

REPÚBLICA DEL
ECUADOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADO



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA
DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS ASOCIADOS AL DUELO**

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magíster en Psicología
Clínica Mención Psicoterapia

AUTOR: ERIKA LISBETH PILA PILA

TUTORA: PhD. SILVIA SUSANA BALDEÓN LOZA

IBARRA - ECUADOR

2024

DEDICATORIA

A mi amado papá, quien brilla ahora en el cielo:

Papito, cada día que pasa, siento tu ausencia, pero también celebro la vida hermosa que viviste. Me enseñaste el valor de la bondad, la fuerza de la perseverancia, además de la riqueza de la humildad. Aunque ya no estás aquí, tu espíritu vive en cada uno de mis logros y en los momentos más sencillos. Eres mi eterno faro en la noche y mi abrazo cálido en los recuerdos.

A mi querida familia, mi roca y mi refugio:

Con ustedes he aprendido lo que significa el amor incondicional y el apoyo sin límites, Axelito, María Esther, Nasli, Alexis, Steeven, Arhita. En los días más grises, son ustedes quienes me han dado fuerzas para seguir adelante. Juntos, hemos reído, llorado y crecido. Gracias por ser mi hogar, no importa dónde estemos.

Y a la Fundación Latitud,

Gracias por abrirnos las puertas a un mundo de posibilidades. Su apoyo ha sido mucho más que una ayuda; ha sido un regalo de fe y confianza en nuestros sueños. En cada oportunidad que nos han brindado, veo reflejado el espíritu de solidaridad y esperanza que tanto necesitamos en el mundo.

Con todo mi amor y profundo, dedico este trabajo a ustedes.

Erika Lisbeth Pila

AGRADECIMIENTO

Al emprender este viaje académico, jamás imaginé cuán enriquecedora y desafiante sería esta etapa. Hoy, al cerrar este capítulo, me siento inmensamente agradecida con cada persona que ha sido parte de esta maravillosa travesía. Agradezco a Dios por la vida y por todas las bendiciones que ha derramado sobre mí. Mi profunda gratitud va también para la Universidad Técnica del Norte, que ha sido mucho más que una institución educativa; ha sido un lugar donde he encontrado conocimiento, sueños, retos y amistades. Un especial agradecimiento al Dr. Jorge Gordon por todo su apoyo durante este proceso de formación

A mi tutora de tesis, Dra. Susana Baldeón, le debo una deuda enorme de gratitud. Su sabiduría, paciencia y dedicación han sido faros de luz en mi camino. Gracias por creer en mis ideas, por desafiarme a ser mejor y por enseñarme el verdadero valor de la perseverancia y la excelencia académica. No puedo dejar de mencionar a mi asesora, Dra. Alexandra Meneses. Su apoyo, conocimientos y consejos han sido fundamentales en cada etapa de mi tesis. Gracias por ayudarme a ver más allá de los libros y por guiarme hacia nuevos horizontes de pensamiento.

Mis profesores, Fernando Oñate, Mateo Álvarez y Alejandro Valencia, merecen una mención especial. Cada clase con ustedes ha sido una aventura de aprendizaje. Su pasión por enseñar y su compromiso con la excelencia han dejado una huella imborrable en mi vida. Gracias por inspirarme a buscar siempre la excelencia. Y a mis invaluable amigos, Nathy, Viole, Josué, Gaby, Jordy y Maggy, no existen palabras suficientes para expresar mi gratitud. Ustedes han sido la familia que elegí en esta etapa de mi vida. Gracias por las risas, los desvelos, los consejos y por estar siempre allí. Cada momento compartido con ustedes es un tesoro que llevaré en el corazón por siempre. *Con todo mi cariño y gratitud.*

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, PhD. Susana Baldeón, certifico que la estudiante Erika Lisbeth Pila Pila, portadora de la cédula de identidad número 1003852058, ha desarrollado, bajo mi tutoría, el trabajo de grado titulado “Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso para la disminución de síntomas depresivos asociados al duelo”.

El presente trabajo se ha elaborado conforme a la metodología y normas establecidas en los lineamientos reglamentarios del título a obtener. En consecuencia, autorizo su presentación para la sustentación y posterior calificación.

Ibarra. A los 3 días del mes de Septiembre de 2024.

Lo certifico.



PhD. Susana Baldeón
Directora de Tesis



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN

A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1003852058		
APELLIDOS Y NOMBRES	Erika Lisbeth Pila Pila		
DIRECCIÓN	Otavalo, Panamericana Norte y Gonzalo Benítez.		
EMAIL	elpilap@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO	062903759	TELÉFONO MÓVIL:	0998609714
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA LA DISMINUCIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS ASOCIADOS AL DUELO		
AUTORA:	Erika Lisbeth Pila Pila		
FECHA: DD/MM/AAAA	18/06/2024		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica Mención Psicoterapia		
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia		
TUTOR/ASESOR	PhD. Susana Baldeón		

CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de esta y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 03 días del mes de Septiembre de 2024

EL AUTOR:

Firma: _____

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Erika Lisbeth Pila Pila', written over a horizontal line.

Psc. Erika Lisbeth Pila Pila

INDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Antecedentes	14
1.3 Objetivos e hipótesis	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	16
1.3.3 Hipótesis general	16
1.4. Justificación	17
MARCO REFERENCIAL	20
2.1 Duelo	20
2.1.1 Definición.	20
2.1.2 Fundamentos Teóricos del Duelo.	20
2.1.3 Evaluación y Diagnóstico.	22
2.2 Depresión	23
2.2.1 Conceptos.	23
2.2.2 Sintomatología de la depresión.	24
2.2.3 Tipos de Depresión.	25
2.2.4 Estudios sobre depresión y duelo.	25
2.3 Terapia de Aceptación y Compromiso	26
2.3.1 Concepto.	26
2.3.2 Fundamentos de la Terapia de Aceptación y Compromiso.	27
2.3.3 Mecanismos de Cambio en ACT.	27
2.3.4 Efectividad de ACT en Trastornos Depresivos.	28
2.3.5 ACT en el Manejo del Duelo.	29
2.4 Marco Legal	29
MARCO METODOLÓGICO	32
3.1. Descripción del área de estudio	32
3.2. Enfoque y tipo de investigación	32
3.2.1 Diseño	33
3.2.2 Población y muestra	34
3.2.3 Criterios de Inclusión	35
3.2.4 Criterios de Exclusión	36
3.3. Instrumentos	37
3.3.1 Escala de Depresión de Hamilton	37
3.3.2 Inventario de Duelo Complicado	37
3.3.3 Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)	38
3.3.4 Ficha Sociodemográfica	39
3.4. Procedimientos	39
3.4.1. Fase 1	41

3.4.2. Fase 2	41
3.4.3. Fase 3	41
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
4.1 Perfil sociodemográfico de la muestra	43
4.2 Evaluación Diagnóstica en la Variable Depresión	45
4.3 Evaluación Diagnóstica en la Variable Aceptación y Acción	45
4.4. Evaluación Diagnóstica en la Variable Duelo Complicado	46
4.5. Comparación de resultados obtenidos en el pretest en el grupo experimental y control	47
4.6 Diagnóstico Postest en la Variable Depresión	49
4.7 Diagnóstico postest en la variable Evitación Experiencial	49
4.8. Diagnóstico Postest en la Variable Duelo complicado	50
4.9 Diferencias Postest entre el grupo Experimental y Control	51
4.10 Diferencias significativas al comparar las pruebas pre y pos test en el grupo experimental y control	53
Discusión de los resultados	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
5.1 Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones	58
REFERENCIAS	60
ANEXOS	1

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Descripción de fases de intervención.....	39
Tabla 2 - Datos sociodemográficos de la muestra general.....	43
Tabla 3 - Comparaciones de los puntajes promedio pre test en los grupos experimental y control	47
Tabla 4 - Comparaciones de los puntajes promedio post test en los grupos Experimental y Control ...	51
Tabla 5 - Diferencias obtenidas en los grupos Experimental y Control con respecto a los cambios logrados al comparar pre y post pruebas	53

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 - Diagrama de Flujo	32
Ilustración 2 - Diagnóstico de niveles de depresión bajo la Escala de Depresión de Hamilton.....	44
Ilustración 3 - Diagnóstico Clínico sobre la variable de Evitación Experiencial.....	45
Ilustración 4 - Diagnóstico clínico sobre la variable Duelo Complicado.....	46
Ilustración 5 - Diagnóstico post test sobre la Depresión.....	48
Ilustración 6 - Diagnóstico post test sobre la Aceptación y Acción.....	49
Ilustración 7 - Diagnóstico post test sobre el Duelo.....	50

RESUMEN

La presente investigación se enfoca en determinar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la reducción de los síntomas depresivos asociados al duelo complicado. El duelo complicado o prolongado se caracteriza por una incapacidad de resolver el duelo normal, con síntomas intensos y disfuncionales que se alargan por más de 12 meses tras la pérdida. Está frecuentemente asociado a cuadros depresivos secundarios. El estudio tuvo como objetivo principal evaluar la efectividad de un protocolo breve de ACT de 10 sesiones grupales para reducir la sintomatología depresiva asociada al duelo complicado en una muestra de 45 participantes adultos de la comunidad de Otavalo, Ecuador. Específicamente, se midieron los niveles de depresión con la Escala de Hamilton, se aplicó la intervención de ACT enfocada en la aceptación psicológica y valores personales, y se compararon las mediciones pre y post tratamiento para analizar cambios. Como objetivos secundarios se evaluó también el perfil de duelo con el Inventario de Duelo Complicado y se caracterizaron sociodemográficamente los participantes. La metodología de investigación fue cuantitativa con un diseño cuasiexperimental de donde se obtuvo dos grupos de estudio (uno de control y otro experimental). El análisis de datos se realizó con estadística descriptiva e inferencial. Los resultados evidenciaron una diferencia estadística significativa de los puntajes de depresión luego de la intervención basada en ACT, en la misma se evidenciaron una gran disminución en los síntomas depresivos asociados al duelo. En conclusión, este estudio respalda inicialmente la efectividad de la ACT aplicada en modalidad grupal para la mitigación de la sintomatología depresiva asociada específicamente al duelo complicado, constituyendo una alternativa viable de tratamiento psicológico en comunidades con acceso limitado a protocolos especializados en duelo patológico.

Palabras clave: duelo complicado, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), síntomas depresivos, modalidad grupal, efectividad terapéutica.

ABSTRACT

This research focuses on determining the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in reducing depressive symptoms associated with complicated grief. Complicated or prolonged grief is characterized by an inability to resolve normal grief, with intense and dysfunctional symptoms that extend beyond 12 months after the loss. It is frequently associated with secondary depressive episodes. The main objective of the study was to evaluate the effectiveness of a brief ACT protocol consisting of 10 group sessions in reducing depressive symptoms associated with complicated grief in a sample of 45 adult participants from the community of Otavalo, Ecuador. Specifically, depression levels were measured using the Hamilton Depression Rating Scale, the ACT intervention focused on psychological acceptance and personal values was applied, and pre- and post-treatment measurements were compared to analyze changes. Secondary objectives included assessing the grief profile with the Complicated Grief Inventory and characterizing the sociodemographic profile of the participants. The research methodology was quantitative with a quasi-experimental design, resulting in two study groups (one control and one experimental). Data analysis was conducted using descriptive and inferential statistics. The results showed a significant statistical difference in depression scores following the ACT-based intervention, with a substantial reduction in depressive symptoms associated with grief. In conclusion, this study initially supports the effectiveness of group-based ACT in mitigating depressive symptoms specifically associated with complicated grief, constituting a viable alternative for psychological treatment in communities with limited access to specialized pathological grief protocols.

Keywords: Complicated grief, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), depressive symptoms, group modality, therapeutic effectiveness.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El proceso de duelo frente a la pérdida de un ser querido es una de las experiencias más desafiantes y dolorosas que una persona puede atravesar. No se limita a un conjunto de emociones y comportamientos personales, sino que también impacta profundamente las dimensiones psicológica, física y social del individuo, afectando su bienestar integral.

La investigadora clínica Katherine Shear (2015), destaca la complejidad del duelo, resaltando cómo cada persona lo vive y lo expresa de manera única, influenciada por su historia personal, su cultura y su entorno social. Del mismo modo, los expertos Nanni et al. (2015) profundizan en esta variabilidad, argumentando que las respuestas al duelo son extremadamente personales y están influenciadas por factores culturales y sociales. Esto debido a que se considera que la forma en la que una cultura percibe y maneja la muerte influye significativamente en cómo sus miembros experimentan el duelo.

Los analistas Johansen et al. (2019) mencionan que un porcentaje considerable de personas experimentan una condición conocida como duelo complicado o prolongado, el cual se caracteriza por presentar síntomas como el anhelo angustiante y persistente del difunto, acompañado de una gama de emociones intensas, como la ira y culpa.

Para Boelen y Lenferink (2020), el DC se identifica por la presencia de varios síntomas de angustia por separación, angustia reactiva, y una alteración significativa en la socialización e identidad del individuo.

Estas manifestaciones continúan durante un período anómalo de al menos 6 meses de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) o de 12

meses según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5TR) después del fallecimiento.

