



**Facultad de Psicología y Logopedia**

Universidad de La Laguna

# Revisión sistemática sobre la aplicación de mindfulness en procesos de duelo

---

Trabajo Fin de Máster

Autora

**Laura Dorado Nogueiras**

Tutora

**Ascensión Fumero Hernández**

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Universidad de La Laguna

Curso académico 2019-2020

## **Resumen**

El principal objetivo de este estudio ha sido conocer el grado de eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness para personas en procesos de duelo. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de la literatura en las bases de datos electrónicas Pubmed, Psycinfo y Web of Science. La combinación de los bloques de palabras clave (variantes de la técnica de mindfulness y términos referentes al duelo), permitió identificar los estudios entre los cuales doce fueron seleccionados para su revisión. Los resultados apuntan a que el mindfulness resulta eficaz en la reducción de la severidad de los síntomas del duelo, ansiedad, depresión y estrés postraumático, así como aumento en niveles de mindfulness, calidad de vida y sentido de vida. No obstante, son necesarios más estudios, con mayor rigor metodológico, que apoyen estas conclusiones.

*Palabras clave:* mindfulness, duelo, pérdida, revisión sistemática.

## **Abstract**

This systematic review aims to evaluate the effect of mindfulness on grieving process people. Electronic searches in Pubmed, Psycinfo and Web of Science were conducted. With keywords combinations (mindfulness technique's types and grief words), studies were identified, including 12 selected researches. Results suggest that mindfulness interventions are effective in reducing grief symptoms severity, anxiety, depression and posttraumatic stress, as well as quality of life and meaning of life. However, more studies are needed to clearly establish the efficacy of this technique.

*Keywords:* mindfulness, grief, lost, systematic review.

## Introducción

El duelo es la reacción psicológica normal y universal que se experimenta tras la muerte de un ser querido. Se trata de un proceso complejo y multidimensional, influido por factores físicos, psicológicos, sociales y culturales. En su desarrollo habitual, incluye manifestaciones cognitivas (tales como incredulidad/irrealidad, confusión o distorsiones cognitivas), afectivas (como pueden ser tristeza, apatía, ira o soledad), fisiológicas (como falta de aire, palpitaciones, debilidad, alteraciones del sueño o de la alimentación) y conductuales (distraibilidad, aislamiento social o híper-hipo actividad, entre otras) (Lacasta y García, 2009; en Gil, 2016).

Por lo general, la resolución de este proceso es natural y no requiere de intervención psicológica o psiquiátrica. Sin embargo, existen casos en los que el duelo no se resuelve de forma favorable y pasa a considerarse “duelo patológico” o “duelo complicado”. Debido a la relativa novedad del término, es difícil estimar su prevalencia. Sin embargo, diversas investigaciones lo sitúan entre el 7,5 y el 20% de los casos (Barreto, Yi y Soler, 2008).

Existen factores de riesgo que median en el duelo y que pueden alertar de una complicación del proceso. Éstos pueden estar relacionados con características personales, la relación con el fallecido, las características de la pérdida, o aspectos relacionales, entre otros (Barreto, de la Torre y Pérez- Marín, 2012).

En el sentido contrario, también existen factores protectores que pueden indicar un mejor pronóstico para sobrellevar las circunstancias asociadas a la pérdida. Mindfulness podría incluirse entre esas variables al tratarse de una herramienta de autocuidado que

promueve estados emocionales positivos, flexibilidad mental y capacidad de encontrar sentido a la experiencia (Alonso, 2017).

Simón (2006) define el mindfulness como la capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser consciente de los contenidos de la mente momento a momento. La instrucción fundamental de la práctica es prestar atención a los contenidos de la conciencia, sean cuales sean. La actitud adecuada para desarrollarla incluye varios componentes, como son: la aceptación, la abstención del juicio, la mente del principiante, soltar la experiencia o la bondad amorosa.

La inclusión de las prácticas meditativas orientales en la ciencia occidental es fruto de los procesos de comunicación del fenómeno de la globalización. Por su parte, la maduración de las terapias cognitivas, y en concreto el desarrollo de las terapias de tercera generación, ha permitido incluir y fructificar las técnicas de atención plena como una de sus herramientas. De ahí que la investigación psicológica actual se interese por las posibilidades terapéuticas del mindfulness.

Las técnicas terapéuticas que emplean mindfulness comenzaron a desarrollarse hace 25 años. Actualmente están protocolizadas y tienen un cuerpo creciente de evidencia a su favor. Simón (2006) enuncia las principales: la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 1982, 1990), empleada para el manejo del estrés, dolor crónico, afrontamiento ante enfermedades u otros contextos psicosociales como el de población reclusa o las relaciones de pareja; la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002), utilizada en la prevención de recaídas de la depresión; la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosal y Wilson, 1999), para aumentar la flexibilidad psicológica en situaciones en que el individuo no es capaz de vivir en plenitud; y

la terapia dialéctica conductual (DBT; Linehan, 1993), usada en población con trastorno límite de la personalidad.

Con estos antecedentes, han surgido nuevas aplicaciones de la técnica de mindfulness que no están tan desarrolladas como las mencionadas. Este es el caso de la aplicación a los procesos de duelo. Kabat-Zinn (2004) defiende que la práctica de mindfulness en este tipo de procesos permite sanar y transformar el dolor de la pérdida en amor y compasión. Supone la comprensión de la muerte como parte natural de la vida, y del dolor ante la pérdida de un ser querido. De este modo, la aceptación de la vulnerabilidad emocional facilitará la redirección del dolor hacia el crecimiento personal.

