

Intervención en duelo y mindfulness*

Grief intervention and Mindfulness



Liliana Salcido-Cibrián

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8847-8049>

salcido.cibrian@uas.edu.mx

Universidad Autónoma de Sinaloa, México, México

**

Óliver Jiménez-Jiménez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0314-8396>

oliverjjimenez@gmail.com

Universidad de Málaga, España, España

Natalia Ramos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4269-8948>

nramos@uma.es

Universidad de Málaga, España, España

Mario Sánchez-Cabada

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1931-7254>

mariosanchezcabada@gmail.com

Universidad Autónoma de Sinaloa, México, México

Recibido: 22 Octubre 2020

Revisado: 07 Noviembre 2020

Aceptado: 22 Diciembre 2020

Resumen

El presente estudio evalúa el efecto de una intervención adaptada del Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP) en adultos que han sufrido la pérdida de un ser querido. La intervención tuvo una duración de doce sesiones, de dos horas y media por semana. La muestra estuvo compuesta por 17 adultos de un rango de edad de entre 26 y 71 años ($M = 50.59$; $SD = 14.44$). Los participantes que completaron la intervención mostraron una mayor tolerancia al malestar desarrollando habilidades en *mindfulness* y una disminución en ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión. De esta forma PINEP como programa de gestión emocional, promueve la aceptación como estrategia psicológica, ante la vulnerabilidad emocional y sufrimiento psicológico.

Palabras clave: regulación emocional, ansiedad rasgo-estado, depresión, vulnerabilidad emocional, aceptación.

Abstract

This study assesses the effect of an intervention adapted from the Full Emotional Intelligence Program (PINEP, for its initials in Spanish) in adults who have suffered the loss of a loved one. The intervention lasted twelve sessions, two and a half hours per week. The sample consisted of 17 adults ranging in age from 26 to 71 years ($M = 50.59$; $SD = 14.44$). Participants who completed the intervention showed an increased tolerance to distress by developing mindfulness skills, and a decrease in state anxiety, trait anxiety, and depression. Therefore, PINEP, as an emotional management program promotes acceptance as a psychological strategy, in the face of emotional vulnerability and psychological suffering.

Keywords: emotional regulation, trait-state anxiety, depression, emotional vulnerability, acceptance.

Introducción

La pérdida, ya sea personal, de un objeto, material o simbólica, se manifiesta cuando el vínculo significativo que se establece con esto se ve afectado, iniciando un proceso de duelo. Se entiende, por tanto, que el concepto de duelo está relacionado con el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que se asocian con posterioridad a la pérdida de una persona con la que el deudo, es decir, el sujeto en duelo, estaba psicosocialmente vinculado (Cabodevilla, 2007; Chaurand, Feixas y Neimeyer, 2010; Tizón, 2004).

Delimitar el constructo del duelo es una tarea compleja, debido a que incluye diferentes factores según la perspectiva que trate de explicarlo. Desde una aproximación psicológica, Morer, Alonso y Oblanca (2017) lo definen como una expresión que emerge ante la pérdida de un ser u objeto con el que se ha establecido un vínculo, integrado por componentes emocionales, cognitivos y relacionales. Otros autores coinciden en describirlo como una experiencia emocional humana y universal, cargada de sufrimiento o malestar emocional ante la pérdida de un ser querido, que puede delimitarse en el tiempo y que presenta una evolución previsiblemente favorable, requiriendo la necesidad de adaptación (Barreto, De la Torre y Pérez-Marín, 2012; Barreto, Yi y Soler, 2008). Asimismo, se considera una reacción psicológica universal no patológica, siendo una de las experiencias vitales más estresantes que pueden afrontarse a lo largo de la vida. Sin embargo, cuando el malestar perdura en el tiempo e interfiere en la vida cotidiana del que lo experimenta representa un factor de riesgo en el desarrollo de conductas mal-adaptativas (Prigerson y Jacobs, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), informa en una publicación reciente que la depresión será en 2030 la principal causa de invalidez en el mundo. Esta se define como un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de síntomas relacionados con tristeza, desesperanza, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño y del apetito, sensación de cansancio, y falta de concentración. Se calcula que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, siendo considerada la principal causa mundial de discapacidad. En México, con base en los datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), 3.241.260 de personas, de entre siete y 65 años, han experimentado la presencia de síntomas depresivos, viéndose estos reflejados en las interacciones complejas entre diversas variables psicológicas que se desencadenan por un evento traumático o una crisis vital a raíz de una pérdida. Por tanto, la gravedad de la sintomatología depresiva podría presentarse ante una gestión emocional inadecuada, teniendo como consecuencia, incluso la aparición de ideación suicida.