Por otro lado, en los últimos años se ha evidenciado un incremento notable en la tasa de mortalidad a nivel global. Aunque este aumento ha sido influenciado en parte por la pandemia de COVID-19, declarada como una emergencia de salud pública internacional por la Organización Mundial de la Salud en enero de 2020, existen otros factores contribuyentes. Las restricciones impuestas para controlar la pandemia como el confinamiento y la limitación de reuniones sociales han transformado profundamente los procesos de duelo. Larrota et al. (2020) argumentan que la imposibilidad de llevar a cabo rituales funerarios tradicionales, la falta de apoyo social y el enfrentar la pérdida en soledad han aumentado los riesgos asociados al duelo complicado.

Los investigadores Shear et al. (2021) han identificado que la incidencia del Duelo Complicado fluctúa en función de diversos factores como la naturaleza de la relación con el difunto, la edad del doliente, el contexto familiar, la causa de la muerte y el contexto geográfico en el que ocurre el deceso. Específicamente, se estima que, en casos de pérdida de un cónyuge, la prevalencia de DC oscila entre el 10 % y el 20 %. Esta proporción se eleva hasta un 60 % en situaciones de pérdida de un hijo. En contextos de muertes por suicidio, homicidio o relacionadas con desastres, las tasas de DC pueden variar del 20 % al 40 %. Adicionalmente, el DC a menudo se asocia con diversas comorbilidades psiquiátricas, incluyendo un 50 % de incidencia de depresión mayor, un 20 % de trastornos del estado de ánimo, un 21 % de trastorno bipolar, entre un 30 % y 50 % de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), un 20 % de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y una prevalencia del 10 % al 20 % en trastorno de pánico.

En este contexto de aumento en la tasa de mortalidad y los cambios en los procesos de duelo, se hace evidente la necesidad de abordajes terapéuticos efectivos. Diversas entidades han desarrollado planes preventivos para identificar a individuos en alto riesgo de experimentar dificultades en el proceso de duelo. Sin embargo, como señala Romero (2013), existe una carencia de investigaciones y programas específicos para el manejo del duelo.

Durante la pandemia de COVID-19, se evidenció la efectividad de ciertas terapias, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), en la reducción de síntomas depresivos asociados al duelo (Ye et al., 2022). Destacando la importancia de abordajes terapéuticos efectivos como el que proporciona la Terapia de Aceptación y Compromiso ya que la misma ofrece estrategias para manejar el dolor emocional y fomentar la adaptación ante la pérdida (Bentley et al., 2022). A pesar de que la ACT se ha propuesto como una intervención psicológica prometedora para abordar estos síntomas, aún no ha sido ampliamente estudiada en el formato grupal en el contexto de duelo. Esta brecha en la investigación subraya la necesidad de explorar más a fondo la utilidad de la ACT en este ámbito.

Bajo este antecedente, esta investigación pretende resolver la siguiente cuestión: ¿Cuál es el nivel de efectividad que muestra la Terapia de Aceptación y Compromiso, aplicada en formato grupal para la disminución de síntomas depresivos asociados al duelo, en la Fundación Latitud ubicada en el cantón Otavalo, año 2023?

1.2. Antecedentes

El duelo, reconocido como una reacción natural ante la pérdida, puede complicarse y manifestarse a través de síntomas depresivos prolongados, un fenómeno que ha atraído la atención de investigadores y clínicos por igual (Stroebe et al., 2007). Los investigadores clínicos Shear et al. (2007) destacaban esta realidad y evidencian la importancia de encontrar

intervenciones terapéuticas eficaces y culturalmente sensibles que permitan facilitar la adaptación emocional de dolientes con duelos complicados.

En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso, desarrollada originalmente por Hayes, Strosahl y Wilson en 1999, ha emergido como un enfoque prometedor. Esto debido a que alienta la aceptación de pensamientos y emociones difíciles. Y constata la importancia del compromiso con acciones guiadas por los valores personales de cada individuo (Hayes et al., 2006).

Tal como postulan Kashdan y Rottenberg (2010), esta intervención promueve una flexibilidad psicológica, la cual puede ser especialmente beneficiosa para manejar las dificultades asociadas al proceso de duelo. Los estudios iniciales sobre la aplicación de la ACT en el tratamiento del duelo han sido bastante alentadores. Prueba de ello son las investigaciones de Luciano et al. (2006) y Hayes et al. (2013) quienes mostraron que programas breves de ACT pueden reducir significativamente los síntomas depresivos y ansiosos en personas en duelo, evidenciando su utilidad para promover el bienestar emocional tras una pérdida.

Estos hallazgos han sido corroborados por estudios posteriores como los de Lebel et al. (2020) y Thompson et al. (2020) los cuales han reportado mejorías significativas en la adaptación al duelo a través de intervenciones grupales de ACT. Del mismo modo, un metaanálisis realizado por Thompson et al. (2021) consolidó firmemente la eficacia de la ACT aplicada en distintos formatos, contextos y poblaciones en duelo.

La reciente pandemia de COVID-19 añadió una nueva capa de complejidad al fenómeno del duelo patológico (Kokou-Kpolou et al., 2022). Ante este escenario, resulta alentador un novedoso estudio español de Serrano-Ibáñez et al. (2021) que demostró la factibilidad y eficacia de un programa de ACT para manejo del duelo durante la pandemia, administrado completamente en la modalidad virtual. Este antecedente cobra particular relevancia para países en vías de desarrollo con acceso limitado a tratamientos presenciales,

resaltando el potencial de intervenciones remotas basadas en ACT para llegar a poblaciones vulnerables de dolientes.

1.3 Objetivos e hipótesis

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso para la disminución de síntomas depresivos asociados al duelo en un grupo de personas del cantón Otavalo.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar el perfil de la muestra participante, en el tipo de duelo que presenta.
- Evaluar la sintomatología depresiva asociada al duelo en los participantes adheridos a la intervención.
- Aplicar la Terapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal para disminuir la sintomatología depresiva asociada al duelo.
- Comprobar el nivel de Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal para disminuir sintomatología depresiva, duelo complicado y niveles de evitación experiencial, mediante pruebas pre y post intervención.

1.3.3 Hipótesis general

- La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en modalidad grupal demostrará su eficacia en la reducción de los síntomas depresivos asociados al duelo en una muestra de individuos del cantón Otavalo. Esta eficacia se evidenciará al comparar los resultados pre y post intervención en el grupo experimental, los cuales se anticipa que serán significativamente superiores en comparación con el grupo control.

1.4. Justificación

La presente investigación se fundamenta en la necesidad de abordar los retos asociados al proceso de duelo complicado, el cual puede presentarse juntamente con distintos síntomas depresivos. Esto debido a que según Shear et al. (2007) es crucial encontrar intervenciones terapéuticas efectivas para facilitar una adaptación emocional saludable en los procesos de duelo.

En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollada por Hayes, Strosahl y Wilson (1999), emerge como un enfoque prometedor. Pues se centra en la aceptación de pensamientos y emociones difíciles, así como en el compromiso con acciones alineadas a los valores personales. Kashdan y Rottenberg (2010) destacan la importancia de la flexibilidad psicológica en la ACT, la cual puede ser crucial para el manejo efectivo del duelo.

Estudios previos, incluyendo los de Luciano et al. (2006) y Hayes et al. (2013), han demostrado la eficacia de la ACT en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos en personas en proceso de duelo. Estos hallazgos han sido corroborados y ampliados por investigaciones recientes como las de Lebel et al. (2020) y Thompson et al. (2020), quienes reportaron mejorías significativas en la adaptación al duelo mediante programas de ACT grupal. Un metaanálisis realizado por Thompson y colaboradores (2021) ha consolidado aún más la eficacia de la ACT en distintos formatos y poblaciones en duelo.

La presente investigación, al explorar la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como una intervención para mitigar síntomas depresivos asociados al duelo, tiene el potencial de aportar significativamente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por las Naciones Unidas en el año 2021. Específicamente, esta investigación se alinea con los ODS 3, 16 y 17. Respecto al ODS 3 enfocado en salud y bienestar, el estudio tiene el potencial de impactar positivamente el bienestar emocional y la salud mental de personas que transitan duelo, puesto que explora una terapia para mitigar síntomas depresivos asociados al proceso de

aflicción por la pérdida de un ser querido. De esta manera, se espera contribuir a mejorar la calidad de vida de dicha población.

Adicionalmente, la implementación de la ACT en formato grupal puede fortalecer la solidaridad, el apoyo mutuo y la comprensión entre los participantes que compartan su experiencia de duelo. Ello fomenta la construcción de relaciones más compasivas y valores de convivencia pacífica, contribuyendo así al ODS 16 orientado a promover sociedades justas y pacíficas.

Por otro lado, este estudio puede facilitar una mayor colaboración entre profesionales de la salud mental, investigadores y organizaciones especializadas en el manejo del duelo, propiciando intercambio de conocimientos, buenas prácticas y políticas de atención en salud mental. Esta vinculación entre diversos actores para avanzar en los objetivos planteados se alinea claramente con el ODS 17 sobre generar alianzas estratégicas en pos del desarrollo sostenible.

Del mismo modo, la investigación se enmarca directamente en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025 el cual bajo la consigna "Un país para todos", prioriza el incremento de la esperanza y calidad de vida integral mediante servicios de salud eficientes y humanizados. En ese contexto, esta investigación puede proveer evidencia sobre una posible herramienta terapéutica ya que la ACT podría enriquecer la oferta de cuidados en salud mental a nivel de centros de atención primaria y comunitaria.

Asimismo, el Plan Estratégico Institucional 2021-2025 del Ministerio de Salud enfatiza la necesidad de garantizar atención oportuna en salud mental desde un modelo de prevención y promoción. Por lo tanto, los resultados de este estudio pueden aportar directamente a los programas gubernamentales destinados a abordar problemáticas prevalentes como los efectos psicoemocionales adversos del duelo.

Finalmente, al centrarse en el cantón de Otavalo, la investigación no solo contribuirá a la mejora de la salud mental y el bienestar emocional en la comunidad local, pues además aportará a la comprensión del duelo en un contexto cultural específico. Del mismo modo, contribuye a la línea de investigación de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Técnica del Norte (UTN), fortaleciendo la base científica y práctica en este campo en Ecuador.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 Duelo

2.1.1 *Definición.*

El duelo se define como una respuesta emocional profunda y compleja que se experimenta ante la pérdida de una persona significativa o algo de gran valor en la vida de un individuo. Este proceso involucra no solo emociones intensas, sino también cambios cognitivos, físicos y conductuales. En el contexto de la pandemia de COVID-19, el duelo ha adquirido una dimensión adicional, siendo un tema de considerable interés en la salud pública (American Psychiatric Association, 2023).

2.1.2 *Fundamentos Teóricos del Duelo.*

A lo largo de la historia, diversas teorías psicológicas han explorado la naturaleza, características y procesos del duelo. Estas conceptualizaciones han evolucionado, ampliando su enfoque desde una travesía emocional, para de esta manera incluir dimensiones cognitivas, sociales, culturales y espirituales del duelo y la pérdida. Actualmente, las teorías explicativas del duelo destacan tendencias emergentes en la teoría de la pérdida, posibles complicaciones y la eficacia de las intervenciones de duelo (Hall, 2014).

Una de las aproximaciones tempranas más influyentes es la Teoría del Vínculo de Duelo realizada por John Bowlby (1980) la cual fue desarrollada desde una perspectiva psicoanalítica con énfasis en los primeros vínculos parento-filiales, con el objetivo principal de explicar las respuestas emocionales intensas frente a la ruptura de lazos afectivos significativos. Según este modelo, ante la muerte de un ser querido los individuos atraviesan por una etapa de protesta o búsqueda de la figura perdida, seguida de una fase de desesperación hasta finalmente alcanzar una reorganización donde se restablece cierto equilibrio psicológico.

Un aspecto central en este abordaje teórico es la distinción entre un duelo considerado normal, el cual permite una readaptación relativamente rápida, versus condiciones de duelo complicado caracterizadas por síntomas e incapacidad funcional persistente. En otras palabras, las contribuciones de Bowlby ampliaron la comprensión sobre los procesos de adaptación frente al fallecimiento de figuras de apego.

Desde una perspectiva explicativa, el Modelo del Proceso Dual desarrollado por Stroebe y Schut en 1999 proporciona una comprensión profunda de la gestión del duelo. Este modelo ilustra la necesidad de un equilibrio dinámico entre dos procesos fundamentales: la confrontación intensa de la pena asociada a la pérdida y la reorientación activa hacia las demandas y oportunidades de la vida actual y futura. Este enfoque explica cómo un duelo efectivo requiere alternar entre el duelo centrado en la pérdida, que abarca la elaboración de pensamientos, recuerdos y emociones relacionados con el difunto, y el duelo centrado en la restauración, que se enfoca en adaptarse a la continuidad de la vida. Este modelo explicativo ha sido validado por investigaciones posteriores, como las de Asai et al. (2010), que confirman el patrón oscilante de adaptación en el proceso de duelo.

En términos descriptivos, el Modelo de Proceso Dual describe detalladamente la naturaleza fluctuante del duelo. Según este modelo, los individuos transitan entre dos orientaciones principales: una centrada en la pérdida, que implica un proceso introspectivo de lidiar con emociones y experiencias directamente ligadas al ser fallecido, y otra centrada en la restauración, que se orienta hacia la adaptación a las exigencias de la vida diaria, incluyendo el mantenimiento de roles y relaciones preexistentes. Este marco descriptivo subraya la complejidad y variabilidad inherentes al duelo, enfatizando cómo las personas oscilan entre confrontar la pérdida y adaptarse a un nuevo contexto de vida sin la presencia del ser querido.

