad pero es importante que la espalda esté derecha. Espira al bajar, inspira al subir.



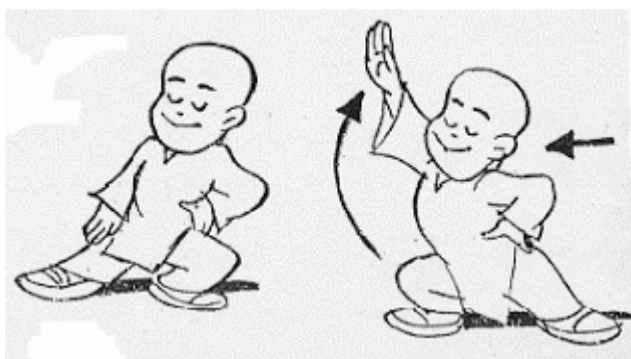
8. Eleva una rodilla lo más posible manteniéndote firme sobre el otro pie. Extiende el pie hacia adelante como si señalaras hacia algo. Vuelve a elevar la rodilla y baja el pie hasta el suelo. Repite con cada pierna antes de cambiar. Inspira al elevar, espira al estirar.



9. Haz círculos con la pierna estirada. Inspira en la primera mitad del círculo, espira en la segunda mitad. Nota todo el trabajo que se realiza en espalda, glúteos y pierna. Haz primero varios círculos con una pierna, luego cambia a la otra pierna. Después haz círculos en el sentido contrario.



10. Da un paso amplio hacia un costado, cuidando que el pie que avanza mire hacia delante y que el pie de atrás esté orientado en un ángulo de 45° hacia delante. Dobra la rodilla extendiendo el brazo del mismo lado hacia el cielo. Retrocede a la posición inicial. Inspira al extender, espira al recoger. En este ejercicio se estira todo el costado.



### Reposo.

Haz diez respiraciones con la parte alta del pecho. Nota que al inspirar el vientre retrocede y avanza al espirar. De esta manera empujamos la energía hacia el suelo

## **Ejercicio 14: Yoga sentado**

- 1) Sentado, ve a la respiración y haz un breve chequeo de todo el cuerpo.
- 2) CUELLO: Dibujar círculos pequeños con la nariz, en ambos sentidos y haciéndolos cada vez más grandes.
- 3) HOMBROS: Hacer círculos de delante hacia atrás y luego de atrás a delante. Inspira cuando los subas, espira cuando los bajas.
- 4) HOMBROS: Súbelos hacia las orejas y déjalos caer de golpe mientras suelta el aire enérgicamente.
- 5) MANOS: Mueve los dedos de las manos como si tocaras el piano.
- 6) MUÑECAS: Sujeta el antebrazo con una mano y deja la muñeca del brazo sujetado muerta. A continuación haz círculos con la muñeca en ambos sentidos. Repite el ejercicio con la otra muñeca.
- 7) CODOS: Extiende los brazos con las palmas de la mano hacia arriba y trae los dedos de cada mano simultáneamente hasta que toquen su hombro correspondiente. Repite el ejercicio varias veces.
- 8) ESPALDA: Une las manos entrelazando los dedos y estira los brazos hacia el frente con las palmas de las manos hacia afuera. Estira bien los brazos y ahora súbelos estirándolos todo lo que puedas hasta que toquen las orejas. Siente toda la espalda estirada y recta.
- 9) PECHO: Entrelaza los dedos y estíralos hacia atrás abriendo el pecho. Recuerda dejar los hombros caer.

- 10) **LADOS:** Inclínate hacia un lado dejando el brazo de ese lado muerto, cayendo hacia el suelo. Lleva el brazo contrario por encima de la cabeza hacia el otro lado estirando bien ese lado. Lo mismo hacia el otro lado.
  
- 11) **CINTURA:** Mano izquierda en la rodilla derecha y girar el tronco hacia el lado derecho. Que la cabeza siga al hombro derecho. Espalda recta y la pelvis que quede bien asentada en la silla. Repetir el ejercicio hacia el lado opuesto.
  
- 12) **PIERNA:** Estirar pierna poniéndola en paralelo al suelo y girar tobillo, primero en un sentido, luego en otro. Poner el pie en posición de ballet y después estirar los dedos de hacia ti (notando la tensión en los gemelos), alternativamente varias veces. Hacer lo mismo con la otra pierna.
  
- 13) **RESPIRAR. CHEQUEAR TODO EL CUERPO. RESPIRAR.**



## **DESAFÍOS HABITUALES-DIFICULTADES EN LA PRÁCTICA DE LA MEDITACIÓN ( Y EN NUESTRA VIDA DIARIA).**

Hay algunas dificultades que surgen con tanta frecuencia en el curso de la práctica de la meditación que las lista de estas dificultades está establecida desde hace miles de años. Estas experiencias no son malas o equivocadas; simplemente, forman parte de la práctica de meditación y no significan que tu meditación no esté “funcionando” o que tú no estés haciendo bien la práctica. Estas dificultades son complicadas porque cuando aparecen pueden ser muy distractoras, y la gente, muchas veces, se siente vencida por ellas. Aprender a reconocer esas experiencias en cuando aparezcan y saber que solo son parte del proceso de meditación puede ayudar. No es culpa tuya!.

Al aprender a reconocer estas dificultades en nuestra práctica también aprendemos a darnos cuenta de su presencia en nuestra vida diaria y a reconocer la manera de reaccionar frente a ellas.

### **1. AVERSIÓN**

Es la experiencia de “no querer”. Cuando estamos experimentando algo y tenemos una reacción de desagrado o el deseo de hacer que la experiencia desaparezca, eso se podría describir como “aversión”. Aquí se podrán incluir los sentimientos de miedo, enfado, irritación, disgusto o resentimiento.

### **2. ANHELO O DESEO**

Se trata de la experiencia de “querer”. Puede ser tan sutil como querer sentirse relajado y tranquilo.

### **3. INQUIETUD O AGITACIÓN**

Puede ser una especie de incómodo picor. Se puede experimentar físicamente, como un fuerte deseo de moverse durante la meditación o con agitación mental, cuando la mente está inquieta o incómoda.

### **4. PEREZA O SUEÑO**

Podría tratarse de sopor físico o de pereza mental. Podría localizarse en la mente, en el cuerpo o ambos.

### **5. DUDA**

La duda se puede experimentar como un sentimiento de duda personal (“no puedo hacer esta práctica”) o dudas acerca de la utilidad de la práctica (“esto es ridículo; ¿ Por qué voy a estar aquí sentado observando mi respiración?”). La duda es especialmente complicada porque puede ser muy convincente. Puede ayudar recordar que la meditación se ha venido

**Materiales seleccionados de diferentes fuentes con las adaptaciones pertinentes, principalmente de las notas del profesor del programa MBPM de Respira Vida Breathworks.**

## DOSSIER DE AUTOCOMPASIÓN

### EJERCICIO 1. ¿Cómo reaccionas ante ti mismo y ante tu vida?

¿Cuáles son tus reacciones típicas ante ti mismo?

- ¿Por qué tipo de cosas te juzgas y te criticas? (aspecto, profesión, relaciones, hijos, etc....)
- ¿Qué tipo de lenguaje utilizas contigo mismo cuando observas un defecto o cometes un error? ¿Te insultas o empleas un tono amable y comprensivo?
- Cuando eres muy autocrítico ¿Cómo te sientes interiormente?
- ¿Cuáles son las consecuencias de ser tan duro contigo mismo? ¿Te hace sentir más motivado, o por el contrario más desanimado y deprimido?
- ¿Cómo crees que te sentirías si fueses capaz de aceptarte tal cuál eres? ¿Esa posibilidad te asusta, te da esperanzas, o ambas cosas? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son tus reacciones típicas antes las dificultades de la vida?
- ¿Cómo te tratas a ti mismo cuando se te presentan retos de manera repentina? ¿Tiendes a ignorar el sufrimiento y te centras exclusivamente en resolver el problema, o haces un alto para cuidarte y consolarte?
- ¿Tienes tendencia a dejarte llevar por las dificultades y a percibir las peores de lo que son, o mantienes un punto de vista equilibrado?
- ¿Te sientes desconectado de los demás cuando las cosas van mal, imaginando que todo el mundo está mejor tú, o intentas recordar que todas las personas experimentamos momentos difíciles?
- Si crees que te falta autocompasión, compruébalo contigo mismo: ¿te criticas también por esto? Si es así, ahora estás en un buen momento de cambio, para dejar de hacerlo. Intenta sentir compasión pro lo difícil que resulta ser una persona imperfecta en esta sociedad tan competitiva.

Nuestra cultura no fomenta la autocompasión, sino todo lo contrario. Nos enseñan que por mucho que lo intentemos, aunque demos lo mejor de nosotros mismos, nunca es suficiente. Es por ello, que a todos puede beneficiarnos aprender a ser más autocompasivos, y este es un momento perfecto para empezar.

¿ TE SUBES AL TREN DE LA AUTOCOMPASIÓN?

**EJERCICIO 2: Explorar la compasión hacia uno mismo mediante la redacción de una carta.**

### **PRIMERA PARTE**

Todo el mundo tiene algo que no le gusta de sí mismo, algo que le hace sentir vergüenza, inseguridad o que no es “suficientemente bueno”. La imperfección forma parte de la condición humana, y los sentimientos de fracaso e inadaptación son inherentes a la experiencia de vivir. Piensa en algún aspecto que te haga sentir mal contigo mismo (aspecto físico, trabajo, relaciones, etc.). ¿Cómo te sientes interiormente? ¿Asustado, triste, deprimido, inseguro, enfadado? ¿Qué emociones se desencadenan cuando piensas en ese aspecto de ti mismo? Intenta ser emocionalmente honesto y no reprimas ningún sentimiento, pero tampoco te pongas melodramático. Simplemente trata de sentir tus emociones exactamente como son, ni más ni menos.

### **SEGUNDA PARTE**

Ahora piensa en un amigo imaginario o real que tiene una actitud cariñosa, tolerante, amable y compasiva. Imagina que ese amigo ve todos tus puntos fuertes y débiles, incluyendo el aspecto sobre ti mismo sobre el que acabas de reflexionar. Piensa en lo que siente ese amigo por ti, en cómo te quiere y te acepta tal como eres, con todas tus imperfecciones humanas. Ese amigo reconoce los límites de la naturaleza humana y es agradable y comprensivo contigo. En su gran sabiduría, entiende tu historia vital y las miles de cosas que

te han ocurrido y que han hecho de ti la persona que eres. Tus defectos están relacionados con muchas cosas que no siempre has escogido: tus genes, tu historia familiar, tus circunstancias vitales.... Elementos que están fuera de tu control.

Escribe una carta dirigida a ti mismo desde la perspectiva de ese amigo imaginario. Céntrate en los defectos por los que tiendes a juzgarte. ¿Qué te diría tu amigo sobre tu defecto, desde la perspectiva de una compasión ilimitada? ¿Transmitiría la compasión profunda que siente por ti, sobre todo por lo incómodo que te sientes cuando te juzgas con tanta dureza? ¿Qué escribiría ese amigo para recordarte que eres humano, que todas las personas tenemos puntos fuertes y débiles? Y si crees que ese amigo podría sugerirte

posibles cambios, ¿Cómo serían esas sugerencias si surgieran de un profundo sentimiento de comprensión y compasión incondicionales? Mientras te escribes a ti mismo desde la perspectiva de ese amigo imaginario, trata de llenar tu carta de un claro sentido de aceptación, amabilidad, cariño y deseo de salud y felicidad por parte de esa persona hacia tía.

Cuando termines la carta, déjala un momento. Después reléela y deja que las palabras te inunden. Siente cómo te llega la compasión, cómo te calma, y te consuela como si se tratase de una brisa fresca en un día muy caluroso. El amor, la conexión y aceptación son derechos de nacimiento. Para reclamarlos sólo tienes que mirar en tu interior,

### **EJERCICIO 3: El crítico, el criticado y el observador compasivo.**

Este ejercicio se basa en el diálogo de las dos sillas estudiado por la terapeuta gestáltica Leslie Greenberg. Los clientes se sientan en sillas diferentes para entrar en contacto con distintas partes de sí mismos, por lo general en conflicto, y experimentar cada aspecto en momentos diferentes.

Para empezar, coloca tres sillas vacías (a ser posible, formando un triángulo). A continuación, piensa en un tema que te preocupe a menudo y por el que sueles criticarte duramente a ti mismo. Designa una silla para la voz de tu crítico interior, una para la voz de la parte de ti que se siente juzgada y criticada, y la última silla para la voz de un observador sabio y compasivo. Vas a interpretar esas tres partes de ti mismo (tú, tú y tú). Puede parecerle un poco absurdo al principio, pero es muy posible que te sorprenda el resultado cuando empieces a dejar que tus sentimientos fluyan.

**1.** Piensa en tu tema y siéntate en la silla del crítico interior. Cuando tomes asiento, expresa en voz alta lo que piensa y siente la parte crítica de ti. Fíjate en las palabras y en el tono de voz que utiliza tu parte crítica, y también en cómo te sientes: ¿preocupado, enfadado, falso, exasperado? ¿dónde lo sientes? Observa tu postura corporal: ¿fuerte, rígida, recta?

**2.** A continuación ocupa la silla del aspecto criticado. Intenta entrar en contacto con tus sentimientos al ser juzgado de esa manera. Explica cómo te sientes; responde de manera directa a tu crítico interior. Por ejemplo: *Me haces daño. Siento que no me apoyas.* Verbaliza lo que te venga a la mente. De nuevo fíjate en tu tono de voz. ¿es triste, desanimado, infantil, asustado, indefenso? ¿cómo es tu postura corporal? ¿Estás encogido, con la cabeza gacha, con el ceño fruncido?.

**3.** Haz que dialoguen esas dos partes de ti mismo; para ello ve cambiando de silla del crítico a la del criticado. Pon todo tu empeño en que cada parte de ti mismo sepa cómo se siente la otra parte, y deja que cada una exprese sus puntos de vista y sea escuchada.

**4.** Ocupa la silla del observador compasivo. Apela a tu sabiduría más profunda, a tu parte más amable, y dirígete al crítico y al criticado. ¿Qué le dice tu yo compasivo al crítico, qué punto de vista tiene?. Por ejemplo: *Te pareces a tu madre hablando, o Veo que estás realmente asustado y que intentas ayudarme para que no me complique la vida.*

¿Qué le dice tu yo compasivo a tu parte criticada? Por ejemplo: *Debe de ser muy difícil escuchar esos juicios tan duros continuamente. Veo que te estás haciendo mucho daño, o Lo único que quieres es que te acepten tal como eres.* Intenta relajarte, que tu corazón se calme y se abra. ¿Qué palabras de compasión se te ocurren? ¿Cómo es tu tono de voz? ¿Tierno, suave, cálido? ¿Y tu postura corporal? ¿Equilibrada, centrada, relajada?

**5.** Cuando creas que el diálogo ha llegado a su fin, reflexiona sobre lo ocurrido. ¿Tienes nuevos puntos de vista sobre la procedencia de tus patrones, nuevas maneras de pensar más positivas acerca de tu situación? Mientras que reflexionas sobre lo que has aprendido, ponte como objetivo relacionarte contigo mismo de una forma más amable y sana en el futuro. Puedes declarar una tregua en tu guerra interna. La paz es posible. Tu vieja costumbre de criticarte a ti mismo no tiene por qué gobernarte para siempre. Trata de escuchar la voz que ya está ahí, aunque esté un poco escondida: TU YO SABIO Y ESCONDIDO.

#### **EJERCICIO 4: Práctica de abrazos**

Una manera sencilla de calmarte y consolarte a ti mismo cuando te sientes mal consiste en darte un abrazo cariñoso. Puede parecer un poco absurdo al principio, pero tu cuerpo no lo sabe, de manera que reacciona respondiendo a ese gesto de cariño como lo haría un bebé en brazos de su madre. Nuestra piel es un órgano increíblemente sensible. Las investigaciones indican que el contacto físico libera oxitocina, proporciona sensación de seguridad, alivia las emociones estresantes y calma la tensión cardiovascular.

Si te sientes tenso, preocupado, triste, o autocrítico, prueba a darte un abrazo cálido, acaríciate con ternura el brazo o la cara, o balancea suavemente tu cuerpo. Lo importante es que realices un gesto inequívoco que transmita sentimientos de amor, atención y ternura. Si hay otras personas contigo puedes rodearte el cuerpo con los brazos de una forma discreta y darte un apretón suave y reconfortante. También puedes imaginar simplemente que te abrazas si no puedes realizar el gesto físico.

Observa cómo sientes tu cuerpo después de recibir el abrazo ¿lo sientes más cálido, más tranquilo? Resulta sorprendente lo fácil que es poner en marcha el sistema de oxitocina y cambiar la experiencia bioquímica.

Prueba a darte abrazos varias veces al día cuando pases una mala racha. Así empezarás a desarrollar el hábito de consolarte físicamente cuando lo necesites y aprovecharás al máximo ese método de ser amable con uno mismo.



### **EJERCICIO 5: Cambiar el monólogo de tu crítico interior**

Este ejercicio debe realizarse durante varias semanas. Llegará un momento que te servirá de guía para cambiar tu manera de relacionarte contigo mismo. A algunas personas les va bien escribir un diario para trabajar su crítico interior. Otros se sienten más cómodos recurriendo a los diálogos internos. Si te gusta escribir lo que ocurre y releerlo posteriormente, el diario puede ser una excelente herramienta de transformación. Si no consigues ser constante con un diario, recurre al método que mejor te funcione. Puedes hablarte en voz alta o pensar en silencio.

**1.** El primer paso para cambiar la manera en que te tratas es darte cuenta de cuándo eres autocrítico. Pudiera ser que tu voz crítica actúe con tanta frecuencia que ni siquiera te des cuenta de su presencia. Siempre que te sientas mal por algo, piensa en lo que te acabas de decir a ti mismo. Intenta ser preciso y repasar lo que te dices literalmente. ¿Qué palabras utilizas cuando eres autocrítico? ¿Tienes unas frases que acuden a ti una y otra vez? ¿Qué tono de voz empleas: duro, frío, enfadado? ¿La voz te recuerda a alguien que en el pasado haya sido crítico contigo? Tu objetivo es conocer a la perfección a tu autocrítico interior y tomar conciencia de las ocasiones en que ese juez interno se activa.

