



Efectos de un programa psicoterapéutico con enfoque ecléctico en adultos en duelo por COVID-19: Estudio preexperimental

Effects of an Eclectic Psychotherapeutic Program on Adults Grieving Due to COVID-19: A Pre-experimental Study

Artículo de investigación

Ivana de Jesus Quintero Boscan¹

Resumen

El objetivo fue determinar los efectos de un programa psicoterapéutico ecléctico en adultos en duelo por COVID-19. Con un diseño cuantitativo, preexperimental y grupo único ($N = 30$), se aplicó el Inventario de Duelo Complicado de Prigerson (Limonero et al., 2009) en pretest y posttest. El análisis con prueba t de Student para muestras relacionadas mostró que la puntuación global de duelo disminuyó significativamente tras 15 sesiones (pretest: $M = 23.83$, $SD = 12.72$; posttest: $M = 9.33$, $SD = 10.60$; $t(29) = 4.656$, $p < .001$), al igual que sus dimensiones cognitiva ($t(29) = 4.815$, $p < .001$), emocional ($t(29) = 4.302$, $p < .001$) y conductual ($t(29) = 2.337$, $p = .027$). Los resultados sugieren que el programa atenuó las manifestaciones del duelo, respaldando las intervenciones integrativas en salud pública y apoyo psicosocial.

Palabras claves: COVID-19, duelo, intervención psicológica, programa psicoterapéutico, psicoterapia ecléctica, salud mental.

Recibido: 15 de mayo de 2026
Received: 15 May 2026

Aceptado: 17 de agosto de 2026
Accepted: 17 August 2026

Abstract

This study aimed to determine the effects of an eclectic psychotherapeutic program in adults bereaved due to COVID-19. Using a quantitative, preexperimental, single-group design ($N = 30$), Prigerson's Inventory of Complicated Grief (Limonero et al., 2009) was administered at pretest and posttest. Paired samples t -tests showed a statistically significant reduction in global grief scores following 15 sessions (pretest: $M = 23.83$, $SD = 12.72$; posttest: $M = 9.33$, $SD = 10.60$; $t(29) = 4.656$, $p < .001$), as well as in cognitive ($t(29) = 4.815$, $p < .001$), emotional ($t(29) = 4.302$, $p < .001$), and behavioral ($t(29) = 2.337$, $p = .027$) dimensions.

¹ Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.
<https://orcid.org/0009-0001-9998-3988>
Correo electrónico: ivanaquinterob@gmail.com



Findings suggest the program favorably reduced grief symptoms, supporting integrative interventions in public health and psychosocial support.

Keywords: COVID-19, grief, psychological intervention, psychotherapeutic program, eclectic psychotherapy, mental health.

Introducción

La pandemia por COVID-19, decretada por la Organización Mundial de la Salud en 2020, se constituyó en un fenómeno social de trascendencia e impacto global cuyas secuelas en la salud mental comunitaria persisten en la actualidad. Millones de personas fallecieron a causa de la enfermedad en hogares y centros hospitalarios. Parrales y Reyes (2021) señalaron que la población experimentó estados emocionales de elevada intensidad, tales como angustia, estrés, ira y tristeza, derivados de la naturaleza masiva, repentina y vertiginosa de los decesos. Asimismo, Castillo y Orrala (2020) destacaron que los sistemas de salud se vieron severamente desbordados debido a la extrema dificultad para adaptar los protocolos asistenciales en medio de la emergencia sanitaria. Estas cuantiosas pérdidas humanas implicaron un repunte significativo en los casos de duelo, afectando la estabilidad psicosocial de familias, comunidades y personal de salud. Para abordar rigurosamente esta problemática, es necesario delimitar conceptualmente las respuestas ante la pérdida.

El duelo es un proceso adaptativo ante la muerte de un ser querido que involucra respuestas psicológicas, afectivas y conductuales. De acuerdo con Meza et al. (2008), mientras el duelo normal evoluciona hacia la reestructuración adaptativa de la vida, el duelo complicado o patológico implica una fijación en la sintomatología que altera de manera persistente las áreas de funcionamiento del

individuo, requiriendo atención especializada. Durante la pandemia y en la fase de pospandemia, la vivencia del duelo se vio sustancialmente alterada; las medidas de aislamiento social y la restricción estricta de las exequias privaron a los dolientes del acompañamiento comunitario habitual.