Otra de las teorías descriptivas del duelo más destacadas es la Teoría de las Etapas del Duelo, desarrollada originalmente por Kübler-Ross (1969), constituye uno de los modelos

descriptivos con mayor influencia para caracterizar las respuestas psicoemocionales tras una pérdida. Surgida de sus estudios con pacientes frente a pronósticos terminales, la autora identificó cinco estadios por los que típicamente transitan los dolientes: a) Negación, como mecanismo transitorio ante el impacto inicial; b) Ira, que emana de sensaciones de impotencia e injusticia; c) Negociación, mediante tentativas por posponer lo ineludible; d) Depresión, al enfrentar paulatinamente la realidad; y e) Aceptación, en la difícil tarea de adaptarse emocionalmente a la nueva vida sin el ser querido. Si bien estas etapas proveen categorías útiles, investigaciones contemporáneas exhiben procesos más fluctuantes e idiosincrásicos, con frecuente solapamiento, omisiones o repeticiones entre fases (Stroebe, Schut & Boerner, 2017). Así, la secuencia propuesta no debe presuponerse fija o lineal.

2.1.3 Evaluación y Diagnóstico.

El duelo normal constituye una respuesta esperable ante una pérdida significativa. Este cumple un rol adaptativo al permitir transitar el dolor para aceptar gradualmente la realidad transformada. Sus manifestaciones emocionales incluyen estados oscilantes de tristeza, enojo, anhelo, ansiedad, culpa o confusión. También pueden surgir momentos transitorios de alivio o paz. Entre los síntomas físicos frecuentes se cuentan alteraciones en el sueño y la alimentación, llanto, vacío en el estómago y fatiga (Shear, 2015).

Si bien resulta profundamente estresante, este tipo de duelo posee un curso naturalmente auto resolutivo, con intensidad sintomática que va cediendo conforme se recupera el funcionamiento cotidiano.

Cada proceso es idiosincrático en cuanto a duración y expresiones específicas, incidiendo factores como el vínculo con el fallecido, la causa de muerte y el contexto sociocultural de la persona (Neimeyer, 2001). El duelo normal rara vez requiere abordaje clínico, aunque sí se recomienda brindar apoyo emocional y práctico desde la red social

cercana. Puede implicar mucho sufrimiento, pero se considera un camino viable de reorganización de la vida sin la presencia física del otro.

Por otro lado, el duelo complicado, también denominado duelo prolongado o trastorno por duelo prolongado, involucra respuestas de aflicción más intensas, persistentes y disruptivas que el proceso de duelo normal. Esto debido a que este puede impactar gravemente en áreas vitales como las relaciones, la productividad laboral y el sentido de propósito (Shear et al., 2011).

Entre sus manifestaciones características destacan los estados depresivos prolongados con desesperanza, vacío e ideación suicida; ansiedad severa con preocupaciones recurrentes en torno a la muerte; aislamiento social por temor a nuevos vínculos o para mantener un apego exclusivo con el fallecido; dificultades cognitivas como incredulidad frente al deceso, confusión o entumecimiento; y una incapacidad persistente para experimentar placer o significado vital (Stroebe et al., 2017).

El establecer un diagnóstico diferencial demanda una valoración completa por parte de profesionales de salud mental para discernir la naturaleza patológica e incapacitante de un duelo, diferenciándolo de reacciones normales ante la pérdida. Su abordaje suele incluir psicoterapia especializada, como la Terapia de Aceptación y Compromiso o la Terapia Cognitivo Conductual, y farmacoterapia ante cuadros depresivos o ansiosos comórbidos.

2.2 Depresión

2.2.1 Concepto

Desde una perspectiva general, según la Organización Mundial de la Salud (2021), la depresión es entendida como un estado prolongado de tristeza o desánimo que, en términos generales, va más allá de las respuestas emocionales normales a las situaciones cotidianas. A diferencia de la tristeza temporal, la depresión tiene una duración más extensa y un impacto

más profundo en la rutina diaria, afectando significativamente la forma en que la persona siente, piensa y se comporta habitualmente.

La depresión desde un enfoque clínico es definida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) como "un trastorno mental caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo y la funcionalidad del individuo" (American Psychiatric Association, 2013, p.155). Se considera un trastorno complejo con influencias biológicas, psicológicas y sociales, reconocido por su naturaleza recurrente y la necesidad de un tratamiento integral.

2.2.2 Sintomatología de la depresión.

La depresión es un trastorno complejo caracterizado por una amplia gama de síntomas que afectan tanto el bienestar físico como psicológico del individuo. Entre los síntomas fisiológicos más destacados se hallan alteraciones severas del sueño, las cuales pueden manifestarse como insomnio o hipersomnia, impactando el funcionamiento diurno (Mayo Clinic, 2022). Asimismo, se observan comúnmente cambios significativos en el apetito y peso, fatiga crónica e incapacitante, así como dolencias físicas persistentes sin una causa orgánica identificable (National Institute of Mental Health, 2022; Mayo Clinic, 2022).

A nivel psicológico, la sintomatología depresiva implica marcados cambios afectivos y cognitivos. Los pacientes suelen experimentar tristeza profunda, desesperanza, irritabilidad y una pérdida de interés en actividades previamente gratificantes (American Psychiatric Association, 2013). Desde el plano cognitivo, se observan dificultades en procesos como la memoria, concentración y toma de decisiones, pudiendo verse comprometido su rendimiento ocupacional y académico (Semple & Smyth, 2013). En su conjunto, estos síntomas resaltan la naturaleza multidimensional de la depresión, la cual impacta a múltiples esferas del bienestar humano. El abordaje clínico de la depresión debe contemplar esta complejidad sintomática.

2.2.3 Tipos de Depresión.

La depresión es una condición compleja y heterogénea que puede categorizarse en distintos tipos, según los criterios estipulados en los dos principales sistemas de clasificación psiquiátrica: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Uno de los tipos más frecuentes y mejor caracterizados es la depresión mayor, consistente en episodios depresivos -de al menos dos semanas de duración- donde el individuo experimenta estado de ánimo deprimido, pérdida de interés en actividades cotidianas, así como diversos síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos asociados, tales como alteraciones en el apetito, el sueño, la cognición y la energía vital (American Psychiatric Association, 2013).

Otra forma distintiva es la distimia o trastorno depresivo persistente, implicando depresión crónica con síntomas menos graves, pero igualmente deterioro antes para la función psicosocial a largo plazo. También se reconoce la depresión posparto, comenzando en el embarazo o postparto, así como la depresión estacional, vinculada a ciclos anuales como los cambios de luminosidad y temperatura (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2019).

La compleja expresión sintomática de la depresión en sus diversas formas clínicas representa un reto diagnóstico y terapéutico para los profesionales de la salud mental. Se requiere continuar profundizando en la caracterización precisa de cada subtipo depresivo.

2.2.4 Estudios sobre depresión y duelo.

La interrelación entre los procesos de duelo y la depresión ha sido un tema de creciente interés en el ámbito de la salud mental. La relación entre el duelo complicado (CG) y la

depresión es particularmente importante, ya que estudios recientes han evidenciado una asociación significativa entre estas dos condiciones. Por ejemplo, un estudio realizado en Perú durante la pandemia de COVID-19 encontró que, en adultos mayores, el duelo complicado estaba significativamente asociado con la depresión, así como con la ansiedad y la ideación suicida. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que demuestran que el duelo complicado puede ser un factor de riesgo importante para la depresión (BMC Psychiatry).

Además, la eliminación de la Exclusión por Duelo (BE) en el DSM-5 refleja un cambio en la comprensión clínica de la relación entre duelo y depresión. Anteriormente, el BE buscaba evitar que el duelo fuera erróneamente diagnosticado como depresión, pero su eliminación en el DSM-5 se hizo con el objetivo de facilitar el diagnóstico y tratamiento de la Depresión Mayor (MDD) en el contexto del duelo. Esto subraya la complejidad de diferenciar entre duelo complicado y depresión mayor, reconociendo que ambos pueden coexistir y que el duelo puede desencadenar la depresión en algunos individuos (Psychiatric Times).

En resumen, tanto los estudios empíricos como los cambios en las guías diagnósticas reflejan una mayor comprensión de la compleja interacción entre el duelo y la depresión. Se reconoce que el duelo, particularmente cuando es complicado, puede estar estrechamente vinculado con la depresión, la ansiedad y la ideación suicida, lo que destaca la importancia de abordar ambos aspectos en el tratamiento clínico

2.3 Terapia de Aceptación y Compromiso

2.3.1 Concepto.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un enfoque de la psicoterapia que se centra en ayudar a las personas a aceptar sus pensamientos y sentimientos difíciles, mientras se comprometen a actuar de acuerdo con sus valores personales. Este enfoque busca aumentar la flexibilidad psicológica y reducir el sufrimiento evitativo (Hayes, 2012).

2.3.2 Fundamentos de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se fundamenta en la teoría de los marcos relacionales y la teoría del lenguaje y la cognición. Su enfoque central es promover la flexibilidad psicológica, permitiendo a los individuos vivir de manera coherente con sus valores personales a pesar de la presencia de pensamientos y emociones dolorosas.

La ACT utiliza técnicas como la defusión cognitiva, para reducir la identificación con los pensamientos, y el mindfulness, para aumentar la conciencia y la aceptación del momento presente. Además, enfatiza la importancia de comprometerse con acciones que estén alineadas con los valores personales del individuo. Esta terapia se diferencia de otros enfoques cognitivo-conductuales por su énfasis en la aceptación, en lugar de la supresión o el cambio de pensamientos y emociones internos (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

2.3.3 Mecanismos de Cambio en ACT.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un modelo psicoterapéutico que ha demostrado efectividad en diversas condiciones, incluyendo sintomatología depresiva asociada a procesos de duelo complicado. Su abordaje es mediado por una serie de mecanismos de cambio interrelacionados (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

Uno de los pilares de ACT es la aceptación, entendida como la disposición a experimentar eventos internos dolorosos sin buscar modificar su forma o frecuencia, rompiendo así el patrón de evitación experiencial (Hayes et al., 2006). Otro mecanismo central es la defusión cognitiva, mediante la cual se altera la relación literal con los pensamientos, tomando una postura de distancia y perspectiva (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

Asimismo, ACT enfatiza el cultivo de mindfulness o atención plena, describiéndola como un estado de conciencia focalizado en el momento presente, pero con apertura y curiosidad (Kabat-Zinn, 1994). El desarrollo de la noción de “yo como contexto” también es

crucial, implicando una conceptualización de sí mismo más allá de contenidos mentales específicos (Hayes et al., 2012).

Finalmente, otros ejes fundamentales son el contacto con valores personales profundos, otorgando direccionalidad al cambio, así como la activación conductual hacia acciones comprometidas con dichos valores, incluso ante la presencia de obstáculos (Wilson & Murrell, 2004; Hayes et al., 2004). La orquestación de estos mecanismos promueve la flexibilidad psicológica característica de ACT.

2.3.4 Efectividad de ACT en Trastornos Depresivos.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha demostrado ser un abordaje psicoterapéutico prometedor para diversos cuadros clínicos, incluyendo trastornos depresivos. Si bien existen algunas inconsistencias en los hallazgos, la evidencia disponible sugiere que ACT puede ser útil, sola o combinada con otras intervenciones, para la mejora de síntomas depresivos (Annals of General Psychiatry, 2023; BMC Nursing 2023).

Un reciente metanálisis de 2023 examinó un total de 11 ensayos controlados aleatorizados, con 962 participantes con depresión, comparando la efectividad de ACT frente a otras modalidades terapéuticas establecidas como la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia cognitiva (TC). Si bien ACT mostró un efecto significativo en relación al alivio de síntomas depresivos, las comparaciones directas favorecieron levemente a TCC y TC (Annals of General Psychiatry, 2023).

Otra investigación publicada en 2023 evaluó específicamente la aplicación de ACT en pacientes con trastornos bipolares, mediante un ensayo controlado aleatorio. Los hallazgos indicaron mejorías relevantes en dimensiones psicológicas asociadas a estas condiciones, incluyendo flexibilidad psicológica, impulsividad y tendencias suicidas (BMC Nursing, 2023).

En conjunto, estos estudios proveen evidencia prometedora, aunque no conclusiva, respecto al potencial de la terapia de aceptación y compromiso para el abordaje de cuadros anímicos, ya sea de forma independiente o complementaria a otras modalidades consagradas como TCC y TC. Se necesita más investigación para determinar su efectividad relativa.

2.3.5 ACT en el Manejo del Duelo.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha surgido en años recientes como un abordaje psicoterapéutico efectivo para facilitar la adaptación al duelo y prevenir complicaciones patológicas asociadas a procesos de pérdida (Roso et al., 2015; Shear et al., 2016; Stroebe & Schut, 2010). Bajo la óptica de ACT, el doloroso proceso de duelo no se considera un problema a resolver, sino una experiencia humana profunda que requiere ser acogida con apertura, flexibilidad y entendimiento (Roso et al., 2015).