**2.** Realiza un esfuerzo consciente por suavizar la voz autocrítica, pero hazlo con compasión, no con sentido crítico (por ejemplo no le digas algo del estilo *Eres una cabrona*, a tu crítico interior). Intenta que tus palabras se parezcan más a lo siguiente: *Sé que intentas mantenerme a salvo y hacerme ver en qué necesito mejorar, pero tus críticas tan duras no me ayudan.*

**3.** Con amabilidad, de manera amistosa y positiva, vuelve a formular las observaciones realizadas por tu crítico interior. Si no encuentras las palabras adecuadas, prueba a imaginar qué te diría un amigo muy compasivo en esa situación. Por ejemplo: *Cariño, sé que comes tantas galletas porque ahora mismo estás muy triste y crees que eso te animará, pero la*

*verdad es que cada vez te sientes peor. Quiero que seas feliz, así que ¿por qué no sales a dar un paseo? Te sentirás mejor.* Mientras te diriges esas palabras amables, acaríciate los brazos o sujétate la cara cariñosamente con las manos. Aunque al principio te cueste apelar a emociones de éste tipo, los gestos físicos de cariño pueden activar el sistema interior de cuidados y liberar oxitocina, con los consiguientes cambios en tu bioquímica. Lo importante es que empieces a actuar de manera amable; los sentimientos de cariño y atención surgirán de manera natural.

### **EJERCICIO 6: Trabajar con el dolor desde el mindfulness**

Practica este pequeño experimento para observar cómo nos ayudan mindfulness y la compasión hacia uno mismo a sufrir menos en momentos de dolor.

**1.** Sujeta un cubito de hielo con una mano durante unos segundos (te resultará un poco molesto). Reacciona cómo lo harías normalmente y deja el cubito cuando no aguantes más su contacto. Percibe la intensidad de la molestia y cuánto tiempo has sujetado el cubito antes de dejarlo.

**2.** Sujeta un cubito de hielo con la otra mano durante unos segundos. Esta vez no te resistas a la molestia que te provoca. Relájate y percibe la sensación sin más. Toma conciencia de las cualidades de la sensación: frío, quemazón, cosquilleo... Mientras lo haces, háblate a ti mismo con compasión (por ejemplo, podrías decirte: *Ay, esto duele de verdad. Es una sensación difícil, pero no pasa nada, lo superaré.* Deja el cubito cuando las molestias sean insoportables. Percibe de nuevo la intensidad de las molestias y el tiempo que has logrado mantener el cubito en la mano.

Cuando termines, compara las dos experiencias. ¿Ha cambiado algo cuando no te has resistido al dolor? ¿Has podido sujetar el cubito durante más tiempo? ¿la incomodidad ha sido menos

intensa? ¿Has podido comprobar empíricamente la proposición Sufrimiento= dolor por resistencia? Cuanto menos te resistas, menos sufrirás.

### **EJERCICIO 7: Diario de tu compasión hacia ti mismo**

Intenta escribir un diario de tu compasión hacia ti mismo durante una semana (o el tiempo que quieras). Un diario ofrece una manera eficaz de expresar emociones, y está demostrado que fomenta el bienestar físico y mental. Por la tarde-noche, cuando tengas un momento de tranquilidad, revisa lo ocurrido durante el día. Escribe en el diario cualquier cosa que te haya hecho sentir mal, algo por lo que te hayas criticado o una experiencia difícil que te haya provocado dolor. Por ejemplo podría haber ocurrido que te hubieras enfadado con un camarero porque tardó un siglo en traerte la cuenta. Hiciste un comentario impertinente y te fuiste hecho una furia sin dejar propina. Y más tarde te sentiste avergonzado por ese comportamiento. Practica el mindfulness para cada evento, siente nuestra humanidad compartida y trátate con cariño para procesar los hechos con compasión hacia ti mismo.

#### **Mindfulness**

Consiste principalmente en tomar conciencia de las emociones dolorosas que se desencadenan debido a la autocrítica o por circunstancias difíciles. Escribe cómo te sientes: triste, avergonzado, asustado, estresado, etcétera. Mientras escribes, intenta aceptar tu experiencia sin más, sin juzgarla, sin quitarle importancia, pero tampoco dramatizando en exceso. Por ejemplo: “Me he puesto nervioso porque el camarero tardaba mucho. Me he enfadado, he reaccionado exageradamente y después me he sentido fatal”.

### **Humanidad compartida**

Escribe cómo se conecta tu experiencia con la experiencia humana general. Por ejemplo, puedes reconocer que ser humano significa ser imperfecto, y que todos tenemos experiencias dolorosas (“Todo el mundo exagera a veces en sus reacciones; es humano). También puedes pensar en las causas y las condiciones que subyacen al hecho doloroso (“Mi frustración se ha intensificado porque llegaba tarde al médico y había mucho tráfico. Si las circunstancias hubiesen sido distintas, probablemente habría reaccionado de otra manera”).

### **Bondad hacia ti mismo**

Escribe algunas palabras amables y comprensivas de consuelo. Hazte saber que te preocupas por ti; adopta un tono cariñoso y reconfortante, por ejemplo: “No pasa nada. Has metido la pata, pero no es el fin del mundo. Entiendo lo frustrado que te has sentido, y simplemente has perdido los papeles. Sé que valoras mucho ser amable con los demás y lo mal que te sientes ahora mismo. Podrías intentar ser más paciente y generoso con los camareros esta semana....”.

Practicar los tres componentes de la autocompasión con este ejercicio de escritura te ayudará a organizar tus pensamientos y emociones, así como a codificarlos en tu memoria. Si eres de esas personas a las que les gusta escribir un diario, tus ejercicios de autocompasión serán todavía más eficaces y podrás trasladarlos con mayor facilidad a la vida cotidiana.

## **EJERCICIO 8: Enfrentarse a las emociones difíciles en el cuerpo, calmar, consolar, permitir.**

La próxima vez que experimentes una emoción difícil y quieras trabajar con ella directamente, intenta procesarla en el cuerpo (este ejercicio te llevará entre quince y veinte minutos).

Para empezar, siéntate en una posición cómoda y tumbate en el suelo. Intenta localizar el sentimiento difícil en el cuerpo. ¿Dónde tiene su centro? ¿En la cabeza, la garganta, el corazón, el estómago? Describe la emoción utilizando la anotación mental: hormigueo, presión, rigidez, punzadas agudas. ¿Es una sensación dura y sólida, o fluida y cambiante? A veces lo único que se siente es un aletargamiento. También puedes centrar la sensación en esa sensación.

Si el sentimiento resulta especialmente angustioso y difícil de experimentar, ve poco a poco. Se trata de suavizar la resistencia hacia la sensación para poder percibirla en toda su plenitud, pero no tienes que sobrepasar tus límites. A veces resulta útil centrarse primero en el “exterior” de la sensación y avanzar hacia el interior sólo si te resulta seguro y soportable.

Cuando te sientas en contacto con la emoción dolorosa de tu cuerpo envíale compasión. Explícate a ti mismo lo difícil que es sentirse así y que te preocupa tu bienestar. Prueba a utilizar palabras cariñosas que te reconforten; por ejemplo: “Sé que esto es muy difícil, cariño” o “Siento que estés pasando por este dolor”. Imagina que acaricias el punto dónde se ubica la emoción dolorosa, como si estuvieses acariciando la cabeza de un niño que llora. Repítete que no pasa nada, que todo saldrá bien, y te darás el apoyo emocional necesario para superar esa experiencia difícil.

Cuando no puedas evitar volver a pensar en la situación que te hace sufrir, vuelve a tomar conciencia de la sensación física en tu cuerpo y empieza de nuevo.

Durante éste ejercicio resulta útil repetirse mentalmente estas palabras: “Calmar, consolar, permitir”. Así te recuerdas a ti mismo que debes aceptar el sentimiento tal como es, sin resistirte a él, al tiempo que te calmas y te consuelas por el sufrimiento que te provoca.

Cuando te dediques autocompasión, observa si cambian las sensaciones físicas que experimentas, ¿Sientes algún alivio? ¿Las sensaciones son cada vez más fáciles de soportar? ¿Te parece que esa masa sólida de tensión empieza a deshacerse, moverse y desaparecer? Tanto si las cosas parecen mejorar, empeorar o permanecer estancadas, sigue brindándote compasión.

Cuando sientas que llega el momento, levántate, realiza unos estiramientos y continúa con tu rutina diaria. Con un poco de práctica aprenderás a afrontar las situaciones difíciles sin tener que pensar demasiado ni adoptar el “modo de resolución de problemas”. El poder de la compasión hacia ti mismo obrará su magia en tu cuerpo por sí solo.

### **EJERCICIO 9: Crea tu propio mantra de compasión**

Un *mantra de compasión* es un conjunto de frases memorizadas que debes repetir en silencio cada vez que quieras dedicarte consuelo. Resultan más útiles en los momentos álgidos de las emociones que nos angustian. Es posible que te sirvan las frases que yo inventé para mí, pero merece la pena que intentes encontrar unas que se adapten mejor a ti. Lo más importante es que incluyan los tres aspectos de la compasión hacia uno mismo, no las palabras en sí mismas.

Otras versiones posibles para la primera frase (“Este es un momento de sufrimiento”) serían: “Estoy atravesando un momento muy difícil ahora mismo”, “Me resulta doloroso sentirme así ahora”, etc. Variaciones para la segunda frase (“El sufrimiento forma parte de la vida”): “Todo el mundo se siente así alguna vez”, “Forma parte de la naturaleza humana”, etcétera. Variaciones para la tercera frase (“Pido ser amable conmigo misma en este momento”): “Pido tratar mi dolor con ternura” “Pido ser cariñoso y comprensivo conmigo mismo”, etcétera. Variaciones para la última frase (“Pido darme la compasión que necesito”): “Merezco recibir compasión de mí mismo” “Intentaré ser lo más compasivo posible”, etcétera.

Busca cuatro frases con las que te sientas cómodo y memorízalas. La próxima vez que te critiques o que tengas una experiencia difícil puedes utilizar tus mantras para ayudarte a recordar que debes tener más compasión hacia ti mismo. Es una herramienta útil para calmar la mente.

### **EJERCICIO 10: Utilizar imágenes compasivas**

**1. Siéntate cómodamente en un lugar silencioso.** La primera tarea consiste en visualizar un lugar seguro. Puede ser imaginario o real, cualquier lugar que te haga sentir en paz, relajado y tranquilo: una playa de arenas blancas, el claro de un bosque con ciervos pastando, la cocina de la abuela, o un sillón junto a una chimenea encendida. Intenta visualizar el lugar. ¿Qué colores tiene? ¿Cuánta luminosidad? ¿Qué sonidos u olores percibes? Si alguna vez sientes ansiedad o inseguridad en tu viaje hacia la compasión, recurre a la imagen de tu lugar seguro para ayudarte a calmarte.

**2.** La siguiente tarea consiste en **visualizar una figura cariñosa y compasiva**, alguien que desprenda sabiduría, fuerza, calor y aceptación sin críticas. Para algunos será una figura religiosa conocida, como Jesucristo o Buda. Para otros será alguien de su pasado, como una

tía o un profesor muy queridos. Y para otros puede ser una mascota a la que teníamos mucho cariño, un ser completamente imaginario o incluso una imagen abstracta como una luz blanca. Intenta visualizar esa imagen con la máxima intensidad posible, incorporando todos los sentidos que puedas.

**3.** Si estás sufriendo por algún motivo en este momento, piensa en las **cosas sabias y cálidas que esa fuente idealizada de compasión te diría para consolarte**. ¿Cómo serían sus palabras? ¿Qué sentimientos te transmitiría su tono de voz? Si te sientes un poco bloqueado o cerrado, date permiso para disfrutar de la presencia compasiva de tu imagen ideal. Límtate a estar presente.

**4. Libera tu imagen compasiva**, inspira y expira varias veces y siente tu cuerpo, saborea la calma que has generado en tu mente y en tu cuerpo. Sabes que cada vez que desees generar compasión para ti mismo podrás utilizar esa imagen a modo de trampolín y te permitirás recibir el regalo de la bondad.

### **EJERCICIO 11: Identificar lo que queremos realmente**

**1.** Piensa cómo utilizas la autocrítica para motivarte. ¿Posees algún rasgo personal por el que te criticas (por ejemplo, ser cascarrabias o perezoso, tener sobrepeso, etcétera) porque crees que ser duro contigo mismo te ayudará a cambiar? Si es así, lo primero es intentar establecer contacto con el dolor emocional que la autocrítica te provoca y dedicarte compasión por la experiencia de sentirte juzgado.

**2.** A continuación, piensa en una manera más amable y cariñosa de motivarte para realizar el cambio necesario. ¿Qué palabras utilizaría un amigo, un padre, un profesor o un mentor sabio y cariñoso para señalar con delicadeza que tu conducta es improductiva, al tiempo que te



anima a hacer las cosas de otra manera? ¿Cuál es el mensaje más alentador que se te ocurre que coincida con tu deseo subyacente de ser una persona sana y feliz?

3. Cada vez que te descubras juzgándote por ese rasgo no deseado en el futuro, céntrate primero en el dolor de la autocrítica y dedícate un poco de compasión. A continuación, intenta reformular tu diálogo interior de manera que resulte más comprensiva y alentador. Recuerda que si realmente quieres motivarte, el amor es más poderoso que el miedo.

### **EJERCICIO 12: Dirigir la bondad hacia nuestro sufrimiento**

Si luchas contra la autocrítica o si te encuentras en un momento difícil y estresante, trata de encontrar quince o veinte minutos al día para cultivar sentimientos de bondad y compasión hacia ti mismo. Para empezar, siéntate en un lugar tranquilo y cómodo donde nadie te moleste, o bien sal a pasera por una zona tranquila. Respira profundamente varias veces para centrarte en tu cuerpo y en el momento presente. Estás aquí, ahora:

➤ Empieza por establecer contacto con la fuente de tu sufrimiento. ¿Te sientes asustado, solo, enfadado, inútil, frustrado? Trata de aceptar tus emociones tal como son, sin pensar demasiado en la historia que las ha provocado (lo que has hecho, lo que no, etcétera). Cualquier cosa que sientas está bien. Todas las visitas son bien recibidas. No es necesario aferrarse a nada ni desterrar nada.

➤ Ahora trata de sentir las emociones en tu cuerpo. Pongamos que te sientes triste. ¿Cómo se siente la tristeza? ¿Sientes como un aletargamiento, una sensación de tirantez en los ojos, tensión entre las cejas, etcétera? Al localizar las emociones en el cuerpo resulta más fácil sentir las sin perderse en los pensamientos, y así experimentar el momento presente tal como es.

➤ Coloca una mano sobre tu corazón y siente la intención de ofrecerte a ti mismo bondad, comprensión y compasión por el sufrimiento que estás experimentado en este momento. Recuerda que lo que sientes forma parte de la experiencia humana. No estás solo en tu sufrimiento.

➤ Repite las siguientes frases en silencio y poco a poco:

*Que esté seguro*

*Que esté tranquilo*

*Que sea amable conmigo mismo*

*Que me acepte tal como soy*

Si te resulta más adecuada, cambia la última frase por:

*Que acepte mi vida tal como es*

➤ Sigue repitiendo las frases sintiendo cada vez su contenido emocional estableciendo contacto con las sensaciones dolorosas de tu cuerpo, o bien sintiendo la suave y reconfortante presión de tu mano sobre tu corazón.

➤ Si notas que tu mente se despista, retorna las frases, la experiencia de tus emociones en tu cuerpo o la sensación de tu mano sobre el corazón. Y empieza de nuevo.

➤ Por último, respira profundamente varias veces y quédate quieta un momento. Si notas el sentimiento de compasión, permítete saborearlo. Si no es así, o si resulta demasiado tenue, no deja de ser la verdad igualmente hermosa del momento presente. Saborea la buena voluntad y la intención de ocuparte de ti. Es lo que más importa.

➤ Cuando estés listo, recupera lentamente tu actividad normal. Sabes que puedes regresar a las frases siempre que lo desees.

### **EJERCICIO 13: Identificar tus patrones relacionales**

Piensa en tu actual relación de pareja o en la última que hayas tenido. ¿Cuáles son tus desencadenantes emocionales más fuertes? ¿Te sientes herido fácilmente y llegas a la conclusión precipitada de que no le importas a tu pareja? ¿Te pones nervioso y das por sentado que tu pareja te va a dejar? Casi todas las personas tienen un motivo profundo que les lleva a reaccionar exageradamente en las relaciones. Es como si se añadiese una carga extra a lo que tu pareja hace o dice, y las cosas se descontrolan rápidamente. Nuestros patrones son cicatrices, vestigios de relaciones anteriores que fueron mal. Aunque una pareja cariñosa y comprensiva pueda ayudarnos a curar esos patrones, la fuente más directa de curación está en el interior.

La próxima vez que se pulse un botón en tu relación, intenta ver con claridad lo que sucede realmente. En lugar de culpar inmediatamente a tu pareja por cómo te sientes, intenta analizar hasta qué punto es tu viejo patrón que vuelve a la carga y aprovecha la ocasión para brindarte compasión. Si te sientes herido, por ejemplo, intenta tomar conciencia de ese sentimiento y acepta de pleno tu reacción exagerada. Céntrate de manera activa en calmar tu dolor con bondad hacia ti mismo y reconoce que todos los seres humanos tenemos heridas emocionales de algún tipo (aquí podría venirte bien tu mantra de autocompasión).

En lugar de confiar en que tu pareja te dé exactamente lo que necesitas, intenta satisfacer primero tus propias necesidades. Identifica qué deseas (reconocimiento, cariño, apoyo, etcétera) y piensa si la compasión hacia ti mismo puede ayudarte a conseguirlo. De este modo le evitarás a tu pareja la presión de tener que leer tu mente y reaccionar exactamente como tú quieres. Cuando aprendas a confiar más en la compasión para afrontar tus patrones cada vez

que reaparezcan, descubrirás que ya no tiene tanto poder sobre ti. Las heridas se curan siempre cuando reciban los cuidados y la atención que necesitan.