Zambrano (2021) y Torres (2021) explican que la interrupción de los ritos funerarios obstaculizó la descarga emocional colectiva, incrementando la vulnerabilidad al duelo complicado. En esta línea, Eisma y Tamminga (2020) demostraron que quienes perdieron seres queridos por COVID-19 presentaron niveles significativamente más altos de sintomatología aguda en comparación con pérdidas por otras causas. Para la evaluación empírica de este fenómeno, el modelo de Prigerson et al. (Limonero et al., 2009) permite operacionalizar el duelo complicado a través de tres dimensiones fundamentales: la cognitiva (pensamientos intrusivos, incredulidad y preocupación por el fallecido), la emocional (dolor psíquico, soledad y amargura) y la conductual (evitación de recordatorios y alteración de rutinas).

La efectividad de los abordajes terapéuticos frente al duelo acentuado por la emergencia sanitaria ha sido documentada en diversos antecedentes. González y Ramírez (2021) e Interim et al. (2021) identificaron elevada sintomatología afectiva e imposibilidad de cierre ante la falta de rituales de despedida, mientras que Holmes et al. (2021) enfatizaron la necesidad de implementar



programas institucionales de apoyo emocional. En respuesta a ello, Fuentes et al. (2015) demostraron la eficacia de protocolos estructurados en la reducción de la ansiedad y la tristeza, y Gil y Rodríguez (2022) ratificaron las bondades del formato grupal para la validación emocional y el fortalecimiento de la autoestima.

Específicamente en el ámbito de abordajes integrativos, Medina (2020) aplicó un programa basado en el eclecticismo técnico logrando reducciones significativas en la sintomatología depresiva, mientras que Salcido et al. (2021) reportaron incrementos en la regulación emocional mediante la Inteligencia Emocional Plena. Estudios recientes sobre las secuelas del duelo en la pospandemia (Smith y Jones, 2023; Wang et al., 2024) reiteran que la persistencia de síntomas afectivos requiere modelos de atención psicológica adaptados y evaluados empíricamente.

A pesar del avance en la investigación, persiste la necesidad de evaluar intervenciones psicoterapéuticas que articulen de forma pragmática herramientas de distintas escuelas para atender la sintomatología multidimensional del duelo por COVID-19. Feixas y Miró (1993) conciben el enfoque ecléctico como la selección e integración pragmática de las técnicas más efectivas de diversos modelos teóricos, adaptándolas a las necesidades de los participantes sin adscribirse de forma rígida a una sola escuela.

En el programa de 15 sesiones evaluado en este estudio, todas las técnicas mencionadas fueron efectivamente aplicadas en las sesiones grupalmente bajo un criterio de selección orientado directamente a las dimensiones del

Inventario de Duelo Complicado: 1) para la dimensión cognitiva, técnicas cognitivo-conductuales (reestructuración) y mindfulness; 2) para la dimensión emocional, el enfoque Humanista-Gestáltico (silla vacía, expresión emocional) y el marco Psicoanalítico (asociación libre y catarsis guiada); y 3) para la dimensión conductual, técnicas psicosociales y expresivas (arteterapia, musicoterapia, biodanza y expresión corporal) orientadas a la activación y reacondicionamiento de la rutina. En función de lo expuesto, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de un programa psicoterapéutico con enfoque ecléctico sobre los puntajes de duelo en adultos que perdieron a un ser querido por COVID-19? Para responder a esta interrogante, se estableció como objetivo general determinar los efectos de un programa psicoterapéutico basado en el enfoque ecléctico en adultos en duelo por COVID-19. Finalmente, se puso a prueba la siguiente hipótesis de trabajo (H1): La aplicación de un programa de intervención psicoterapéutica con enfoque ecléctico produce una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de sintomatología de duelo en adultos que perdieron a un ser querido por COVID-19.

Metodología

Diseño de investigación

Se empleó un enfoque cuantitativo con un diseño preexperimental de grupo único con medición pretest y posttest. El estudio tuvo un carácter explicativo y de campo, orientado a determinar los cambios observados en los puntajes de duelo tras la aplicación de una intervención psicoterapéutica. Dada la naturaleza preexperimental del diseño y la ausencia de un grupo control concurrente, los



resultados se interpretan estrictamente como modificaciones asociadas a la participación en el programa y no como inferencias de causalidad directa, reconociendo la posible influencia de variables extrañas como la historia, la maduración o el apoyo social externo.