Una premisa central de este modelo es que la evitación experiencial exacerbada tras una pérdida tiende a cronificar el sufrimiento y obstaculiza la adaptación. En contraste, ACT busca cultivar la aceptación de la realidad de la pérdida y de las intensas respuestas emocionales que esta genera. El objetivo no es eliminar el dolor, sino integrarlo de un modo que permita reorientar la vida en base a valores personales significativos (Shear et al., 2016).

Diversos estudios soportan que este enfoque centrado en aumentar la flexibilidad psicológica facilita una mejor incorporación del ser querido fallecido a la narrativa personal, sin necesidad de “superar” la aflicción. Se trata más bien de transformar la relación con el sufrimiento para que la pérdida se honre como parte de la propia historia (Stroebe & Schut, 2010). ACT ofrece así un camino viable para mitigar síntomas de duelo patológico mediante la apertura adaptativa ante experiencias dolorosas.

2.4 Marco Legal

La investigación se realizó conforme a marcos de criterios internacionales, tales como los establecidos en la Declaración de Helsinki (1964), que regulan los estudios experimentales

con seres humanos. Se destacó la importancia del código ético del psicólogo del Colegio de Psicólogos Clínicos de Pichincha (1989) para asegurar que los principios de beneficencia y no maleficencia sean respetados a lo largo de todo el proceso. En este contexto, se hace referencia a los siguientes artículos:

La confidencialidad imperativa de la Ética Profesional protege al examinado en todo aquello que el psicólogo oye, ve o tiene conocimiento como consecuencia del ejercicio de su actividad profesional (Código Ético del Psicólogo, art. 21, 1989). Asimismo, se asegura al psicólogo la más amplia libertad de investigación, no siendo admisibles, promover experimentos con riesgo físico, psíquico o moral de los seres humanos (Código Ético del Psicólogo, art. 25, lit. a, 1989).

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley (Sistema Nacional de Salud, art. 10, 2020).

Asimismo, se alinea con los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta de la Asociación Americana de Psicología (2003). A nivel nacional, la investigación cumplirá con las regulaciones del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, respetando las normativas sobre la investigación en el ámbito de la salud mental. En términos de protección de datos y privacidad, se observarán las disposiciones de la Constitución del Ecuador, especialmente en lo que concierne a la confidencialidad de la información de los pacientes y la protección de datos personales.

Del mismo modo, se utilizó el consentimiento informado, donde los participantes firmaron voluntariamente, con conocimiento de sus derechos de confidencialidad, y se les

informó que podían abandonar la investigación en cualquier momento que consideraran pertinente.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del área de estudio

Este estudio se enfoca en analizar el proceso de duelo dentro del contexto de la salud y el bienestar social en Imbabura, Ecuador. El objetivo es comprender cómo se experimenta y maneja el duelo en este contexto específico, para así contribuir al desarrollo de mejores estrategias de intervención y políticas de salud mental a nivel local.

La investigación se llevó a cabo con miembros de la Fundación Latitud, una organización sin fines de lucro ubicada en la parroquia El Jordán, cantón Otavalo, provincia de Imbabura. Esta iniciativa contó con el aval de los representantes de la Fundación, quienes dieron su consentimiento para la realización del estudio.

La Fundación Latitud se dedica principalmente a la educación y al empoderamiento de sus asociados. Cuenta con un total de 269 miembros, de los cuales 203 son mayores de edad. De esta comunidad, 45 miembros participaron voluntariamente en la investigación, aportando sus experiencias y perspectivas únicas, lo que enriqueció significativamente el alcance y profundidad del estudio.

3.2. Enfoque y tipo de investigación

La presente investigación adoptó un enfoque cuantitativo. Como describen Creswell y Creswell (2018), este enfoque implica la recolección sistemática y el análisis de datos numéricos para comprender y explicar fenómenos. Se caracteriza por utilizar estadísticas para evaluar hipótesis y por su objetividad y rigor metodológico. En psicología, según Coolican (2014), este enfoque permite cuantificar comportamientos, emociones y procesos cognitivos empleando métodos como encuestas y pruebas psicométricas. Con la finalidad de generar

conocimientos replicables y generalizables, esenciales para desarrollar teorías y prácticas basadas en evidencia, lo cual es crucial en el campo de la psicología.

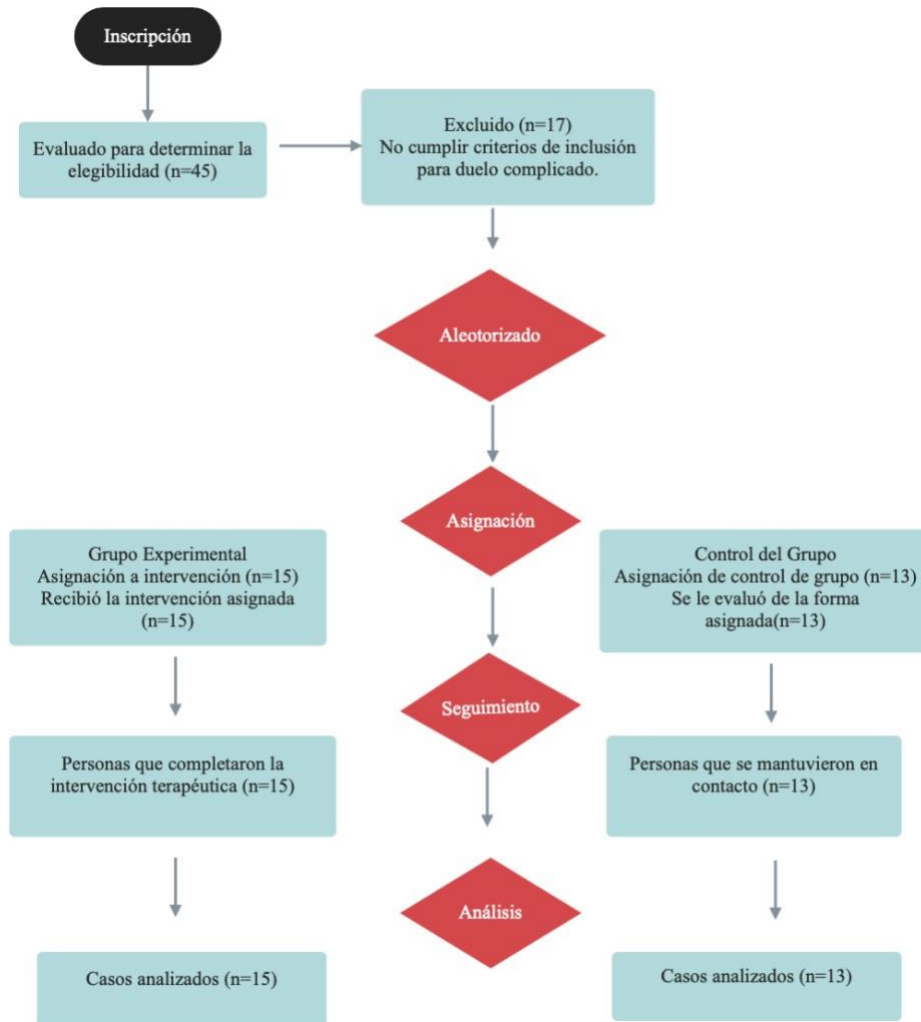


Ilustración 1 - Diagrama de Flujo

3.2.1 Diseño

Se aplicó un diseño cuasiexperimental. El cual se caracteriza por la ausencia de aleatorización, una distinción clave respecto a los diseños experimentales puros (Shadish, Cook y Campbell; 2002). Esta metodología es valiosa en contextos donde la asignación aleatoria de participantes a grupos no es viable o ética, aunque según algunos autores esto puede conllevar limitaciones en el control de variables. Trochim y Donnelly (2008) también destacan su

utilidad en ciencias sociales y educación, campos donde implementar experimentos controlados representa un desafío.

En esta investigación, se utilizó un diseño cuasiexperimental con dos grupos: uno de control que no recibió tratamiento y otro experimental al que se le aplicó la intervención. Se realizaron pruebas antes y después del tratamiento (pre-test y post-test) para evaluar los efectos de esta. Los resultados de ambos grupos se compararon estadísticamente para determinar la eficacia de la intervención. Este enfoque permitió establecer inferencias sobre la relación causal entre la intervención y los cambios en el grupo experimental (Arias González, 2021, p75).

3.2.2 Población y muestra

La investigación empleó un muestreo no probabilístico deliberado o por juicio, compuesto por 45 participantes de la Fundación Latitud. La característica definitoria del grupo seleccionado fue haber experimentado la pérdida de un familiar en los últimos 24 meses. No se llevó a cabo un cálculo de tamaño de muestra mediante fórmula estadística, ya que la selección se basó en los objetivos específicos del estudio y en los criterios de inclusión establecidos previamente (Smith, 2020). Los participantes que cumplían con estos criterios fueron asignados aleatoriamente a los grupos control y experimental.

Este enfoque de muestreo se caracterizó por su enfoque en casos informativos, seleccionando participantes que se consideran particularmente relevantes o significativos para los objetivos de la investigación (Johnson & Christensen, 2019). La flexibilidad en la selección permitió ajustar los criterios a lo largo del estudio en función de las necesidades emergentes y los hallazgos preliminares, aunque esto introdujo un grado de subjetividad en la elección (Brown, 2018). Dado que la selección dependió del criterio del investigador, hubo un grado inherente de subjetividad, lo que requirió una justificación clara y transparente de las decisiones tomadas (Davis, 2017).

Es importante destacar que los resultados obtenidos mediante este método de muestreo no pueden generalizarse a poblaciones más amplias, dada la naturaleza específica y no aleatoria de la selección de la muestra (Miller & Brewer, 2021). Sin embargo, resultó especialmente útil para estudiar grupos con características particulares, como individuos que habían experimentado una pérdida familiar (Taylor et al., 2019).

3.2.3 Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión son condiciones específicas que deben cumplir los sujetos o participantes para ser elegibles y formar parte de un estudio de investigación. Estos criterios establecen las características particulares que un individuo debe poseer para ser considerado como parte de la muestra del estudio (Polit & Beck, 2017). Al definir dichos criterios se logra delimitar la población de interés y asegurar la relevancia de los resultados para el grupo en cuestión. Asimismo, el establecimiento claro de estos límites incrementa la replicabilidad y validez del estudio (Creswell & Creswell, 2018). Considerando lo anterior, los criterios de inclusión determinados para la presente investigación son:

- Personas que han perdido a un familiar en los últimos dos años.
- Personas mayores de 18 años hasta 65 años.
- Personas hombres y mujeres.
- Personas que viven en el cantón Otavalo.
- Haber aplicado los instrumentos propuestos para la medición Inventario de duelo complicado, Escala de depresión de Hamilton y el Cuestionario de Aceptación y Acción y haber obtenido una puntuación alta en los tres instrumentos.
- Personas que no hayan recibido algún tipo de tratamiento psicológico o farmacológico en los dos últimos años
- Personas que hayan aceptado libre y voluntariamente la participación.

3.2.4 Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión en la investigación científica son parámetros cuidadosamente definidos que establecen las condiciones bajo las cuales ciertos individuos no son adecuados para participar en un estudio. Estos criterios son esenciales para garantizar la integridad metodológica y ética de la investigación. Su propósito principal es evitar posibles daños a los sujetos y mejorar la precisión y especificidad de los resultados obtenidos.

Como señala Bowling (2014), al excluir a individuos que no cumplen con estos criterios específicos, los investigadores pueden minimizar sesgos y mejorar la validez interna del estudio, asegurando que los resultados sean confiables y aplicables. En función de lo expuesto los criterios de exclusión son:

- Personas que presenten un diagnóstico previo de depresión.
- Personas que no presentan depresión.
- Personas que presentaron bajos niveles de aceptación y acción.
- Personas que han sufrido algún acontecimiento vital estresante que superen los 25 meses.
- Personas que se encontraban en duelo normal o ecológico.

Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron asignados aleatoriamente por medio de Excel, al grupo control y al grupo experimental. En la siguiente figura se muestra un diagrama de flujo que muestra el procedimiento para la identificación de personas que cumplan con los criterios de inclusión y su posterior vinculación aleatoria a los grupos analizados.

3.3. Instrumentos

3.3.1 Escala de Depresión de Hamilton

La Escala de Depresión de Hamilton de 17 ítems (HDRS-17) es un instrumento clínico ampliamente reconocido y utilizado en la evaluación de la severidad de los síntomas depresivos, especialmente en pacientes con trastorno depresivo mayor. Su desarrollo inicial fue realizado por Max Hamilton en 1960, y desde entonces, ha sido adoptado extensamente en la práctica psiquiátrica y psicológica clínica (Hamilton, 1960; Hedlund & Viewig, 1979).

La escala incluye una variedad de síntomas asociados con la depresión, como el estado de ánimo, trastornos del sueño, síntomas somáticos y ansiedad, y usa una calificación de 3 o 5 puntos por ítem, permitiendo una puntuación total de 0 a 52. Las puntuaciones se interpretan de la siguiente manera: 0-7 para ausencia o síntomas mínimos de depresión, 8-13 para depresión leve, 14-18 para moderada, 19-22 para moderadamente severa, y 23 o más para depresión severa.

La HDRS-17 se ha convertido en un estándar en la evaluación de la respuesta al tratamiento en pacientes con depresión, lo que permite a los profesionales de la salud monitorear la progresión de los síntomas a lo largo del tiempo (Hamilton, 1960; Hedlund & Viewig, 1979). Su inclusión en tu investigación podría proporcionar un método estandarizado y reconocido para medir la gravedad de la depresión, siendo de gran valor en estudios clínicos y de investigación.