#### **EJERCICIO 14: Haz una pausa de compasión**

La próxima vez que te veas envuelto en una discusión acalorada con tu pareja, prueba a hacer una pausa de compasión. Es mejor que lo hagáis pactado previamente, pero incluso si tu pareja no está al tanto, tomarse un “descanso” para brindarte compasión durante un conflicto puede resultar muy útil. Lo más difícil es reunir la conciencia suficiente para acordarse de realizar la pausa. Nos metemos tanto en lo que ha provocado el conflicto que en nuestra conciencia no cabe nada más. Con la práctica, sin embargo, podrás utilizar el dolor que implica un conflicto para recordarte que lo que necesitas en ese momento es compasión hacia ti mismo.

Durante la pausa deberías ir a un lugar en el que puedas estar solo durante unos minutos (si es necesario, vale el cuarto de baño). Lo primero es aparcar un momento el tema de la discusión. Tu tarea ahora consiste en calmarte validando tus emociones. Dedícate estas palabras: “esto es muy difícil en este preciso momento” (una vez más, es muy probable que tu mantra de compasión te ayude en ésta situación). Cuando surge un conflicto, una de las principales causas del sufrimiento es que cada uno intenta exponer su punto de vista con tanta fuerza que el otro no se siente escuchado o validado. Además, los dos miembros de la pareja sienten que el otro no les quiere y les rechaza debido al tono de enfado que se utiliza. Por tanto, empieza por escucharte y validarte. Acéptate y quiérete. Esto te ayudará a restar fuerza a tu reacción emocional y a adoptar un estado mental más calmado.

Cuando termine la pausa, podrás interactuar con tu pareja de manera más constructiva. Si puedes, intenta expresar al menos una emoción positiva: Una risa, una sonrisa, una palabra amable o una afirmación que comunique que entiendes lo que tu pareja te esté diciendo. Esto ayuda a cambiar la dinámica del conflicto y transformarlo en una discusión positiva.

### **EJERCICIO 15: Transformar la negatividad**

La próxima vez que te encuentres atrapado por emociones negativas, intenta generar algunas positivas para acompañarlas. Puedes utilizar las siguientes frases cuando estés en la negatividad. Están pensadas para validar tus sentimientos al tiempo que te centras en tu deseo de ser feliz:

*Resulta difícil sentir (elige la palabra) ahora mismo.*

*Sentir ( ) forma parte de la experiencia humana.*

*¿Qué puedo hacer para sentirme más feliz en este momento?*

La primera frase reconoce con compasión la dificultad de tener emociones negativas. La segunda es un recordatorio de que las emociones son una parte normal y natural de la experiencia humana, y por tanto no debemos juzgarlas. Y la última frase nos ayuda a establecer contacto con el deseo de ser felices. Esto te permitirá ampliar tu perspectiva y encontrar maneras creativas de empezar de nuevo. Puedes darte un baño caliente o pensar en lo bueno de tu situación actual (casi siempre hay algo bueno en todas las situaciones). Estos pasos no se llevan a cabo para resistirte al estado mental negativo, sino porque quieres salud y bienestar para ti.

Cuando acabes de decir las frases, tu estado negativo podría empezar a esfumarse para ser substituido por uno de alegría tranquila. Incluso es posible que seas capaz de ponerle una buena carcajada. Woody Allen ha hecho carrera riéndose de la negatividad: “¿Y si todo fuese una ilusión y nada existiera? En ese caso, he pagado demasiado por mi alfombra”.

### **EJERCICIO 16: Encuentra el lado bueno**

Piensa en uno o dos de los mayores retos a los que te hayas enfrentado en tu vida, problemas tan difíciles que pensaste que nunca los superarías. En retrospectiva, ¿Crees que surgió algo bueno de aquellas experiencias? ¿Creciste como persona, aprendiste algo importante, le encontraste más sentido a tu vida? En caso afirmativo, ¿Retrocederías y cambiarías lo ocurrido aunque eso significase que no serías la persona que eres ahora?

A continuación piensa en un reto presente. ¿Existe alguna manera de ver tu problema desde otra perspectiva? ¿Puede surgir algo positivo de tus circunstancias actuales? ¿Oportunidades de aprender, de avanzar profesionalmente, de nuevas relaciones, de reorganizar tus prioridades?

Si te cuesta ver algo positivo en tus circunstancias actuales probablemente sea una señal de que necesitas más compasión hacia ti mismo. Prueba a utilizar las tres puertas (Bondad, humanidad compartida y mindfulness) para afrontar tus sentimientos de temor o de angustia. Ábrete con cariño diciéndote palabras de apoyo, como harías con un buen amigo. Puede que incluso te ayude darte un pequeño abrazo si nadie te esta mirando. Piensa cómo te conecta tu situación con otras personas con problemas similares: no estás solo. Respira profundamente varias veces y acepta que la situación está ocurriendo aunque no te guste.

Y ahora empecemos de nuevo. ¿Qué intenta enseñarte la vida ahora mismo? ¿Es una oportunidad para abrir tu corazón y tu mente? ¿Existe alguna manera de transformar lo que parece una maldición en una bendición?

**EJERCICIO 17: Apreciarse a uno mismo**

Escribe diez cosas sobre ti mismo que de verdad te gusten o aprecies (no tiene por qué ser cualidades que manifiestas continuamente). Mientras escribes cada cualidad, percibe si tienes sentimientos incómodos (¿Vergüenza, temor a la vanidad, desconocimiento?). Si te sientes incómodo recuerda que no estás afirmando ser mejor que nadie o que eres perfecto. Sólo estas escribiendo algunas de las virtudes que manifiestas en ocasiones. Todo el mundo tiene rasgos positivos. Comprueba si eres capaz de reconocer y disfrutar los tuyos, saboreándolos y aceptándolo con sinceridad.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....

### **EJERCICIO 18: Escribir un diario de gratitud**

Las investigaciones sugieren que escribir un diario de gratitud es una de las mejores maneras, y de las más fiables, de incrementar la felicidad. Puedes elegir un cuaderno especial, que te guste estéticamente, pero en realidad no importa, no hay reglas. Lo importante es que te reserves un momento cada día para escribir los dones, las bondades, las sorpresas agradables y los buenos momentos, sin olvidar todo aquello que te aporta alegría en un sentido más general.

Intenta encontrar siempre cosas nuevas que agradecer. Tus amigos, tu familia y tus seres queridos probablemente serán habituales, pero no permitas que el ejercicio se estanque o sea repetitivo. ¿Qué cosas buenas te pasaron ayer que quizá pasaste por alto? ¿El sol, una sonrisa amable de un compañero, el canto de los pájaros, el cariño de tu mascota? Las cosas sorprendentes que llenan nuestras vidas son innumerables?

También te será útil ser lo más específico posible sobre lo que provoca tu gratitud, hacerlo más real y concreto. Por ejemplo, en lugar de escribir “Me siento agradecido por mi gato” podrías decir “Me siento agradecido por la forma en que mi gato ronronea y se frota contra mi pierna; me hace sentir querido. Al cabo de unos días tu diario de gratitud puede convertirse en una contribución sustancial a tu nivel de felicidad. ¡Otra cosa más por la que estar agradecido!



### **EJERCICIO 19: Saborea el momento**

Toma algo de comer o de beber que te resulte especialmente sabroso. Puede ser una onza de chocolate negro, una porción de pizza, langosta con mantequilla, un buen té, una copa de champán..., lo que te aporte más placer.

Mientras comes o bebes trata de saborear al máximo, percibe todos tus sentidos. ¿A qué sabe? ¿Qué sabores sutiles encierra? ¿Dulce, amargo, salado? ¿Cómo huele? ¿Qué aromas detectas? ¿Qué sensaciones tienes al sujetarlo, masticarlo, tragarlo? ¿Qué textura tiene? ¿Y el aspecto? ¿Presenta colores interesantes, o refleja la luz de un modo particular? ¿Produce algún sonido?. Ve más despacio y sumérgete de lleno en todas las sensaciones placenteras de tu delicioso capricho, saboreando al máximo cada sensación.

A continuación percibe qué sientes al experimentar el placer en si mismo. ¿Pequeñas burbujas de felicidad en la garganta, una sensación cálida en el pecho, un picor en la nariz? Disfruta de la sensación de placer el máximo tiempo posible, y cuando se desvanezca déjala ir. Por último tómate un momento para agradecer y apreciar dos de los mayores regalos de la vida: la comida y la bebida.

## **EJERCICIO 20: TRES COSAS BUENAS**

Durante esta semana vamos a realizar el ejercicio de las “tres cosas buenas”. Se trata de escribir cada día tres cosas buenas que te han pasado durante el día, reviviéndolas, imaginándolas de nuevo. Escribe sobre tus sentimientos y emociones.

**Si aprecias lo bueno, lo bueno se vuelve mejor.**

Esta versión del ejercicio tres cosas buenas ha sido utilizada por Seligman y Peterson con muy buenos resultados. Las instrucciones son las siguientes:

Al final de cada día, después de cenar y antes de ir a dormir, escribe tres cosas que fueron bien durante el día. Haz esto cada noche durante una semana.

Las tres cosas que escribas pueden ser relativamente de pequeña importancia (mi marido me trajo el helado que quería al volver del trabajo) o al contrario muy importantes (mi hermana ha dado a luz a un bebé y todo ha salido muy bien).

Después de cada anotación positiva en tu libreta, piensa en ti mismo brevemente.

¿Por qué ha ocurrido esta cosa buenas?

En las investigaciones que Seligman y Peterson han realizado, encuentran que aumenta la felicidad y disminuye los síntomas de depresión en un periodo de 6 meses.

El efecto a más largo plazo tiene lugar cuando las personas continúan con el ejercicio después de la semana sugerida. Aparentemente es fácil de hacer porque la mayoría de las personas lo continúan haciendo por decisión propia convirtiéndolo en una rutina diaria muy agradable, que además de brinda la oportunidad de compartir buenos momentos con tu familia.

## DE LA CULPA A LA REPARACIÓN

*De noventa enfermedades, cincuenta son producidas por la culpa y las otras cuarenta por la ignorancia*

Anónimo

La culpa es uno de los sentimientos más negativos que puede tener el ser humano y, al mismo tiempo, una de las maneras más utilizadas para manipular a los otros. En psicología se dice que la culpa es *la diferencia entre lo que hice y lo que debería haber hecho, entre lo que quiero y lo que debería hacer*. Añadiríamos además que la culpa es *la diferencia entre cómo me encuentro y cómo creo que debería estar*. La culpa es una emoción que nos paraliza, que nos impide seguir desarrollando todo el potencial que tenemos; la culpa es venganza, enfado y boicot contra uno mismo. Vivir con culpa es vivir con cadena perpetua. Es condenarse a vivir insatisfecho, reprochándonos todo el tiempo por la vida que nos ha tocado vivir (Stamateas, B, 2012).

Podemos definir la culpa como la aparición de *un sufrimiento psicológico asociado a pensamientos y emociones de tipo autoacusatorio en relación con la transgresión de una regla real o simbólica*. Para ello, en toda culpa hay siempre la presencia imprescindible del otro. Sin él no habría culpa (**Ojo acusador**). Este ojo acusador es simbólico y puede ser que nosotros mismos nos convirtamos en nuestros propios jueces, u otras veces lo que sucede es que interiorizamos el ojo acusador de personas muy importantes para nosotros : ej. *¿ Qué pensaría mi padre de mí, si supiese esto?.*

La **clarividencia retrospectiva** consiste en el error derivado de decidir que se es culpable en base a la información adquirida durante o después del hecho o al ver con el tiempo las consecuencias. No se basa en “si yo hubiera sabido”, sino en “lo sabía y no supe verlo”. Como señala Albert Espinosa, el yo del presente no puede juzgar al yo del pasado, puesto que éste último no tenía la información que tiene el de ahora, y por tanto cada cual actúa según el entendimiento que tiene en cada momento.

Un ejemplo de clarividencia retrospectiva puede ser el siguiente: Imaginemos un hijo que sale de noche y le da un beso a su madre. Ella como siempre se siente preocupada, porque hasta que no viene su hijo a casa no se acuesta, ya que sufre de una gran ansiedad asociada al miedo a perder a su hijo. Supongamos que el hijo tiene un accidente, y entonces ella se siente culpable y dice algo así: “Lo sabía, tendría que haber evitado que se fuera”.

El ser humano tiene necesidades básicas que requiere desarrollar para poder vivir libre de culpas. Se trata de *necesidades físicas, emocionales, intelectuales y espirituales*. Si somos capaces de escuchar nuestras propias necesidades y tenerlas en cuenta en nuestro proyecto vital, la culpa podrá disiparse.

El remordimiento por situaciones pasadas de las que nos creemos culpables puede paralizarnos hasta convertirnos en una sombra de nosotros mismos. Afrontar los hechos, asumir que el pasado no se puede cambiar y aceptar la responsabilidad de nuestros actos en el presente es el camino para aprender de lo sucedido y seguir avanzando.

La culpa bien entendida y mejor administrada nos lleva a meditar, a pedir perdón y disculpar, a reparar el daño infringido, a hacer propósito de enmienda y, sobre todo, a aprender cómo evitar conductas similares en el futuro; contribuye en suma, a nuestro aprendizaje y crecimiento (Rabbani, 2013)

Se trata de sacar provecho de nuestro error. Errar significa tomar un camino equivocado, un camino que no nos conduce a nuestro objetivo. Si tomamos conciencia de ello podremos corregir el error. Y esto es motivo de alegría, ya que habremos generado una situación propicia para seguir viviendo con mayor preparación. Al asumir el desacierto tal cual es y hacernos responsables de sus consecuencias consolidamos nuestra dignidad.

Es hora pues de ir superando nuestra actual cultura de culpa en su doble dirección: ni cargar el peso de la responsabilidad en otros ni humillarnos eternamente ante nuestro dolor. En su lugar, debemos dar voz a los remordimientos para traducirlos en lecciones prácticas de cómo ser mejores personas que antes.

Algunas recomendaciones básicas para superar la culpabilidad son las siguientes:

### **1. Examina tus remordimientos**

Trata de identificar las razones que los causan; si son generados por ti o te son ajenos. Pon orden a tus pensamientos. Si eres dado a escribir, reflejar tus pensamientos y emociones sobre papel te ayudará; si no, trata de visualizar a alguna persona como referente, o simplemente, alguien en cuyo criterio confías. Intenta imaginar el consejo que te daría o el modo en que arrojaría luz sobre lo que te está atormentando.

### **2. Practica la humildad**

Acepta que eres humano y que errar forma parte de tu naturaleza. Lo que vuelve dañina la equivocación nunca es el fallo en sí, sino la incapacidad de repararlo. Una vez asumida tu falta, mide su gravedad y evalúa si es o no proporcional a la intensidad de tus emociones. Hay personas capaces de infligir daño a otras sin sentir culpa alguna y otras sienten la pesada carga de la culpa por haberse comido tres bombones de postre.

### **3. Valora el perdón**

La vida no nos guarda rencor, ¿por qué entonces, hemos de hacerlo nosotros? Perdonarte te desapegará de los acontecimientos, te liberará. El célebre “Perdono, pero no olvido” no tiene sentido: al perdonar nos desprendemos de la carga de la culpa, sea propia o ajena.

### **4. Transforma la culpa**

Sólo la restitución puede mitigar tu pesadumbre. En ocasiones, una reparación verbal suele ser suficiente. Otras veces necesitamos traducir el arrepentimiento en acciones. En este sentido, los actos simbólicos tienen un poder curativo inmenso. A menudo las personas a quienes queremos resarcir ya no están presentes; o quizá cargamos con la culpa de generaciones pasadas. En todos estos casos, compensar a terceras personas o llevar a cabo acciones en nombre de los que no están tiene un efecto terapéutico insustituible.

### **5. Aprende de tus errores**

Usa tu experiencia del error como un momento propicio para el aprendizaje y trata de identificar qué lecciones te ha dado la vida. Al incorporarlas te darás cuenta del incalculable valor de tus equivocaciones.

**Material extraído del libro Trauma, cuerpo y duelo de Salez (2006) y de la Revista  
Mente Sana.**





# Anexo 3. Batería de cuestionarios



## **MINDFULNESS Y DUELO**

**Cómo la serenidad mindful y la compasión ayuda a la consecución del bienestar psicológico tras la pérdida. Programa MADED (Mindfulness para la aceptación del dolor y las emociones en el duelo)**

**CÓDIGO**-----

**(Iniciales de tu nombre y apellidos seguidos de la fecha de nacimiento)**

### **DATOS PERSONALES**

**EDAD**-----

**SEXO** -----

**A continuación se van a presentar una batería de cuestionarios. Trate de contestar de forma sincera a los diferentes ítems que componen cada uno de los cuestionarios.**

### FFMQ

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

1	2	3	4	5
Nunca verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	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 a 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 mi 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 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

<b>18.</b> Me es difícil permanecer centrado/a en lo que esta sucediendo en el presente	1	2	3	4	5
<b>19.</b> 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
<b>20.</b> 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
<b>21.</b> En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente	1	2	3	4	5
<b>22.</b> Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas	1	2	3	4	5
<b>23.</b> Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago	1	2	3	4	5
<b>24.</b> Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
<b>25.</b> Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso	1	2	3	4	5
<b>26.</b> Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5
<b>27.</b> Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
<b>28.</b> Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
<b>29.</b> Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar	1	2	3	4	5
<b>30.</b> Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
<b>31.</b> 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
<b>32.</b> Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
<b>33.</b> Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar	1	2	3	4	5
<b>34.</b> Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
<b>35.</b> Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
<b>36.</b> Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta	1	2	3	4	5
<b>37.</b> Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
<b>38.</b> Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
<b>39.</b> Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

### PANAS

A continuación se indican algunos estados emocionales. Indica en qué medida se ha sentido de esa manera durante la última semana.

	nunca	un poco	moderadamente	bastante	mucho
1. Interesado					
2. Afligido					
3. Excitado					
4. Alterado					
5. Enérgico					
6. Culpable					
7. Asustado					
8. Hostil					
9. Entusiasta					
10. Orgullosa					
11. Irritable					
12. Espabilado					
13. Avergonzado					
14. Inspirado					
15. Nervioso					
16. Resuelto					
17. Atento					
18. Agitado					
19. Activo					
20. Miedoso					

**Subescalas: Afecto positivo (AP, 1,3,5,9,10,12,14,16,17,19); Afecto negativo (AN, 2,4,6,7,8,11,13,18,20)**

## ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

	Muy desacuerdo	desacuerdo	neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea					
2. Las circunstancias de mi vida son muy buenas					
3. Estoy satisfecho con mi vida					
4. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes					
5. Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría nada					

## ESCALA DE VITALIDAD SUBJETIVA (SVS)

(Balaguer, Castillo, García- Merita, y Mars, 2005)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

	Muy desacuerdo	desacuer do	neutro	Deacuerdo	Muy deacuerdo
1. Me siento vivo/a					
2. A veces me siento tan vivo/a , que sólo quiero saltar					
3. Tengo energía y ánimo					
4. Me ilusiono con cada nuevo día					
5. Casi siempre me siento alerta y despierto/a					
6. Me siento muy activado/a ((con mucha energía)					

## ESCALA DE AUTOCOMPASIÓN

Marca con un 1, 2, 3, 4 ó 5 en qué medida cada frase se puede aplicar en ti en general.

