



# Factores de protección de duelo complicado en dolientes de primer grado: atención al presente y autocompasión

---

**Lorena Alonso-Llácer**

*Psicóloga de la Asociación Española Contra el Cáncer, Valencia (España)*

**Laura Lacomba-Trejo, Marián Pérez-Marín**

*Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia (España).*

## Resumen

Marco teórico: la pérdida de un familiar de primer grado genera un gran impacto emocional y físico en la persona, pero la atención al presente y la autocompasión pueden amortiguarla. El objetivo general fue valorar la capacidad mindful, la autocompasión y la presencia de duelo complicado (DC) en dolientes de primer grado.

Método: 26 dolientes (84,60% mujeres), de 19 a 73 años ( $M=44,04$ ;  $DT= 14,21$ ) fueron evaluados mediante: Mindful Attention Awareness Scale, Escala de Autocompasión e Inventario de Duelo Complicado. Se realizaron análisis descriptivos, pruebas t, d de Cohen y correlaciones de Pearson.

Resultados: presentaron puntuaciones moderadas de capacidad mindful y autocompasión, pero un gran porcentaje (85,70%) mostraron DC. El DC fue mayor en mujeres, y se asoció con menor capacidad mindful y autocompasión.

Conclusiones: es necesario conocer los factores de protección para desarrollar programas de intervención que incidan en ellos y favorezcan la salud física y mental de los dolientes.

**PALABRAS CLAVE:** Dolientes, Duelo complicado, Atención al presente, Autocompasión, Factores protectores.

## Abstract

Theoretical framework: the loss of a first-degree relative generates a great emotional and physical impact on the person, but attention to the present and self-pity can cushion it. The overall objective was to assess mindful capacity, self-pity, and the presence of complicated grief (CD) in first-degree mourners.

Method: 26 mourners (84.60% female), aged 19 to 73 ( $M=44.04$ ;  $TD=14.21$ ) were assessed using: Mindful Attention Awareness Scale, Self-Pity Scale and Complicated Grief Inventory. Descriptive analyses, t-tests, d-tests for Cohen and Pearson correlations were performed.

Results: they presented moderate scores of mindful capacity and self-pity, but a large percentage (85.70%) showed DC. CD was higher in women, and was associated with lower mindful capacity and self-pity.

Conclusions: it is necessary to know the protective factors in order to develop intervention programs that affect them and favor the physical and mental health of mourners.

**KEYWORDS:** Grieving, Complicated grief, Attention to the present, Self-compassion, Protective factors

## I. Introducción

La pérdida de un ser querido puede ser uno de los acontecimientos vitales más estresantes de la vida. En concreto, el fallecimiento de un familiar de primer grado (Worden, 2013), puede impactar notablemente en la salud física y emocional del doliente (Soto-Rubio, 2018). Tras la pérdida, es habitual que se dé un proceso normativo, limitado en el tiempo de duelo, que suele tener una evolución favorable (Worden, 2013). Este proceso activo, nos da la oportunidad de reafirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida, teniendo en cuenta que todas las reacciones experimentadas cumplen su función (Neimeyer, 2012). No obstante, una pequeña parte de las personas experimentará un duelo complicado (Barreto, de la Torre, & Pérez-Marín, 2013). El duelo complicado (DC), patológico o crónico, se define como sentimientos, cogniciones, conductas y sensaciones físicas intensas y desagradables, que se dan durante más de 6 meses, y que podrían abarcar: culpa, tristeza, rabia, culpa, ansiedad, impotencia o insensibilidad, confusión, preocupación, reproches, alteraciones del sueño, de la alimentación, conducta distraída, aislamiento, evitación, llanto, vacío, opresión en el pecho o garganta, hipersensibilidad física, despersonalización, falta de aire o energía y debilidad muscular, entre otras (Alonso-Llácer, Ramos-Campos, Barreto-Martín, & Pérez-Marín, 2019; Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008; Shear, Reynolds, Simon, & Zisook, 2017; Worden, 1997; Zisook et al., 2018).