Cecílio, Fernades, Da Silva y Caliatto (2014) encuentran que, entre las definiciones de ansiedad, resaltan aquellas relacionadas con el estado de excitación física, la falta de concentración, y las respuestas de evitación o fuga. A su vez, la ansiedad puede ser considerada como la respuesta preventiva y automática del ser humano ante situaciones de la vida cotidiana que le generan estrés o miedo, provocando una sensación de malestar (Revuelta, Segura y Paulino, 2010). La ansiedad es una reacción normal en la vida de toda persona, sin embargo, es la gestión inadecuada de la misma, la que constituye un malestar dañino para el sujeto (Luengo, Astudillo y Contreras, 2014).

En la unificación de ambos constructos psicológicos, ansiedad y depresión, el duelo

se manifiesta como una situación de estrés incontrolable para el individuo, el cual, activa dos sistemas biológicos de respuesta. El primero, está relacionado con el ataque-huida vinculado a la ansiedad, donde se experimentan sensaciones de excitación física, intranquilidad psicomotriz y rabia irracional. El segundo, es el de autoconservación-abandono relacionado con la depresión, generando apatía, dificultad para la concentración y aislamiento social. En consecuencia, “El duelo produciría una activación simultánea de ambos, con un cúmulo de sentimientos y reacciones contradictorios según cual predomina” (Guillem, Romero y Oliete, 2007, p. 66).

De este modo, ante una experiencia o estímulo que el sujeto interpreta como desesperanzadora o contradictoria, surge de manera simultánea una sensación de vulnerabilidad emocional que se intensifica por la presencia de estrategias que repercuten en una desregulación emocional, a consecuencia de cogniciones, sensaciones y respuestas fisiológicas que evidencian un desajuste conductual. Estos sentimientos, emociones y reacciones, son percibidos como perturbadores para el sujeto. En este sentido, la respuesta habitual de los individuos ante las emociones perturbadoras es la de suprimir o evitar dicha emoción, o bien, sobre-implicarse en las mismas (Ramos y Salcido-Cibrián 2017). De acuerdo con Ramos (2019), la aproximación al fenómeno emocional presenta dos perspectivas: a) las respuestas emocionales de carácter amenazante, afrontar de manera evitativa puede dar lugar al trastorno mental o la psicopatología, y b) las respuestas emocionales que son comprendidas a través de la aceptación, y que propician el desarrollo de la salud integral. En este caso, algunos autores hablan de la necesidad de una adecuada gestión emocional, o la aceptación de la realidad de la pérdida, como medios

para afrontar eficazmente dicha experiencia (Bonanno y Keltner, 1997; Worden, 1997).

En cuanto a gestionar la emoción de forma adecuada, esta podría realizarse a través de la herramienta de *Mindfulness*, cuyo término es establecido por las ciencias de la salud para referirse a las técnicas de meditación provenientes del budismo que han mostrado evidencia científica en su aplicación (Mañas, Franco y Fasey, 2009). Por otro lado, Sánchez y Castro (2016) explican que *Mindfulness* no tiene una traducción directa al español, sin embargo, esta puede ser entendida como “atención plena o conciencia plena”. El uso terapéutico de *mindfulness* se ha desarrollado en el ámbito de la salud mental en los últimos años, en especial dentro de las terapias contextuales en el tratamiento de estrés, ansiedad y depresión (Santachita y Vargas, 2015).

Miro et ál. (2011) realizaron un estudio con el objetivo de conocer el grado de eficacia clínica de los tratamientos psicológicos basados en la atención plena para tratar síntomas asociados a los trastornos de ansiedad y depresión. La muestra incluyó 22 estudios en los que 20 utilizaron un tratamiento en *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), mientras que otros dos utilizaron una *Mindfulness-Bases Cognitive Therapy* (MBCT). La primera mostró ser más eficaz en personas que llevaban a cabo un tratamiento habitual, mientras que la segunda mostró mayor eficacia en prevención de recaídas, mostrando ambas una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva.