3.3.2 Inventario de Duelo Complicado

Para evaluar la prevalencia del duelo complicado, se empleó una versión adaptada del Inventario de Duelo Complicado (IDC), originalmente desarrollado por Prigerson, Shear, Jacobs, Reynolds, Maciejewski, y Davidson (1995) y adaptado al castellano por Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson en 2009. Este instrumento es reconocido por su capacidad

para distinguir entre el duelo normal y el duelo complicado al enfocarse en la presencia de síntomas en el momento de la evaluación, lo que resulta crucial para identificar la persistencia excesiva de los síntomas típicos del duelo normal, un indicador clave de duelo complicado.

La adaptación específica para Colombia consta de 21 ítems y se diseñó para reflejar de manera más precisa las experiencias y expresiones culturales del duelo en este contexto (Limonero, Lacasta, García, Maté, & Prigerson, 2009). Esta versión ha demostrado una fiabilidad notable, con un Alfa de Cronbach de .88 y una correlación de $r = .81$ en la prueba test-retest, validando su utilidad en entornos hispanohablantes.

El IDC adaptado para Colombia mantiene la esencia del instrumento original, permitiendo diferenciar entre duelo normal y duelo complicado. Su escala Likert de 5 puntos, que varía de 0 (“Nunca”) a 4 (“Siempre”), establece que puntajes superiores a 25 indican la presencia de duelo complicado. Esta versión se ha mostrado efectiva y fiable para el contexto colombiano, si bien los detalles de su validación y fiabilidad pueden variar en comparación con la versión en español adaptada por Limonero y colaboradores.

La adopción de esta herramienta adaptada refleja un esfuerzo por proporcionar una evaluación culturalmente sensible y precisa del duelo complicado en Colombia, lo que facilita su identificación y tratamiento efectivo en la población local. Su eficacia y aceptación en la comunidad científica se respaldan en estudios como los de Keesee, Currier y Neimeyer (2008) y Simon et al. (2011), citados en Gamba Collazos y Navia (2016), consolidando al IDC como una valiosa herramienta de evaluación del duelo complicado en el ámbito científico y clínico.

3.3.3 Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

Desarrollado originalmente por Hayes en 2004, el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) es un instrumento utilizado ampliamente para medir la aceptación psicológica y la capacidad de actuar según los valores personales. El AAQ-II ha sido adaptado y validado en diversos contextos, incluyendo la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la psicología

clínica (Bond et al., 2011; Ruiz, 2010). La versión en español (AAQ-II-ESP), validada por Ruiz (2010), permite su aplicación en población hispanohablante.

Este cuestionario consta de 10 ítems con una escala de respuesta Likert de 7 puntos (1 = Nunca; 7 = Siempre). No existe una puntuación estándar de corte entre aceptación/acción y no aceptación/acción, ya que esto depende del contexto y objetivos de cada evaluación. No obstante, a menor puntaje, se infiere una mayor aceptación psicológica y acción más acorde con los valores individuales.

3.3.4 Ficha Sociodemográfica

La ficha sociodemográfica, en el ámbito de la investigación, es un instrumento utilizado para recopilar datos demográficos y sociales de los participantes de un estudio. Esta información incluye características como la edad, el género, el estado civil, la escolaridad y otros datos relevantes que permiten describir y analizar la composición de la muestra de investigación (Pérez, J y González, M; 2021).

3.4. Procedimientos

Dentro del margen de este estudio se desarrolló un procedimiento estructurado que se despliega en fases específicas, cada una con objetivos claramente definidos y herramientas meticulosamente seleccionadas para evaluar y abordar el duelo y la depresión. Este esquema secuencial garantiza un abordaje coherente y sistemático del proceso terapéutico, alineado con los principios de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2006).

La siguiente tabla sintetiza el procedimiento y las fases de la intervención, detallando las sesiones, los títulos, los objetivos específicos, las actividades detalladas y los instrumentos utilizados en cada etapa. Este desglose facilita la comprensión de cómo cada elemento de la intervención se integra en el objetivo mayor de promover la flexibilidad psicológica y mejorar el bienestar emocional de los participantes (Ruiz, 2010).

Cabe destacar que los instrumentos seleccionados para la evaluación y el seguimiento, como la Escala de Depresión de Hamilton y el Inventario de Duelo Complicado, han sido adaptados para reflejar el contexto cultural colombiano, proporcionando así una evaluación más precisa y relevante. Además, el uso del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) y siguiendo la ficha sociodemográfica son esenciales para entender la complejidad del duelo y la depresión en esta población.

En la recolección de información, se siguieron protocolos estrictos para garantizar la privacidad y la confidencialidad de los datos de los participantes, asegurando así la integridad del proceso terapéutico y la validez de los resultados obtenidos.

Tabla 1 - Descripción de fases de intervención

Fase	Sesión	Título
<i>Fase 1: Evaluación y Sensibilización</i>	Sesión 1	Evaluación inicial
	Sesión 2	Introducción a ACT y Mindfulness
	Sesión 3	Identificación de Valores y Fusión Cognitiva
<i>Fase 2: Desarrollo de Habilidades y Técnicas</i>	Sesión 4	Mindfulness Avanzado
	Sesión 5	Desarrollo de la Aceptación
	Sesión 6	Trabajo con Valores
	Sesión 7	Defusión Cognitiva
	Sesión 8	Compromiso con la Acción
<i>Fase 3: Integración y Cierre</i>	Sesión 9	Aplicación y Práctica
	Sesión 10	Evaluación Final y Cierre

3.4.1. Fase 1

La fase uno se dirigió a reclutar a los participantes, dar a conocer los aspectos más generales de la investigación e intervención, además de aplicar los instrumentos de medición para la evaluación y asignación de grupos. Asimismo, establecer una base sólida para la intervención terapéutica, comprendiendo profundamente las experiencias individuales de duelo y depresión de los participantes, e introduciéndolos a los principios de la ACT con un enfoque especial en sensibilización.

3.4.2. Fase 2

La segunda fase del programa ACT se enfocó en profundizar en el desarrollo y aplicación práctica de habilidades esenciales de la terapia. Los participantes comienzan a implementar activamente las técnicas de mindfulness y aceptación aprendidas en la Fase 1, y a trabajar en el desarrollo de habilidades de defusión cognitiva y compromiso con valores personales. Esta fase está diseñada para empoderar a los participantes en el manejo efectivo de sus pensamientos y emociones relacionados con el duelo y la depresión, promoviendo así un cambio significativo en su relación con estos procesos internos. El objetivo es aumentar la flexibilidad psicológica de los participantes, permitiéndoles vivir de manera más coherente con sus valores personales, incluso en momentos de adversidad emocional.

3.4.3. Fase 3

La última fase del programa de ACT está orientada hacia la integración y consolidación de todas las habilidades y conocimientos adquiridos en las fases previas. En esta etapa crucial, se enfatizó la aplicación efectiva y sostenida de estrategias de ACT en la vida diaria de los participantes. Se busca reforzar la autonomía y el empoderamiento personal en el manejo del duelo y la depresión, preparando a los participantes para una conclusión significativa del programa y proporcionando un plan claro y estructurado para el seguimiento y el cuidado continuo. Esta fase es vital para garantizar que los participantes no solo hayan aprendido

técnicas útiles, sino que también estén equipados para mantener y expandir estos aprendizajes en su vida cotidiana, fomentando la resiliencia y el bienestar a largo plazo. Al finalizar esta fase se aplicó nuevamente los instrumentos utilizados en el pretest, con la finalidad de analizar los resultados, a continuación, se detallan los resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Perfil sociodemográfico de la muestra

En la tabla 2, se muestra el perfil sociodemográfico de la muestra. La media de edad se sitúa en 29,79 años en la muestra general, con una desviación estándar de 10,67, es un grupo terapéutico relativamente joven. Respecto a la escolaridad, la mayoría se sitúa en nivel superior, de estado civil en su mayoría solteros (as); la mayor parte de participantes se encuentran laborando. Asimismo, como dato relevante una mayoría reportan haber convivido con el familiar fallecido, así como también, todos cumplen con la condición de un tiempo de duelo complicado que va de 18 a 24 meses. Sólo un participante manifiesta padecer por eventos adicionales, aparte de encontrarse afrontando un duelo.

Tabla 2 - Datos sociodemográficos de la muestra general

Variables cualitativas	Frecuencias	Porcentajes %
Género		
Masculino	13	46,4
Femenino	15	53,6
Total	28	100,0
Grupo		
Experimental	16	57,1
Control	12	42,9
Total	28	100,0
Escolaridad		
Básica	1	3,6
Bachillerato	13	46,4
Tercer nivel	14	50,0
Total	28	100,0
Estado civil		
Soltero (a)	16	57,1
Casado (a)	7	25,0
Viudo (a)	3	10,7
Divorciado (a)	1	3,6
Unión libre	1	3,6
Total	28	100,0
Situación laboral		
Se encuentran laborando	17	60,7
Están desempleados	11	39,3
Total	28	100,0
Vivian con el familiar fallecido		
Si	26	92,9
No	2	7,1
Tiempo de duelo		
De 18 a 24 meses	28	100,0
Evento adicional al duelo		
Si	1	3,6
No	27	96,4
Total	28	100,0

4.2 Evaluación Diagnóstica en la Variable Depresión

Tal como se observa en la figura 1, tanto el grupo experimental como el grupo control entran en igualdad de condiciones respecto a los niveles de depresión, los cuales se muestran en la mayoría como moderadamente severa, antes de la aplicación del tratamiento. Esto se confirma con el estadístico Chi Cuadrado obtenido ($\chi^2 = 6.532$) que muestra un valor de significancia ($p = .096$).

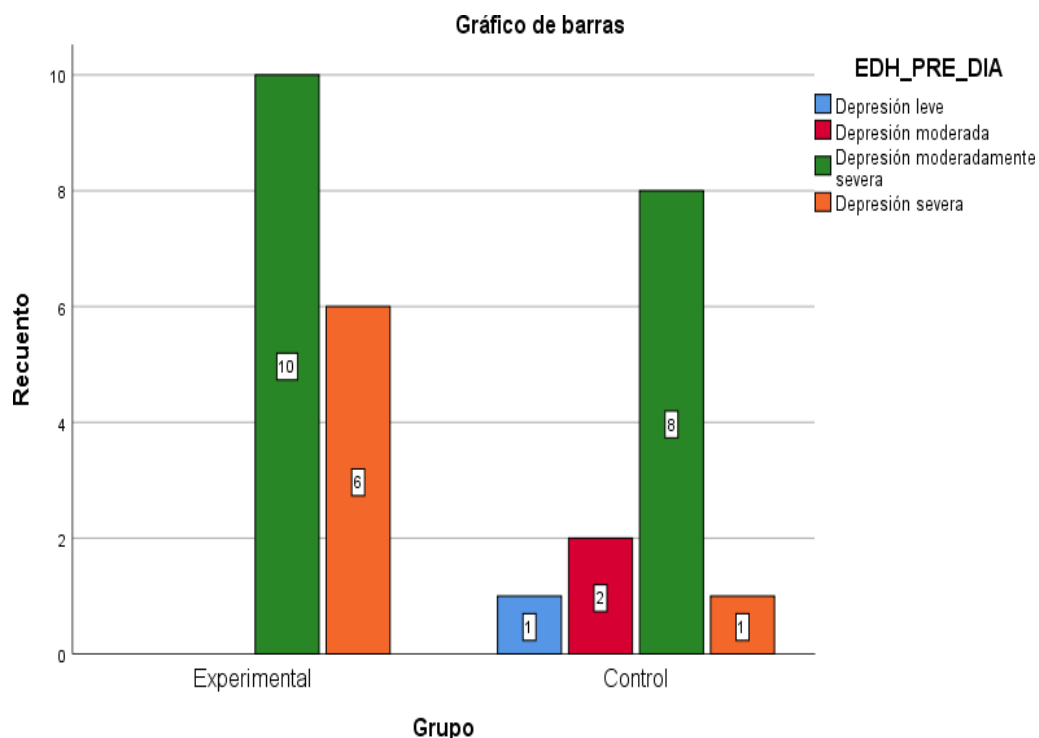


Ilustración 2 - Diagnóstico de niveles de depresión bajo la Escala de Depresión de Hamilton

4.3 Evaluación Diagnóstica en la Variable Aceptación y Acción

Tal como se muestra en la figura 2, tanto el grupo experimental como el grupo control entran en igualdad de condiciones respecto a los niveles obtenidos en el cuestionario de Aceptación y Compromiso, los cuales se muestran en la mayoría dentro de un cuadro grave,

antes de la aplicación del tratamiento. Esto se confirma con el estadístico Chi Cuadrado obtenido ($X^2 = 3.973$) que muestra un valor de significancia ($p = .137$).