La literatura ha señalado como factores de riesgo que pueden dificultar la resolución normal del duelo: la edad, el parentesco, la vinculación establecida, el rol en la familia y las características de la muerte del fallecido, así como que el doliente sea joven o adulto mayor, haya afrontado otras

pérdidas de forma pasiva y padezca alguna enfermedad física o mental (Arranz, Barbero, Barreto, & Bayés, 2003; Berenguer-Pérez, Barreto-Martín, & Pérez-Marín, 2018; Worden, 2013). No obstante, existen factores protectores ante la complicación del duelo como: la espiritualidad, la comunicación, la autoeficacia, la habilidad para resolver conflictos, la flexibilidad mental, el autocuidado y la capacidad para encontrar un sentido a la experiencia (Alonso-Llácer, 2017). Además de lo anterior, la investigación ha señalado como factores promotores de salud mental la capacidad para atender al presente y la autocompasión (Bellosta-Batalla, Cebolla, Pérez-Blasco, & Molla-Albiol, 2019; Proeve, Anton, & Kenny, 2018).

En este sentido, la capacidad para atender al presente es un estado mental en el que la persona es altamente consciente y experimenta el momento con apertura, sin juzgarlo ni dejarse llevar por sus emociones o pensamientos (Kabat-Zinn, 1990). La capacidad de atención plena se ha asociado con un mayor bienestar psicológico, pero también con menor presencia de psicopatología (Ricci-Allegria, 2018; Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz, & Palao, 2018). Por ello, las intervenciones basadas en esta técnica se muestran útiles para mejorar la salud física y mental, aumentando incluso la longevidad de los participantes (Dahlgard et al., 2019; Nyklíček, Mommersteeg, Van Beugen, Ramakers, & Van Boxtel, 2013; Wiwlgosz et al., 2019).

Ahora bien, la capacidad *mindful* requiere de compasión hacia uno mismo y hacia los otros (Alonso-Llácer, 2017; Gómez-Odriozola et al., 2019). La autocompasión es darnos a nosotros mismos el mismo cuidado, consuelo y serenidad que damos a nuestros seres queridos cuando están sufriendo (Simón, 2011). Las personas con mayor autocompasión están más satisfechas

con su vida, son más felices, optimistas y gozan de una mejor salud mental (Ferguson, Kowalsk, Mack y Sabiston, 2014; García-Campayo, Cebolla, & Demarzo, 2016; Körner, Coroiu, Copeland, Gomez-Garibello, Albani y Zenger, 2015).

La capacidad de atención al presente puede ser una herramienta de autocuidado que promueve la flexibilidad mental y la búsqueda del sentido de la vida (Raj & Kumar, 2018), lo que puede facilitar el desempeño de las tareas del duelo. Así, la aceptación como parte de la capacidad *mindful* y la autocompasión, permite integrar activamente la pérdida dentro de la identidad personal, reconociendo que el mundo es cambiante (Alonso-Llácer, 2017), promoviendo así una relación con la pérdida más sana (Kabat-Zinn, 2004), aceptando las emociones que surgen en el proceso de duelo.

A pesar de que la capacidad *mindful* y la autocompasión pueden transformar el proceso de duelo en una de las tareas más importantes y de mayor significado que una persona pueda experimentar en la vida, pocos son los estudios que se han centrado en la pérdida de una persona significativa, la capacidad de atención al presente y la autocompasión (Sanz-Cruces, García, & Carbajo, 2014) como factores protectores.

Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar la capacidad *mindful*, la autocompasión y la presencia de duelo complicado en dolientes de primer grado, y observar las relaciones entre las variables a estudio para detectar factores de riesgo y protección.

## II. Método

### Participantes

Los participantes fueron 26 dolientes de primer grado (84,60% mujeres) de edades entre 19-73 años ( $M=44,04$ ;  $DT=14,21$ ). Generalmente los dolientes estaban en situación de viudedad (34,60%) o viviendo en pareja (30,80%), un menor porcentaje estaba soltero (23,10%) o divorciado (11,50%). En relación con su situación laboral, una mayoría se encontraba en activo (61,50%), seguidos de aquellos que estaban jubilados o eran pensionistas (23,10%), otros estudiaban (11,50%) y un menor porcentaje (3,80%) estaba en paro. La edad de las personas fallecidas osciló entre los 0 y los 78 años ( $M=42,31$ ;  $DT=18,93$ ). Un 57,70% de las muertes fueron esperables por enfermedad oncológica y un 42,20% fueron muertes no esperadas. En concreto un 11,50% fueron personas que murieron a causa de un suicidio y un 11,50% a causa de un accidente de tráfico, ocupando el 19,20% muertes a causas de enfermedad repentina.

### Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo por psicólogos de la Asociación Española Contra el Cáncer en hospitales de referencia de la Comunidad Valenciana, en un único pase y momento temporal de 2016 a 2017. Los participantes fueron informados del procedimiento a seguir, asegurando el compromiso de la confidencialidad e informando sobre el registro de datos de carácter personal. Se les informó además de que la aceptación o negación de participar en el estudio no influiría con los tratamientos o visitas médicas o psicológicas estipuladas, así como que no tenía riesgos ni beneficios directos para los participantes. Tras la firma del consentimiento informado, se les administraron

los cuestionarios respetando el anonimato y custodiando la información. El estudio fue llevado a cabo siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki (2013).

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron los siguientes: a) ser doliente de primer grado, b) que hayan pasado 6 meses o más desde la pérdida del ser querido tal y como establecen los criterios diagnósticos del Trastorno por Duelo Prolongado (Prigerson et al., 2008). Como criterios de exclusión se contempló: a) estado de choque, b) antecedentes o problema actual de trastorno psicológico (incluyendo trastornos del consumo de sustancias), c) situación de sobre-medicación.

### Mediciones

Se utilizaron registros ad hoc para recoger información sobre las variables sociodemográficas del doliente y las características de la muerte del ser querido. La recolección de los datos se realizó, preguntando directamente al participante. Las variables psicológicas analizadas fueron:

- **Conciencia en el momento presente:** se evaluó mediante el Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Carlson & Brown, 2005), un autoinforme de 15 ítems que forman un único factor (atención al momento presente). Se responde de 1 a 6 (desde casi siempre a casi nunca) y puede aplicarse tanto en personas con experiencia en meditación como en personas sin experiencia. Ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas tanto con relación a la consistencia interna como en la consistencia temporal, por todo lo anterior, es una de las herramientas más utilizadas para valorar la capacidad de atención al presente (Soler et al., 2012).

- **Autocompasión:** se evaluó mediante la Escala de Autocompasión (Neff, 2003), un cuestionario de 26 ítems que valora la medida en que la persona es amable consigo misma, que pueden dar lugar a tres factores (amabilidad, humanidad compartida y capacidad de atención al presente) o utilizarla como una puntuación total. En el presente estudio se decidió utilizar como una puntuación total de medida de amabilidad consigo mismo. Los ítems pueden valorarse de 1 a 5 (donde 1 es casi nunca y 5 casi siempre), habiendo encontrado resultados satisfactorios en cuanto a las propiedades psicométricas (García-Campayo et al., 2014).

- **Duelo complicado:** se evaluó mediante el Inventario de Duelo Complicado (IDC; Prigerson et al., 1995) con el objetivo de ofrecer una puntuación lo más objetiva posible que permitiera diferenciar entre duelo normal y riesgo de padecer duelo patológico. Consta de 19 ítems que evalúan de 1 a 5 la frecuencia de aparición de los síntomas (emocionales, cognitivos o conductuales) de duelo complicado. La puntuación total (19-76) se obtiene mediante el sumatorio de todas las respuestas, considerándose valores iguales o superiores a 25 indicadores de duelo complicado. El cuestionario tiene adecuadas propiedades psicométricas (Limonero, Lacasta, & García, 2009).

### Diseño de la investigación

El diseño del presente trabajo es transversal de pase único en único momento temporal.

### Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos, pruebas t para muestras independientes para observar las

diferencias entre hombres y mujeres, calculando el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen considerando valores pequeños de tamaño del efecto aquellos 0,2, medios 0,5 y altos 0,8 (Cohen, 1988) y correlaciones de Pearson para establecer relaciones entre las variables estudiadas, todo ello, mediante el programa estadístico SPSS 26.0.

### III. Resultados

#### Análisis descriptivos

Los dolientes mostraban puntuaciones moderadas de capacidad *mindful*, no obstante, encontramos una gran variabilidad en la muestra. De la misma manera, observamos puntuaciones moderadas en relación a la autocompasión. Ahora bien, las puntuaciones de indicadores de posibilidad de duelo complicado fueron elevadas, el 85,70% de los participantes mostró indicadores de duelo complicado (Tabla 1).