El cultivo de mindfulness es un proceso que permite observar la impermanencia de la experiencia, del mismo modo que sucede en el proceso de duelo. De ahí, su pertinencia para facilitar la cuestión. Mindfulness puede ayudar a normalizar las manifestaciones del duelo en todas sus formas, ya sean pensamientos, sensaciones, emociones o conductas.

Para Simón (2011) existen dos maneras en las que la meditación puede ser efectiva en el proceso de duelo. La primera, estaría dirigida a momentos agudos de dolor y consiste en hacer un trabajo de regulación emocional en tres fases: concienciación, aceptación y autocompasión. La segunda, es la facilitación del descubrimiento de un nuevo sentido en la vida, ante la muerte de un ser querido.

Kumar (2013) elabora un listado de tareas a realizar en el caso de duelos complicados. Éstas serían: identificar el duelo, meditación mindfulness, mindfulness del cuerpo, durmiendo con atención plena, mindfulness en movimiento, alimentación mindfulness, mindfulness en la limpieza y tareas domésticas, cultivo de la compasión y autocompasión y resiliencia mindfulness.

Gil (2016) plantea el programa MDC (mindfulness, duelo y compasión), basado en MBCT, sobre los síntomas de duelo, depresión, ansiedad y estrés en personas dolientes. El tratamiento produjo una reducción significativa de estos síntomas. También estudió el efecto sobre otras variables como: la atención plena, la compasión, los niveles de felicidad, o la circunstancia específica de duelo complicado, confirmándose la eficacia sobre la capacidad de compasión y, parcialmente en el resto de variables.

Sin embargo, no se confirmó la hipótesis de que la mejora del estado emocional causada por el entrenamiento en mindfulness fuese mayor que la que producida por el transcurso del tiempo.

Por su parte, Alonso (2017) planteó el diseño del programa MADED (mindfulness para la aceptación del dolor y las emociones en el duelo), una adaptación de MBSR para personas dolientes. La intervención contribuyó significativamente, por una parte, a aumentar el bienestar, la autocompasión y la capacidad de atención plena, y por otra, a reducir la sintomatología ansioso-depresiva, la presencia de recuerdos traumáticos, la sintomatología somática y el índice de duelo complicado. Así mismo, la práctica de mindfulness mejoró los indicadores de bienestar de: aceptación, serenidad, espiritualidad y crecimiento postraumático.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática que determine la utilidad y el alcance del mindfulness como técnica terapéutica en los procesos de duelo tras el fallecimiento de un ser querido.

Para ello, se plantean como objetivos específicos (1) comprobar el volumen de estudios dedicados al empleo del mindfulness en personas en proceso de duelo normal o patológico y extraer las claves del conocimiento actual; (2) identificar las variables

metodológicas de los distintos grupos de investigación para establecer criterios comparativos de los resultados; (3) relacionar las aportaciones de las investigaciones para establecer el punto actual de la cuestión; (4) discutir las fortalezas, limitaciones y enfoques futuros del campo de interés.

## **Método**

### **Diseño de estudio**

Se llevó a cabo una revisión sistemática de acuerdo a las directrices de la declaración PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009), utilizando la lista de comprobación de 27 ítems para asegurar la exhaustividad del estudio. Antes de comenzar esta investigación, se realizó una búsqueda preliminar para identificar protocolos potencialmente relacionados con el tema, pero no se obtuvo ningún resultado similar.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

**Tipo de estudios.** Debido al escaso volumen de estudios relacionados con el tema, se incluyeron ensayos controlados aleatorizados, no-aleatorizados, cuasi-experimentales, transversales y longitudinales. Se tuvieron en cuenta los resultados publicados en inglés o español, que hubiesen evaluado la eficacia del mindfulness en procesos de duelo. No se estableció acotación temporal en la búsqueda.

**Tipo de participantes.** Los participantes debían ser personas adultas que hubiesen perdido a un familiar o persona cercana en los últimos meses o años. También se incluyeron los familiares de pacientes paliativos con esperanza de vida menor de un año al inicio de la investigación.

**Tipo de intervención.** Se incluyeron todos los estudios que evaluaran la eficacia de un programa basado en mindfulness para la intervención en procesos de duelo. Se consideraron intervenciones individuales, hetero y autoaplicadas, y grupales.

**Grupo de comparación.** Los diseños experimentales debían incluir un grupo control basado en otra intervención psicológica (que no incluyese mindfulness entre sus componentes), un tratamiento farmacológico, si procediese, la lista de espera o la ausencia de tratamiento.

### **Tipo de medidas de resultados**

*Medidas de resultado primarias.* Los estudios incluidos evaluaban la efectividad de la intervención en base a la remisión de las manifestaciones o reducción de la gravedad del cuadro, de acuerdo con la medida post-tratamiento de los instrumentos validados psicométricamente que se hubieran utilizado.

*Medidas de resultado secundarias.* Se consideraron otras medidas de resultado: la percepción de mejora en calidad de vida, el grado de aceptación y satisfacción con el tratamiento, entre otras.

### **Estrategia de búsqueda y fuentes de información**

En mayo de 2020 se llevó a cabo la búsqueda sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos: Medline, Psycinfo y Web of Science. La búsqueda se realizó a texto completo y sin restricciones temporales a partir de los siguientes descriptores: (mindfulness OR mindfulness-based intervention OR MBI OR mindfulness-based program OR MBP OR mindfulness-based stress reduction OR MBSR OR mindfulness-based cognitive therapy OR MBCT ) AND (grief OR bereavement OR mourning ). La búsqueda se

completó con una comprobación manual de las referencias de los artículos seleccionados y en Google Scholar.