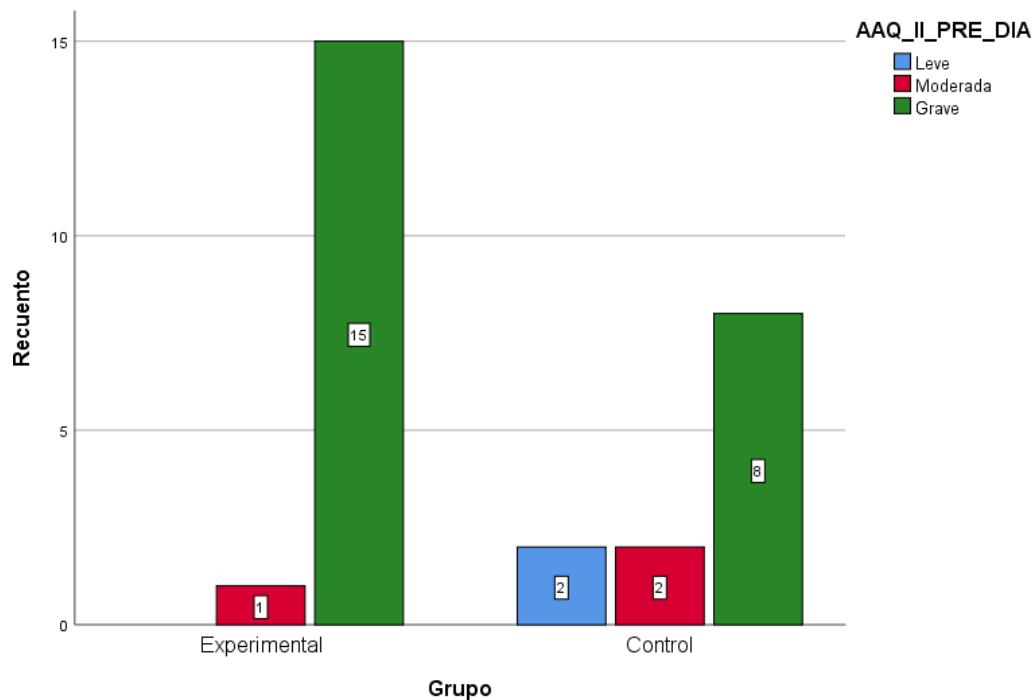


Ilustración 3 - Diagnóstico Clínico sobre la variable de Evitación Experiencial

4.4. Evaluación Diagnóstica en la Variable Duelo Complicado

Como se observa en la figura 3, existen diferencias entre el grupo experimental y el grupo control respecto a la presencia de duelo complicado, obtenidos en el Inventario de Duelo Complicado. En el grupo experimental todos presentan duelo complicado, a diferencia del grupo control, que reporta 3 casos sin duelo complicado. Esto se confirma con el estadístico Chi Cuadrado obtenido ($X^2 = 4.480$) que muestra un valor de significancia ($p = .034$).

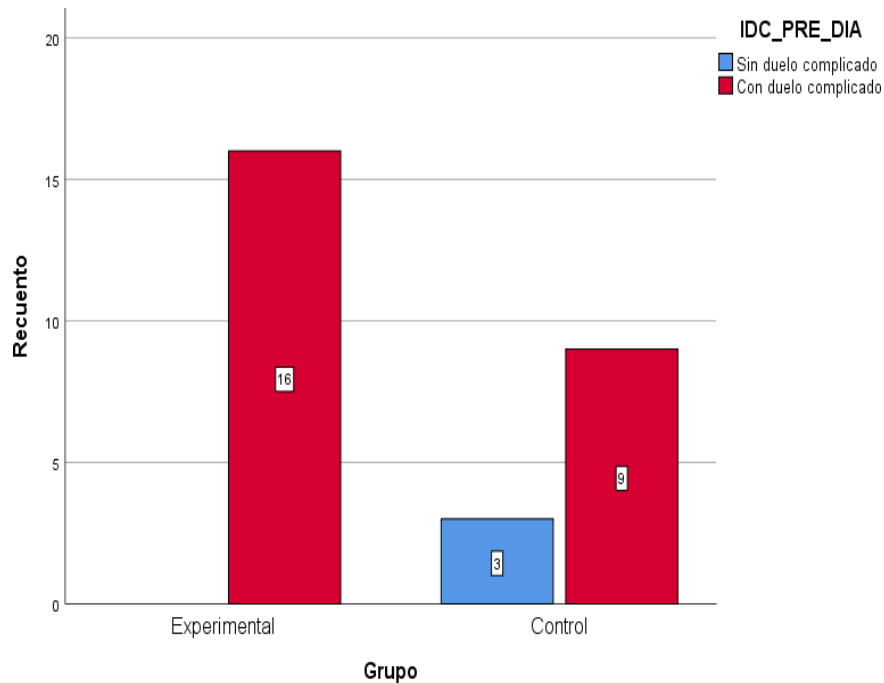


Ilustración 4 - Diagnóstico clínico sobre la variable Duelo Complicado

4.5. Comparativa de resultados obtenidos en el pre test en el grupo experimental y control

Como se aprecia en la tabla 2, se compara los puntajes promedio en la evaluación pretest para el grupo experimental y grupo control, con un nivel de confianza del 95%, bidireccional (2 colas). En la variable depresión se aplicó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, mostrando un valor de (.953; $p = .239$), esto indicó que los datos provienen de distribución normal, por lo cual, se empleó la prueba paramétrica t de Student para muestras independientes, considerando la igualdad de varianzas según la prueba de Levene. ($F=.011$; $p = .919$), se obtuvo un valor en la prueba t student para muestras independientes ($t = 2.239$; $p = .034$), mostrando que los puntajes promedio de depresión en el pretest se muestran diferentes entre el grupo experimental y grupo control. El grupo experimental muestra aproximación al cuadro de depresión severa, mientras que el grupo control se mantiene en una depresión moderadamente severa.

Respecto a la variable Aceptación y Acción, se aplicó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, mostrando un valor de (.756; $p = .000$), esto indicó que los datos provienen de distribución no normal, por lo cual, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann Withney, obteniendo un valor en la prueba de ($U = 83.000$; $p = .568$), mostrando que los puntajes promedio de la Aceptación y Acción en el pretest se muestran iguales entre el grupo experimental y grupo control. Ambos muestran afectación grave.

En lo que respecta a la variable duelo complicado, se aplicó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, mostrando un valor de (.967; $p = .507$), esto indicó que los datos provienen de distribución normal, por lo cual, se realizó la prueba paramétrica t student para muestras independientes. Considerando la igualdad de varianzas en Prueba de Levene ($F = 1.350$; $p = .256$), se obtuvo un valor en la prueba t student para muestras independientes ($t = 1.768$; $p = .089$). Se evidenció que los puntajes promedio del duelo complicado en el pretest son equivalentes tanto en el grupo experimental como en el grupo control, ambos mostrando niveles de duelo complicado.

Tabla 3 - Comparaciones de los puntajes promedio pre test en los grupos experimental y control¹

Variable	Test	Grupo experimental M; DE	Grupo control M; DE	Estadístico	Valor p
Depresión	Escala de depresión de Hamilton (EDH)	22.63; 2.30	20.67; 2.70	2.239	.034
Aceptación y Compromiso	Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ_II)	32.50; 2.94	31,75; 1.81	83.000	.444
Duelo	Inventario de Duelo Complicado (IDC)	32,81; 4,87	29,83; 3,68	1.768	.538

¹ **Nota.** M: Media; DE: Desviación Estándar.

4.6 Diagnóstico Postest en la Variable Depresión

Tal como se observa en la figura 4, existen diferencias significativas después de la intervención psicológica basada en terapia de aceptación y compromiso. El grupo experimental en su mayoría muestra depresión moderada, a diferencia del grupo control que en su mayoría reporta depresión moderadamente severa. Esto se confirma con el estadístico Chi Cuadrado obtenido ($\chi^2 = 8.436$), con un valor de significancia ($p = .038$).

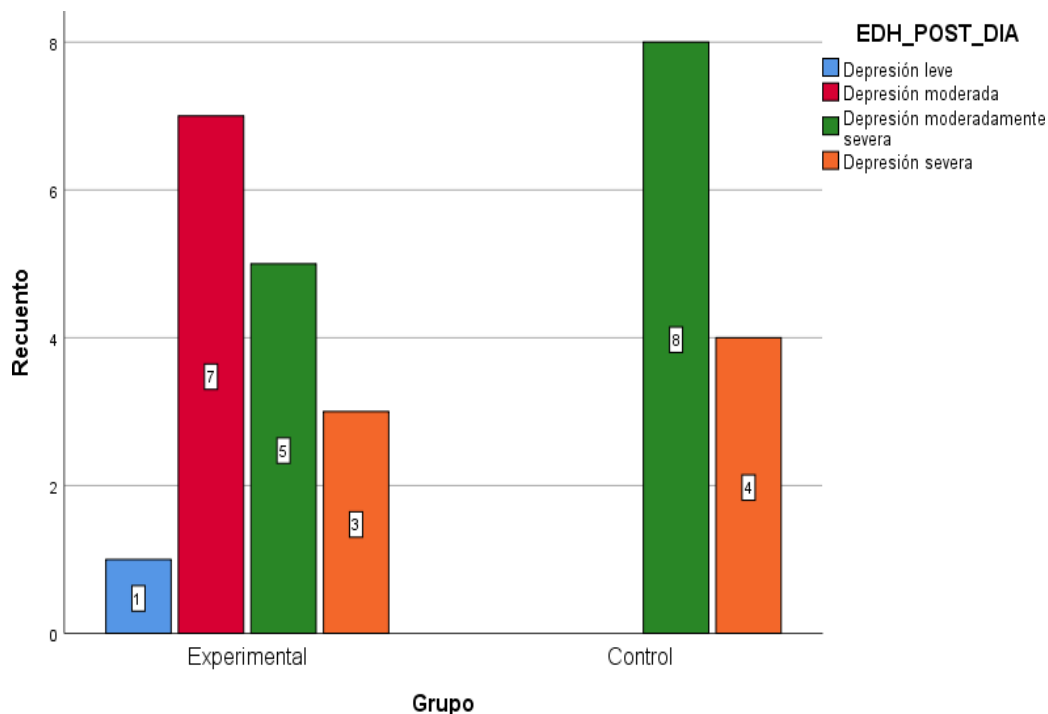


Ilustración 5 - Diagnóstico post test sobre la Depresión

4.7 Diagnóstico postest en la variable Evitación Experiencial

Como se observa en la figura 5, existen diferencias significativas después de la intervención psicológica basada en terapia de aceptación y compromiso. El grupo experimental en su mayoría muestra Aceptación y Acción moderada, y ciertos disminuyeron a un grado leve; a diferencia del grupo control, que en su mayoría reporta Aceptación y Acción grave. Esto se confirma con el estadístico Chi Cuadrado obtenido ($\chi^2 = 20.514$), con un valor de alta significancia ($p = .000$).

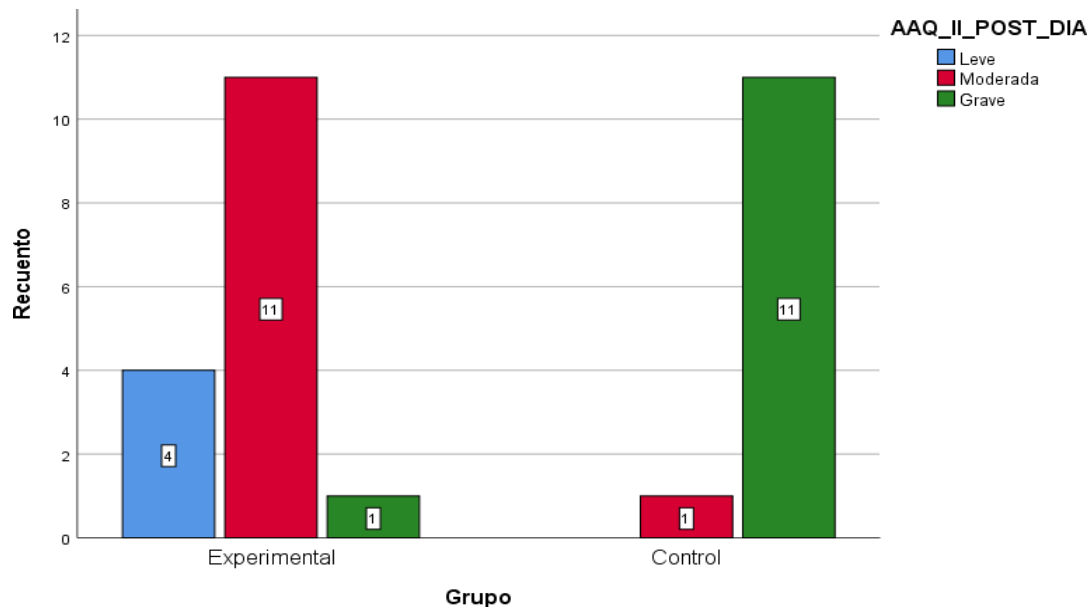


Ilustración 6 - Diagnóstico post test sobre la Aceptación y Acción

4.8. Diagnóstico Posttest en la Variable Duelo complicado

Como se observa en la figura 6, existen diferencias significativas después de la intervención psicológica basada en la terapia de aceptación y compromiso. El grupo experimental en su mayoría se muestra sin duelo complicado; a diferencia del grupo control, que en su mayoría se mantienen con duelo complicado. Esto se confirma con el estadístico Chi Cuadrado obtenido ($\chi^2 = 20.429$), con un valor de alta significancia ($p = .000$).