1: casi nunca

5: casi siempre

1	Me desapruero 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 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 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 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



## H.A.D.S

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Los médicos y paramédicos son conscientes de que las emociones juegan un papel importante en la mayoría de las enfermedades. Si su médico se informa de estos estados de ánimo podrá ayudarle mejor.

Este cuestionario se ha diseñado para ayudar a su médico a saber cómo se siente usted. No tenga en cuenta los números impresos al margen del cuestionario. Lea cada sección y subraya la respuesta que más se ajuste a su estado de ánimo durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Probablemente una reacción espontánea ante cada pregunta se ajuste mejor sus verdaderos sentimientos que una respuesta meditada durante mucho tiempo.

A	1. Me siento tensa o nerviosa
3	La mayor parte del tiempo
2	Muchas veces
1	A veces
0	Nunca

D	8. Me da la impresión de que me demoro más que antes en hacer las cosas.
3	Prácticamente en todo momento
2	Muy a menudo
1	A veces
0	Nunca

D	2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
0	Como siempre
1	No lo bastante
2	Sólo un poco
3	Nada

A	9. Me viene una sensación de miedo, como un vacío en el estómago
0	Nunca
1	En ciertas ocasiones
2	Con bastante frecuencia
3	Muy a menudo

A	3. Tengo una sensación de miedo, como si algo terrible me fuera a suceder.
3	Totalmente y es muy frecuente
2	Si, pero no es muy frecuente
1	Un poco, pero no me preocupa
0	Nada

D	10 He perdido el interés por mi aspecto físico.
3	Totalmente
2	No me preocupa tanto como debiera
1	Quizá no me preocupa tanto como antes
0	Me preocupa igual que siempre

D	4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
0	Igual que siempre
1	Ahora, no tanto
2	Casi nunca
3	Nunca

A	11. Me siento inquieta, como si necesitara estar continuamente en movimiento
3	Mucho
2	Bastante
1	No mucho
0	Nada

A	5. Tengo la mente llena de preocupaciones
3	La mayor parte del tiempo
2	Con bastante frecuencia
1	A veces, aunque no muy a menudo
0	Sólo en ocasiones

D	12. Me siento optimista respecto a las cosas que están por venir
0	Igual que siempre
1	Menos de lo que acostumbraba
2	Mucho menos de lo que acostumbraba
3	Nada

D	6. Me siento alegre
3	Nunca
2	No muy a menudo
1	A veces
0	Casi siempre

A	13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
3	Con muchísima frecuencia
2	Bastante a menudo
1	No muy a menudo
0	Nada

A	7. Puedo descansar y relajarme
0	Si, no tengo ningún problema al respecto
1	Por lo general
2	No muy a menudo
3	Nunca

D	14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión
0	A menudo
1	A veces
2	No muy a menudo
3	Rara vez

**INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO (IDC) ADAPTADO AL CASTELLANO**

Por favor, ponga una cruz en la opción que más se adapte a su experiencia tras la muerte de su familiar.

ÍTEM	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido, que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía antes.	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. Anhelo 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 incapaz de preocuparme de las personas que antes 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 tengo algunos de los síntomas que sufría la persona que falleció	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 él/ella	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona 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

## MAAS

A continuación, tienes una recopilación de afirmaciones sobre tu experiencia diaria. Utilizando la escala de 1-6, por favor indica con qué frecuencia o con qué poca frecuencia tienes habitualmente cada experiencia. Por favor contesta de acuerdo a lo que realmente refleje tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia.

**1. Casi siempre 2. Muy frecuente 3. Bastante a menudo 4. Algo poco frecuente 5. Muy poco frecuente 6. Casi nunca**

1. Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa
3. Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.
4. Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.
5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención.
6. Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.
7. Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo
8. Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.
9. Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo el contacto de lo que estoy haciendo para alcanzarla.
10. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.
11. Me encuentro a mi mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo
12. Conduzco “en piloto automático” y luego me pregunto por qué fui allí.
13. Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.
14. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.
15. Pico sin ser consciente de que estoy comiendo

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA MADED

- 1. Antes de participar en la terapia de grupo, ¿ Habías meditado alguna vez?**
- 2. ¿ Cómo te has sentido en las prácticas que hemos hecho de meditación?**
- 3. De las meditaciones que hemos practicado, Cuáles te han gustado más o te han hecho sentir mejor? ¿Por qué?**
- 4. Haz una breve explicación de los beneficios que has encontrado con la práctica de la filosofía de mindfulness.**
- 5. En el caso de que todavía no hayas instaurado el hábito de la práctica, ¿Crees que podría convertirse en el futuro en un hábito saludable? ¿Crees que dispones del material suficiente para poderte iniciar en esta filosofía de vida?**

**6. A continuación voy a nombrar algunos cambios que se producen con esta filosofía de vida. ¿Con cuáles te sientes identificado/a?**

<b>Incremento de la capacidad de aceptación ( mayor tolerancia)</b>	
<b>Incremento de la capacidad de regulación emocional (autocontrol)</b>	
<b>Incremento de la conciencia emocional (darse cuenta de las emociones)</b>	
<b>Incremento de la conciencia del cuerpo (sensaciones físicas)</b>	
<b>Mejora en el manejo de los pensamientos ( dejándolos pasar)</b>	
<b>Incremento de la espiritualidad</b>	
<b>Incremento de la serenidad</b>	
<b>Incremento de la capacidad de autoobservación (consciencia del sí mismo)</b>	
<b>Mayor liberación</b>	
<b>Incremento de la autocompasión, amabilidad con uno mismo</b>	
<b>Incremento del amor incondicional y compasión</b>	
<b>Incremento de la empatía (capacidad de ponerse en el lugar del otro)</b>	
<b>Incremento del bienestar psicológico</b>	
<b>Incremento de la vitalidad</b>	
<b>Reencuentro con nuevos sentidos en la vida</b>	
<b>Mejora en las relaciones interpersonales</b>	

**7. ¿En qué crees que te ha beneficiado que la terapia sea en grupo? Qué te han aportado los compañeros?**

**8. Podrías describir con tus palabras ¿Cuáles han sido los cambios que has notado en estos meses? ¿Las personas de tu alrededor han percibido algún cambio en ti?**

**9. Respecto a la elaboración del duelo, ¿En qué crees que te está ayudando el programa?**

**10. Recomendarías el programa a alguien más ¿Por qué?**

**11. Señala si ha habido una reducción significativa de los siguientes síntomas:**

<b>Irritabilidad, enfado, rabia</b>	
<b>Ansiedad</b>	
<b>Insomnio</b>	
<b>Tristeza, pena</b>	
<b>Recuerdos traumáticos ( Imágenes intrusivas que aparecen con gran frecuencia e intensidad)</b>	
<b>Dificultades de atención</b>	
<b>Síntomas físicos: tensión corporal, opresión en el pecho, sequedad de boca</b>	

**1. En qué meditaciones te gustaría que insistiésemos en las sesiones de seguimiento**

<b>Conciencia de la respiración</b>	
<b>Conciencia corporal</b>	
<b>Conciencia de los pensamientos</b>	
<b>Meditación de las emociones</b>	
<b>Autocompasión</b>	
<b>Compasión</b>	
<b>Meditación de la montaña</b>	
<b>Lugar sagrado</b>	
<b>Yoga en movimiento con visualización</b>	
<b>Imágenes compasivas</b>	
<b>Meditación del perdón</b>	
<b>Silla vacía para elaborar el duelo: conexión con el ser querido fallecido a través de las cinco cosas.</b>	

**2. Señala cualquier observación o recomendación con el objetivo de mejorar el programa.**





# Anexo 4. Entrevistas



## ENTREVISTA PRETEST

Se ha tenido en cuenta la Historia personal del duelo: Cuestionario biográfico de C. Soler y P. Barreto (2007). Se han seleccionado algunas de las preguntas del cuestionario:

### DATOS PERSONALES

Nombre:..... Edad:.....  
Domicilio:..... Localidad:.....  
Fecha actual:..... Fecha del fallecimiento:.....  
Nombre del fallecido o fallecidos:..... Edad:.....  
Relación / parentesco con el fallecido:..... Fechas con un significado especial:.....

### SITUACIÓN ACTUAL

Describa con sus palabras su problema principal:.....  
.....  
.....  
.....  
¿En qué situaciones se siente mal?.....  
.....  
¿En qué momentos se encuentra peor?.....  
.....  
¿Hay algún lugar en el que se sienta especialmente mal?.....  
.....  
¿Hay algún pensamiento, imagen o recuerdo que le haga sentirse peor?.....  
.....  
Cuando se siente mal ¿Qué sensaciones físicas tiene? ¿Qué suele pensar o imaginar?  
¿Qué suele hacer?.....  
.....  
Si tuviera que puntuar el malestar de 0 (nada) a 10(mucho), ¿Cuál sería? ¿Con qué frecuencia aparece ese malestar?.....

Subraye todo aquello que le ocurra diariamente con mucha intensidad:

*Dolor de cabeza, palpitaciones, falta de energía, opresión en el pecho y/o garganta, cambios en el apetito, sensaciones en el estómago, sequedad de boca, soñar con el fallecido, pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, despertarse pronto, sueño excesivo, dificultades de atención, concentración y/o memoria, añoranza del fallecido, buscarle sabiendo que está muerto, falta de metas, sentimientos de inutilidad con respecto al futuro, dificultad de aceptar la muerte, vida sin sentido p vacía, sensación de culpa, de soledad, de que una parte de usted se ha muerto, excesiva irritabilidad, amargura, enfado en relación con la muerte, asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, sensación de indiferencia, alucinaciones visuales y/o auditivas, atesorar objetos del fallecido, problemas con el alcohol, consumo de tabaco u otras drogas.*

Desde que falleció su ser querido ¿Ha habido mejorías? ¿A qué cree que se ha debido.....  
.....

¿Y empeoramientos? ¿A qué cree que se han debido?.....

Indique situaciones problemáticas actuales.....  
.....  
.....

**CIRCUNSTANCIAS DE LA PÉRDIDA**

¿Cuál fue la causa de la muerte de su ser querido?.....  
.....

¿Dónde murió?.....

¿Cómo tuvo lugar su muerte?.....  
.....

¿Cómo se sintió al darse cuenta de que estaba muerto?.....  
.....

¿Qué hizo en ese momento? ¿Cómo reaccionó?.....  
.....

¿Cómo reaccionaron los demás familiares?.....

¿Qué ritos funerarios se realizaron? ¿Cómo se sintió?.....

¿Se pudieron cumplir las últimas voluntades de su ser querido?.....

.....

En caso negativo, ¿Cómo se siente por ello?.....

¿Pudo despedirse de su ser querido?.....

### **HISTORIA DE LA RELACIÓN**

¿Cómo era él/ella?.....

.....

.....

¿Cómo describiría la relación?.....

¿Cómo fueron los instantes menos felices, aquellas dificultades que todos tenemos con nuestras relaciones?.....

¿Qué aspectos de la relación resultaban conflictivos?.....

.....

¿Cómo los resolvían?.....

En su relación con su ser querido, ¿Hay algo que haya dicho, hecho, dejado de decir o hacer y de lo que se arrepienta ahora?.....

.....

.....

### **RECURSOS PERSONALES**

¿Qué es lo más característico de usted? .....

.....

¿Cómo ha sido su vida antes de que todo esto pasara?.....

.....

¿Qué dificultades ha tenido en el pasado? ¿Que hizo para afrontarlas?.....

.....

.....

¿Qué tal ha sido su salud hasta la actualidad?.....

.....

- ¿Ha aparecido algún problema físico tras la muerte de su ser querido? ¿Cuál?.....  
.....
- ¿Qué medicamentos toma?.....
- ¿Ha necesitado ayuda psicológica por presentar ansiedad, depresión, abuso de alcohol u otras sustancias?.....  
.....
- ¿En qué medida le fue útil?.....
- ¿Cuál es su profesión? ¿Qué le gusta de su trabajo?.....
- ¿Sabe relajarse?.....
- ¿Se considera religioso/a o espiritual? ¿Qué creencias le ayudan?.....  
.....
- ¿Se considera extravertido/a?.....
- ¿Sabe disfrutar de la vida y de su tiempo? ¿Cuáles son sus aficiones?.....  
.....
- ¿Ha dejado de hacer cosas que le gustaban?.....
- ¿Cuántas horas suele dormir?.....
- ¿Hace ejercicio físico regularmente? ¿Cuántas horas a la semana?.....
- ¿Cree que lleva una dieta equilibrada? ¿Por qué?.....

### **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

Describa la relación con sus familiares más próximos.....  
.....  
.....

Cómo describiría la comunicación con ellos en cuanto a la expresión de sentimientos.....  
.....

En qué medida se siente apoyado, escuchado por su familia.....  
¿Cuáles son los puntos fuertes de su familia? ¿Cuáles se pueden mejorar?.....  
.....

De todas las personas que le rodean, ¿Quiénes son los más importantes para usted?.....  
.....

**EXPECTATIVAS DE LA TERAPIA**

- ¿Qué cree que es un psicólogo?.....
- ¿Qué espera del tratamiento?.....
- ¿En qué cree que va a consistir?.....
- ¿Cuánto tiempo cree que durará?.....
- ¿En qué medida está dispuesto/a a trabajar?.....

**VIDA DIARIA**

Describe cómo se desarrolla un día normal de la semana.....

.....

.....

.....

Describe cómo se desarrolla el fin de semana.....

.....

.....

.....

.....

**OTROS PROBLEMAS**

Describe otras áreas problemáticas de interés que no hayan aparecido en el transcurso de la entrevista.....

.....

.....

.....

## ENTREVISTA POSTEST

### SITUACIÓN ACTUAL

Describa con sus palabras su problema principal:.....

.....  
.....

¿En qué situaciones se siente mal?.....

.....

¿En qué momentos se encuentra peor?.....

.....

¿Hay algún lugar en el que se sienta especialmente mal?.....

.....

¿Hay algún pensamiento, imagen o recuerdo que le haga sentirse peor?.....

.....

Cuando se siente mal ¿Qué sensaciones físicas tiene? ¿Qué suele pensar o imaginar?

¿Qué suele hacer?.....

.....  
.....

Si tuviera que puntuar el malestar de 0 (nada) a 10(mucho), ¿Cuál sería? ¿Con qué frecuencia aparece ese malestar?.....

### **Subraye todo aquello que le ocurra diariamente con mucha intensidad:**

*Dolor de cabeza, palpitaciones, falta de energía, opresión en el pecho y/o garganta, cambios en el apetito, sensaciones en el estómago, sequedad de boca, soñar con el fallecido, pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, despertarse pronto, sueño excesivo, dificultades de atención, concentración y/o memoria, añoranza del fallecido, buscarle sabiendo que está muerto, falta de metas, sentimientos de inutilidad con respecto al futuro, dificultad de aceptar la muerte, vida sin sentido p vacía, sensación de culpa, de soledad, de que una parte de usted se ha muerto, excesiva irritabilidad, amargura, enfado en relación con la muerte, asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, sensación de indiferencia, alucinaciones visuales y/o auditivas, atesorar objetos del fallecido, problemas con el alcohol, consumo de tabaco u otras drogas.*



Desde que falleció su ser querido ¿Ha habido mejorías?..... ¿A qué cree que se ha debido?.....

¿Y empeoramientos? ¿A qué cree que se han debido?.....

Indique situaciones problemáticas actuales.....

En su relación con su ser querido, ¿Hay algo que haya dicho, hecho, dejado de decir o hacer y de lo que se arrepienta ahora?.....

¿Se considera religioso/a o espiritual? ¿Qué creencias le ayudan?.....



# Anexo 5. Registros y tareas



## REGISTRO SEMANAL DE ACTIVIDADES

Grupo

Semana 1

Nombre del participante:

Día de la semana	Conciencia respiración	Conciencia corporal	Actividades cotidianas con AP.

## **TAREAS PARA LA SEMANA 1**

- Práctica de 15 minutos diarios de conciencia de respiración y práctica de 30 minutos diarios de conciencia corporal tratando de explorar sensaciones físicas con una actitud de aceptación. (Hacer anotaciones en la libreta acerca de la experiencia).
- Realizar una tarea rutinaria con conciencia plena (comer, limpiar, ducharse). Hacer anotaciones en la libreta respecto a la experiencia.