Por otro lado, Justo, Mañas y Martínez (2019), a través de la aplicación de un programa de *mindfulness* en docentes de educación especial, analizaron la incidencia de la meditación sobre los niveles de estrés, ansiedad y depresión. Evaluaron a través de la escala de estrés docente compuesta de 77 ítems agrupados en seis dimensiones: ansiedad, depresión, presiones,

creencias desadaptativas, desmotivación y mal afrontamiento. Como parte del programa *mindfulness* se aplicó psicoeducación para el estrés, la ansiedad y la depresión, dividiendo a los docentes en grupo control y experimental. Durante el programa se desarrolló la aplicación de la técnica de meditación *fluir*, la cual no pretende controlar el malestar, sino dejarlo ir. Como conclusión, se destaca que el uso de la técnica de meditación ayudó a reducir la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión, así como aprender a gestionarla mejor.

En México, Bernal, Berenzón y Tiburcio (2018) realizaron una aplicación mediante atención plena en enfermedades crónicas. El programa se impartió de manera grupal durante ocho sesiones una vez a la semana en donde se llevaron a cabo prácticas meditativas, scanner corporal, atención plena y atención centrada en la respiración. Los resultados arrojaron una disminución en la sintomatología depresiva y ansiosa, así como una gestión emocional adecuada en función de sus capacidades lo cual influyó en una mejoría en el estado de ánimo de las pacientes.

Ramos, Enríquez y Recondo (2012) a través del Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP), proponen que los programas de Inteligencia Emocional se podrían beneficiar de la inclusión de la herramienta *mindfulness*, debido a que hace posible abordar, desde la experiencia, el surgimiento de emociones en el momento presente. PINEP ha mostrado eficacia en la gestión emocional ante la presencia de la vulnerabilidad emocional, indicando una mejora en aspectos cognitivos tales como las estrategias cognitivas de regulación emocional, la disminución de intrusiones relacionadas con problemáticas cotidianas, la reparación emocional, la regulación emocional cognitiva y, por último, en su versión online, se aportan evidencias en las habilidades de *mindfulness*, aumentando

su capacidad de descripción y una disminución del juicio y el nivel de reactividad (Enríquez, Ramos y Esparza, 2017; Ramos, Hernández y Blanca, 2009; Salcido-Cibrián, Ramos, Jiménez y Blanca, 2019).

Desde las terapias contextuales que incluyen *mindfulness* existen técnicas que llevan al proceso de aceptación, entendiéndose como una estrategia de afrontamiento activa donde se ven inmersos procesos de regulación emocional. La aceptación tiene como objetivo la tolerancia al malestar y vulnerabilidad emocional, en consecuencia, produce la disminución de la evitación experiencial, vinculándose con la regulación emocional, propiciando así la aceptación del sufrimiento psicológico. Frente al duelo, se originan toda una gama de emociones, creencias, juicios y valoraciones que contribuyen al desajuste psicológico, es por esto, que al emplear la regulación emocional en estos procesos, coadyuva a la adaptación y el afrontamiento de las mismas (Sánchez-Aragón, Gutiérrez y Valencia, 2011).

PINEP está formado por intervenciones que promueven la regulación emocional a partir de la práctica formal e informal de *mindfulness*, fortaleciendo el abordaje de situaciones emocionales desde un estado de atención plena, fomentando el trabajo experiencial y el procesamiento abajo-arriba (Ramos et ál., 2012). PINEP parte de la premisa del aprendizaje emocional basado en la gestión del individuo ante el malestar emocional y ha mostrado adecuarse a las necesidades implicadas en las problemáticas de la salud mental, propiciando el desarrollo de habilidades tales como: ecuanimidad, conocimiento y comunicación emocional, autorregulación del afecto, e implicación en los procesos de apego y desidentificación.