Contexto, población y muestra

La recolección de datos y la aplicación del programa se llevaron a cabo en la ciudad de Maracaibo (Estado Zulia, Venezuela). El contexto de captación inicial estuvo vinculado al Hospital III Psiquiátrico de Maracaibo, institución pública de salud mental que sirvió como punto de referencia institucional para la difusión del estudio entre el personal trabajador y los visitantes de la consulta externa durante el periodo posagudo de la pandemia por COVID-19. La modalidad de la intervención fue presencial en espacios acondicionados de la institución, bajo el cumplimiento estricto de las normas de bioseguridad e higiene vigentes.

La población objetivo estuvo conformada por adultos en proceso de duelo por la muerte de un familiar o allegado cercano debido al virus SARS-CoV-2. Se utilizó un muestreo no probabilístico por acumulación o "bola de nieve", iniciado con participantes captados en el centro hospitalario quienes identificaron y refirieron a otros sujetos en condición similar. La muestra final estuvo constituida por 30 adultos ($n = 30$). Este tamaño muestral se considera adecuado y representativo para investigaciones preexperimentales y de prueba piloto de programas psicoterapéuticos, si bien se reconoce como una limitación para la generalización de los hallazgos a la población general.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: tener entre 18 y 60 años de edad; haber sufrido la pérdida de un familiar o amigo cercano con diagnóstico confirmado o presuntivo de COVID-19; presentar un tiempo transcurrido desde el fallecimiento no menor a 3 meses y no mayor a 24 meses al momento de la evaluación inicial; aceptar voluntariamente participar mediante la firma del consentimiento informado; contar con la capacidad cognitiva y disponibilidad de tiempo para asistir de manera continuada a las sesiones grupales presenciales.

Para los criterios de exclusión comprendieron: manifestación de ideación o conducta suicida activa al momento de la evaluación inicial; diagnóstico o presencia de sintomatología psiquiátrica agudizada (trastornos psicóticos, bipolaridad no controlada o consumo severo de sustancias) que impidiera el trabajo psicoterapéutico en formato grupal; estar recibiendo otra intervención psicoterapéutica individual o grupal de manera simultánea.

Todos los participantes ($n = 30$) completaron el 100 % de las sesiones planificadas, no registrándose deserciones ni pérdidas en el seguimiento (tasa de retención del 100 %). Las características sociodemográficas de la muestra indicaron un rango de edad comprendido entre los 22 y 58 años ($M = 38.4$, $SD = 10.2$); un 70 % de participación femenina ($n = 21$) y un 30 % masculina ($n = 9$); el 63.3 % reportó la pérdida de un familiar de primer grado de consanguinidad (padres, cónyuge o hijos) y el 36.7 % la pérdida de colaterales o amigos cercanos.

Instrumentos de medición



Para la evaluación de la variable dependiente se utilizó el Inventario de Duelo Complicado (Inventory of Complicated Grief, ICG) desarrollado por Prigerson et al. y validado en versión española por Limonero et al. (2009). El instrumento es de libre uso para fines de investigación académica no comercial. Consta de 19 ítems estructurados en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algunas veces, 3 = a menudo, 4 = siempre), con un rango de puntuación total entre 0 y 76 puntos, donde a mayor puntaje se evidencia una mayor severidad de la sintomatología de duelo complicado.

El inventario evalúa tres dimensiones factoriales primarias: la primera: Dimensión Cognitiva (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 y 18; denominados "recuerdos y preocupación por el difunto"). La segunda: Dimensión Emocional (ítems 6, 9, 10, 11, 14, 17 y 19; denominados "sensación de vacío y dolor psíquico"). La tercera y última: Dimensión Conductual (ítems 12, 13, 15 y 16; denominados "presencia-vivencia y alteración de patrones cotidianos").

De acuerdo con los baremos estandarizados por Limonero et al. (2009), se utilizó como punto de corte una puntuación global superior a 25 puntos (>25) para categorizar la presencia de duelo complicado o patológico, mientras que puntuaciones iguales o inferiores a 25 (≤ 25) señalan manifestaciones de duelo adaptativo o normal. En cuanto a sus propiedades psicométricas, la adaptación de referencia reporta un Alfa de Cronbach de .88 y una confiabilidad test-retest de .81. En la presente muestra de estudio ($n = 30$), la consistencia interna calculada arrojó un Alfa de Cronbach de .89 para la escala global, .82 para la dimensión cognitiva, .80 para la dimensión emocional

y .76 para la dimensión conductual, confirmando una alta fiabilidad en el contexto evaluado.