Tabla 1 Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas

Escalas	M	DT	Min	Máx
Capacidad <i>mindful</i>	45,86	15,86	18	75
Autocompasión	71,05	14,18	45	92
Duelo complicado	42,57	14,63	20	75

Nota. M= Media; DT= desviación típica; Min= mínimo; Máx= máximo

Al realizar comparaciones de medias en función del sexo de los participantes, de si la muerte del ser querido era esperable o no, y en función de la presencia de sintomatología clínica sugerente de duelo complicado, encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de autocompasión teniendo en cuenta si la muerte del ser querido era o no esperable, así como en la capacidad de atención al presente en función del riesgo de padecer duelo complicado. No obstante, el tamaño muestral y las diferencias de tamaño de la muestra entre los grupos, hacen necesario el

uso del estadístico *d* de Cohen (tamaño del efecto), un estadístico que es sensible al cambio, teniendo en cuenta tanto el tamaño de los grupos, la media y la desviación típica de los mismos. Es por ello, que comentaremos las diferencias estadísticamente significativas pero también aquellas en las que las distancias entre medias de los grupos sean moderadas o grandes, valoradas a través del tamaño del efecto.

Asimismo, observamos cómo las mujeres mostraron menos autocompasión y mayores indicadores de duelo complicado que los hombres. Del mismo modo sucedió con las personas que sufrieron una pérdida repentina frente a las que padecieron una pérdida esperable (Tabla 2 y 3).

Tabla 2 Diferencias de medias en función del sexo

Escalas	t	gl	p	d	Mm	DTm	Mh	DTh
Capacidad <i>mindful</i>	,35	19	,73	,29	46,26	16,45	42,00	11,32
Autocompasión	1,46	19	,16	,40	70,68	14,89	74,50	3,54
Duelo complicado	-,35	19	,73	1,50	41,11	14,60	56,50	2,90

Nota: t=prueba valor prueba t; gl=grados de libertad; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto consideran valores pequeños de tamaño del efecto aquellos =0,2, medios =0,5 y altos =0,8; Mm= Media mujeres; DTm= desviación típica mujeres; Mh= Media hombres; DTh= desviación típica hombres.

Tabla 3 Diferencias de medias en función de si la muerte del ser querido era esperable o no

Escalas	t	gl	p	d	Mes	DTes	Mne	DTne
Capacidad <i>mindful</i>	,864	19	,40	,29	48,73	13,28	42,70	18,48
Autocompasión	1,88	19	,08	1,23	76,28	12,75	65,30	4,43
Duelo complicado	-,35	19	,73	,53	38,55	16,50	47,00	11,46

Nota: t=prueba valor prueba t; gl=grados de libertad; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto consideran valores pequeños de tamaño del efecto aquellos =0,2, medios =0,5 y altos =0,8; Mes= Media muerte esperada; DTes= desviación típica muerte esperada; Mne= Media muerte no esperada; DTne= desviación típica muerte no esperada.

Añadido a lo anterior, aquellas personas que mostraron indicadores de riesgo de duelo complicado, también tenían una menor capacidad para estar atentas en el presente y eran menos compasivas con ellas mismas (Tabla 4).

Tabla 4 Diferencias de medias en función de presentar riesgo de duelo complicado o no

Escalas	t	gl	p	d	Mndc	DTndc	Mdc	DTdc
Capacidad <i>mindful</i>	1,85	19	,08	1,52	60,67	5,03	43,39	15,74
Autocompasión	1,46	19	,16	1,30	82,33	2,52	69,17	14,48

Nota: t=prueba valor prueba t; gl=grados de libertad; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto consideran valores pequeños de tamaño del efecto aquellos =0,2, medios =0,5 y altos =0,8; Mndc= Media duelo complicado; DTndc= desviación típica duelo complicado; Mdc= Media duelo no complicado; DTdc= desviación típica duelo no complicado.

#### Relaciones entre las variables estudiadas

Por último, se analizaron las relaciones existentes entre las variables objeto de estudio (capacidad de atención al presente, autocompasión, duelo complicado, y edad del doliente y del fallecido). Se encontró una asociación lineal, positiva, moderada y significativa entre la atención al presente y la autocompasión. Asimismo, aquellas personas con menor autocompasión y menor capacidad de atención al presente mostraron mayores indicadores de duelo complicado. Las asociaciones lineales que se dieron entre la edad del doliente y la edad del fallecido con el resto de variables a estudio fueron bajas y no significativas (Tabla 5).