### **Proceso de preselección y selección de las referencias**

La selección fue llevada a cabo por la autora de este trabajo, identificando los estudios en las distintas bases de datos y empleando la herramienta RefWorks para la combinación y eliminación de duplicados. En la fase de preselección se cribaron las referencias por título y resumen, descartando los que no se ajustaban al objeto de interés. Después de esto, los restantes fueron examinados a texto completo para confirmar su pertinencia en la inclusión de esta revisión. Los artículos que no contaban con la información suficiente para determinar su elegibilidad, fueron excluidos.

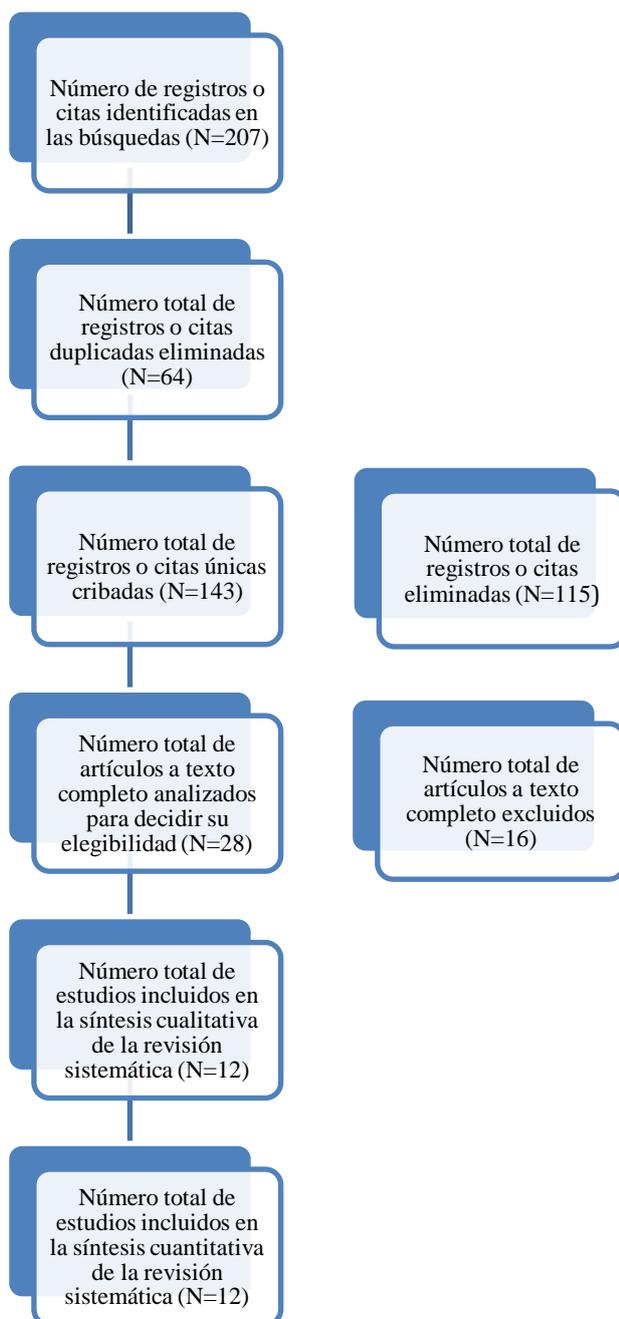
### **Extracción de los datos**

Se extrajeron los datos relevantes de cada estudio incluido en la revisión. Se tuvieron en cuenta el tipo de población de estudio y sus datos demográficos, la duración del proceso de duelo, las medidas de resultado primarias y secundarias, el diseño del estudio (tipo de intervención, número de sesiones y duración) y sus resultados. Esta información se recoge de forma sintética en el Tabla 1.

## **Resultados**

La Figura 1 muestra el diagrama de flujo del proceso de selección de las referencias identificadas. Tras eliminar las citas duplicadas, se cribaron las restantes por título y resumen, descartando las referencias que no tuvieran por objeto la temática de interés.

Posteriormente, los estudios fueron contemplados a texto completo para discriminar la tipología de los mismos. Finalmente se incluyeron para la revisión los siguientes estudios: 4 ensayos controlados aleatorizados (ECA), 1 ensayo controlado no-aleatorizado (ECNA), 5 cuasi-experimentales, 1 transversal y 1 longitudinal.



**Figura 1.** Diagrama de flujo del proceso selectivo de los estudios para la revisión sistemática.

## Características de los estudios incluidos

De los 12 estudios incluidos, cinco fueron llevados a cabo en Estados Unidos, dos en Alemania, dos en Países Bajos, uno en Taiwán, uno en Dinamarca y uno en Italia.

Los participantes de diez investigaciones se encontraban inmersos en procesos de duelo, mientras que, en los casos de Fegg et al. (2013) y Kloeger et al. (2015), los familiares de los participantes eran pacientes paliativos con esperanza de vida inferior a seis meses.

A excepción de Lenferink, Eisma, Keijser y Boelen (2017), el resto de estudios emplean intervenciones con mindfulness: intervención basada en mindfulness (IMB) (n=3, lo que constituye un 25% de los estudios incluidos), terapia existencial conductual (TEC) (n=2; un 17% de los estudios), terapia cognitiva basada en mindfulness (n=2), modelo ATTEND (n=1; 8% de artículos incluidos), visualización y mindfulness (n=1), terapia cognitivo-conductual y mindfulness (n=1) y Penta Rhei (n=1). El número de sesiones oscila entre 2 y 8 y, aunque la mayoría de intervenciones se han llevado a cabo en modalidad grupal (n=8; un 67% de los estudios seleccionados), también se incluyen intervenciones individuales (n=2) y combinadas (n=1). Los grupos de comparación empleados en los estudios experimentales, han sido la lista de espera (n=3), la relajación muscular progresiva (n=1) y la ausencia de tratamiento (n=2).