Ante la pérdida, se desencadenan una serie de emociones, cogniciones y conductas que refuerzan la vivencia emocional que refiere

al malestar. El proceso del duelo facilita la desregulación emocional experimentada de forma continua, por lo que incidir en el manejo de la regulación emocional auxiliaría al individuo en su ajuste de la realidad percibida.

Por todo esto, el objetivo del presente trabajo es comprobar el efecto de una intervención adaptada del PINEP en la sintomatología depresiva y ansiógena de adultos que han sufrido la pérdida de un ser querido. Esperamos encontrar, tras la aplicación de la intervención, una reducción de la sintomatología depresiva, así como una reducción de la ansiedad estado y rasgo en las personas participantes.

Método

Participantes

Un total de 17 adultos ($M= 50.59$, $SD= 14.44$) que habían sufrido la pérdida de un ser querido, participaron en el estudio (tasa de finalización del 100 %). Los participantes fueron voluntarios de una institución privada de asistencia sin fines de lucro de Culiacán (Sinaloa, México). Todos los participantes accedieron a formar parte del estudio firmando un consentimiento informado donde se les explicó los requisitos y condiciones del estudio, informándoles que no recibirían ninguna remuneración por esto. Al ser una institución privada y contar con un acceso limitado a la población de estudio, se optó por realizar un grupo de intervención.

Instrumentos

Inventario de Autoevaluación Rasgo-Estado (IDARE; Adaptación para población mexicana por Spielberger y Díaz-Guerrero, 1999). Al igual que la escala original, evalúa dos dimensiones: rasgo (propensión ansiosa

relativamente estable) y estado (condición emocional transitoria). Cada subescala esta constituida por 20 ítems, con una respuesta tipo Likert de cuatro puntos de 1 a 4 (1= nada, 2= un poco, 3= bastante y 4= mucho). Se ha reportado una buena confiabilidad original de $\alpha=.83$ a $\alpha=.92$ para la escala Rasgo y Estado.

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck, Steer y Garbin, 1996; Adaptación mexicana de Aranda, Álvarez, Hernández y Ramírez, 2015). Se trata de un autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en las dos semanas previas a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3 (siendo 0 “nula experiencia de malestar” y 3, “malestar relevante”). La escala evalúa una dimensión general integrada por todos los ítems y contiene dos dimensiones altamente correlacionadas: (a) dimensión cognitivo-afectiva de 12 ítems (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 17) y (b) dimensión somático-motivacional de 7 ítems (4, 12, 15, 16, 18, 20 y 21). La puntuación oscila de 0 a 63, estando el punto de corte establecido en 9.1 en población general. La escala adaptada a población mexicana muestra una consistencia interna de $\alpha = 0.91$ (alfa de Cronbach) para la escala total, de $\alpha = 0.86$ (alfa de Cronbach) para la dimensión cognitivo-afectiva y de $\alpha = 0.81$ (alfa de Cronbach) para la somático-motivacional en población general.

Escala de Atención Plena (MAAS; Brown y Ryan, 2003; adaptación para población mexicana por López-Maya et ál., 2015). La escala está formada por 15 ítems de respuesta tipo Likert con opciones de respuesta que van de 1 (casi siempre) a 6 (casi nunca). Mide la frecuencia con la que las personas experimentan estados de consciencia durante su día a día. Puntuaciones más altas denotan mayor nivel de atención plena. La escala adaptada a población mexicana muestra una consistencia interna de $\alpha = 0.89$ (alfa de Cronbach).

Procedimiento

Se trata de un estudio cuasi-experimental pretest-postest con grupo experimental. El programa es de carácter grupal y consta de un total de doce sesiones semanales con una duración de dos horas y media por sesión. Para la intervención en duelo se ha adaptado el PINEP (Ramos et ál., 2012), presentando la siguiente estructura general:

Psicoeducación

Se informa al participante sobre el objetivo del programa y la duración del mismo. Se le entrega unas guías las cuales consisten en herramientas clave que auxiliarán como reforzador de la sesión. Estas guías están compuestas por:

Diario emocional: escritura relacionada con la pérdida del ser querido que se presenta de una sesión a otra.