Tabla 5 Asociaciones entre las variables a estudio

	Atención plena	Autocompasión	Duelo complicado	Edad doliente	Edad fallecido
Atención plena	1				
Autocompasión	,547*	1			
Duelo complicado	-,526*	-,461*	1		
Edad doliente	-,351	-,137	,259	1	
Edad fallecido	,044	-,092	,131	,050	1

Nota: \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ .

## IV. Discusión

Dando respuesta al objetivo planteado de analizar la capacidad *mindful*, la autocompasión y los indicadores de duelo complicado en dolientes de primer grado, los resultados indican que a pesar de encontrar puntuaciones moderadas en la capacidad *mindful* y en la autocompasión en los dolientes, un porcentaje muy relevante de ellos (85,70%), mostraba indicadores de duelo complicado, después de los 6 primeros meses tras la pérdida. A pesar de que la mitad de los fallecimientos de la muestra fueron esperados, y que un gran número de participantes fueron adultos (no jóvenes ni adultos mayores), una gran parte de ellos padecía duelo complicado.

No obstante, en aquellas situaciones en las que la muerte era esperable, los dolientes mos-

traban más autocompasión por ellos mismos, se juzgaban y culpaban menos, lo que también se reflejaba en ellos una menor probabilidad de padecer duelo complicado. Así, tal y como señalaba la literatura (Arranz et al., 2003; Worden, 2013), las muertes no esperables resultarían en un factor de riesgo de desarrollo de duelo complicado, lo que se acompañaría de menores capacidades de aceptación de la pérdida y de un comportamiento con más dureza hacia ellos mismos.

De la misma manera, observamos que las mujeres mostraron menor capacidad de autocompasión y mayores indicadores de duelo complicado; aspecto que había señalado la literatura, pues generalmente las mujeres suelen sufrir con mayor frecuencia que los hombres, duelo complicado (Enez, 2018; Kersting, Brähler, Glaesmer, & Wagner, 2011). Lo anterior podría deberse a que tradicionalmente la mujer ha sido y es la cuidadora principal de las personas de su alrededor tengan o no una condición crónica de salud (Lacomba-Trejo, Casaña-Granell, Pérez-Marín, & Montoya-Castilla, 2017; Martins et al., 2019). Por ello, suelen estar más en contacto con los familiares de primer grado, desarrollando así vinculaciones más relevantes, pero mostrando un mayor agotamiento emocional que los hombres por el cuidado tanto rutinario como ante la enfermedad.

Por otra parte, aquellos dolientes que muestran sintomatología clínica de duelo complicado tienen puntuaciones significativamente menores en la capacidad para estar atentos al presente y la autocompasión. Lo anterior podría deberse porque a menudo, tras la pérdida se experimenten culpabilidad y pensamientos intrusivos que facilitan que el doliente esté pensando en el fallecido (Alonso-Llácer et al., 2019; Prigerson, et al., 2008; Shear et al., 2017; Worden, 1997; Zisook et al., 2018) y no esté en el momento presente.

De esta misma manera, podemos observar que mayor presencia de síntomas de duelo complicado se asocia con una menor capacidad para atender al presente y una menor autocompasión, aspecto que va en línea de estudios anteriores que asociaban la capacidad mindful y la autocompasión con indicadores de salud mental y física (Dahlgard et al., 2019; García-Campayo et al., 2016; Proeve et al., 2018; Ricci-Allegra, 2018). No obstante, hasta ahora, estas variables no habían sido estudiadas en personas dolientes, por lo que nuestro estudio aporta luz acerca de cómo se comportan en esta muestra.

Ahora bien, en nuestro estudio no encontramos asociación lineal con la presencia de duelo y la edad del doliente ni con la edad del fallecido, lo que va parcialmente en la línea de los datos señalados. Dado que estudios anteriores, mencionaron que ser joven o adulto mayor eran factores de riesgo para desarrollar duelo complicado (Arranz et al., 2003; Worden, 2013), quizás esta asociación no sea lineal y por ello, no se ha dado en nuestro estudio.

Posiblemente, si aumentáramos la cantidad de participantes, podríamos agruparlos en grupos de edades y observar si se dan las diferencias en función de los grupos de edad. Del mismo modo, podríamos percibir diferencias estadísticamente significativas en variables en las que se ve un tamaño del efecto moderado de una variable sobre otra. No obstante, nuestro estudio refleja la realidad de este tipo de investigaciones, es decir, la dificultad para participar de personas dolientes en la investigación clínica.