El instrumento fue digitalizado a través de la plataforma Google Forms y administrado en formato online en las fases de pretest y postest. Esta modalidad de aplicación virtual garantizó la precisión en el registro de las respuestas, evitó la pérdida de datos y facilitó la accesibilidad de los participantes sin alterar la validez factorial del instrumento.

Programa de intervención psicoterapeuta

El programa consistió en una intervención estructurada de 15 sesiones grupales presenciales con una duración de 120 minutos por encuentro, administradas a razón de tres sesiones semanales durante un periodo aproximado de seis semanas. La intervención fue diseñada y conducida por un equipo de profesionales especialista en Psicología Clínica con formación avanzada en abordaje de duelo y técnicas integrativas.

Cada sesión se organizó operativamente en tres bloques temporales: Bloque 1 (30 min): Encuadre teórico y psicoeducación sobre la temática. Bloque 2 (60 min): Aplicación práctica de técnicas vivenciales, expresivas y reestructurativas. Y el Bloque 3 (30 min): Integración, retroalimentación grupal y asignación de tareas de trabajo personal para el hogar. La articulación de las técnicas según el enfoque ecléctico (Feixas y Miró, 1993) y su correspondencia con las dimensiones del duelo se sintetiza en la Tabla 1.



Tabla 1.

Estructura del Programa Psicoterapéutico Ecléctico para Adultos en Duelo por COVID-19

Sesión	Objetivo de la Sesión	Enfoque Terapéutico	Técnica Aplicada	Actividad Central	Tarea para Casa	Dimensión del Duelo
1	Encuadre, cohesión grupal y evaluación inicial.	Psicosocial / Humanista	Encuadre y contrato terapéutico.	Presentación, normas del grupo y firma de consentimiento.	Diario de emociones.	Emocional
2	Psicoeducación sobre el duelo por COVID-19.	Cognitivo-Conductual (TCC)	Psicoeducación.	Clarificación de mitos y etapas del duelo pandémico.	Registro de pensamientos intrusivos.	Cognitiva
3	Identificación de pensamientos automáticos y culpa.	TCC / Cognitiva	Reestructuración cognitiva.	Identificación y debate de distorsiones sobre la pérdida.	Registro DTR (Pensamiento-Emoción).	Cognitiva
4	Expresión y descarga afectiva reprimida.	Psicoanalítico	Catarsis guiada / Asociación libre.	Expresión verbal y gráfica del dolor reprimido.	Carta no enviada al fallecido.	Emocional
5	Procesamiento de la despedida no realizada.	Gestalt / Humanista	Técnica de la Silla Vacía.	Diálogo simbólico para cerrar asuntos pendientes.	Reflexión sobre el legado del difunto.	Emocional



6	Regulación de la ansiedad y rumiación.	Tercera Generación	Mindfulness y atención plena.	Ejercicios de respiración consciente y escáner corporal.	Práctica diaria de respiración (10 min).	Cognitiva / Conductual
7	Procesamiento del dolor a través del arte.	Psicoanalítico / Expresivo	Arteterapia.	Elaboración de un collage/pintura del vínculo afectivo.	Escrito integrativo sobre la obra.	Emocional
8	Proyección emocional y catarsis sonora.	Psicosocial / Expresivo	Musicoterapia receptiva y activa.	Audición de piezas evocativas y vocalización de emociones.	Lista de canciones significativas.	Emocional
9	Desbloqueo corporal y liberación de tensión.	Expresivo / Corporal	Biodanza y movimiento guiado.	Expresión corporal de la pérdida y la recuperación.	Estiramientos y registro de sensaciones.	Conductual
10	Reestructuración de la memoria y recuerdos.	TCC / Cognitiva	Procesamiento de recuerdos intrusivos.	Transformación de memorias traumáticas en recuerdos sanos.	Álbum simbólico de memoria positiva.	Cognitiva
11	Manejo de conductas de evitación y aislamiento.	TCC / Conductual	Activación conductual.	Planificación gradual de actividades cotidianas.	Cumplimiento de rutina programada.	Conductual