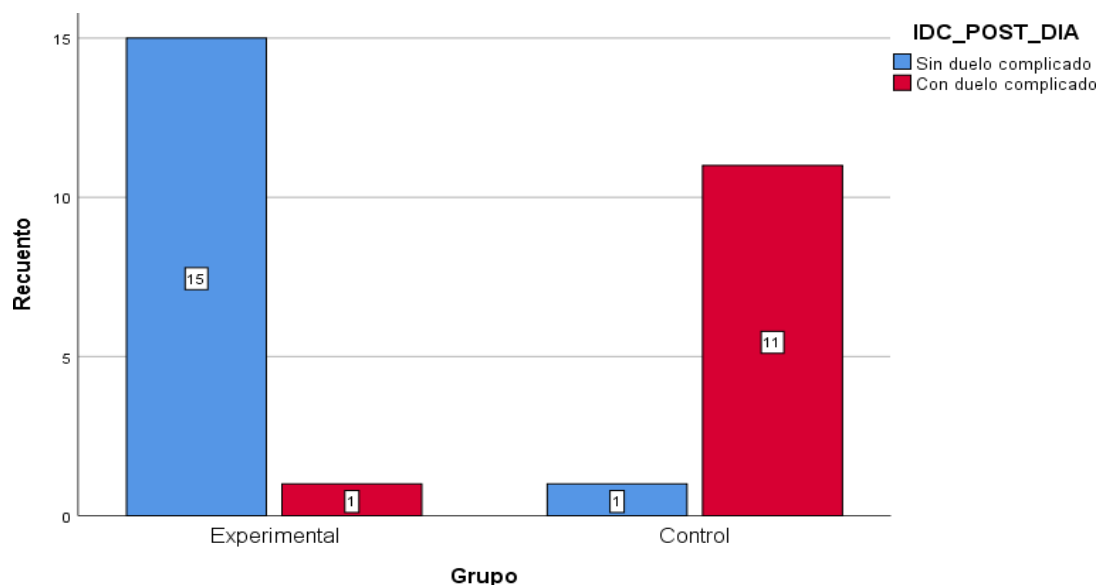


Ilustración 7 - Diagnóstico post test sobre el Duelo

4.9 Diferencias Postest entre el grupo Experimental y Control

En la tabla 3, se compara los puntajes promedio en la evaluación postest para el grupo experimental y grupo control, con un nivel de confianza del 95%, bidireccional (2 colas). En la variable depresión se aplicó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, mostrando un valor de (.926; $p = .050$), esto indicó que los datos provienen de distribución normal, por lo cual, se aplicó la prueba paramétrica t student para muestras independientes. No asumiendo varianzas iguales, comprobado en Prueba de Levene ($F=15.980$; $p = .000$), se obtuvo un valor en la prueba t de Welch para muestras independientes ($t = -1.934$; $p = .068$); comprobando que los puntajes promedio de depresión en el postest se muestran dentro de la escala depresión moderadamente severa en ambos grupos. Si bien, existen mejoras en el grupo experimental, no se observan diferencias amplias para determinarse como significativas.

Respecto a la variable evitación experiencial, se aplicó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, mostrando un valor de (.944; $p = .138$), esto indicó que los datos provienen de distribución normal, por lo cual, se aplicó la prueba paramétrica t student para muestras independientes. Considerando la igualdad de varianzas en Prueba de Levene ($F= 1.590$; $p = .218$), obteniendo un valor en la prueba de ($t = -7.624$; $p = .000$), mostrando que los puntajes

promedio de la aceptación y acción en el postest se muestran diferentes entre el grupo experimental y grupo control. El grupo experimental alcanza valores moderados, mientras que el grupo control mantiene valores graves.

En lo que respecta a la variable duelo complicado, se aplicó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, mostrando un valor de (.957; $p = .301$), esto indicó que los datos provienen de distribución normal, por lo cual, se aplicó la prueba paramétrica t student para muestras independientes. Considerando la igualdad de varianzas en Prueba de Levene ($F = .024$; $p = .877$), se obtuvo un valor en la prueba t student para muestras independientes ($t = -7.786$; $p = .000$), demostrando que los puntajes promedio del duelo complicado en el postest se muestran diferentes. El grupo experimental reporta una disminución de la sintomatología a sin duelo complicado, mientras que el grupo control de mantiene con presencia de duelo complicado.

Tabla 4 - Comparaciones de los puntajes promedio post test en los grupos Experimental y Control²

Variable	Test	Grupo experimental M; DE	Grupo control M; DE	Estadístico	Valor p
Depresión	Escala de depresión de Hamilton (EDH)	19.63; 3,75	21.58; 1,31	-1.934	.068
Aceptación y Compromiso	Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ_II)	24.81; 3,06	32,42; 1,83	-7.624	.000*
Duelo	Inventario de Duelo Complicado (IDC)	21,88; 2,98	30,33; 2,64	-7.929	.000*

² **Nota.** M: Media; DE: Desviación Estándar. *Valores de significancia estadística menores a 0.05.

4.10 Diferencias significativas al comparar las pruebas pre y pos-test en el grupo experimental y control

En la tabla 4, se muestra las diferencias en los cambios de mejora obtenidos mediante las pruebas pre y post en el grupo experimental y el grupo control. Para la variable depresión, se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk (.959; $p = .324$), la cual indicó que los datos siguen una distribución normal. Por esta razón, se aplicó la prueba paramétrica t de Student, asumiendo varianzas iguales ($F = 1.977$; $p = .172$). Los resultados mostraron que el grupo experimental presentó mayores cambios en la reducción de los niveles de depresión en comparación con el grupo control. ($t = 3.120$; $p = .004$), con un nivel de confianza del 95%, bilateral. La prueba d' Cohen muestra la superioridad del grupo experimental sobre el grupo control en la reducción de la depresión (Cohen's $d = 1,24$), con un tamaño del efecto moderado (effect-size $r = 0.52$).

En la variable evitación experiencial se aplicó prueba de normalidad Shapiro Wilk (.940; $p = .108$), indicando que los datos provienen de distribución normal, por lo cual se aplicó la prueba paramétrica t student, asumiendo varianzas iguales ($F = 3284$; $p = .082$), dando como resultado que el grupo experimental obtuvo mayores cambios comparado con el grupo control en la reducción de los niveles de evitación experiencial ($t = 6.618$; $p = .000$), con un nivel de confianza del 95%, bilateral. La prueba d' Cohen muestra la superioridad del grupo experimental sobre el grupo control en la reducción de la evitación experiencial (Cohen's $d = 2.64$), con un tamaño del efecto moderado (effect-size $r = 0.79$).

Para la variable duelo complicado, se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk (.920; $p = .050$), indicando que los datos provienen de una distribución normal. Por lo tanto, se aplicó la prueba paramétrica t de Student para muestras independientes. Los resultados mostraron que el grupo experimental experimentó mayores cambios en la reducción de los niveles de duelo complicado en comparación con el grupo control. ($t = 7.168$; $p = .000$), con un nivel de confianza del 95%, bilateral. La prueba d' Cohen muestra la superioridad del grupo

experimental sobre el grupo control en la reducción de los síntomas asociados a un duelo complicado (Cohen's $d = 2.86$), con un tamaño del efecto grande (effect-size $r = 0.81$).

Tabla 5 - Diferencias obtenidas en los grupos Experimental y Control con respecto a los cambios logrados al comparar pre y post pruebas³

Variable	Test	Grupo experimental M; DE	Grupo control M; DE	Estadístico	Valor p	Tamaño del efecto
Depresión	Escala de depresión de Hamilton (EDH)	3,00; 3,89	-.92; 2.19	3.120	.004	.52*
Aceptación y Compromiso	Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ_II)	7,69; 4,01	-.67; 1.96	6.618	.000	.79*
Duelo	Inventario de Duelo Complicado (IDC)	10,94; 5.05	-.50; 2.54	7.168	.000	.81**

Discusión de los resultados

Los principales hallazgos de este estudio demuestran la notable efectividad del tratamiento aplicado en el grupo experimental en comparación con el grupo control en diversas variables psicológicas significativas. En primer lugar, la variable de depresión mostró que el grupo experimental experimentó una reducción significativa en los niveles de depresión en comparación con el grupo control ($t = 3.120$; $p = .004$), con un tamaño del efecto moderado (Cohen's $d = 1.24$). Este hallazgo sugiere que las intervenciones terapéuticas empleadas son efectivas para tratar los síntomas depresivos, mejorando significativamente el

³ **Nota.** M: Media; DE: Desviación Estándar. * Cohen's d Effect-size r: Mediano; ** Cohen's d Effect-size r: Grande.

bienestar emocional de los participantes. Estos resultados son consistentes con estudios previos que han demostrado la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales y de aceptación y compromiso en la reducción de la depresión. Por ejemplo, Cuijpers et al. (2016) encontraron en su metaanálisis que las psicoterapias para la depresión mayor son efectivas para la remisión y la mejora, con tamaños del efecto similares. Además, Hayes et al. (2012) destacaron la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la reducción de síntomas depresivos.

En cuanto a la variable de Aceptación y Acción, los resultados indicaron que el grupo experimental tuvo una disminución significativa en la evitación experiencial ($t = 6.618$; $p = .000$), con un tamaño del efecto grande (Cohen's $d = 2.64$). Este hallazgo resalta la importancia de las intervenciones basadas en la aceptación y el compromiso. Levin et al. (2014) realizaron un metaanálisis que mostró que los componentes del modelo de flexibilidad psicológica, como los utilizados en ACT, son efectivos para reducir la evitación experiencial y mejorar el bienestar psicológico. Asimismo, Öst (2014) encontró en su revisión sistemática que ACT es eficaz para diversas condiciones psicológicas, incluida la evitación experiencial.

En la variable de duelo complicado, el tratamiento aplicado en el grupo experimental resultó en una reducción significativa de los síntomas asociados con el duelo complicado ($t = 7.168$; $p = .000$), con un tamaño del efecto grande (Cohen's $d = 2.86$). Este resultado indica que la intervención fue altamente efectiva para mitigar los síntomas del duelo complicado. Shear et al. (2016) proporcionaron evidencia de que las terapias específicas para el duelo, como la terapia de duelo complicado, son eficaces para reducir síntomas graves asociados con el duelo complicado. Wittouck et al. (2011) también encontraron en su metaanálisis que las intervenciones para el duelo complicado son efectivas, subrayando la importancia de tratamientos específicos para esta condición.

A pesar de estos resultados positivos, es crucial considerar las limitaciones del estudio. El tamaño de la muestra relativamente pequeño puede limitar la generalización de los hallazgos a una población más amplia. Además, la homogeneidad de la muestra en términos de características demográficas puede restringir la aplicabilidad de los resultados a diferentes grupos. La duración del seguimiento a corto plazo también impide evaluar los efectos a largo plazo del tratamiento, sugiriendo la necesidad de estudios adicionales con muestras más grandes, diversas y seguimientos prolongados para validar y expandir estos hallazgos.

No se reportaron resultados sorprendentes o no concluyentes en este estudio, lo cual refuerza la coherencia de los hallazgos con las hipótesis iniciales y la literatura existente. Sin embargo, la magnitud del efecto observado es mayor que la reportada en algunos estudios anteriores, lo que podría atribuirse a diferencias en los métodos de intervención, la duración del tratamiento o las características de la muestra.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para la disminución de síntomas depresivos asociados al duelo en un grupo de personas del cantón Otavalo. Basándonos en los objetivos específicos planteados, se alcanzaron varias conclusiones significativas.

En primer lugar, se caracterizó el perfil de la muestra participante, la cual estuvo compuesta principalmente por personas jóvenes y adultas, con una media de edad de 29 años. La mayoría de los participantes eran solteros, con nivel de educación superior y empleados. Un aspecto relevante es que la mayoría convivía con el familiar fallecido y presentaban un tiempo de duelo complicado de 18 a 24 meses. Esta caracterización permite entender mejor el contexto y las necesidades de la población estudiada.

Respecto a la evaluación de la sintomatología depresiva asociada al duelo, tanto el grupo experimental como el grupo control mostraron inicialmente puntajes graves de depresión y altos niveles de evitación experiencial en la evaluación pretest. Estos hallazgos indican una alta prevalencia de síntomas depresivos y evitación experiencial en la muestra participante, asociada a la experiencia del duelo complicado. La homogeneidad en los niveles iniciales de depresión y evitación experiencial entre los grupos permitió una comparación equitativa de los efectos de la intervención.

La intervención grupal de ACT se aplicó con el objetivo de disminuir la sintomatología depresiva y la evitación experiencial. Los resultados del posttest mostraron que el grupo experimental, que recibió la terapia, presentó una reducción significativa en los síntomas depresivos, pasando de un promedio de depresión grave a leve. En comparación, el grupo control mostró un promedio de depresión moderada. Además, la terapia ACT en formato grupal

demonstró ser efectiva no solo para reducir los síntomas depresivos, sino también para disminuir los niveles de evitación experiencial y los síntomas de duelo complicado. En la evaluación posttest, el grupo experimental mostró una disminución significativa de la evitación experiencial, pasando de niveles altos a bajos, mientras que el grupo control mantuvo niveles altos. Asimismo, el grupo experimental reportó una mejora significativa en los síntomas de duelo complicado en comparación con el grupo control.