Grupo

Semana 2

Nombre del participante:

<b>Día de la semana</b>	<b>C. Respiración</b>	<b>C. corporal</b>	<b>Meditación Montaña</b>	<b>Actividades cotidianas con AP</b>

## TAREAS PARA LA SEMANA 2

- 1) Intercalar la práctica de la conciencia de la respiración con la conciencia corporal. Eligiendo una de ellas al día y practicándola. (Hacer anotaciones en la libreta acerca de la experiencia).
- 2) Intercalar la práctica del lugar sagrado y la meditación de la montaña. (Hacer anotaciones en la libreta).
- 3) Practicar las siguientes actividades del dossier de conciencia plena :
  - Ejercicio 1: Un minuto de mindfulness o atención plena.
  - Ejercicio 3: Contar 10 segundos
  - Ejercicio 5: Tres minutos de previsión interior
- 4) Ejercicio de enraizamiento: Abrazarse a un árbol y tratar de sentir el momento.
- 5) Detectar y registrar momentos del cuadrado de la atención (sensaciones, emociones, pensamientos, conductas) relacionadas con las manifestaciones del duelo que se han trabajado en la sesión.

Podemos preguntarnos y anotar en la libreta lo siguiente:

- ¿Qué me pasa AHORA?
- ¿Qué puedo hacer para calmar mi malestar?



Grupo

Semana 3

Nombre del participante:

Día de la semana	Conciencia Respiración	Conciencia corporal	Lugar sagrado	Meditación de la montaña	Detectar y soltar pensamientos	Diario del dolor emocional

### TAREAS PARA LA SEMANA 3

1. Intercalar las diferentes meditaciones que hemos practicado hasta ahora a vuestra elección (espiración, corporal, lugar sagrado, montaña), haciendo las anotaciones pertinentes en la libreta.
2. Detectar pensamientos y empleando las diferentes metáforas puestas en marcha en la sesión, soltar el pensamiento.
3. Registrar en el diario del dolor los momentos difíciles, siguiendo el siguiente esquema:

#### Diario de mi dolor

- Día:
- Hora:
- Intensidad del dolor (escala Likert del 1-10):
- Nombre del dolor:
- Descripción del dolor a través de los sentidos: (color, forma, olor, textura, sabor, temperatura....)
- Sensaciones físicas, pensamientos y emociones asociadas a ese dolor
  
- Practica de Mindfulness a través de la respiración (3-5 minutos)
  
- ¿Se producen cambios? ¿Se transforma ese dolor? ¿Cómo es ahora?
  
- Meditación sobre el dolor: La sumersión en la charca
  
- ¿Qué siento tras esa meditación? Explorar de nuevo el dolor. ¿Ha habido algún cambio?
  
- Si es que sí, descríbelo.

Grupo

Semana 4

Nombre del participante:

Día de la semana	Conciencia Respiración	Conciencia corporal	Lugar sagrado	Meditación de la montaña	1.Ablanda, permite, ama 2.Procesamiento emocional	Diario Emociones

## TAREAS PARA LA SEMANA 4

1. Intercalar las diferentes meditaciones que hemos practicado hasta ahora a vuestra elección (respiración, corporal, lugar sagrado, montaña), haciendo las anotaciones pertinentes en la libreta.

2. Practicar a diario alguna de las meditaciones para trabajar con emociones

- Ablanda, permite, ama.
- Procesamiento emocional

### 3. Diario de las emociones

En este diario se anotarán los siguientes aspectos relacionados con las emociones que vayan apareciendo día tras día:

- Momento del día en que aparece la emoción
- Qué emoción es
- Si es un sentimiento más elaborado, buscar la emoción básica que está por debajo
- Puntuar su intensidad con una escala Likert del 0 al 10
- Descripción detallada de la emoción. ¿Cómo es la emoción? (características en cuanto a color, textura, olor, sabor...)
- ¿Hacia dónde me impulsa la emoción?
- Practicar la regulación emocional con los pasos enseñados en la sesión (ser consciente, sonreír con la mente, abrazar la emoción, introspección). Tomarse el tiempo necesario para poder percibir cambios internos
- Describir cómo nos sentimos tras la regulación emocional, para qué nos ha servido
- ¿Crees que el comportamiento hubiese sido diferente si no hubieses regulado la emoción? ¿En qué hubiese sido distinto? ¿Crees que te ha ayudado?
- Observar el desplazamiento de unas emociones a otras ( del miedo a la rabia; de la rabia a la tristeza; de la tristeza a la rabia.

Grupo

Semana 5

Nombre del participante:

Día de la semana	Conciencia Respiración	Conciencia corporal	Lugar sagrado	Meditación de la montaña	1.Ablanda, permite, ama 2.Procesamiento emocional	Diario Emocional	Diario de eventos agradables y desagradable	Los cinco pasos de la atención consciente

## TAREAS PARA LA SEMANA 5

1. Intercalar las diferentes meditaciones que hemos practicado hasta ahora a vuestra elección (respiración, corporal, lugar sagrado, montaña), haciendo las anotaciones pertinentes en la libreta.
  
2. Practicar a diario alguna de las meditaciones para trabajar con emociones.
  - Ablanda, permite, ama.
  - Procesamiento emocional
  
3. Continuar con el diario de las emociones.
  
4. Llevar a cabo los siguientes ejercicios del dossier de conciencia plena:
  - Ejercicio 9: Diario de eventos agradables y desagradables
  - Ejercicio 10: Los cinco pasos de la atención consciente
  
5. Tomar conciencia de los momentos que aparecen las diferentes emociones y poner en marcha las estrategias de afrontamiento de regulación emocional explicadas en clase.

Grupo

Semana 6

Nombre del participante:

Día	Conciencia Respiración	Conciencia corporal	Lugar sagrado	Meditación de la montaña	1.Ablanda, permite, ama 2.Procesamiento emocional	Diario Emociones	Detectar momentos de culpabilidad	Imágenes compasivas

## TAREAS PARA LA SEMANA 6

1. Intercalar las diferentes meditaciones que hemos practicado hasta ahora a vuestra elección (respiración, corporal, lugar sagrado, montaña), haciendo las anotaciones pertinentes en la libreta.
2. Tomar conciencia de los momentos en los que aparece el sentimiento de culpa y explorar: ¿Cómo está mi cuerpo? ¿Qué pensamientos aparecen? ¿Cómo me estoy comportando? Visualizar que el sentimiento de culpa a través de la respiración es absorbido por una nube que se acerca a tu cabeza, y luego una nueva nube cargada de amor y compasión llena tu cuerpo de una luz rosa brillante que te conecta con una sensación de paz. Al mismo tiempo verbaliza: *Hice todo lo que pude. Actué según el entendimiento que tenía en ese momento. Me perdono y me libero de toda culpa.*
3. Practicar el ejercicio de imágenes compasivas extraído del dossier de autocompasión de Kristin Neff.



Grupo

Semana 7

Nombre del participante:

Día de la semana	Conciencia Respiración	Conciencia corporal	Lugar sagrado	Meditación de la montaña	1.Ablanda, permite, ama 2.Procesamiento emocional	Diario Emociones	Imagen Compasiva (Dossier autocompasión)

## TAREAS PARA LA SEMANA 7

1. Intercalar las diferentes meditaciones que hemos practicado hasta ahora a vuestra elección (respiración, corporal, lugar sagrado, montaña), haciendo las anotaciones pertinentes en la libreta.
2. Practicar el ejercicio de imágenes compasivas extraído del dossier de autocompasión de Kristin Neff ( entregado la semana pasada)
3. Escribir una carta a nuestro ser querido fallecido dónde hagamos un trabajo interior dónde expresemos las cinco cosas.
  - Lo siento por-----
  - Te perdono por-----
  - Gracias por-----
  - Te quiero-----
  - Adiós-----
4. Escribir otra carta en la que nos ponemos en el lugar del ser querido fallecido, que nos contesta a la carta anterior.

## TAREAS DE AFIANZAMIENTO DE LA PRÁCTICA

1. Intercalar las diferentes meditaciones que hemos practicado hasta ahora a vuestra elección (respiración, corporal, lugar sagrado, montaña, autocompasión), haciendo las anotaciones pertinentes en la libreta.
2. Reflexionar acerca de los diferentes pilares de la serenidad/felicidad y proponer un plan de acción para cultivar esos pilares en la vida cotidiana.
3. Cultivar la compasión y el agradecimiento en la vida cotidiana y observar cómo correlaciona con el bienestar psicológico.
4. Practicar ejercicio 11 del dossier de atención plena (compasión y autocompasión).



# Anexo 6. Indicadores



## 6.1 CUESTIONARIO DE INDICADORES AD HOC

- Aceptación
  
- Serenidad emocional
  
- Espiritualidad
  1. Amor ( vínculos afectivos, incondicionalidad)
  2. Trascendencia ( ir más allá de uno mismo a través de una trascendencia vertical y horizontal)
  3. Conexión con la naturaleza
  4. Sentido
  5. Capacidad de perdón
  6. Capacidad de agradecimiento
  7. Introspección
  8. Desapego
  
- Construcción de significados vs fragmentación
  
- Presencia de recuerdos traumáticos vs crecimiento postraumático

### **Aceptación**

¿En qué medida del 0 al 10, dónde 0 es nada y 10 es mucho, cree que ha aceptado la pérdida de su ser querido?.....

¿En qué se basa para elegir esa puntuación y no otra?.....

¿Qué le hace pensar que lo tiene aceptado/ Qué le hace pensar que no lo tiene aceptado?..

.....

### **Serenidad emocional**

Cómo definiría la forma en que se relaciona con sus emociones:

- a) Son caballos desbocados que no soy capaz de manejar ( piloto automático)
- b) No tengo conciencia de mis emociones ( represión)
- c) Cuando conecto con una emoción, la observo y trato de atenderla, dándome cariño y comprensión ( Metáfora del niño pequeño que llora)

Del 0 al 10 (dónde 0 es nada y 10 es mucho) , ¿ Cómo de sereno percibe su mundo emocional? ¿El mar está en calma y le permite ver el fondo, o las aguas están movidas y le impide ver las profundidades del mar?



## Espiritualidad

¿En qué medida, los aspectos que aparecen a continuación son importantes para usted, y hace lo posible por cultivarlo?

	nada	poco	bastante	mucho
Amor				
Trascendencia				
Conexión con la naturaleza				
Sentido en la vida				
Capacidad de perdón				
Agradecimiento				
Introspección				
Desapego				

### **Construcción de significados Vs. Fragmentación**

- Desde que ha fallecido su ser querido, ¿Hay algo que le proporcione sentido a la pérdida? ¿Algo que le ayude a llevar la pérdida con mayor serenidad? O por el contrario, ¿hay una ausencia total de sentido - dónde sólo existe miedo, desesperanza, estancamiento, incompreensión de lo sucedido, rabia- ?
- ¿Cree que ha habido cambios en usted importantes desde la pérdida ( principios, valores, aprendizajes.....?)
- -Si es así, ¿Cuáles son esos cambios?

### **Recuerdos traumáticos vs. Crecimiento postraumático**

- Desde que ha fallecido su ser querido ¿Tiene recuerdos cargados de negatividad, imágenes que se le manifiestan una y otra vez y que le despiertan estados emocionales negativos, referentes a su ser querido? Si es así, ¿Cuáles son? ¿Con qué frecuencia aparecen?¿Cómo suele actuar cuando esto sucede?
- Desde que ha fallecido su ser querido, ¿Cree que ha habido en usted cambios relevantes respecto a su crecimiento personal? ¿Se han despertado aspectos interiores que no había observado antes? Si es así, ¿Cuáles son?

## 6.2 SEGUIMIENTO DE INDICADORES ENTRE SESIONES

0: nada

10: mucho

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aceptación											
Serenidad											
Regulación emocional											
Autocompasión											
Vitalidad											
Conciencia del sí mismo											
Capacidad de perdón											
Espiritualidad											
Dolor											
Ansiedad											
Tristeza/ pena											



# Anexo 7. Consentimiento informado



## **HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE**

**Querido/da Señor/a,**

Le invitamos a participar en un estudio de intervención sobre la Conciencia Plena en el ámbito de los dolientes que han perdido un ser querido. Antes de confirmar su participación en este estudio, es importante que se le transmita en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento, del cual usted se quedará una copia y haga todas las preguntas oportunas al profesional responsable de este estudio, que ha recibido la aprobación de un comité científico y ético.

### **Objetivo del estudio**

El objetivo principal del estudio es analizar si una intervención basada en conciencia plena (mindfulness) es eficaz para aumentar el bienestar psicológico, contribuyendo a una mayor serenidad en el proceso de duelo, reduciendo los niveles de malestar, recuerdos traumáticos, falta de sentido, etc.

**Participación voluntaria-** Su participación es totalmente voluntaria.

### **Procedimiento del estudio**

Si usted acepta participar, es importante que sepa que es necesario asistir a las sesiones, salvo causa justificada, realizar los ejercicios que se le propongan, como ejercicios de relajación y de meditación, y rellenar los formularios de control y registros que se le indique, dentro del marco del proyecto.

### **Beneficios esperados**

Los beneficios esperados de participar en el estudio se concretan en la consecución de una mayor serenidad en el proceso del duelo gracias a la regulación emocional, así como una reducción de los recuerdos traumáticos asociados a la pérdida y un mayor desarrollo psicoespiritual.

### **Confidencialidad**

Le garantizamos que sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad siguiendo la ley orgánica que regula la confidencialidad de los datos (Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre) y que se utilizarán exclusivamente para las finalidades de esta investigación. Usted tiene derecho a pedir en cualquier momento que se eliminen los registros de sus datos personales, si nos lo comunica por escrito a la dirección indicada más abajo.

En las listas de trabajo solo constará el número que le haya sido asignado en el estudio y un número de teléfono para citarlos en las visitas posteriores.

En el informe final del estudio y en el momento de comunicarle a la comunidad científica se mantendrá la confidencialidad y el anonimato.

### **Responsabilidad del estudio**

El equipo investigador asume la responsabilidad del estudio. Si desea hacer alguna pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio o si precisa ayuda por cualquier problema de salud relacionado con el estudio, por favor no dude en ponerse en contacto con: Sra. Lorena Alonso LLacer (Tfno. 651394775), Calle Vicente Aleixandre, 8-3 , 46970, Alacuas (Valencia). El equipo investigador le agradece sinceramente su inestimable participación.



## CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

**Título del proyecto:** Mindfulness y duelo: Cómo la serenidad mindful y la compasión contribuyen a al bienestar psicológico tras la pérdida. Programa MADED ( Mindfulness para la aceptación del dolor y las emociones en el duelo)

**Investigador principal:** Lorena Alonso LLacer

**Centro:** Facultad de Psicología. Universidad de Valencia

**Dirección:** Vicente Aleixandre, 8-3 Alacuas ( Valencia), 46970

**Teléfono de contacto:** 651394775

Señale con una X, en cada uno de los apartados del consentimiento, en el caso de que esté de acuerdo.

- Confirmando que he leído la hoja informativa como participante en el presente estudio, así como la hoja de consentimiento informado.
- Entiendo que no tengo la obligación de participar en este estudio, que puedo retirarme en cualquier momento sin dar explicaciones del motivo, y que la decisión de no participar no tendrá ninguna consecuencia desfavorable para mí, ni tampoco afectará en ninguno de los servicios que recibo.
- Entiendo que la información obtenida será introducida en una base de datos para su posterior análisis informático y será tratado de manera estrictamente confidencial por sus investigadores.
- Entiendo que no me identificarán en el informe escrito del estudio.
- Confirmando que he entendido la información recibida y estoy de acuerdo en participar en el estudio

-----  
Nombre del participante

Firma

-----  
Nombre del investigador

-----

-----  
Fecha

-----

Firma



# Anexo 8. Diferencias pretratamiento

## En función de las Variables sociodemográficas



En este anexo vamos a ir presentando los resultados de los análisis realizados en todas las variables sociodemográficas respecto a las variables dependientes. Para ello hemos realizado pruebas T de muestras independientes cuando existían dos categorías o ANOVA cuando había más categorías.

Vamos a presentar los resultados en función de las variables sociodemográficas para responder a la pregunta *¿ Existen diferencias significativas previas a la intervención en las variables dependientes en función de las variables sociodemográficas ( sexo del doliente, edad, edad del fallecido, nivel de estudios, estado civil, situación laboral, parentesco, tipo de muerte y modalidad de muerte) ?*.

Para que resulte una exposición clara, haremos la presentación de los resultados en función de la variable sociodemográfica como sigue a continuación.

➤ **Sexo del doliente**

En la tabla podemos observar que no existen diferencias significativas en función del sexo en las variables dependientes medidas antes de la intervención. Para ello hemos analizado los datos en t1 en todas las variables dependientes (batería de cuestionarios).

Al observar el sig. no existe ningún valor inferior a 0.05 que suponga no asumir varianzas iguales como puede observarse en la columna subrayada.