Las características más relevantes de los estudios seleccionados se recogen en la Tabla 1. En relación a la medida de mindfulness, se recogen las puntuaciones medias obtenidas en función del diseño de investigación empleado. Así, para los ensayos clínicos aleatorizados, se establece la comparación de puntuaciones postratamiento entre el grupo control y el grupo experimental. Mientras que en los estudios cuasi-experimentales sin grupo control, se compara la puntuación del constructo de mindfulness antes y después del tratamiento empleado.

Tabla 1. Estudios que ponen en relación la técnica de mindfulness con el proceso de duelo.

Autores y año	Población de estudio	Diseño del estudio (medidas)	Datos demográficos				Intervención				Grupo de comparación.	Medidas de resultado	Mindfulness		Resultados
			n	Edad	% M	Tiempo duelo	Tratamiento	H.	Nº Ses.	Mod.			$\bar{X}$ G.E. $\pm$ SD	$\bar{X}$ G.C. $\pm$ SD	
													$\bar{X}$ Pre $\pm$ SD	$\bar{X}$ Post $\pm$ SD	
Fegg et al. (2013)	Familiares de pacientes con E.V. <6 meses	ECA (pre., post., seg. a 3 y 12 meses)	133	54,5 $\pm$ 13,2	70	+ 6 sem	TEC	22	6	grupo	Sin tto.	BSI SWLS WHOQOL-BREF, QOL-NRS PANAS	N.i.	Aumento significativo (A.sig.) en Calidad de Vida (CdV) y Disminución significativa (D.sig) en ansiedad (Ans) tras TEC. Pequeño efecto en CdV a 3 meses. Medio efecto en depresión (Dep) y pequeño en CdV a 12 meses.	
O'Connor et al. (2014)	Viudos/as mayores con distrés en relación con la pérdida	ECNA piloto (pre., post. y seg. a 5 meses)	30	77 $\pm$ 4,9	70	4 años	MBCT	16	8	grupo	Lista de espera	BDI II HTQ ICG-R CES LNSeq	N.i.	D. sig. de síntomas depresivos tras MBCT a 5 meses.	
Thieleman et al. (2014)	Personas en duelo traumático	Cuasi-exptal sin GC (pre. y post.)	42	38,98 $\pm$ 11,2	71	1,71 $\pm$ 1,98 año	Modelo ATTEND	15	N.i.	ind	N.i.	IES-R HDCL-25	N.i.	Reducción en síntomas de trauma, Ans y Dep post.	

Kloeger et al. (2015)	Familiares de pacientes con E.V. < 6 meses	ECA (l.b., pre., post. y seg a 3 y 12 meses)	130	54,3 ± 13,4	71	N.i.	TEC	22	6	grupo	Sin tto.	CAMS-R FFMQ BSI GSI WHOQOL-Bref SWLS SMiLE	2,8 ± 0,5	2,7 ± 0,5	A. sig. en mindfulness tras TEC. Alta correlación entre mindfulness y CdV, satisfacción vital y bajo distrés. Predictor significativo de mejora a 3 meses.
Roberts et al. (2015)	Madres tras muerte perinatal de la India rural	Cuasi-exptal sin GC (l.b., pre. y post.)	22	18-35	100	1-7 años	IMB	N.i.	2	grupo	N.i.	HSCL-10 SWLS RCOPE PGS SPS FFMQ-SF	Des 14.67 ±1.75; No reac 14.00 ±7.66; No juz 10.17 ±3.92; Obs 12.33 ±4.92; Cons 13.50 ±1.97	Des 18.00 ±2.45; No reac 20.00 ±3.95; No juz 15.00 ±4.05; Obs 15.83 ±3.31; Cons 18.83 ±3.65	A. sig. en Obs, Des, Cons y No juz tras IMB. No D. sig. en Ans y Dep.
Roberts et al. (2016)	Madres tras muerte perinatal de la India rural	Cuasi-exptal sin GC (pre., post. y seg. a 6 sem y 1 año)	22	18-35	100	N.i.	IMB	N.i.	5+3	grupo + ind	N.i.	HSCL-10 SWLS RCOPE PGS SPS FFMQ-SF	Des 15.90 ±1.18; No reac 16.48 ±3.17; No juz 13.75 ±4.10; Obs 13.43 ±4.14; Cons 15.52 ±3.47	Des 17.42 ±1.77; No reac 18.47 ±3.03; No juz 12.20 ±2.97; Obs 17.29 ±3.45; Cons 17.23 ±3.74	D. sig. en duelo perinatal, Ans y Dep tras IMB a 1 año . A. sig. en Des, No reac, Obs y Cons.
Lenferink et al. (2017)	Parientes de personas desaparecidas	Estudio transversal	137	57,9 ± 14,1	67	+ 3 meses	N.i.	N.i.	N.i.	N.i.	N.i.	SCS UGRS ICG IDS-SR checklist DSM-5	N.i.	N.i.	Asociación significativa, negativa y moderada entre autocompasión y DP, Dep y TEPT. Efecto mediador