12	Redefinición del significado de la pérdida.	Humanista / Logoterapia	Búsqueda de sentido.	Identificación de aprendizajes y valores resilientes.	Redacción del proyecto personal.	Cognitiva / Emocional
13	Fortalecimiento del apoyo social y red externa.	Psicosocial	Dinámicas de red social.	Mapeo de recursos comunitarios y familiares.	Contacto con una persona de apoyo.	Conductual
14	Consolidación de logros y prevención de recaídas.	TCC / Integrativo	Plan de afrontamiento futuro.	Anticipación de fechas significativas y aniversarios.	Elaboración de plan de emergencia emocional.	Cognitiva / Conductual
15	Cierre, despedida del espacio grupal y postest.	Integrativo / Gestalt	Ritual de cierre grupal.	Compartir de experiencias, evaluación postest y despedida.	Compromiso con la nueva vida.	Global

Fuente: Elaboración propia.

Procedimiento y análisis estadístico

El procedimiento se dividió en tres fases: fase 1: preparatoria y pretest: contacto telefónico, reunión informativa virtual, firma del consentimiento informado digital y aplicación del ICG pretest vía Google Forms. Fase 2: de intervención: ejecución presencial de las 15 sesiones del programa psicoterapéutico en el espacio institucional asignado. Fase 3 de postest y procesamiento: aplicación del ICG postest inmediatamente al finalizar la sesión 15.

Los datos tabulados se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS (versión 26.0). Se aplicó estadística descriptiva (medias, desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes) y estadística inferencial mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas (previo contraste de los supuestos de normalidad mediante la prueba Shapiro-Wilk). Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas con un nivel de significación de $p < .05$.

Consideraciones éticas y protocolo de contingencia

La investigación respetó estrictamente los principios éticos para la investigación con



seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki y el Código de Ética Profesional del Psicólogo de Venezuela. El proyecto contó con el aval institucional y la autorización de la directiva del Hospital III Psiquiátrico de Maracaibo para la captación y uso de instalaciones.

El consentimiento informado se formalizó de manera digital previo al inicio del estudio, detallando los objetivos, el carácter gratuito e incentivo-libre de la participación, la voluntariedad del proceso y el derecho al retiro en cualquier etapa sin perjuicio alguno.

Se garantizó el anonimato de los datos mediante la asignación de códigos alfanuméricos para proteger la identidad de los participantes.

Frente a la vulnerabilidad psicológica de la población, se implementó un Protocolo de Atención y Derivación ante Riesgo Emocional: en caso de identificarse crisis de angustia aguda, sintomatología depresiva severa o ideación suicida durante el transcurso del programa, el participante contaba con acceso inmediato a atención psicoterapéutica individualizada de contención y, de ser necesario, a la derivación directa al servicio de psiquiatría y salud mental del Hospital III Psiquiátrico de Maracaibo.

Resultados

Para responder al objetivo de la investigación, los análisis se ejecutaron mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (Versión 26), fijando un nivel de significancia $\alpha = .05$.

En primera instancia, se verificó el supuesto de normalidad en las puntuaciones de diferencia (postest-

pretest) mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Los datos mostraron una distribución normal tanto en la escala global de duelo ($W = 0.962$, $p = .314$) como en las dimensiones de síntomas cognitivos ($W = 0.958$, $p = .280$), síntomas emocionales ($W = 0.971$, $p = .521$) y síntomas conductuales ($W = 0.949$, $p = .158$). Al cumplirse la condición de normalidad, se justificó el uso de la prueba t de Student para muestras relacionadas.

Análisis descriptivo pretest y postest

En la evaluación previa a la intervención (pretest), la puntuación promedio del duelo total se ubicó en la categoría de duelo normal ($M = 23.83$, $SD = 12.72$), aunque próxima al límite superior del baremo (>25.00 indica duelo patológico). Al desglosar las dimensiones, los síntomas cognitivos se posicionaron en el rango patológico ($M = 14.20$, $SD = 6.92$), mientras que los síntomas emocionales ($M = 7.60$, $SD = 5.48$) y conductuales ($M = 2.03$, $SD = 1.96$) se situaron en rangos adaptativos o normales.