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
FFMQ.OBS.T1	Se asumen varianzas iguales	,019	<b>,893</b>	-,675	20	,507	-3,650	5,4068	-14,92846	7,62846
	No se asumen varianzas iguales			-,545	1,125	,674	-3,650	6,6951	-69,28827	61,98827
FFMQ.DES.T1	Se asumen varianzas iguales	,007	<b>,934</b>	,070	20	,945	,35000	4,9930	-10,06523	10,76523
	No se asumen varianzas iguales			,067	1,18	,956	,35000	5,22054	-45,66925	46,36925
FFMQ.AP.T1	Se asumen varianzas iguales	,151	<b>,702</b>	,234	20	,818	1,4000	5,99016	-11,09525	13,89525
	No se asumen varianzas iguales			,263	1,20	,828	1,4000	5,3199	-39,54794	42,34794
FFMQ.NJ.T1	Se asumen varianzas iguales	,016	<b>,900</b>	,286	20	,778	1,3500	4,7285	-8,51351	11,21351
	No se asumen varianzas iguales			,286	1,21	,816	1,3500	4,7204	-38,83605	41,53605
FFMQ.NR.T1	Se asumen varianzas iguales	2,323	<b>,143</b>	,654	20	,520	2,050	3,1330	-4,48547	8,58547
	No se asumen varianzas iguales			1,474	3,57	,223	2,05000	1,3907	-1,99845	6,09845
AUTOCOMP.T1	Se asumen varianzas iguales	2,553	<b>,126</b>	,353	20	,728	3,7000	10,487	-18,17695	25,57695
	No se asumen varianzas iguales			1,036	14,9	,317	3,7000	3,5726	-3,91607	11,31607
ANSIEDAD.T1	Se asumen varianzas iguales	1,464	<b>,240</b>	,530	20	,602	1,6000	3,0161	-4,69152	7,89152
	No se asumen varianzas iguales			,727	1,46	,566	1,6000	2,2021	-12,08384	15,28384
DEPRESION.T1	Se asumen varianzas iguales	1,032	<b>,322</b>	-,323	20	,750	-1,0000	3,100	-7,46691	5,46691
	No se asumen varianzas iguales			-,563	1,95	,631	-1,0000	1,7770	-8,82469	6,82469

Mindfulness y duelo: Cómo la serenidad mindful y la compasión contribuyen al bienestar tras la pérdida

AP.T1	Se asumen varianzas iguales	,510	<b>,484</b>	,170	20	,867	1,2500	7,3723	-14,12779	16,62779
	No se asumen varianzas iguales			,248	1,56	,833	1,250	5,0342	-27,43133	29,93133
AN.T1	Se asumen varianzas iguales	,040	<b>,844</b>	,756	20	,459	4,2000	5,5564	-7,39057	15,79057
	No se asumen varianzas iguales			,731	1,19	,582	4,2000	5,7485	-46,08262	54,48262
SWLS.T1	Se asumen varianzas iguales	1,782	<b>,197</b>	,111	20	,913	,35000	3,15755	-6,23653	6,93653
	No se asumen varianzas Iguales			51	626	16	5000	39600	,68875	38875
SVS.T1	Se asumen varianzas iguales	,800	<b>,382</b>	-,222	20	,827	-,90000	4,05965	-9,36828	7,56828
	No se asumen varianzas iguales			-,322	1,550	,785	-,90000	2,79181	-16,95618	15,15618
IDC.T1	Se asumen varianzas iguales	1,903	<b>,183</b>	1,501	20	,149	15,45000	10,29150	-6,01768	36,91768
	No se asumen varianzas iguales			3,821	6,018	,009	15,45000	4,04382	5,56229	25,33771
MAS.T1	Se asumen varianzas iguales	,784	<b>,386</b>	-,345	20	,734	-4,05000	11,74356	-28,54663	20,44663
	No se asumen varianzas iguales			-,462	1,439	,704	-4,05000	8,76701	-60,03448	51,93448
ACEPTAC.T1	Se asumen varianzas iguales	3,786	<b>,066</b>	-1,521	20	,144	-2,80000	1,84065	-6,63953	1,03953
	No se asumen varianzas iguales			-4,918	19,000	,000	-2,80000	,56939	-3,99176	-1,60824
SERENIDA.T1	Se asumen varianzas iguales	3,816	<b>,065</b>	-1,929	20	,068	-3,05000	1,58149	-6,34894	,24894
	No se asumen varianzas iguales			-6,234	19,000	,000	-3,05000	,48923	-4,07396	-2,02604
ESPIRITU.T1	Se asumen varianzas iguales	1,269	<b>,273</b>	,641	20	,529	2,35000	3,66727	-5,29979	9,99979
	No se asumen varianzas iguales			,858	1,439	,510	2,35000	2,73936	-15,15542	19,85542

➤ **Edad del doliente**

Como puede observarse en la tabla que sigue hemos realizado un ANOVA en vista de que en la edad del doliente existen cuatro categorías de edad ( 16-30; 31-40; 41-50 y > 50). Al observar el Sig. no existe ningún valor inferior a 0.05, de forma que podemos asumir que no existen diferencias significativas previas en función de la edad del doliente en las variables dependientes.

<b>Prueba de homogeneidad de varianzas</b>				
	Levene	df1	df2	Sig.
FFMQ.OBS.T1	,796	3	18	,512
FFMQ.DESC.T1	,668	3	18	,583
FFMQ.AP.T1	,411	3	18	,747
FFMQ.NJ.T1	1,215	3	18	,333
FFMQ.NR.T1	2,422	3	18	,099
AUTOCOMP.T1	,814	3	18	,503
DEPRESION.T1	3,193	3	18	<b>,049</b>
AP.T1	,576	3	18	,638
AN.T1	1,171	3	18	,348
SWLS.T1	,211	3	18	,887
SVS.T1	2,265	3	18	,116
IDC.T1	,475	3	18	,704
MAAS.T1	2,641	3	18	,081
ACEPTACIÓN T1	,808	3	18	,506
SERENIDAD T1	1,193	3	18	,341
ESPIRITUAL. T1	,684	3	18	,573

\*Asumimos varianzas iguales en líneas generales a excepción de la señalada en negrita que no cumplen los criterios de normalidad y homocedasticidad.



ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FFMQ.OBS.T1	Entre grupos	78,670	3	26,223	,468	,708
	Dentro de grupos	1008,603	18	56,034		
	Total	1087,273	21			
FFMQ.DESC.T1	Entre grupos	191,693	3	63,898	1,608	,222
	Dentro de grupos	715,079	18	39,727		
	Total	906,773	21			
FFMQ.AP.T1	Entre grupos	118,427	3	39,476	,597	,625
	Dentro de grupos	1189,937	18	66,108		
	Total	1308,364	21			
FFMQ.NJ.T1	Entre grupos	187,284	3	62,428	1,786	,186
	Dentro de grupos	629,079	18	34,949		
	Total	816,364	21			
FFMQ.NR.T1	Entre grupos	11,988	3	3,996	,204	,892
	Dentro de grupos	352,603	18	19,589		
	Total	364,591	21			
	Dentro de grupos	1044,400	24	43,517		
	Total	1114,107	27			
	Total	646,107	27			
AUTOCOMP.T1	Entre grupos	193,512	3	64,504	,303	,823
	Dentro de grupos	3831,079	18	212,838		
	Total	4024,591	21			
ANSIEDAD.T1	Entre grupos	9,264	3	3,088	,170	,915
	Dentro de grupos	326,190	18	18,122		
	Total	335,455	21			
DEPRESION.T1	Entre grupos	61,794	3	20,598	1,281	,311
	Dentro de grupos	289,524	18	16,085		
	Total	351,318	21			

AFECTO POSITIVO T1	Entre grupos	298,710	3	99,570	1,067	,388
	Dentro de grupos	1680,381	18	93,354		
	Total	1979,091	21			
AFECTO NEGATIVO T1	Entre grupos	101,789	3	33,930	,580	,636
	Dentro de grupos	1052,984	18	58,499		
	Total	1154,773	21			
SWLS.T1	Entre grupos	127,503	3	42,501	3,252	,056
	Dentro de grupos	235,270	18	13,071		
	Total	362,773	21			
SVS.T1	Entre grupos	66,106	3	22,035	,742	,541
	Dentro de grupos	534,667	18	29,704		
	Total	600,773	21			
IDC.T1	Entre grupos	563,137	3	187,712	,908	,457
	Dentro de grupos	3722,317	18	206,795		
	Total	4285,455	21			
MAAS.T1	Entre grupos	769,884	3	256,628	1,081	,382
	Dentro de grupos	4274,889	18	237,494		
	Total	5044,773	21			
ACEPTACION.T1	Entre grupos	29,042	3	9,681	1,607	,223
	Dentro de grupos	108,413	18	6,023		
	Total	137,455	21			
SERENIDAD.T1	Entre grupos	7,451	3	2,484	,445	,724
	Dentro de grupos	100,413	18	5,578		
	Total	107,864	21			
ESPIRITUALIDAD.T1	Entre grupos	146,043	3	48,681	2,482	,094
	Dentro de grupos	353,048	18	19,614		
	Total	499,091	21			

➤ **Edad del fallecido**

Las categorías de la edad del fallecido están distribuidas en cuatro tramos de edad: 0-30; 31-45; 55-59 y > 60. Como puede observarse en las tablas que aparecen a continuación no existen diferencias significativas en las diferentes variables dependientes en función de la edad del fallecido.

<b>Prueba de homogeneidad de varianzas</b>				
	Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
FFMQ.OBS.T1	1,741	3	18	,194
FFMQ.DESC.T1	1,888	3	18	,168
FFMQ.AP.T1	,730	3	18	,548
FFMQ.NJ.T1	2,591	3	18	,085
FFMQ.NR.T1	2,190	3	18	,124
AUTOCOMP.T1	5,679	3	18	<b>,006</b>
ANSIEDAD.T1	1,945	3	18	,159
DEPRESION.T1	,351	3	18	,789
AFECTO POSITIVO	2,513	3	18	,091
AFECTO NEGATIVO	,242	3	18	,866
SWLS.T1	,704	3	18	,562
SVS.T1	1,000	3	18	,415
IDC.T1	1,208	3	18	,335
MAAS.T1	2,798	3	18	,070
ACEPTACION.T1	5,144	3	18	<b>,010</b>
SERENIDAD.T1	,561	3	18	,648
ESPIRITUALIDAD T1	1,301	3	18	,305

\*Asumimos varianzas iguales en líneas generales a excepción de las señaladas en negrita que no cumplen los criterios de normalidad y homocedasticidad.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FFMQ.OBS.T1	Entre grupos	312,106	3	104,035	2,416	,100
	Dentro de grupos	775,167	18	43,065		
	Total	1087,273	21			
FFMQ.DESC.T1	Entre grupos	212,176	3	70,725	1,833	,177
	Dentro de grupos	694,597	18	38,589		
	Total	906,773	21			
FFMQ.AP.T1	Entre grupos	22,808	3	7,603	,106	,955
	Dentro de grupos	1285,556	18	71,420		
	Total	1308,364	21			
FFMQ.NJ.T1	Entre grupos	41,322	3	13,774	,320	,811
	Dentro de grupos	775,042	18	43,058		
	Total	816,364	21			
FFMQ.NR.T1	Entre grupos	38,369	3	12,790	,706	,561
	Dentro de grupos	326,222	18	18,123		
	Total	364,591	21			
	Dentro de grupos	1042,190	18	57,899		
	Total	1306,591	21			
AUTOCOMP.T1	Entre grupos	291,535	3	97,178	,469	,708
	Dentro de grupos	3733,056	18	207,392		
	Total	4024,591	21			
ANSIEDAD.T1	Entre grupos	24,913	3	8,304	,481	,699
	Dentro de grupos	310,542	18	17,252		
	Total	335,455	21			
DEPRESION.T1	Entre grupos	41,777	3	13,926	,810	,505
	Dentro de grupos	309,542	18	17,197		
	Total	351,318	21			
	Total	230,364	21			

AP.T1	Entre grupos	187,216	3	62,405	,627	,607
	Dentro de grupos	1791,875	18	99,549		
	Total	1979,091	21			
AN.T1	Entre grupos	56,842	3	18,947	,311	,817
	Dentro de grupos	1097,931	18	60,996		
	Total	1154,773	21			
	Dentro de grupos	1892,622	24	78,859		
	Total	1912,714	27			
	Dentro de grupos	303,764	18	16,876		
	Total	362,773	21			
SVS.T1	Entre grupos	56,106	3	18,702	,618	,612
	Dentro de grupos	544,667	18	30,259		
	Total	600,773	21			
IDC.T1	Entre grupos	328,399	3	109,466	,498	,688
	Dentro de grupos	3957,056	18	219,836		
	Total	4285,455	21			
MAAS.T1	Entre grupos	115,898	3	38,633	,141	,934
	Dentro de grupos	4928,875	18	273,826		
	Total	5044,773	21			
ACEPTACION.T1	Entre grupos	41,899	3	13,966	2,631	,081
	Dentro de grupos	95,556	18	5,309		
	Total	137,455	21			
SERENIDAD .T1	Entre grupos	12,697	3	4,232	,801	,510
	Dentro de grupos	95,167	18	5,287		
	Total	107,864	21			
ESPIRITUALIDAD .T1	Entre grupos	120,327	3	40,109	1,906	,165
	Dentro de grupos	378,764	18	21,042		
	Total	499,091	21			

➤ **Nivel de estudios**

Tampoco existen diferencias significativas en las variables dependientes en función del nivel de estudios, que está dividido en cuatro grupos ( sin estudios; estudios primarios; estudios secundarios y estudios universitarios/FP)

<b>Prueba de homogeneidad de varianzas</b>				
	Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
FFMQ.OBS.T1	1,756 <sup>a</sup>	2	18	,201
FFMQ.DESC.T1	,367 <sup>b</sup>	2	18	,698
FFMQ.AP.T1	1,670 <sup>c</sup>	2	18	,216
FFMQ.NJ.T1	,670 <sup>d</sup>	2	18	,524
FFMQ.NR.T1	,074 <sup>e</sup>	2	18	,929
AUTOCOMP.T1	1,687 <sup>f</sup>	2	18	,213
ANSIEDAD.T1	3,220 <sup>g</sup>	2	18	,064
DEPRESION.T1	1,335 <sup>h</sup>	2	18	,288
AP.T1	,988 <sup>i</sup>	2	18	,392
AN.T1	,785 <sup>j</sup>	2	18	,471
SWLS.T1	,871 <sup>k</sup>	2	18	,436
SVS.T1	,135 <sup>l</sup>	2	18	,875
IDC.T1	2,736 <sup>m</sup>	2	18	,092
MAAS.T1	6,021 <sup>n</sup>	2	18	<b>,010</b>
ACEPTACIONT1	3,243 <sup>o</sup>	2	18	,063
SERENIDADT1	1,367 <sup>p</sup>	2	18	,280
ESPIRITUALIDAD .T1	2,812 <sup>q</sup>	2	18	,087

\*Asumimos varianzas iguales en líneas generales a excepción de las señalada en negrita que no cumple los criterios de normalidad y homocedasticidad.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FFMQ.OBS.T1	Entre grupos	135,717	3	45,239	,856	,482
	Dentro de grupos	951,556	18	52,864		
	Total	1087,273	21			
FFMQ.DESC.T1	Entre grupos	21,342	3	7,114	,145	,932
	Dentro de grupos	885,431	18	49,191		
	Total	906,773	21			
FFMQ.AP.T1	Entre grupos	96,739	3	32,246	,479	,701
	Dentro de grupos	1211,625	18	67,313		
	Total	1308,364	21			
FFMQ.NJ.T1	Entre grupos	136,558	3	45,519	1,20 5	,336
	Dentro de grupos	679,806	18	37,767		
	Total	816,364	21			
FFMQ.NR.T1	Entre grupos	25,452	3	8,484	,450	,720
	Dentro de grupos	339,139	18	18,841		
	Total	364,591	21			
	Dentro de grupos	677,357	18	37,631		
	Total	791,318	21			
	Total	855,091	21			
AUTOCOMP.T1	Entre grupos	368,341	3	122,780	,604	,621
	Dentro de grupos	3656,250	18	203,125		
	Total	4024,591	21			
ANSIEDAD.T1	Entre grupos	16,357	3	5,452	,308	,820
	Dentro de grupos	319,097	18	17,728		
	Total	335,455	21			
DEPRESION.T1	Entre grupos	44,138	3	14,713	,862	,479
	Dentro de grupos	307,181	18	17,066		
	Total	351,318	21			
	Dentro de grupos	372,033	24	15,501		
A. POSITIVO.T1	Entre grupos	231,660	3	77,220	,795	,512
	Dentro de grupos	1747,431	18	97,079		
	Total	1979,091	21			
A.NEGATIVO.T1	Entre grupos	74,051	3	24,684	,411	,747
	Dentro de grupos	1080,722	18	60,040		
	Total	1154,773	21			

SWLS.T1	Entre grupos	15,148	3	5,049	,261	,852
	Dentro de grupos	347,625	18	19,313		
	Total	362,773	21			
SVS.T1	Entre grupos	8,009	3	2,670	,081	,969
	Dentro de grupos	592,764	18	32,931		
	Total	600,773	21			
IDC.T1	Entre grupos	880,274	3	293,425	1,55 1	,236
	Dentro de grupos	3405,181	18	189,177		
	Total	4285,455	21			
MAAS.T1	Entre grupos	400,009	3	133,336	,517	,676
	Dentro de grupos	4644,764	18	258,042		
	Total	5044,773	21			
ACEPTACION.T1	Entre grupos	37,455	3	12,485	2,24 7	,118
	Dentro de grupos	100,000	18	5,556		
	Total	137,455	21			
SERENIDAD .T1	Entre grupos	25,433	3	8,478	1,85 1	,174
	Dentro de grupos	82,431	18	4,579		
	Total	107,864	21			
ESPIRITUAL. T1	Entre grupos	23,952	3	7,984	,302	,823
	Dentro de grupos	475,139	18	26,397		
	Total	499,091	21			
	Dentro de grupos	328,857	18	18,270		
	Total	368,773	21			



### ➤ Estado civil

En líneas generales podemos observar en el ANOVA que no existen diferencias significativas en las variables dependientes respecto al estado civil ( soltero, pareja, divorciado y viudo), a excepción de dos variables que han sido señaladas. En el FFMQ. NJ. tenemos un sig.0,048 (  $p < 0,05$ ) y en espiritualidad tenemos un sig. de 0,021 (  $p < 0,05$ ). En esos casos hacemos el análisis post hoc y observamos que el grupo de solteros juzga menos antes de la intervención en comparación con los divorciados. Además observamos que las personas emparejadas son más espirituales que los solteros.