														de la ruminación.	
Huang et al. (2019)	Dolientes en procesos no resueltos	Cuasi-exptal sin GC (pre. y post.)	23	48,35 ± 11,14	91	6 meses a 4 años	MBCT	24	8	grupo	N.i.	TRIG GAD-7 18-item Taiwan Depression Scale, DERS T-FFMQ Stroop numérico	111,10 ±17,18	127,45 ±23,94	Reducción de emociones negativas e incremento de nivel mindfulness tras MBCT. Asociación entre baja severidad de duelo y Ans con menor activación de CCP y tálamo en Stroop.
Jain et al (2019)	Cuidadores principales de pacientes con demencia	Cuasi-exptal sin GC (pre. y post.)	23	60 ± 11	91	Duelo anticipado	Visualización y mindfulness	N.i.	4	grupo	N.i.	Marwit an Meuser Caregiver Grief Inventory QIDS FFMQ FMRI	122,3 ±19,9	129 ±23,6	Correlación negativa entre síntomas de duelo y Dep con mindfulness. Aumento de la activación en GCAD y precúneo, ante estímulos de familiares. Predicción de mejora en síntomas de duelo ante la actividad en estas áreas.
Knowles et al. (2019)	Viudos/as	ECA piloto (l.b., post. y seg. a 1 mes)	94	67,45 ± 8,94	79	6 meses a 4 años	EM	12	6	grupo	RMP y Lista de espera	ICG-R UGRS YSL-Bereaved EQ-D CES-D BFI CEQ		N.i.	D. sig. en severidad del duelo y anhelo tras ET y RMP y a un mes. D. sig. en severidad de duelo tras EM vs

														lista de espera.	
Lenferink et al. (2019)	Parientes de personas desaparecidas	ECA (pre., post. y seg. a 12 y 24 sem)	20	54,40 ± 12,79	70	+ 3 meses	TCC + mindfulness	N.i.	8	ind	Lista de espera	ICG IDS-SR checklist DSM-5 SMQ	N.i.	TCC con mindfulness coincidió con cambios en niveles de DP, Dep y TEPT.	
Scocco et al. (2019)	Dolientes por suicidios	Longitudinal	61	49,5 ± 11	80	de 98 días a 30 años	Panta Rhei	16	2	grupo	N.i.	FFMQ POMS Self-compassion scale	Des 28.5 ±5.9; No reac 19.9 ±3,9; No juz 27.6 ±6.4; Obs 25.4 ±6; Cons 26.4 ±7.7	Des 30.1 ±5.2; No reac 20.7 ±4.6; No juz 28.8 ±6.4; Obs 26.7 ±6.4; Cons 27.2 ±8	D. sig. en Ans, Dep, hostilidad, fatiga, confusión y sobreidentificación. A. sig. en Des.

*n*, muestra; %M, porcentaje de mujeres; H, horas; N° ses, número de sesiones; Mod., modalidad;  $\bar{X}$ , media; GE, grupo experimental; GC, grupo control; Pre, preintervención; Post, postintervención; EV, esperanza de vida; ECA, ensayo clínico aleatorizado; seg, seguimiento; sem, semanas, TEC, terapia existencial conductual; tto, tratamiento; BSI, Brief Symptom Inventory; SWLS, Satisfaction with Life Scale; PANAS, Positive and Negative Affect Scale; n.i., no informa; A. sig, aumento significativo; CdV, calidad de vida; D. sig., descenso significativo; Ans., ansiedad; Dep., depresión; ECNA, ensayo clínico no aleatorizado; MBCT, terapia cognitiva basada en mindfulness; BDI, Beck Depression Inventory; HTQ, Harvard Trauma Questionnaire; ICG-R, Inventory of Complicated Grief—Revised; CES, Centrality of Event Scale; LNSeq, Letter–number sequencing; exptal, experimental; ind, individual; IES-R, Impact of Event Scale-Revised; HDCL-25, Hopkins Symptom Checklist; lb; línea base; CAMS-R, Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised; FFMQ, Five Facets of Mindfulness Questionnaire; GSI, global severity index.; SMiLE, Schedule for Meaning in Life Evaluation; IMB, intervención basada en mindfulness; HSCL-10, Hopkins Symptoms Check List – 10; RCOPE, Brief Religious Coping Questionnaire; PGS, Perinatal Grief Scale; SPS, Social Provisions Scale; Des, descubrir; No reac, no reaccionar; No juz, no juzgar; Obs, observar; Cons, ser consciente; SCS, Self-Compassion Scale; UGRS, Utrecht Grief Rumination Scale ; ICG, Inventory of Complicated Grief; IDS-SR, Inventory of Depressive Symptomatology–Self-Report; DP, duelo prolongado; TEPT, trastorno de estrés postraumático; TRIG, Texas Revised Inventory of Grief; GAD, Generalized Anxiety Disorder; DERS, Difficulties in Emotion Regulation Scale; CCP, cortex cingulado posterior; QIDS, Quick Inventory of Depression Symptoms; FMRI, imagen por resonancia magnética funcional; GCAD, giro cingulado anterior dorsal; RMP, relajación muscular progresiva; YSL, Yearning in Situations of Loss scale; EQ-D, Experiences Questionnaire Decentering subscale; CES-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; BFI, Big Five Inventory Neuroticism Dimension; CEQ, Credibility/Expectancy Questionnaire; SMQ, Southampton Mindfulness Questionnaire; POMS, Profile of Mood States.

## Resultados extraídos

**Medidas de evaluación.** Los estudios revisados ofrecen medidas de distintas variables, entre las que destacan: el nivel de mindfulness, la severidad de los síntomas de duelo, los niveles de ansiedad, depresión y/o estrés postraumático y la percepción de calidad de vida y sentido de vida.