Registro emocional: tiene como objetivo evidenciar el procesamiento subjetivo a partir de las respuestas conductuales, cognitivas y emocionales que se suscitan ante la intensidad con la que se experimenta un evento desencadenado por la pérdida del ser querido por ejemplo ¿Qué sucede primero? (emoción, pensamiento o conducta), Evento desencadenante de la emoción ¿Qué inició esta emoción? (quién, qué, cuándo, dónde), entre otras.

CD: incluye meditaciones *mindfulness* guiadas enfocadas a la contemplación del cuerpo (sensaciones físicas y corporales) de la mente, del contenido de la mente y emociones (elaboración propia).

Estructura de la sesión

A partir de la segunda sesión se inició la aplicación del PINEP. En el siguiente cuadro se describe la estructura general del programa.

Inicio: meditación *mindfulness* guiada.

Desarrollo: este apartado compone la implementación de las actividades conforme a la sesión. Revisión de la tarea para la casa, la cual está compuesta por las guías. Temática teórica situada en el tratamiento del duelo (emociones, pérdidas, lo que no es la atención plena, la atención plena y compasión entre otras).

Practica mindfulness: Es necesario desarrollar las habilidades de *mindfulness*, es por esto que se llevó a cabo un entrenamiento previo. Sin un entrenamiento previo en *mindfulness*, que incluye la práctica formal (postura y tiempo establecido, meditación) e informal (llevar la meditación a la cotidianidad), no sería posible afrontar los ejercicios INEP.

Practica de Inteligencia Emocional Plena. Cabe resaltar que los ejercicios han sido adaptados al tratamiento de duelo. Para desarrollar las habilidades emocionales de la inteligencia emocional, es necesario que el participante afronte distintas situaciones emocionales que generan malestar emocional, estos ejercicios se presentan de manera gradual de menor a mayor complejidad. A continuación, se describen las distintas habilidades de la IE.

Percepción y expresión emocional. El objetivo es llevar atención plena a los estímulos relacionados con la pérdida, y por tanto evidenciar la regulación de los afectos que le producen malestar emocional.

Compresión emocional. El objetivo es desarrollar habilidades para comprender el progreso de las emociones, pensamientos

y conductas, con el fin de esclarecer las consecuencias de los mismos.

Facilitación emocional. El objetivo de este es observar el impacto de las emociones, pensamientos y conductas manifiestas ante la pérdida.

Regulación emocional. El objetivo es la tolerancia del malestar emocional a partir de la vulnerabilidad de la pérdida. Es decir, la aceptación del malestar emocional sin valorar y juzgar el contenido de la experiencia generando estrategias de afrontamiento activas con independencia de su naturaleza agradable o desagradable con una actitud compasiva.

Finalmente mencionar que, en concordancia con García-Palacios y Navarro (2012) en terapia, la solución del sufrimiento es derivada de la experiencia de la aceptación radical, es

decir, se observa la realidad total a través del momento presente.

Resultados

La ansiedad estado de los participantes, evaluada por la escala IDARE, mostró una media de 30.29 ($SD = 6.21$) tras la intervención, lo que puede calificarse como una puntuación de ansiedad estado muy baja. En cuanto a la ansiedad rasgo, ésta fue de 33.88 ($SD = 6.77$), correspondiendo a una puntuación normativa de ansiedad baja. Por otra parte, la depresión, evaluada por el BDI-II, resultó tener una media de 4.23 ($SD = 4.39$) implicando una sintomatología depresiva mínima.

La mayoría de los participantes fueron mujeres (88.2 %) con edades comprendidas entre 26 y 72 años, con estudios de licenciatura (52.9 %). El resto de las variables sociodemográficas registradas se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas

VARIABLES	M (%)
Género	
Mujeres	15 (88.20)
Hombres	2 (11.80)
Escolaridad	
Preparatoria	6 (35.30)
Licenciatura	9 (52.90)
Maestría	2 (11.80)

Fuente: elaboración propia.

Para comparar si las puntuaciones en IDARE- Estado (E), IDARE-Rasgo (R), BDI-II y MAAS variaron tras el programa, se realizaron pruebas *t* de Student para muestras relacionadas. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables: IDARE-E ($t(16) = -2.94$; p

$= 0.005$; $d = 0.72$), siendo menor tras el programa; IDARE-R ($t(16) = -3.48$; $p \leq 0.001$; $d = 0.78$), siendo menor después del programa; MAAS ($t(16) = 4.17$; $p \leq 0.001$; $d = 1.04$), siendo mayor tras la intervención; BDI ($t(16) = -3.18$; $p = 0.003$; $d = 0.66$), siendo menor tras la intervención (véase la tabla 2).