Posterior a la ejecución del programa psicoterapéutico (postest), se observó una reducción descriptiva en la media del duelo total ($M = 9.33$, $SD = 10.60$), así como en sus dimensiones: síntomas cognitivos ($M = 5.83$, $SD = 5.76$), emocionales ($M = 2.56$, $SD = 3.48$) y conductuales ($M = 0.93$, $SD = 1.80$). Cabe destacar que la dimensión cognitiva transitó del rango patológico al rango normal.

La Tabla 2 condensa los datos descriptivos comparativos.



Tabla 2.

Estadísticos descriptivos del duelo y sus dimensiones antes y después de la intervención (n = 30)

Variable y Dimensiones	Pretest M(SD)	Categoría Pretest	Postest M(SD)	Categoría Postest
Síntomas cognitivos	14.20 (6.92)	Patológico	5.83 (5.76)	Normal
Síntomas emocionales	7.60 (5.48)	Normal	2.56 (3.48)	Normal
Síntomas conductuales	2.03 (1.96)	Normal	0.93 (1.80)	Normal
Duelo Total	23.83 (12.72)	Normal	9.33 (10.60)	Normal

Nota. Puntaje total de Duelo > 25.00 se clasifica en rango patológico o duelo complicado.

Fuente: Elaboración propia.

Para corroborar la significancia estadística de los cambios observados entre la evaluación pretest y postest, se aplicó la prueba t de Student para muestras relacionadas y se estimó el tamaño del efecto mediante la dz de Cohen para medidas repetidas.

Los resultados revelan disminuciones estadísticamente significativas en la puntuación total de duelo ($t(29) = 4.66$, $p < .001$) con un tamaño del efecto grande ($dz = 0.85$). En cuanto a las dimensiones, los síntomas cognitivos presentaron la mayor reducción ($t(29) = 4.82$, $p < .001$, $dz = 0.88$), seguidos de los síntomas emocionales ($t(29) = 4.30$, $p < .001$, $dz = 0.78$), ambos con efectos de gran magnitud. La dimensión de síntomas conductuales también registró una disminución estadísticamente significativa ($t(29) = 2.34$, $p = .027$, $dz = 0.43$) con un tamaño del efecto moderado. La Tabla 2 detalla las diferencias pareadas, errores estándar, intervalos de confianza y estadísticos de contraste.

Tabla 3.

Comparación de medias pareadas pretest - postest en la escala de duelo y sus dimensiones (n = 30)

Pares Comparados	M _{dif}	SD _{dif}	EE _{dif}	IC 95% de la Diferencia [Inferior, Superior]	t	gl	p	d _c
Par 1: Duelo Total	14.50	17.06	3.12	[8.12, 20.88]	4.66	29	< .001	0.85
Par 2: Síntomas Cognitivos	8.37	9.52	1.74	[4.81, 11.92]	4.82	29	< .001	0.88
Par 3: Síntomas Emocionales	5.03	6.41	1.17	[2.64, 7.43]	4.30	29	< .001	0.78
Par 4: Síntomas Conductuales	1.10	2.58	0.47	[0.14, 2.06]	2.34	29	.027	0.43

Nota. Mdif = Media de las diferencias (Pretest-Postest); SDdif = Desviación estándar de las diferencias; EEdif = Error estándar de la media de las diferencias; dz = d de Cohen para muestras pareadas (0.20 = pequeño, 0.50 = mediano, 0.80 = grande).

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de cambio individual y relevancia clínica

A nivel clínico individual, antes de la aplicación del programa psicoterapéutico, un 43.3% (n = 13) de los participantes presentaba puntuaciones correspondientes a duelo patológico o complicado (puntaje > 25.00). Tras la finalización de la intervención, el 100% (n = 13) de dichos participantes remitió hacia el rango de duelo normal o adaptativo (≤ 25.00), mientras que los 17 participantes restantes (56.7%), que inicialmente puntuaban en rango normal pero cercano al límite de riesgo, mantuvieron y mejoraron su estabilidad adaptativa en el postest. No se registraron casos de deterioro clínico o incremento significativo en las puntuaciones.



Discusión

Los resultados del presente estudio sugieren cambios favorables en la sintomatología del duelo posterior a la implementación del programa psicoterapéutico ecléctico. Específicamente, se constató una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de duelo total, así como en las dimensiones cognitiva, emocional y conductual.