Nuestros datos pueden ayudar a detectar según los factores de riesgo y protección, aquellos dolientes que con mayor probabilidad necesitarían una intervención psicológica, previniendo las futu-

ras complicaciones. En este sentido, las intervenciones basadas en potenciar la capacidad mindful y la autocompasión podrían ser útiles para fortalecer estas habilidades (García-Campayo, Navarro-Gil, & Demarzo, 2016; Malkinso, 2019; Moscoso, 2019; Raj & Kumar, 2018; Sanz-Cruces et al., 2016), protegiendo a los dolientes ante la cronificación de la sintomatología natural en los primeros momentos tras la pérdida.

Nuestro estudio es de corte transversal, por lo que resulta imposible establecer conclusiones predictivas, es decir, no podemos conocer si debido a que los dolientes previamente tenían una menor capacidad mindful y una menor autocompasión han desarrollado un duelo complicado, o si la presencia del duelo complicado promueve que estas habilidades se vean mermadas, o si se dan ambas situaciones. Es por ello, que sería relevante llevar a cabo estudios longitudinales al respecto, con los que podríamos conocer con mayor precisión, la naturaleza de estas variables.

Futuros estudios además, podrían tener en cuenta otras variables que pueden mediar en el ajuste a la pérdida, como la presencia de psicopatología actual y la situación socioeconómica y laboral. Ahora bien, los datos presentados señalan la necesidad de continuar investigando los factores de riesgo y protección de los dolientes de primer grado, para poder desarrollar e implementar programas de intervención, teniendo en cuenta la importancia de la capacidad para estar atentos al presente y de la autocompasión, en la adaptación a la pérdida.

Lo anterior, puede ayudar a aumentar el ajuste a la pérdida de dolientes que así lo requieran, mejorando su ajuste presente y dotándoles de habilidades para aceptar con mayor facilidad futuras pérdidas, aumentando así su calidad de vida

relacionada con la salud física y emocional. También puede facilitar el desarrollo de programas de prevención de complicación del duelo en personas que no han padecido todavía fallecimientos de seres queridos, mejorando sus destrezas.

Por todo lo anterior, podemos señalar la capacidad mindful y la autocompasión como factores de protección ante el duelo complicado.

## IV. Bibliografía

- Alonso-Llácer, L. (2017). *Mindfulness y duelo: cómo la serenidad mindful y la compasión contribuyen al bienestar tras la pérdida*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia (España). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10550/59253>
- Alonso-Llácer, L., Ramos-Campos, M., Barreto-Martín, P. & Pérez-Marín, M. (2019). Modelos psicológicos del duelo: una revisión teórica. *Calidad de vida y salud*, 12(1), 65-75.
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., & Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos modelo y protocolos*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Barreto, P., de la Torre, O., & Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2013.v9.n2-3.40902](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902)
- Bellosta-Batalla, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L., (2019). La empatía en el ejercicio y formación de psicólogos clínicos y sanitaristas, y su relación con mindfulness y compasión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(2), 210-220. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1095>
- Berenguer-Pérez, M., Barreto-Martín, P., & Pérez-Marín, M. (2018). Apego y superación de la pérdida de una persona significativa. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 62-71. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1043>
- Carlson, L.E. & Brown, K.W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 29-33.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Dahlgaard, J., Jørgensen, M. M., van der Velden, A. M., Sumbundu, A., Gregersen, N., Olsen, R. K., ... Mehlsen, M. Y. (2019). Mindfulness, health, and longevity. En S.I.S. Rattan y M Kyriazis. *The Science of Hormesis in Health and Longevity* (243-255). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814253-0.00022-X>
- Enez, Ö. (2018). Complicated grief: Epidemiology, clinical features, assessment and diagnosis. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(3), 269-279. <http://dx.doi.org/10.18863/pgy.358110>
- 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.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., Piva,