Tabla 2
Medias y desviaciones típicas de las escalas psicológicas

Escalas	Pretest	Posttest
	M (SD)	M (SD)
IDARE-Estado	33.76 (7.47)	29 (5.50)*
IDARE-Rasgo	38.23 (9.13)	32.29 (5.60)*
BDI	8 (6.70)	4.23 (4.39)*
MAAS	4.17 (0.74)	4.88 (0.60)*

Fuente: elaboración propia.

* $p \leq .001$

Discusión

El presente estudio pone de manifiesto la eficacia del PINEP como propuesta de intervención en el tratamiento de duelo en adultos. Para esto se analizó el efecto del PINEP en ansiedad (rasgo y estado), depresión y atención plena. Así como la intensidad con la que se produce el fenómeno ante la presencia de sintomatología y patrones ansiosos evocados por la situación de duelo. Los resultados obtenidos exponen las consecuencias psicológicas positivas.

Particularmente, en la variable ansiedad estado y rasgo, al igual que en la depresión, existe una disminución en los puntajes del post-test. Esto significa que tras el programa, los participantes desarrollan tolerancia hacia el malestar emocional ocasionados por los estímulos relacionados con la pérdida del ser querido. En relación con la variable de atención plena, se obtuvieron mayores puntuaciones en el post-test. Esto implica, que los participantes experimentaron estados de consciencia durante su cotidianidad, específicamente en la aceptación de la pérdida del ser querido y con esto, la vulnerabilidad emocional que se produce, a través de la regulación de las emociones.

Futuros estudios podrían replicar este tipo de intervención con muestras más amplias y haciendo uso de grupos de control activo donde se aplicará otro tipo de intervenciones para manejar el duelo a fin de comprobar el efecto diferencial de la propuesta.

Las estrategias de aceptación pueden ser especialmente útiles en aquellas situaciones en las que no se puede modificar la situación vivida. En este caso, herramientas como *mindfulness* se vuelven de especial importancia. Sin embargo, uno de los problemas que se puede encontrar en la intervención con duelo, es que el individuo evite exponerse a la situación de pérdida. Por esto programas que, como PINEP, incluyen la toma de contacto con emociones dolorosas vinculadas al duelo, junto con la herramienta de *mindfulness* pueden resultar altamente recomendables. PINEP de este modo favorece la exposición a emociones dolorosas, a través del diseño de situaciones que evoquen dichos estados emocionales, junto con el empleo de la actitud *mindfulness* a la hora de abordar dichos estados. Pero, además, cabe pensar que cuando el individuo es capaz de contemplar sus emociones perturbadoras desde una relativa calma está capacitado para implementar estrategias activas de afrontamiento, que también serán requeridas

en procesos de duelo para que el individuo pueda empezar a hacer frente a la nueva situación de vida.

Referencias

- Aranda, B., Álvarez, C., Hernández, R. y Ramírez, M. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125-136. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.ppm.b>.
- Barreto, M., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Barreto, M., De la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368. http://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Beck, A., Steer, R. y Garbin, M. (1996). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bernal, R., Berenzón, S. y Tiburcio, M. (2018). Efectividad de una intervención de atención plena en enfermas crónicas con síntomas ansiosos y depresivos. *Psicología Iberoamericana*, 26(2), 45-53.
- Bonanno, G. y Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 126-137.
- Brown, K. y Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176.
- Cecilio, D., Fernandes, F., Da Silva, S. y Caliatto, S. (2014). Ansiedad y dificultades escolares. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD*, 1(5), 433-442. <http://doi.org/10.17060/ijoda.ep.2014.n1.v5.703>.
- Chaurand, A., Feixas, G. y Neimeyer, R. (2010). El inventario de historias de pérdidas. (IHP): presentación y utilidad clínica. *Revista de Psicoterapia*, 21(84), 95-101
- Enríquez, H., Ramos, N. y Esparza, O. (2017). Impact of the mindful emotional intelligence program on emotional regulation in college students. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 37-46.
- García-Palacios, A. y Navarro, M. (2012). Mindfulness en los trastornos de la personalidad. En M.T. Miró y V. Simón (Eds), *Mindfulness en la práctica clínica* (pp. 271-299). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Guillem, V., Romero, R. y Oliete, E. (2007). Manifestaciones del duelo. En Camps, C. y Sánchez, P. (Ed) *Duelo en Oncología*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). Salud Mental. Recuperado el 23 de marzo del 2020. <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/default.html>
- Justo, G., Mañas, I. y Martínez, E. (2009). Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa mindfulness. *Revista de educación inclusiva*, 2(3), 11-22.
- López-Maya, E., Hernández-Pozo, M., Méndez-Segundo, L., Gutiérrez-García, J., Araujo-Díaz, D., ... Hölzel, B. (2015).