De esta forma, como medidas para la evaluación del nivel de mindfulness, seis estudios utilizaron el Five Facets of Mindfulness Questionnaire (Kloeger et al., 2015, Roberts y Montgomery, 2015; Roberts y Montgomery, 2016; Huang et al., 2019; Jain et al., 2019; Scocco, Zerbinati, Preti, Ferrari y Totaro, 2019). Además, fueron empleadas como medidas complementarias el Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (Kloeger et al., 2015) y el Self compassion scale (Scocco et al., 2019).

Para la medición de los síntomas de duelo, tres estudios se usaron del Inventory of Complicated Grief (O'Connor, Piet y Hougaard, 2014; Knowles et al., 2019; Lenferink, de Keijser, Wessel y Boelen, 2019). Dos estudios emplearon la Utrecht Grief Rumination Scale (Lenferink et al., 2017; Knowles et al., 2019). Roberts y Montgomery (2015; 2016) usaron la Perinatal Grief Scale. Huang et al. (2019), se valieron del Inventario del duelo revisado de Texas, mientras que Jain et al. (2019), emplearon el Marwit an Meuser Caregiver Grief Inventory.

Todos los estudios incluyeron medidas de los síntomas de ansiedad, depresión y/o estrés postraumático. Entre ellos, siete emplearon instrumentos de evaluación para la ansiedad: Brief Symptom Inventory (BSI) (Fegg et al., 2013; Kloeger et al., 2015), Hopkins Symptom Checklist (HDCL) (Thieleman, Cacciatore y Hill, 2014; Roberts y Montgomery, 2015; Roberts y Montgomery, 2016), Generalized Anxiety Disorder

(Huang et al., 2019), Centrality of Event Scale (Knowles et al. 2019) y Profile of Mood States (POMS) (Scocco et al., 2019).

Por otra parte, los doce estudios emplearon distintos instrumentos de evaluación para la depresión: BSI (Fegg et al., 2013; Kloeger et al., 2015), Beck Depression Inventory (O'Connor et al., 2014) HDCL (Thieleman et al., 2014; Roberts y Montgomery, 2015; Roberts y Montgomery, 2016), Inventory of Depressive Symptomatology (Lenferink et al., 2017; Lenferink et al., 2019), Taiwan Depression Scale (Huang et al., 2019), Quick Inventory of Depression Symptoms (Jain et al, 2019) y POMS (Scocco et al., 2019).

El nivel de estrés postraumático fue evaluado en cuatro estudios. Utilizaron como instrumentos: Harvard Trauma Questionnaire (O'Connor et al., 2014), Impact of Event Scale-Revised (Thieleman, 2014) y Check-list DSM-5 (Lenferink et al., 2017; Lenferink et al., 2019).

Por último, la evaluación de la calidad y sentido de vida fue llevada a cabo en cuatro estudios. Emplearon como instrumentos: Satisfaction with Life Scale (Fegg et al., 2013; Kloeger et al., 2015; Roberts y Montgomery, 2015; Roberts y Montgomery, 2016); WHO Quality of Life-BREF (Fegg et al., 2013; Kloeger et al., 2015), QOL Numeric Rating Scale (Fegg et al., 2013) y Schedule for Meaning in Life Evaluation (Kloeger et al., 2015).

**Tipo de estudios.** Según el diseño de los estudios incluidos, se encuentran: cuatro ECA (Fegg et al., 2013; Kloeger et al., 2015; Knowles et al. 2019; Lenferink et al., 2019), un ECNA (O'Connor et al., 2014) cinco estudios cuasi-experimentales sin grupo comparador (Thieleman et al., 2014; Roberts y Montgomery, 2015; Roberts y

Montgomery, 2016; Huang et al., 2019; Jain et al., 2019), un estudio transversal (Lenferink et al., 2017), y un estudio longitudinal (Scocco et al., 2019).

**Nivel de mindfulness.** En cinco casos se informaron aumentos significativos del nivel de mindfulness tras: TEC (Kloeger et al., 2015), MBCT (Huang et al., 2019), IMB, específicamente en las facetas de observación, descubrimiento, consciencia y no juzgar (Roberts y Montgomery, 2015) y tras un año desde la intervención, en las facetas observación, descubrimiento y consciencia (Roberts y Montgomery, 2016), así como en la faceta de descubrimiento tras Panta Rhei (Scocco et al., 2019).

**Severidad de los síntomas del duelo.** En cinco casos (Roberts y Montgomery, 2016; Huang et al., 2019; Jain et al., 2019; Knowles et al., 2019; Lenferink et al., 2019) se obtuvieron diferencias significativamente favorables a la intervención con mindfulness sobre la severidad de los síntomas de duelo. En Roberts y Montgomery (2016), la mejoría se mantuvo a un año, mientras que en Knowles et al. (2019) se constató la mejoría a un mes.

Por su parte, Lenferink et al. (2017), encontraron una asociación significativa, negativa y moderada entre el nivel de autocompasión y el duelo prolongado.

**Ansiedad, depresión y estrés postraumático.** Seis estudios encontraron una reducción significativa en los niveles de ansiedad postratamiento: dos tras haber aplicado TEC (Fegg et al., 2013; Kloeger et al., 2015); Thieleman et al. (2014) tras aplicar el modelo ATTEND; Roberts y Montgomery (2015; 2016) tras aplicar IMB y Scocco et al. (2019) usando como tratamiento Panta Rhei.