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
FFMQ.OBS.T1	,390	3	18	,762
FFMQ.DESC.T1	1,484	3	18	,252
FFMQ.AP.T1	1,017	3	18	,408
FFMQ.NJ.T1	2,178	3	18	,126
FFMQ.NR.T1	,576	3	18	,638
AUTOCOMP.T1	,627	3	18	,607
AUTOCOMP.T2	1,701	3	24	,194
AUTOCOMP.T3	,185 <sup>f</sup>	2	18	,833
ANSIEDAD.T1	3,008	3	18	,057
DEPRESION.T1	4,751	3	18	<b>,013</b>
APOSITIVOT1	3,366	3	18	<b>,042</b>
ANEGATIVOT1	1,447	3	18	,262
SWLS.T1	,145	3	18	,932
SVS T1	1,222	3	18	,330
IDC.T1	6,242	3	18	<b>,004</b>
MAAS.T1	3,621	3	18	<b>,033</b>
ACEPTACION.T1	,944	3	18	,440
SERENIDADT1	,547	3	18	,657
ESPIRITUA. T1	2,834	3	18	,067

\*Asumimos varianzas iguales en líneas generales a excepción de las señaladas en negrita que no cumplen los criterios de normalidad y homocedasticidad

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FFMQ.OBS.T1	Entre grupos	59,906	3	19,969	,350	,790
	Dentro de grupos	1027,367	18	57,076		
	Total	1087,273	21			
FFMQ.DES T1	Entre grupos	26,773	3	8,924	,183	,907
	Dentro de grupos	880,000	18	48,889		
	Total	906,773	21			
FFMQ.AP.T1	Entre grupos	180,855	3	60,285	,962	,432
	Dentro de grupos	1127,508	18	62,639		
	Total	1308,364	21			
<b>FFMQ.NJ.T1</b>	Entre grupos	284,189	3	94,730	3,204	<b>,048</b>
	Dentro de grupos	532,175	18	29,565		
	Total	816,364	21			
FFMQ.NR.T1	Entre grupos	57,583	3	19,194	1,125	,365
	Dentro de grupos	307,008	18	17,056		
	Total	364,591	21			
AUTOCOMP.T 1	Entre grupos	92,916	3	30,972	,142	,934
	Dentro de grupos	3931,675	18	218,426		
	Total	4024,591	21			
ANSIEDAD.1	Entre grupos	47,421	3	15,807	,988	,421
	Dentro de grupos	288,033	18	16,002		
	Total	335,455	21			
DEPRESION.T1	Entre grupos	33,685	3	11,228	,636	,601
	Dentro de grupos	317,633	18	17,646		
	Total	351,318	21			
A.POSITIVO .T1	Entre grupos	276,124	3	92,041	,973	,427
	Dentro de grupos	1702,967	18	94,609		
	Total	1979,091	21			

A.NEGATIVO T1	Entre grupos	394,198	3	131,399	3,110	,052
	Dentro de grupos	760,575	18	42,254		
	Total	1154,773	21			
SWLS.T1	Entre grupos	59,098	3	19,699	1,168	,350
	Dentro de grupos	303,675	18	16,871		
	Total	362,773	21			
SVS.T1	Entre grupos	32,073	3	10,691	,338	,798
	Dentro de grupos	568,700	18	31,594		
	Total	600,773	21			
IDC.T1	Entre grupos	811,955	3	270,652	1,403	,274
	Dentro de grupos	3473,500	18	192,972		
	Total	4285,455	21			
MAAS.T1	Entre grupos	169,598	3	56,533	,209	,889
	Dentro de grupos	4875,175	18	270,843		
	Total	5044,773	21			
ACEPTACION.T1	Entre grupos	7,255	3	2,418	,334	,801
	Dentro de grupos	130,200	18	7,233		
	Total	137,455	21			
SERENIDAD .T1	Entre grupos	2,230	3	,743	,127	,943
	Dentro de grupos	105,633	18	5,869		
	Total	107,864	21			
<b>ESPIRITUALIDAD T1</b>	Entre grupos	204,416	3	68,139	4,162	<b>,021</b>
	Dentro de grupos	294,675	18	16,371		
	Total	499,091	21			

En vista de que nos encontramos dos variables (señalas en negrita) dónde si nos encontramos diferencias significativas, a continuación presentamos los análisis post hoc para conocer a favor de qué grupo existen esas diferencias.

Al observar las tablas que presentamos a continuación nos encontramos que la media de la *capacidad de no juzgar* es superior en el grupo de solteros en 12 puntos en comparación con los divorciados ( $p < 0,05$ ). En *espiritualidad* nos encontramos que los emparejados son más espirituales que los solteros con una media superior en 8 puntos aproximadamente ( $p < 0,05$ ).

### Pruebas post hoc

HSD Tukey							
Variable dependiente	(I) ESTADO CIVIL	(J) ESTADO CIVIL	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
						Límite inferior	Límite superior
FFMQ.NJ.T1	SOLTERO	CONVIVENCIA	3,63333	3,29251	,69	-5,6722	12,9389
		VIUDO	5,17500	3,09979	,36	-3,5859	13,9359
		DIVORCIADO	12,13333*	3,97091	<b>,031</b>	,9104	23,3563
	CONVIVENCIA	SOLTERO	-3,63333	3,29251	,692	-12,9389	5,6722
		VIUDO	1,54167	2,93653	,952	-6,7578	9,8412
		DIVORCIADO	8,50000	3,84482	,158	-2,3666	19,3666
	VIUDO	SOLTERO	-5,17500	3,09979	,368	-13,9359	3,5859
		CONVIVENCIA	-1,54167	2,93653	,952	-9,8412	6,7578
		DIVORCIADO	6,95833	3,68113	,267	-3,4456	17,3623
	DIVORCIADO	SOLTERO	-12,13333*	3,97091	<b>,031</b>	-23,3563	-,9104
		CONVIVENCIA	-8,50000	3,84482	,158	-19,3666	2,3666
		VIUDO	-6,95833	3,68113	,267	-17,3623	3,4456

ESPIRITUAL. T1	SOLTERO	CONVIVENCIA	-8,46667*	2,45003	<b>,014</b>	-15,3912	-1,5422
		A					
		VIUDO	-5,42500	2,30663	,123	-11,9442	1,0942
	DIVORCIADO						
	CONVIVENCIA	SOLTERO	8,46667*	2,45003	<b>,014</b>	1,5422	15,3912
		VIUDO	3,04167	2,18514	,520	-3,1342	9,2175
		DIVORCIADO	2,00000	2,86102	,896	-6,0861	10,0861
	VIUDO	SOLTERO	5,42500	2,30663	,123	-1,0942	11,9442
		CONVIVENCIA	-3,04167	2,18514	,520	-9,2175	3,1342
		DIVORCIADO	-1,04167	2,73921	,981	-8,7835	6,7001
	DIVORCIADO	SOLTERO	6,46667	2,95485	,164	-1,8846	14,8179
		CONVIVENCIA	-2,00000	2,86102	,896	-10,0861	6,0861
		VIUDO	1,04167	2,73921	,981	-6,7001	8,7835

➤ **Situación laboral**

No existen diferencias significativas en función de las variables dependientes en las diferentes categorías de la situación laboral (activo, paro, jubilado, estudiante) como puede observarse a continuación. Podemos asumir varianzas homogéneas como puede observarse en la prueba de homogeneidad. Respecto al ANOVA, no existe ninguna variable con un  $p < 0.05$ .

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
FFMQ.OBS.T1	1,430 <sup>a</sup>	2	18	,265
FFMQ.DESC.T1	,394 <sup>b</sup>	2	18	,680
FFMQ.AP.T1	2,357 <sup>c</sup>	2	18	,123
FFMQ.NJ.T1	,099 <sup>d</sup>	2	18	,906
FFMQ.NR.T1	3,358 <sup>e</sup>	2	18	,058
AUTOCOMP.T1	,542 <sup>p</sup>	2	18	,591
ANSIEDAD.T1	1,753 <sup>s</sup>	2	18	,202
DEPRESION.T1	,987 <sup>t</sup>	2	18	,392
AP.T1	,961 <sup>y</sup>	2	18	,401
AN.T1	,710 <sup>z</sup>	2	18	,505
SWLS.T1	1,094 <sup>ae</sup>	2	18	,356
SVS.T1	2,843 <sup>ah</sup>	2	18	,085
IDC.T1	,675 <sup>ak</sup>	2	18	,521
MAAS.T1	1,314 <sup>an</sup>	2	18	,293
ACEPTACIONT1	2,685 <sup>aq</sup>	2	18	,095
SER.PD.T1	1,221 <sup>at</sup>	2	18	,318
ESP.PD.T1	2,914 <sup>aw</sup>	2	18	,080

\*Asumimos varianzas iguales

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FFMQ.OBS.T1	Entre grupos	223,773	3	74,591	1,555	,235
	Dentro de grupos	863,500	18	47,972		
	Total	1087,273	21			
FFMQ.DESC.T1	Entre grupos	148,044	3	49,348	1,171	,348
	Dentro de grupos	758,729	18	42,152		
	Total	906,773	21			
FFMQ.AP.T1	Entre grupos	194,235	3	64,745	1,046	,396
	Dentro de grupos	1114,129	18	61,896		
	Total	1308,364	21			
FFMQ.NJ.T1	Entre grupos	53,564	3	17,855	,421	,740
	Dentro de grupos	762,800	18	42,378		
	Total	816,364	21			
FFMQ.NR.T1	Entre grupos	13,962	3	4,654	,239	,868
	Dentro de grupos	350,629	18	19,479		
	Total	364,591	21			
AUTOCOMP.T1	Entre grupos	438,934	3	146,311	,734	,545
	Dentro de grupos	3585,657	18	199,203		
	Total	4024,591	21			
ANSIEDAD.T1	Entre grupos	5,397	3	1,799	,098	,960
	Dentro de grupos	330,057	18	18,337		
	Total	335,455	21			
DEPRESION.T1	Entre grupos	84,961	3	28,320	1,914	,164
	Dentro de grupos	266,357	18	14,798		
	Total	351,318	21			
APOSITIVO.T1	Entre grupos	319,362	3	106,454	1,155	,354
	Dentro de grupos	1659,729	18	92,207		
	Total	1979,091	21			
ANEGATIVO.T1	Entre grupos	140,644	3	46,881	,832	,494
	Dentro de grupos	1014,129	18	56,340		
	Total	1154,773	21			
SWLS.T1	Entre grupos	123,358	3	41,119	3,092	,053
	Dentro de grupos	239,414	18	13,301		
	Total	362,773	21			

SVS.T1	Entre grupos	51,616	3	17,205	,564	,646
	Dentro de grupos	549,157	18	30,509		
	Total	600,773	21			
IDC.T1	Entre grupos	1016,726	3	338,909	1,866	,171
	Dentro de grupos	3268,729	18	181,596		
	Total	4285,455	21			
MAAS.T1	Entre grupos	582,716	3	194,239	,784	,519
	Dentro de grupos	4462,057	18	247,892		
	Total	5044,773	21			
ACEPTACION..T1	Entre grupos	50,040	3	16,680	3,435	,45
	Dentro de grupos	87,414	18	4,856		
	Total	137,455	21			
SERENIDADT1	Entre grupos	24,935	3	8,312	1,804	,183
	Dentro de grupos	82,929	18	4,607		
	Total	107,864	21			
ESPIRITUALI.T1	Entre grupos	162,862	3	54,287	2,906	,063
	Dentro de grupos	336,229	18	18,679		
	Total	499,091	21			

\* No observamos ninguna significación menor de 0,05. Por tanto no existen diferencias significativas en las características psicológicas medidas en función de la situación laboral

#### ➤ Parentesco

Tras asumir varianzas iguales en la prueba de Levene, podemos observar en la tabla ANOVA que sigue a continuación que no existen diferencias significativas en las variables dependientes en función del parentesco (primer grado, segundo grado y tercer grado) puesto que no nos encontramos con ningún sig. menor de 0,05.



ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FFMQ.OBS.T1	Entre grupos	,701	1	,701	,013	,911
	Dentro de grupos	1086,571	20	54,329		
	Total	1087,273	21			
FFMQ.DESC.T1	Entre grupos	,106	1	,106	,002	,962
	Dentro de grupos	906,667	20	45,333		
	Total	906,773	21			
FFMQ.AP.T1	Entre grupos	99,126	1	99,126	1,639	,215
	Dentro de grupos	1209,238	20	60,462		
	Total	1308,364	21			
FFMQ.NJ.T1	Entre grupos	,554	1	,554	,014	,908
	Dentro de grupos	815,810	20	40,790		
	Total	816,364	21			
FFMQ.NR.T1	Entre grupos	10,305	1	10,305	,582	,455
	Dentro de grupos	354,286	20	17,714		
	Total	364,591	21			
	Total	791,318	21			
AUTOCOMP.T1	Entre grupos	3,639	1	3,639	,018	,894
	Dentro de grupos	4020,952	20	201,048		
	Total	4024,591	21			
ANSIEDAD.T1	Entre grupos	20,788	1	20,788	1,321	,264
	Dentro de grupos	314,667	20	15,733		
	Total	335,455	21			
DEPRESION.T1	Entre grupos	,175	1	,175	,010	,921
	Dentro de grupos	351,143	20	17,557		
	Total	351,318	21			
	Dentro de grupos	120,950	20	6,047		
	Total	125,318	21			
APOSITIVOT1	Entre grupos	30,139	1	30,139	,309	,584
	Dentro de grupos	1948,952	20	97,448		
	Total	1979,091	21			

ANEGATIVO.T1	Entre grupos	19,535	1	19,535	,344	,564
	Dentro de grupos	1135,238	20	56,762		
	Total	1154,773	21			
SWLS.T1	Entre grupos	,106	1	,106	,006	,940
	Dentro de grupos	362,667	20	18,133		
	Total	362,773	21			
SVS.T1	Entre grupos	1,820	1	1,820	,061	,808
	Dentro de grupos	598,952	20	29,948		
	Total	600,773	21			
IDC.T1	Entre grupos	6,312	1	6,312	,029	,865
	Dentro de grupos	4279,143	20	213,957		
	Total	4285,455	21			
MAAS.T1	Entre grupos	14,201	1	14,201	,056	,815
	Dentro de grupos	5030,571	20	251,529		
	Total	5044,773	21			
ACEPTACION..T1	Entre grupos	,216	1	,216	,032	,861
	Dentro de grupos	137,238	20	6,862		
	Total	137,455	21			
SERENIDAD.T1	Entre grupos	1,578	1	1,578	,297	,592
	Dentro de grupos	106,286	20	5,314		
	Total	107,864	21			
ESPIRITUAL .T1	Entre grupos	22,519	1	22,519	,945	,343
	Dentro de grupos	476,571	20	23,829		
	Total	499,091	21			

\* Hemos decidido no presentar las tablas de homogeneidad de la varianza, puesto que en todas ellas asumimos varianzas iguales.

#### ➤ Tipo de muerte

Tras asumir varianzas iguales en la prueba de Levene, podemos observar en el ANOVA que no existen diferencias significativas en las variables dependientes en función de los diferentes tipos de muerte (enfermedad larga con muerte esperable, enfermedad con muerte repentina, suicidio y accidentes). No nos encontramos con ningún sig. inferior a 0,05.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FFMQ.OBS.T1	Entre grupos	168,727	3	56,242	1,102	,374
	Dentro de grupos	918,545	18	51,030		
	Total	1087,273	21			
FFMQ.DESC.T1	Entre grupos	175,136	3	58,379	1,436	,265
	Dentro de grupos	731,636	18	40,646		
	Total	906,773	21			
FFMQ.AP.T1	Entre grupos	209,455	3	69,818	1,144	,358
	Dentro de grupos	1098,909	18	61,051		
	Total	1308,364	21			
FFMQ.NJ.T1	Entre grupos	42,561	3	14,187	,330	,804
	Dentro de grupos	773,803	18	42,989		
	Total	816,364	21			
FFMQ.NR.T1	Entre grupos	34,591	3	11,530	,629	,606
	Dentro de grupos	330,000	18	18,333		
	Total	364,591	21			
	Total	646,107	27			
	Dentro de grupos	706,100	18	39,228		
	Total	855,091	21			
AUTOCOMP.T1	Entre grupos	962,409	3	320,803	1,886	,168
	Dentro de grupos	3062,182	18	170,121		
	Total	4024,591	21			
ANSIEDAD.T1	Entre grupos	33,227	3	11,076	,660	,587
	Dentro de grupos	302,227	18	16,790		
	Total	335,455	21			
DEPRESION.T1	Entre grupos	12,470	3	4,157	,221	,881
	Dentro de grupos	338,848	18	18,825		
	Total	351,318	21			
APOSITIVO T1	Entre grupos	206,121	3	68,707	,698	,566
	Dentro de grupos	1772,970	18	98,498		

	Total	1979,091	21			
ANEGATIVO T1	Entre grupos	216,773	3	72,258	1,387	,279
	Dentro de grupos	938,000	18	52,111		
	Total	1154,773	21			
SWLS.T1	Entre grupos	80,591	3	26,864	1,714	,200
	Dentro de grupos	282,182	18	15,677		
	Total	362,773	21			
SVS.T1	Entre grupos	46,636	3	15,545	,505	,684
	Dentro de grupos	554,136	18	30,785		
	Total	600,773	21			
IDC.T1	Entre grupos	452,227	3	150,742	,708	,560
	Dentro de grupos	3833,227	18	212,957		
	Total	4285,455	21			
MAAS.T1	Entre grupos	1658,591	3	552,864	2,939	,061
	Dentro de grupos	3386,182	18	188,121		
	Total	5044,773	21			
ACEPTACION .T1	Entre grupos	21,742	3	7,247	1,127	,364
	Dentro de grupos	115,712	18	6,428		
	Total	137,455	21			
SERENIDAD T1	Entre grupos	10,394	3	3,465	,640	,599
	Dentro de grupos	97,470	18	5,415		
	Total	107,864	21			
ESPIRITUALIDAD .T1	Entre grupos	134,955	3	44,985	2,224	,120
	Dentro de grupos	364,136	18	20,230		
	Total	499,091	21			