En conclusión, la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada en formato grupal fue efectiva para reducir la sintomatología depresiva, la evitación experiencial y los síntomas de duelo complicado en la muestra participante. Estos resultados aportan evidencia sólida sobre la utilidad de ACT en el manejo del duelo complicado y sugieren su implementación como una estrategia terapéutica viable en contextos similares. No obstante, se recomienda realizar estudios adicionales con muestras más grandes y diversas, así como seguimientos a largo plazo, para validar y expandir estos hallazgos y asegurar la generalización de los resultados.

5.2. Recomendaciones

Para validar si los resultados obtenidos en este estudio son aplicables a otras poblaciones, es importante realizar estudios adicionales que consideren perfiles demográficos variados. Incluir en estos estudios a individuos de diferentes rangos de edad, estados civiles y niveles educativos permitirá determinar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en contextos diversos y con características demográficas distintas.

Es fundamental implementar programas de detección temprana y evaluación sistemática de síntomas depresivos y de evitación experiencial en personas que han sufrido una pérdida significativa. Identificar y tratar estos síntomas de manera oportuna puede mejorar significativamente la calidad de vida de quienes experimentan un duelo complicado y facilitar una recuperación más rápida y efectiva.

Dado que la intervención grupal de ACT ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de síntomas depresivos y de evitación experiencial, resulta recomendable promover esta terapia en formato grupal como una intervención estándar en programas de salud mental comunitaria. Además, las instituciones de salud deberían considerar integrar esta terapia en sus servicios y ofrecer capacitación específica a los terapeutas para asegurar una aplicación efectiva de la técnica.

La inclusión de la Terapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal en el tratamiento estándar para el duelo complicado en instituciones de salud mental y centros de apoyo al duelo es altamente recomendable. Es crucial que los terapeutas reciban la formación adecuada en esta modalidad terapéutica para maximizar los beneficios observados en la reducción de síntomas de duelo complicado.

Para evaluar la efectividad a largo plazo de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el manejo del duelo complicado, es esencial realizar estudios longitudinales que analicen el impacto sostenido de la terapia a lo largo del tiempo. Asimismo, es importante llevar a cabo investigaciones con muestras más grandes y diversas, con el fin de mejorar la generalización de los resultados y fortalecer la base de evidencia científica.

Fomentar la colaboración entre instituciones académicas y clínicas para llevar a cabo investigaciones amplias y a largo plazo sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso puede contribuir significativamente a la generación de una base de evidencia robusta que respalde la efectividad de la ACT. Estas colaboraciones también pueden ayudar a establecer protocolos de tratamiento estandarizados, mejorando así la práctica clínica y los resultados para los pacientes.

REFERENCIAS

- Alaminos, A., & Castejón, J. L. (2006). Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión. Aljibe.
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. <https://www.apa.org/ethics/code>
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Armenteros, L. (2020, 30 de octubre). Experto advierte de un aumento del duelo patológico por muertes inesperadas por COVID-19. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/ultimas-noticias-sanidad/experto-advierte-de-un-aumento-del-duelo-patologico-por-muertes-inesperadas-por-covid-19>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/58822-constitucion-de-la-republica-del-ecuador>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2021). Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Artículo 4. <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/buscador?texto=Ley%20Orgánica%20de%20Protección%20de%20Datos%20Personales>
- Asociación Médica Mundial. (2019). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 10-19.

- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Barraca, J. (2004). Cuestionario de Aceptación y Acción: Propiedades psicométricas de la adaptación española. *Psicothema*, 16(4), 647-652.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- BMC Psychiatry. (2020). Complicated grief and its relationship with anxiety, depression, and suicidal ideation in older adults in the context of the COVID-19 pandemic in Peru: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-11. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02916-0>
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Comparison of six proposed diagnostic criteria sets for disturbed grief. *Psychiatry Research*, 285. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112786>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Propiedades psicométricas preliminares del cuestionario de aceptación y acción-II: una medida revisada de la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial. *Terapia del comportamiento*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Bowling, A. (2014). **Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services** (4th ed.). Open University Press.
- Bureau of Labor Statistics. (2020). *Employment Characteristics of Families*.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Título II: Derechos. Artículo 32. <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec048es.pdf>
- Coolican, H. (2014). *Research methods and statistics in psychology*. Psychology Press.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Cruz, D. (2021). Evaluación de riesgos psicosociales en la modalidad de teletrabajo a partir del estado de excepción por pandemia Covid-19 en una empresa ecuatoriana. Universidad Internacional SEK.

- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Fantin, R., Brenes-Camacho, G., & Barboza-Solís, C. (2021). Defunciones por COVID-19: distribución por edad y universalidad de la cobertura médica en 22 países. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Faschingbauer, T. R. (1981). *Texas Revised Inventory of Grief*. Honeycomb Publishing Company.
- Fava, M., Ball, S., Nelson, J. C., Sparks, J. A., Kessler, R. C., & Rucci, P. (2004). Fatigue in major depressive disorder: Prevalence, burden and pharmacological treatment. *CNS Drugs*, 18(13), 893-908.
- Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 297-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04>.
- Flores, J., & Jácome, A. (2020). *Salud mental y trabajo: estudio de depresión y ansiedad ante el covid-19 en el personal de cajas de un hospital privado de Quito-Ecuador 2020*. Universidad Internacional SEK Ecuador.
- Forsyth, J. P., & Eifert, G. H. (2016). *The mindfulness and acceptance workbook for anxiety: A guide to breaking free from anxiety, phobias, and worry using Acceptance and Commitment Therapy* (2nd ed.). Oakland: New Harbinger Publications.
- Fried, E. I., Nesse, R. M., Guille, C., & Sen, S. (2015). The differential influence of life stress on individual symptoms of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(6), 465-471.
- Gobierno del Ecuador. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Recuperado de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/09/PNBV-2013-2017.pdf>
- Gobierno del Ecuador. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. Recuperado de <https://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021/>
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312.

- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T., & Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(2), 155-162.
- Hall, C. (2014). Bereavement theory: recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*, 33(1). Recuperado de <https://www.bereavementjournal.org/index.php/berc/article/view/882>
- Hamilton, M. (1960). "A rating scale for depression". *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56–62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56. NCBI
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 2-8.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2006). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.

- Hedlund, J.L., & Viewig, B.W. (1979). "The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review". *Journal of Operational Psychiatry*, 10, 149–165. NCBI
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Jones, R. L., et al. (2019). Confidentiality and data protection in research: What you need to know. Sage Publications.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *The Behavior Analyst*, 29(2), 161-185.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Katon, W., & Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 859-863.
- Kazdin, A. E. (2017). *Research design in clinical psychology*. Boston, MA: Allyn y Bacon.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2006). Dysthymic disorder and double depression: Prediction of 10-year course trajectories and outcomes. *Journal of Psychiatric Research*, 40(5), 408-415.
- Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2022). Prolonged Grief Related to COVID-19 Deaths: The Protective Role of Social Support and Resilience *Healthcare*, 10(1), 45. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010045>
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: Epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 34-43.
- Kupfer, D. J. (1991). Long-term treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(Suppl), 28-34.
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *The Lancet*, 379(9820), 1045-1055.

- Larrotta, R., Méndez, A., Mora, C., Córdoba, M., & Duque, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(2), 179-180.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Lebel, C., Péloquin, K., Daneault, S., & Léveill  ,   . (2020). Acceptance and commitment therapy for grief and complicated grief: A therapist training and feasibility study. *Journal of Loss and Trauma*, 25(4), 344-363.
- Limonero, J. T., Lacasta, M. A., García, J., Mat  , J., & Prigerson, H. G. (2009).
- Luciano Soriano, M. Carmen; Valdivia Salas, María Sonsoles. La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia Papeles del Psicólogo, vol. 27, n  m. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 79-91 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Fletcher, L. B., Seignourel, P. J., Bunting, K., Herbst, S. A., Twohig, M. P., & Lillis, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2764-2772.
- Milaneschi, Y., Simmons, W. K., van Rossum, E. F. C., & Penninx, B. W. J. H. (2019). Depression and obesity: Evidence of shared biological mechanisms. *Molecular Psychiatry*, 24(1), 18-33.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). Estadísticas de mortalidad en Ecuador [Base de datos]. Recuperado el 27 de diciembre de 2023, de <https://www.salud.gob.ec/estadisticas-de-mortalidad/>
- Monroe, Scott M. y Kate L. Harkness. "La depresión mayor y sus recurrencias: el curso de la vida importa". *Revisión Anual de Psicología Clínica*, vol. 18, no. 1, 25 de febrero de 2022, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35216520/, <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440>.

- Naciones Unidas. (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Nanni, M. G., Tosato, S., Grassi, L., Ruggeri, M., & Prigerson, H. G. (2015). The psychopathological characteristics of prolonged grief. *Journal of Psychopathology*, 21(4), 341-347.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2016). *Techniques of grief therapy: Assessment and intervention*. New York: Routledge.
- Neimeyer, R. A., & Sands, D. C. (2011). Meaning reconstruction in bereavement: From principles to practice. En R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 9-22). Routledge.
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13-25.
- Olivo Moreira, W. A., & Muñiz Holguin, M. E. (2021). Impacto Psicosocial del Duelo en el Adulto Mayor durante la Pandemia por Covid-19. Universidad de Guayaquil - Facultad de Ciencias Psicológicas.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades - 11^a Revisión (CIE-11).
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Adolescent health. Recuperado de <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2022). COVID-19 - Exceso de Mortalidad. <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/search?collection=Dataset&q=exceso%20de%20mortalidad>
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2010). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Routledge.
- Pérez, J. y González, M. (2021). Instrumentos de recolección de datos en investigación científica. Ediciones RIL. <https://www.rileditores.com/contenido/instrumentos-de-recoleccion-de-datos-en-investigacion-cientifica>
- Psychiatric Times. (2020). Bereavement and Depression. Psychiatric Times. Disponible en: <https://www.psychiatrictimes.com/view/bereavement-and-depression>

- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 29-36.
- Pistorello, J. (2012). Exploring the use of Acceptance and Commitment Therapy in group therapy settings for individuals with depression. *Journal of Clinical Psychology*, 68(11), 1129-1141.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). **Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice** (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., & Davidson, J. R. (1995).
- Public Health. (2021). Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Disponible en SciELO.
- Ramos-Brieva, J. A., & Cordero-Villafáfila, A. (1988). Una nueva escala de evaluación de la depresión clínica: su utilidad en psicofarmacología. *Clínica y Salud*, 9(3), 721-732.
- Revista Portafolio. (22 de enero de 2022). Muertes diarias por covid en Colombia siguen subiendo: reportaron 199. <https://www.portafolio.co/economia/gobierno/coronavirus-en-colombia-muertes-contagios-y-recuperados-560833>
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2009). *Mindfulness- and Acceptance-Based Behavioral Therapies in Practice*. New York: Guilford Press.
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: Exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2-3), 377-392. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43456
- Ruiz, F. J. (2010). *Aceptación y compromiso en la práctica clínica*. Desclée De Brouwer.
- Serrano-Ibáñez, E. R., Tirado-Muñoz, J., Rodríguez-Rey, R., Domínguez-Sánchez, M. A., & Castilla, C. (2021). Effects of an online ACT program for bereaved individuals during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 145-151.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin.
- Shear, M. K., Simon, N. M., Thompson, E. H., & Pollack, M. H. (2007). Complicated grief: A case series using escitalopram. *American Journal of Psychiatry*, 164 (11), 1760-1761. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07050800>

- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief Treatment: The theory, practice, and outcomes. *Bereavement Care*, 34(2), 74-83.
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, Frank E, Melhem NM, Silowash R. (2007). Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. *Compr Psychiatry*, 48(5), 395-399. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.05.002. Epub 2007 Jul 5. Disponible en PubMed.
- Smith, A. B., & Johnson, C. D. (2018). Protecting participant confidentiality in research. *Journal of Applied Ethics*, 23(4), 321-335.
- Smith, J. K., et al. (2020). Título del estudio: Un ejemplo de intervención en duelo complicado utilizando la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista de Psicoterapia y Salud Mental*, 35(2), 123-136.
- Smith, L., & Jones, M. (2015). Differential responses in psychotherapy: A review. *Journal of Clinical Psychology*.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. *Omega*, 74(4), 455-473.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.
- Strosahl, K., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2004). An ACT primer: Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. In S. C. Hayes & K. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 31-58). New York: Springer.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
- Thompson, M., Callender, K., Gangel, M., & Grossman, E. (2021). Efficacy of acceptance and commitment therapy for grief: A meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 175–183. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.005>
- Thompson, R. W., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2020). Conceptualizing acceptance and commitment therapy (ACT) for grief. *Death studies*, 44(3), 137-152

- Tonon, L., & Capella, M. (2020). Efectos Iniciales en la Salud Mental por la Pandemia de Covid-19 en algunas Provincias de Ecuador. Universidad del Azuay y Universidad de Guayaquil.
- Trochim, W., & Donnelly, J. P. (2008). The Research Methods Knowledge Base. Atomic Dog Publishing.
- Twohig, M. P. (2012). The application of Acceptance and Commitment Therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 18-30.
- U.S. Census Bureau. (2019). Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplement.
- Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 45 (8), 742-747.
- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York: Guilford Press.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: World Health Organization.
- Zimmerman, M., Martinez, J. H., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2013). Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*, 150*(2), 384-388.
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74.

ANEXOS