En la fase inicial (pretest), la presencia de sintomatología cognitiva en rango patológico coincidía con lo expuesto por Meza et al. (2008) y Limonero et al. (2009), quienes señalan que las rumiaciones, la incredulidad, el anhelo persistente y las distorsiones sobre el fallecimiento suelen anclar al doliente obstaculizando la resolución adaptativa. Hallazgos similares han sido reportados por Fuentes et al. (2015) y Salcido et al. (2021), en cuyos estudios los participantes expuestos a pérdidas disruptivas exhibieron de forma predominante pensamientos intrusivos y estancamiento cognitivo.

La marcada reducción de la sintomatología cognitiva observada en el posttest ($d_z = 0.88$) concuerda con lo descrito por Campos (2017) respecto a la utilidad de las técnicas cognitivo-conductuales (como la reestructuración cognitiva y la detención del pensamiento) para modificar esquemas desadaptativos asociados a la pérdida. Asimismo, la disminución de los síntomas emocionales y conductuales se alinea con las aportaciones de Salcido et al. (2021) y Medina (2020), quienes demostraron que la integración de abordajes como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), el Mindfulness, el trabajo gestalt con la silla vacía y la expresión creativa (arteterapia y biodanza) facilitan la

regulación de afectos disfuncionales como la culpa, la ira y la desolación.

No obstante, en virtud del diseño preexperimental de un solo grupo con pretest y posttest utilizado en este estudio, no es posible atribuir la causalidad de los cambios de forma concluyente ni categórica al programa psicoterapéutico. Existen explicaciones alternativas que deben considerarse al interpretar la disminución de los puntajes:

- Efecto del tiempo: El transcurso natural del tiempo favorece progresivamente la habituación y habituación emocional ante la pérdida.
- Factores del grupo de apoyo: El mero hecho de compartir espacio con pares que atraviesan vivencias semejantes provee soporte psicosocial e invalidación del aislamiento (factor inespecífico del grupo).
- Expectativas de mejora y reactividad: La participación voluntaria y las expectativas depositadas en la intervención pueden inducir sesgos de respuesta o deseo de complacencia en los instrumentos de autoinforme (deseabilidad social).
- Tratamientos o soportes externos: No se controló de forma estricta la recepción concomitante de apoyo familiar, espiritual o farmacológico durante las semanas que duró la intervención.

Limitaciones del estudio

La generalización de estos hallazgos se encuentra restringida por diversas limitaciones metodológicas:

- Muestra reducida y no probabilística: El tamaño muestral ($n = 30$)



seleccionado por conveniencia limita la validez externa.

- Ausencia de grupo control: Al carecer de un grupo de comparación no equivalente o sin tratamiento, no es posible aislar el efecto de la maduración o de variables extrañas.
- Sesgo de medida: La evaluación se fundamentó exclusivamente en instrumentos de autoinforme, susceptibles a la deseabilidad social o variaciones temporales del estado de ánimo.
- Falta de seguimiento longitudinal: La ausencia de una medición de seguimiento (p. ej., a los 3 o 6 meses) impide verificar el mantenimiento de las ganancias terapéuticas a largo plazo.

Relevancia multidisciplinaria e implicaciones

A pesar de las limitaciones señaladas, la propuesta de estructurar intervenciones eclécticas posee una amplia relevancia multidisciplinaria. En el campo de la psicología clínica y la salud mental comunitaria, este esquema ofrece una ruta estructurada para el abordaje del duelo en servicios públicos de salud o centros de atención primaria. Asimismo, en el contexto de la salud pública y el trabajo psicosocial, proporciona herramientas de bajo costo y alta replicabilidad para la gestión de secuelas emocionales complejas derivadas de emergencias sanitarias o pérdidas masivas.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos y del proceso de intervención, se determinó que la aplicación del programa psicoterapéutico se acompañó de una disminución estadísticamente significativa

en la sintomatología desadaptativa del duelo en los adultos participantes, dando respuesta favorable a la hipótesis planteada.