➤ **Modalidad de la muerte**

Hemos dividido la muestra en función de la modalidad de la muerte (enfermedad oncológica versus otro tipo de muertes no esperables) y no hemos encontrado diferencias significativas previas a la intervención en las variables dependientes que hemos medido con la batería de cuestionarios. Como puede observarse en el ANOVA que presentamos a continuación, tras asumir varianzas iguales, no existe ningún sig. inferior a 0,05.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FFMQ.OBS.T1	Entre grupos	52,545	1	52,545	1,016	,326
	Dentro de grupos	1034,727	20	51,736		
	Total	1087,273	21			
FFMQ.DESC.T1	Entre grupos	5,500	1	5,500	,122	,730
	Dentro de grupos	901,273	20	45,064		
	Total	906,773	21			
FFMQ.AP.T1	Entre grupos	104,727	1	104,727	1,740	,202
	Dentro de grupos	1203,636	20	60,182		
	Total	1308,364	21			
FFMQ.NJ.T1	Entre grupos	26,182	1	26,182	,663	,425
	Dentro de grupos	790,182	20	39,509		
	Total	816,364	21			
FFMQ.NR.T1	Entre grupos	16,409	1	16,409	,943	,343
	Dentro de grupos	348,182	20	17,409		
	Total	364,591	21			
FFMQ.NJ.T3	Entre grupos	60,606	1	60,606	,937	,345
	Dentro de grupos	1294,167	20	64,708		
	Total	1354,773	21			
AUTOCOMP.T1	Entre grupos	580,409	1	580,409	3,370	,081
	Dentro de grupos	3444,182	20	172,209		
	Total	4024,591	21			
ANSIEDAD.T1	Entre grupos	26,182	1	26,182	1,693	,208
	Dentro de grupos	309,273	20	15,464		
	Total	335,455	21			

DEPRESION.T1	Entre grupos	10,227	1	10,227	,600	,448
	Dentro de grupos	341,091	20	17,055		
	Total	351,318	21			
AP.T1	Entre grupos	72,727	1	72,727	,763	,393
	Dentro de grupos	1906,364	20	95,318		
	Total	1979,091	21			
AN.T1	Entre grupos	10,227	1	10,227	,179	,677
	Dentro de grupos	1144,545	20	57,227		
	Total	1154,773	21			
SWLS.T1	Entre grupos	3,682	1	3,682	,205	,656
	Dentro de grupos	359,091	20	17,955		
	Total	362,773	21			
SVS.T1	Entre grupos	5,500	1	5,500	,185	,672
	Dentro de grupos	595,273	20	29,764		
	Total	600,773	21			
IDC.T1	Entre grupos	336,182	1	336,182	1,702	,207
	Dentro de grupos	3949,273	20	197,464		
	Total	4285,455	21			
MAAS.T1	Entre grupos	204,045	1	204,045	,843	,369
	Dentro de grupos	4840,727	20	242,036		
	Total	5044,773	21			
ACEPTACION.T1	Entre grupos	14,727	1	14,727	2,400	,137
	Dentro de grupos	122,727	20	6,136		
	Total	137,455	21			
SERENIDAD.T1	Entre grupos	3,682	1	3,682	,707	,410
	Dentro de grupos	104,182	20	5,209		
	Total	107,864	21			
ESPIRITUALIDAD T1	Entre grupos	6,545	1	6,545	,266	,612
	Dentro de grupos	492,545	20	24,627		
	Total	499,091	21			

Como puede observarse en las tablas de resultados presentados, en líneas generales no existen diferencias significativas en las variables dependientes en función de las variables sociodemográficas en el pretratamiento, a excepción de los resultados obtenidos en la variable FFMQ. NJ (capacidad de no juzgar) en relación al estado civil, dónde nos encontramos que los solteros juzgan menos que los divorciados con una diferencia de 12 puntos ( $p < 0,05$ ). Además

nos encontramos también en el estado civil, que el grupo de emparejados es más espiritual que los solteros con una diferencia de 8 puntos ( $p < 0,05$ ).





# Anexo 9. Pruebas de normalidad



Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadísti co	gl	Sig.	Estadísti co	gl	Sig.
FFMQ.OBS.T1	,142	16	,200*	,946	16	,432
FFMQ.DESC.T1	,181	16	,170	,931	16	,253
FFMQ.AP.T1	,119	16	,200*	,938	16	,324
FFMQ.NJ.T1	,132	16	,200*	,964	16	,740
FFMQ.NR.T1	,236	16	,017	,856	16	*,017
FFMQ.OBS.T2	,171	16	,200*	,944	16	,401
FFMQ.DESC.T2	,132	16	,200*	,976	16	,923
FFMQ.AP.T2	,122	16	,200*	,950	16	,491
FFMQ.NJ.T2	,118	16	,200*	,954	16	,555
FFMQ.NR.T2	,239	16	,015	,904	16	,094
FFMQ.OBS.T3	,216	16	,045	,919	16	,161
FFMQ.DESC.T3	,098	16	,200*	,966	16	,770
FFMQ.AP.T3	,102	16	,200*	,969	16	,818
FFMQ.NJ.T3	,151	16	,200*	,935	16	,291
FFMQ.NR.T3	,153	16	,200*	,918	16	,155
AUTOCOMP.T1	,121	16	,200*	,936	16	,301
AUTOCOMP.T2	,140	16	,200*	,951	16	,506
AUTOCOMP.T3	,109	16	,200*	,981	16	,971
ANSIEDAD.T1	,174	16	,200*	,920	16	,171
DEPRESION.T1	,169	16	,200*	,940	16	,345
ANSIEDAD.T2	,159	16	,200*	,911	16	,121
DEPRESION.T2	,133	16	,200*	,975	16	,910
ANSIEDAD.T3	,222	16	,033	,929	16	,237
DEPRESION.T3	,135	16	,200*	,946	16	,431
AP.T1	,115	16	,200*	,956	16	,596
AN.T1	,175	16	,200*	,922	16	,183
AP.T2	,155	16	,200*	,954	16	,548
AN.T2	,095	16	,200*	,978	16	,948
AP.T3	,169	16	,200*	,904	16	,095
AN.T3	,155	16	,200*	,879	16	*,038
SWLS.T1	,144	16	,200*	,967	16	,780
SWLS.T2	,253	16	,007	,855	16	*,016
SWLS.T3	,172	16	,200*	,880	16	*,039
SVS.T1	,163	16	,200*	,938	16	,326
SVS.T2	,250	16	,009	,857	16	*,017
SVS.T3	,147	16	,200*	,945	16	,417
IDC.T1	,110	16	,200*	,976	16	,927

IDC.T2	,165	16	,200*	,957	16	,604
IDC.T3	,122	16	,200*	,966	16	,772
MAAS.T1	,113	16	,200*	,960	16	,669
MAAS.T2	,176	16	,200*	,917	16	,152
MAAS.T3	,175	16	,200*	,907	16	,103

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

H0: Homogeneidad de los datos

H1: No existe homogeneidad

Se emplea Shapiro-Wilk puesto la muestra es menor de 50. Vemos que la mayoría tienen un  $\text{sig.} > 0.05$ , por lo tanto aceptamos la hipótesis nula que corresponde a la *homogeneidad* de los datos. ( Ver tutorial youtube: <https://youtu.be/8hqupjj5wu0>).

# Anexo 10. Modalidad de la muerte



En este anexo presentamos los análisis estadísticos realizados para evaluar la existencia o no de diferencias en las variables psicológicas medidas en los en función de si la muerte era esperable (enfermedad oncológica) o no esperable (enfermedad repentina, suicidio, accidente). Los análisis están realizados en los tres momentos temporales en los que hemos recogido los datos ( pretest t1, pretest t2 y postest).

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
FFMQ.OBS.T1	,885	1	20	,358
FFMQ.DESC.T1	,738	1	20	,401
FFMQ.AP.T1	,917	1	20	,350
FFMQ.NJ.T1	,191	1	20	,667
FFMQ.NR.T1	,190	1	20	,667
FFMQ.OBS.T2	,185	1	26	,670
FFMQ.DESC.T2	1,909	1	26	,179
FFMQ.AP.T2	,461	1	26	,503
FFMQ.NJ.T2	1,252	1	26	,273
FFMQ.NR.T2	,466	1	26	,501
FFMQ.OBS.T3	,119	1	20	,734
FFMQ.DESC.T3	,715	1	20	,408
FFMQ.AP.T3	,417	1	20	,526
FFMQ.NJ.T3	4,265	1	20	,052
FFMQ.NR.T3	3,519	1	20	,075
AUTOCOMP.T1	,163	1	20	,690
AUTOCOMP.T2	,513	1	26	,480
AUTOCOMP.T3	,365	1	20	,553
ANSIEDAD.T1	1,175	1	20	,291
DEPRESION.T1	,520	1	20	,479
ANSIEDAD.T2	,545	1	26	,467
DEPRESION.T2	2,100	1	26	,159
ANSIEDAD.T3	1,038	1	20	,320
DEPRESION.T3	,384	1	20	,542
AP.T1	,063	1	20	,805
AN.T1	,000	1	20	,985
AP.T2	,001	1	26	,981
AN.T2	,240	1	26	,628
AP.T3	,704	1	20	,411
AN.T3	4,847	1	20	,040
SWLS.T1	,448	1	20	,511

SWLS.T2	,348	1	26	,560
SWLS.T3	,333	1	21	,570
SVS.T1	,768	1	20	,391
SVS.T2	,021	1	26	,887
SVS.T3	2,597	1	20	,123
IDC.T1	1,270	1	20	,273
IDC.T2	2,145	1	26	,155
IDC.T3	,007	1	19	,936
MAS.T1	,676	1	20	,421
MAS.T2	1,036	1	26	,318
MAS.T3	13,064	1	20	,002
ACEPTACION.PD.T1	,655	1	20	,428
ACEPTACION.PD.T2	8,429	1	26	*,007
ACEPTACION.PD.T3	,020	1	20	,888
SER.PD.T1	,001	1	20	,974
SER.PD.T2	3,077	1	26	,091
SER.PD.T3	,710	1	20	,409
ESP.PD.T1	2,442	1	20	,134
ESP.PD.T2	1,885	1	26	,181
ESP.PD.T3	,577	1	20	,456

Podemos asumir varianzas iguales en ambos grupos como puede observarse en el estadístico de Levene, puesto que no hay ninguna significación inferior a .05.



ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FFMQ.OBS.T1	Entre grupos	52,545	1	52,545	1,01	,326
	Dentro de grupos	1034,727	20	51,736		
	Total	1087,273	21			
FFMQ.DESC.T1	Entre grupos	5,500	1	5,500	,122	,730
	Dentro de grupos	901,273	20	45,064		
	Total	906,773	21			
FFMQ.AP.T1	Entre grupos	104,727	1	104,727	1,74	,202
	Dentro de grupos	1203,636	20	60,182		
	Total	1308,364	21			
FFMQ.NJ.T1	Entre grupos	26,182	1	26,182	,663	,425
	Dentro de grupos	790,182	20	39,509		
	Total	816,364	21			
FFMQ.NR.T1	Entre grupos	16,409	1	16,409	,943	,343
	Dentro de grupos	348,182	20	17,409		
	Total	364,591	21			
FFMQ.OBS.T2	Entre grupos	32,813	1	32,813	1,02	,320
	Dentro de grupos	829,188	26	31,892		
	Total	862,000	27			
FFMQ.DESC.T2	Entre grupos	109,714	1	109,714	2,60	,118
	Dentro de grupos	1094,000	26	42,077		
	Total	1203,7	27			
FFMQ.AP.T2	Entre grupos	33,440	1	33,440	,805	,378
	Dentro de grupos	1080,667	26	41,564		
	Total	1114,107	27			

FFMQ.NJ.T2	Entre grupos	1,190	1	1,190	,020	,890
	Dentro de grupos	1582,667	26	60,872		
	Total	1583,857	27			
FFMQ.NR.T2	Entre grupos	,003	1	,003	,00	,991
	Dentro de grupos	646,104	26	24,850		
	Total	646,107	27			
FFMQ.OBS.T3	Entre grupos	8,752	1	8,752	,22	,641
	Dentro de grupos	782,567	20	39,128		
	Total	791,318	21			
FFMQ.DESC.T3	Entre grupos	63,674	1	63,674	1,45	,242
	Dentro de grupos	874,917	20	43,746		
	Total	938,591	21			
FFMQ.AP.T3	Entre grupos	63,674	1	63,674	1,02	,324
	Dentro de grupos	1242,917	20	62,146		
	Total	1306,591	21			
FFMQ.NJ.T3	Entre grupos	60,606	1	60,606	,937	,345
	Dentro de grupos	1294,167	20	64,708		
	Total	1354,773	21			
FFMQ.NR.T3	Entre grupos	130,074	1	130,074	3,58	,073
	Dentro de grupos	725,017	20	36,251		
	Total	855,091	21			
AUTOCOMP.T1	Entre grupos	580,409	1	580,409	3,37	,081
	Dentro de grupos	3444,182	20	172,209		
	Total	4024,591	21			
AUTOCOMP.T2	Entre grupos	691,440	1	691,440	2,93	,098
	Dentro de grupos	6116,667	26	235,256		
	Total	6808,107	27			

AUTOCOMP.T3	Entre grupos	300,038	1	300,038	,873	,361
	Dentro de grupos	6870,917	20	343,546		
	Total	7170,955	21			
ANSIEDAD.T1	Entre grupos	26,182	1	26,182	1,69	,208
	Dentro de grupos	309,273	20	15,464		
	Total	335,455	21			
DEPRESION.T1	Entre grupos	10,227	1	10,227	,600	,448
	Dentro de grupos	341,091	20	17,055		
	Total	351,318	21			
ANSIEDAD.T2	Entre grupos	38,679	1	38,679	2,60	,119
	Dentro de grupos	386,000	26	14,846		
	Total	424,679	27			
DEPRESION.T2	Entre grupos	44,298	1	44,298	3,15	,087
	Dentro de grupos	364,667	26	14,026		
	Total	408,964	27			
ANSIEDAD.T3	Entre grupos	,002	1	,002	,000	,988
	Dentro de grupos	125,317	20	6,266		
	Total	125,318	21			
DEPRESION.T3	Entre grupos	19,347	1	19,347	1,83	,191
	Dentro de grupos	211,017	20	10,551		
	Total	230,364	21			
AP.T1	Entre grupos	72,727	1	72,727	,763	,393
	Dentro de grupos	1906,364	20	95,318		
	Total	1979,091	21			
AN.T1	Entre grupos	10,227	1	10,227	,179	,677
	Dentro de grupos	1144,545	20	57,227		
	Total	1154,773	21			

AP.T2	Entre grupos	35,360	1	35,360	,496	,488
	Dentro de grupos	1853,604	26	71,292		
	Total	1888,964	27			
AN.T2	Entre grupos	16,298	1	16,298	,223	,640
	Dentro de grupos	1896,417	26	72,939		
	Total	1912,714	27			
AP.T3	Entre grupos	74,673	1	74,673	,784	,387
	Dentro de grupos	1906,100	20	95,305		
	Total	1980,773	21			
AN.T3	Entre grupos	26,802	1	26,802	,590	,452
	Dentro de grupos	909,017	20	45,451		
	Total	935,818	21			
SWLS.T1	Entre grupos	3,682	1	3,682	,205	,656
	Dentro de grupos	359,091	20	17,955		
	Total	362,773	21			
SWLS.T2	Entre grupos	,241	1	,241	,012	,912
	Dentro de grupos	506,438	26	19,478		
	Total	506,679	27			
SWLS.T3	Entre grupos	12,016	1	12,016	,292	,595
	Dentro de grupos	865,462	21	41,212		
	Total	877,478	22			
SVS.T1	Entre grupos	5,500	1	5,500	,185	,672
	Dentro de grupos	595,273	20	29,764		
	Total	600,773	21			
SVS.T2	Entre grupos	,964	1	,964	,030	,864
	Dentro de grupos	832,000	26	32,000		
	Total	832,964	27			

SVS.T3	Entre grupos	,606	1	,606	,020	,889
	Dentro de grupos	604,167	20	30,208		
	Total	604,773	21			
IDC.T1	Entre grupos	336,182	1	336,182	1,70	,207
	Dentro de grupos	3949,273	20	197,464		
	Total	4285,455	21			
IDC.T2	Entre grupos	57,503	1	57,503	,300	,589
	Dentro de grupos	4990,354	26	191,937		
	Total	5047,857	27			
IDC.T3	Entre grupos	15,464	1	15,464	,093	,764
	Dentro de grupos	3154,536	19	166,028		
	Total	3170,000	20			
MAS.T1	Entre grupos	204,045	1	204,045	,843	,369
	Dentro de grupos	4840,727	20	242,036		
	Total	5044,773	21			
MAS.T2	Entre grupos	107,440	1	107,440	,648	,428
	Dentro de grupos	4308,667	26	165,718		
	Total	4416,107	27			
MAS.T3	Entre grupos	252,218	1	252,218	1,50	,234
	Dentro de grupos	3343,600	20	167,180		
	Total	3595,818	21			
ACEPTACION.PD.T1	Entre grupos	14,727	1	14,727	2,40	,137
	Dentro de grupos	122,727	20	6,136		
	Total	137,455	21			
ACEPTACION.PD.T2	Entre grupos	29,762	1	29,762	4,93	,035
	Dentro de grupos	156,917	26	6,035		
	Total	186,679	27			

ACEPTACION.PD.T3	Entre grupos	,491	1	,491	,139	,713
	Dentro de grupos	70,600	20	3,530		
	Total	71,091	21			
SER.PD.T1	Entre grupos	3,682	1	3,682	,707	,410
	Dentro de grupos	104,182	20	5,209		
	Total	107,864	21			
SER.PD.T2	Entre grupos	4,527	1	4,527	1,02	,320
	Dentro de grupos	114,438	26	4,401		
	Total	118,964	27			
SER.PD.T3	Entre grupos	,014	1	,014	,003	,960
	Dentro de grupos	107,850	20	5,393		
	Total	107,864	21			
ESP.PD.T1	Entre grupos	6,545	1	6,545	,266	,612
	Dentro de grupos	492,545	20	24,627		
	Total	499,091	21			
ESP.PD.T2	Entre grupos	,146	1	,146	,006	,938
	Dentro de grupos	605,104	26	23,273		
	Total	605,250	27			
ESP.PD.T3	Entre grupos	12,273	1	12,273	,689	,416
	Dentro de grupos	356,500	20	17,825		
	Total	368,773	21			

Podemos observar que no existen diferencias significativas en ninguna de las variables medidas con la batería de cuestionarios en función de la modalidad de la muerte, puesto que no hay ninguna significación inferior a .05.