Nueve estudios informan de reducciones significativas en los síntomas depresivos tras aplicar como intervención: TEC (Fegg et al., 2013); MBCT (O'Connor et al. 2014; Huang et al., 2019; Lenferink et al., 2019); Thieleman et al. (2014) tras aplicar el modelo ATTEND; Roberts y Montgomery (2015; 2016) tras aplicar IMB; Jain et al. (2019) tras aplicar visualización y mindfulness y Scocco et al. (2019) usando como tratamiento Panta Rhei.

En cuanto a los síntomas asociados al estrés postraumático, se encontró una reducción significativa tras la intervención con el modelo ATTEND (Thieleman et al., 2014) y con MBCT (Lenferink et al., 2019).

Por su parte, Lenferink et al. (2017), encontraron una asociación significativa, negativa y moderada entre el nivel de autocompasión y los síntomas depresivos y de estrés postraumático.

**Calidad de vida y sentido de vida.** Fegg et al. (2013), informaron de un aumento significativo en calidad de vida tras TEC, así como un mantenimiento de pequeño efecto a los 3 y 12 meses. Por su parte, Kloeger et al. (2015), constataron un incremento de la satisfacción vital tras este tratamiento.

## **Discusión**

El principal objetivo de esta revisión sistemática era sintetizar la evidencia empírica disponible acerca de la eficacia de las técnicas de mindfulness aplicadas a procesos de duelo. Para ello, se comprobó el volumen de estudios disponibles y se identificaron las variables metodológicas para establecer criterios comparativos de los resultados. Una vez relacionadas las aportaciones de las investigaciones que permiten

establecer el punto actual de la cuestión, se da paso a la discusión de fortalezas, limitaciones y enfoques futuros del campo de interés.

En líneas generales, los resultados de los estudios incluidos indican que la intervención basada en mindfulness es efectiva para la reducción significativa de la severidad de los síntomas de duelo y afectación emocional, así como el aumento significativo en calidad de vida y satisfacción vital. Se trata de datos prometedores que requieren ser discutidos pormenorizadamente.

Por una parte, se ha constatado un aumento generalizado del nivel de mindfulness en los estudios que incluyen esta medida, tras intervenciones basadas en TEC (Kloeger et al., 2015), MBCT (Huang et al., 2019), IMB (Roberts y Montgomery, 2015; Roberts y Montgomery, 2016) y Panta Rhei (Scocco et al., 2019). Esto resulta interesante teniendo en cuenta que, como señala Payás (2010), la experiencia plena en el "aquí y el ahora" en el duelo 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. De esta forma, el procesamiento mindful de abajo-arriba permite la reorganización del material perturbador y el procesamiento adecuado para la elaboración del duelo.

Con respecto a la severidad de síntomas de duelo, se ha informado de evidencia de una reducción significativa tras IBM (Roberts y Montgomery, 2016; Knowles et al., 2019), MBCT (Huang et al., 2019), visualización y mindfulness (Jain et al., 2019) y TCC con mindfulness (Lenferink et al., 2019). En este sentido, cabe matizar que los estudios no permiten establecer diferencias entre personas en procesos de duelo normal y complicado. Esto dificulta la comparación con la literatura que defiende una eficacia

desigual según esta condición. Existe controversia en cuanto a la adecuación de la intervención en procesos de duelo normal. Sin embargo, Gil (2016) obtuvo buenos resultados tras el programa MDC tanto en personas en procesos de duelo normal como complicado, abriendo posibilidades a futuras nuevas investigaciones a este respecto.

En relación a la disminución significativa de los síntomas emocionales, se encontró una mejora en los niveles de ansiedad tras TEC (Fegg et al., 2013; Kloeger et al., 2015), modelo ATTEND (Thieleman et al., 2014), IMB (Roberts y Montgomery, 2015; Roberts y Montgomery 2016) y Panta Rhei (Scocco et al., 2019); para los niveles de depresión tras TEC (Fegg et al., 2013), MBCT (O'Connor et al. 2014; Huang et al., 2019; Lenferink et al., 2019), modelo ATTEND (Thieleman et al., 2014), IMB (Roberts y Montgomery 2015; Roberts y Montgomery 2016), visualización y mindfulness (Jain et al., 2019) y Panta Rhei (Scocco et al., 2019) y en los síntomas de estrés postraumático tras modelo ATTEND (Thieleman et al., 2014) y con MBCT (Lenferink et al., 2019).

Estos resultados apuntan en la dirección de Hasha (2015), al presentar la eficacia de la intervención MBCT para los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en personas en duelo. Según este precepto, la terapia protege de la recaída o el estancamiento en la etapa de depresión del proceso de duelo, propuesta por Kübler Ross (1969). Además, el incremento del aprendizaje de estrategias, favorece la integración de la experiencia emocional y cognitiva de personas dolientes (Cotacachi, 2017).

Por último, el aumento significativo en calidad de vida y sentido vital tras TEC (Fegg et al., 2013; Kloeger et al., 2015), es congruente con los estudios a los que hace referencia Gil (2016), y que también han encontrado una relación entre mindfulness e

indicadores de salud mental, como la satisfacción con la vida y el bienestar (autorrealización y vitalidad). Esto resulta interesante teniendo en cuenta que la satisfacción vital es considerada un factor protector en el desarrollo normal del duelo (Barreto et al., 2012).

Es necesario ser prudentes a la hora de interpretar estos resultados, debido a que las investigaciones estudiadas son escasas y existen variables metodológicas que limitan la generabilidad de los datos. Se abre, por tanto, un campo de investigación prometedor en el que pueda acumularse un mayor volumen de estudios que permitan su comparación, que utilicen muestras mayores y más homogéneas y que ofrezcan datos de seguimiento a largo plazo.