- Psychometric properties of the mexican version of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(1), 13-27.
- Luengo, C., Astudill, A. y Contreras, S. (2014). Relación entre los cambios del ambiente laboral ocasionados post evento sísmico del 27 febrero 2010 y la presencia de ansiedad y estrés laboral en el profesional de enfermería. *Ciencia & trabajo*, 16(49), 1-8. <http://doi.org/10.4067/S0718-24492014000100002>.
- Mañas, I., Franco, C. y Faisey, M. (2009). Mindfulness y psicología: Fundamentos y términos de la psicología budista. *Web de medicina y psicología*. 1-18. <http://cms.ual.es/idc/groups/public/@vic/@vestudiantes/documents/documento/gm6.pdf>
- Miro, T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J. Rivero, A., Gonzales, M., ... Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6(1), 1-14. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10347>.
- Morer, B., Alonso, R. y Oblanca, M. (2017). El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional. *Redes*, 36. 11-26.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión. Campaña con motivo del día mundial de la salud. Recuperado el 23 de marzo del 2020. <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Prigerson, H. y Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe and H. Schut, (Eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ramos, N. (2019). Proposal for a Compassionate Emotional Accompaniment Technique (CEAT) Based on Mindfulness to Manage Disturbing Emotions. *OBM, Integrative and complementary Medicine*, 4(1), 1-13. <http://doi.org/10.21926/obm.icm.1902033>
- Ramos, N., Enríquez, H. y Recondo, O. (2012). *Practica la Inteligencia Emocional Plena*. Barcelona: Kairos.
- Ramos, N., Hernández, S. y Blanca, M. (2009). Efecto de un programa integrado de mindfulness e inteligencia emocional sobre las estrategias cognitivas de regulación emocional (*Effects of an integrated programme of mindfulness and emotional intelligence on cognitive strategies of emotional regulation*). *Ansiedad y Estrés*, 15(2-3), 119-289.
- Ramos, N. y Salcido-Cibrián, L. (2017). Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP) aplicando Mindfulness para regular emociones. *Revista de psicoterapia*, 28(107), 259-270. <http://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.152>
- Revuelta, E., Segura, E. y Paulino, T. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la sociedad española del dolor*, 17(7), 326-332.
- Salcido-Cibrián, L., Ramos, N., Jiménez, O. y Blanca, M. (2019). Mindfulness to regulate emotions: The Mindfulness and Emotional Intelligence Program (PINEP) and its adaptation to a virtual learning platform. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 36, 176-180. <http://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.07.003>.
- Sánchez, A. y Castro, F. (2016). Mindfulness: revisión sobre su estado de arte. *International Journal of Developmental and Educational Psychology / INFAD*. 1(2), 41-49. <http://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.293>
- Sánchez-Aragón, M., Gutiérrez, C. y Valencia, J. (2011). La muerte de un ser querido:

validez y confiabilidad de una medida de regulación emocional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3(1), 72-84.

Santachita, A. y Vargas, M. (2015). Mindfulness en perspectiva. *Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 541-553. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352015000300007>

Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (1999). *IDARE. Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. Editorial: El Manual Moderno.

Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Paidós, Barcelona.

Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

Notas

- * Artículo de investigación. Hacemos un especial agradecimiento a la c