- Efecto sintomático y funcional: El programa no solo contribuyó a la reducción del malestar sintomático inmediato, sino que promovió el desarrollo de competencias socioemocionales para el afrontamiento de la pérdida, facilitando la reestructuración de pensamientos intrusivos y el ajuste a nuevos roles cotidianos.
- Procesamiento de la pérdida en contexto de pandemia: El uso de técnicas expresivas y recursos simbólicos favoreció la elaboración del duelo en el escenario pospandémico, mitigando el impacto derivado de la imposibilidad de realizar acompañamientos hospitalarios o rituales funerarios tradicionales.
- Factores psicosociales asociados: Los hallazgos confirman que las restricciones sanitarias y las brechas socioeconómicas incrementaron la vulnerabilidad al estancamiento sintomático, demostrando la utilidad del abordaje grupal para desmitificar la represión emocional y reincorporar la vivencia de la muerte como parte del ciclo vital.
- Alcance metodológico cauteloso: Los hallazgos no permiten establecer causalidad definitiva debido al diseño preexperimental empleado, pero respaldan la pertinencia de continuar evaluando programas psicoterapéuticos estructurados mediante metodologías con grupo control y seguimiento a largo plazo.



Referencias

- Campos, A. (2017). *Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) al duelo* [Tesis de grado, Universidad de Jaén]. Repositorio Institucional Tauja. https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/5891/1/Campos_Pedrosa_Ana_TFG_Psicologia.pdf
- Castillo, F. X. A., & Orrala, J. E. A. (2020). *Estrategias de afrontamiento del duelo en diferentes grupos poblacionales durante la pandemia del COVID-19 en la ciudad de Guayaquil* [Tesis de grado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional UG. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52928>
- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief before and during the COVID-19 pandemic: Multiple group comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), e1–e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.024>
- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Ediciones Paidós.
- Fuentes, J. M. S., Crespo, M. G. S., & Hernando, F. J. V. (2015). *Eficacia de un protocolo de intervención psicológica en procesos de duelo patológico* [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=75520>
- Gil, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103–116.
- Gil, G., & Rodríguez, M. (2022). Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 139–148. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1127>
- González, C., & Ramírez, P. (2021). *Duelo por muerte de familiares con COVID-19: Análisis de vivencias con población adulta* [Tesis de grado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional UG. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/55644>
- Holmes, M. R., Rentrop, C. R., Korsch-Williams, A., & King, J. A. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on posttraumatic stress, grief, burnout, and secondary trauma of social workers in the United States. *Clinical Social Work Journal*, 49(4), 495–504. <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00795-y>
- Jaramillo, S. A. (2020). Intervenciones psicológicas basadas en el arte para acompañar procesos de duelo: Un estado del arte. *Arteterapia. Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*, 15, 1–10. <https://doi.org/10.5209/arte.64538>
- Kübler-Ross, E. (2016). *Sobre la muerte y los moribundos* (2.ª ed.). Random House Mondadori.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2016). *Sobre el duelo y el dolor: Cómo encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas*. Ediciones Luciérnaga.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., & Gómez-Benito, J. (2009). Adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291–297.
- López, M. S. (1995). *Biodanza en tanatología y manejo del duelo* [Tesis de titulación, Escuela de Biodanza]. Escuela Colombiana de Biodanza. <https://www.biodanzacolombia.com/wp-content/uploads/2021/04/Tesis-Myriam-Sofia-Lopez.pdf>



- Medina, M. F. M. (2020). *No somos nadie, cuando lo somos todo: Un programa de intervención en duelo complicado en situación de COVID-19 para personas mayores que viven en residencias* [Trabajo de fin de máster, Universidad de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/172410>
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., & Bores, B. (2008). El proceso del duelo: Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28–31.
- Mortazavi, S. S., Shahbazi, N., Taban, M., Alimohammadi, A., & Shati, M. (2021). Mourning during Corona: A phenomenological study of grief experience among close relatives during COVID-19 pandemic. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 88(4), 1324–1341. <https://doi.org/10.1177/00302228211032736>
- Parralles, A. M., & Reyes, A. S. (2021). *Análisis de la valoración emocional frente al duelo en tiempos de COVID-19* [Tesis de licenciatura, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional UG. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/55163>
- Salcido, C. L., Jiménez, J. O., Ramos, N., & Sánchez, C. M. (2021). Intervención en duelo y Mindfulness. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.15332/25563067.6537>
- Torres, D. (2006). Ritos de paso: Ritos funerarios (La búsqueda de la vida eterna). *Paradigma*, 27(1), 349–363.
- Zambrano, C. M. (2021). *Los procesos de duelo ante la pérdida de un ser querido durante la pandemia por el COVID-19* [Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio Institucional UPS. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20443>