- M.M. (2014). Validation of the Spanish version of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Quality of Life Outcomes*, 12(4). <http://dx.doi.org/0.1186/1477-7525-12-4>.
- García-Campayo, J., Cebolla, A., y Demarzo, M. (2016). *La ciencia de la compasión más allá de mindfulness*. Madrid: Alianza Editorial.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., & Demarzo, M. (2016). Attachment-based compassion therapy. *Mindfulness & Compassion*, 1(2), 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2016.10.004>
- Gómez-Odriozola, J., Calvete, E., Orue, I., Fernández-González, L., Royuela-Colomer, E., & Prieto-Fidalgo, Á. (2019). El programa de mindfulness "Aprendiendo a Respirar" en adolescentes haciendo la transición a la universidad: Ensayo piloto controlado aleatorizado. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 6(3), 32-38, 10.21134/rpcna.2019.06.2.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York: Delacourt.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in representative population-based sample. *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- 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). e0142027. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142027>
- Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Pérez-Marín, M., y Montoya-Castilla, I. (2017). Estrés, ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Calidad de Vida y Salud*, 10(1), 10-28.
- Limonero, J.T., Lacasta, M., García, J.A., Maté, J., & Prigerson, H.G. (2009). Adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Martins, G., Corrêa, L., Caparrol, A. J. D. S., Santos, P. T. A. D., Brugnera, L. M., & Gratão, A. C. M. (2019). Sociodemographic and health characteristics of formal and informal caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease. *Escola Anna Nery*, 23(2), :e20180327. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0327>
- Malkinson R. (2019). *REBT and Complicated Grief*. En W Dryden, M Bernard. *REBT with Diverse Client Problems and Populations*. Cham: Springer.
- Moscoso, M. (2019). Hacia una Integración de mindfulness e inteligencia emocional en psicología y educación. *Revista Peruana De Psicología*, 25(1), 107-117. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.09>
- Neimeyer, R. (2012). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós,
- Neff, K. (2003) The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self*

- and Identity, 2, 223–50.
- Nyklíček, P., Mommersteeg, S., Van Beugen, C., Ramakers, G., & Van Boxtel, XX. (2013). Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: A randomized controlled trial. *Health Psychology, 32* (10), 1110-1113.
- Prigerson, H., Vanderwerker, L., & Maciejewski, P. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165-186). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/14498-008>
- Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 91*(4), 434-449. <https://doi.org/10.1111/papt.12170>
- Raj, A., & Kumar, P. (2018). Efficacy of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR): A Brief Overview. *International Journal of Disability Human Development, 4*(1), 73-81.
- Ricci-Allegria, P. (2018). Spiritual perspective, mindfulness, and spiritual care practice of hospice and palliative nurses. *Journal Hospital Palliative Nursing, 20*(2): 172-179. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000426>
- Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H., Palao, A. (2011). Psychological changes and mindfulness-based interventions for cancer survivors. *Psicooncología, 8*(1), 7-20. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2011.v8.n1.1](http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.1)
- Sanz-Cruces, J.M., García, I.M., & Carbajo, E. (2014). Tratamiento del duelo en salud mental: una experiencia grupal. *Revista de psicoterapia, 25*(99), 115-133.
- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.
- Shear, K., Reynolds, C., Simon, N., & Zisook, S. (2017). *Grief and bereavement in adults: Clinical features*. Waltham, MA, Uptodate.
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Segovia, P., Carlos, J., & Cebolla, A. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala mindful attention awareness scale (MAAS). *Actas españolas de psiquiatría, 40*(1), 19-26.
- Soto-Rubio, A., (2018). *Beneficios de un programa de soporte para familiares de pacientes al final de la vida: estudio multicéntrico*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia (España). Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/66969/TEISIS%20DOCTORAL%20A.SOTO%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Soto-Rubio, A., Savall, F., Casaña-Granell, S., Molina, P., Giner, J., Zorio, E., ... Barreto, P. (2017). Psychosocial and adaptation factors in relatives of patients who died of sudden cardiac death. *CorSalud, 9*(3), 169-173.
- Wielgosz, J., Golberg, S.B., Kral, T.R.A., Dunne, J.D., & Davidson, R.J. (2019). Mindfulness meditation and psychopathology, *Annual Review of Clinical Psychology, 15*(1),

285-316      <https://doi.org/10.1146/annu-rev-clinpsy-021815-093423>

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.

Zisook, S., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Mauro, C., Skritskaya, N. A., ... Qiu, X. (2018). Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: A HEAL report. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(2), 17m11592 . 10.4088/JCP.17m11592.