En relación a los resultados de esta revisión sistemática, deben interpretarse en el contexto de una serie de limitaciones. Por una parte, sólo se incluyeron estudios en español o inglés, existiendo la posibilidad de haber omitido investigaciones relevantes en otros idiomas. Además, puede no haberse considerado información de distribución limitada o no incluida en bases de datos electrónicas, susceptibles de ser relevantes en el tema en cuestión.

Así pues, la evidencia constatada invita a profundizar en el estudio y aplicaciones del mindfulness con el fin de ofrecer a las personas en duelo nuevas herramientas de gestión psicológica. Son necesarias más investigaciones que comparen la eficacia de las variantes de la técnica frente a otras intervenciones empíricamente validadas. El objetivo será desarrollar a partir de ahí, intervenciones eficaces y que se adapten a las necesidades universales que supone la pérdida de un ser querido.

### Referencias bibliográficas

- 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). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10550/59253>
- Barreto, P., de la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9 (2/3), 355-368. doi:10.5209/rev\_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5 (2/3) 383-400. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220383A>
- Cotacachi Cahuasqui, B. T. (2017). *Terapia cognitiva basada en mindfulness en el proceso de duelo complicado en adultos mayores* (Tesis de licenciatura, Universidad San Francisco de Quito). Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6902>
- Fegg, M. J., Brandstätter, M., Kögler, M., Hauke, G., Rechenberg-Winter, P., Fensterer, V., Küchenhoff, H., Hentrich, M., Belka, C. y Borasio, G. D. (2013). Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22(9), 2079-2086. doi:10.1002/pon.3260
- Gil, R. (2016). *Aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness y compasión a personas en duelo*. (Tesis doctoral, Universidad de Valencia). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10550/54143>
- Hasha, M. H. (2015). Mindfulness practices for loss and grief. *Bereavement Care*, 34(1), 24-28 doi: 10.1080/02682621.2015.1028201

- Huang, F-Y., Hsu, A-L., Hsu, L-M., Tsai, J-S., Huang, C-M., Chao, Y-P., Hwang, T-J. y Wu, C.W. (2019). Mindfulness improves emotion regulation and executive control on bereaved individuals: An fMRI study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 541 doi:10.3389/fnhum.2018.00541
- Jain, F. A., Connolly, C. G., Moore, L. C., Leuchter, A. F., Abrams, M., Ben-Yelles, R. W., Chang, S. E., Ramirez, L., Huey, N., Lavretsky, H. y Iacoboni, M. (2019). Grief, mindfulness and neural predictors of improvement in family dementia caregivers. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 155. doi:10.3389/fnhum.2019.00155
- 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.
- Knowles, L. M., Jovel, K. S., Mayer, C., Bottrill, K. C., Kaszniak, A. W., Sbarra, D. A. y O'Connor, M. (2019). A randomized controlled trial of a mindfulness intervention for grief in widows and widowers. *Psychosomatic Medicine*, 81(4), A144. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10150/634409>
- Kloeger, M., Brandstaetter, M., Borasio, G. D., Fensterer, V., Kuechenhoff, H., y Fegg, M. J. (2015). Mindfulness in informal caregivers of palliative patients. *Palliative & Supportive Care*, 13(1), 11-18. doi:10.1017/S1478951513000400
- 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.

- Lenferink, L. I. M., de Keijser, J., Wessel, I. y Boelen, P. A. (2019). Cognitive behavioural therapy and mindfulness for relatives of missing persons: A pilot study. *Pilot and Feasibility Studies*, 5, 93-z. doi:10.1186/s40814-019-0472-z
- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., de Keijser, J. y Boelen, P. A. (2017). Grief rumination mediates the association between self-compassion and psychopathology in relatives of missing persons. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1378052. doi:10.1080/20008198.2017.1378052
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. y Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS med*, 6(7). doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- O'Connor, M., Piet, J. y Hougaard, E. (2014). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on depressive symptoms in elderly bereaved people with loss-related distress: A controlled pilot study. *Mindfulness*, 5(4), 400-409. doi:10.1007/s12671-013-0194-x
- Payás Puigarnau, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional* Barcelona: Paidós.
- Roberts, L. R. y Montgomery, S. B. (2015). Mindfulness-based intervention for perinatal grief after stillbirth in rural India. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(3), 222-230. doi:10.3109/01612840.2014.962676
- Roberts, L. R. y Montgomery, S. B. (2016). Mindfulness-based intervention for perinatal grief in rural India: Improved mental health at 12 months follow-up.

*Issues in Mental Health Nursing*, 37(12), 942-951.  
doi:10.1080/01612840.2016.1236864

Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17, 5-30.  
Recuperado de:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/63f4/c5b7b5e56dc2a963bd5806dc1f5e7ff5d084.pdf>

Simón, V. (2011). *Aprende a practicar Mindfulness*. Barcelona: Sello editorial.

Scocco, P., Zerbinati, L., Preti, A., Ferrari, A. y Totaro, S. (2019). Mindfulness-based weekend retreats for people bereaved by suicide (Panta Rhei): A pilot feasibility study. *Psychology and Psychotherapy*, 92(1), 39-56. doi:10.1111/papt.12175

Thieleman, K., Cacciatore, J. y Hill, P. W. (2014). Traumatic bereavement and mindfulness: A preliminary study of mental health outcomes using the ATTEND model. *Clinical Social Work Journal*, 42(3), 260-268. doi:10.1007/s10615-014-0491-4