



**COMILLAS**  
**UNIVERSIDAD PONTIFICIA**

ICAI

ICADE

CIHS

# ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS EN DUELO COMPLICADO

Autora: Sofía Garbayo Giusberti

Tutor: José Gamoneda Larripa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2025

## Resumen

El duelo es un proceso natural que surge como respuesta universal ante una pérdida significativa (Gil-Juliá et al., 2008; Liu et al., 2019; Waller et al., 2016). Sin embargo, su elaboración puede llegar a bloquearse, dando lugar a lo que se conoce como duelo complicado (Liu et al., 2019). El objetivo del presente estudio consiste en explorar los aspectos percibidos como útiles en el proceso terapéutico por personas que transitan un duelo complicado, con el fin de favorecer intervenciones psicoterapéuticas eficaces. A través de un análisis cualitativo basado en el análisis temático, se examinaron experiencias significativas durante el transcurso de una intervención breve (tres sesiones) basada en la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE). Para ello, se analizó las respuestas de 26 participantes al cuestionario *Helpful Aspects of Therapy* (HAT), administrado al finalizar cada una de las tres sesiones terapéuticas realizadas. Como resultado se generaron categorías como la tarea de la silla vacía, la relación terapéutica y el trabajo emocional así como expresión, apertura y procesamiento emocional que representan la síntesis de los aspectos percibidos como útiles por el cliente en psicoterapia. Este estudio subraya la importancia de identificar los momentos terapéuticos significativos desde la experiencia subjetiva de los pacientes, permitiendo visibilizar aquellas intervenciones que resultan más transformadoras y que contribuyen de manera significativa al proceso de cambio.

**Palabras clave:** *Duelo, duelo complicado, Análisis Temático, eventos de cambio significativo, Aspectos útiles, Helpful Aspects of Psychotherapy, Terapia Focalizada en la Emoción*

## Abstract

Bereavement is a natural process that arises as a universal response to a significant loss (Gil-Juliá et al., 2008; Liu et al., 2019; Waller et al., 2016). However, its elaboration can become blocked, giving rise to what is known as complicated grief (Liu et al., 2019). The aim of this study is to explore the aspects perceived as useful in the therapeutic process by people going through a complicated bereavement, in order to favour more effective interventions. Through a qualitative thematic analysis, significant experiences were examined in the context of Emotion Focused Therapy (EFT) and from the humanistic-experiential theoretical framework. For this purpose, the main theoretical contributions on grief and complicated grief were reviewed, and common factors were identified from the analysis of the responses of 26 participants to the *Helpful Aspects of Therapy* (HAT) questionnaire,

administered at the end of each of the three therapy sessions. The results revealed that the aspects most frequently rated as helpful were the empty chair task, the therapeutic relationship and emotional work as emotional expression, openness and emotional processing. This study underlines the importance of identifying significant therapeutic moments from the subjective experience of the patients, making it possible to make visible those interventions that are most transformative and that contribute significantly to the process of change.

**Key words:** *Grief, complicated grief, thematic analysis, significant events, Helpful Aspects of Psychotherapy, Emotion Focused Therapy.*

## Índice

1. <i>Introducción</i> .....	5
2. <i>Metodología</i> .....	11
2.1 <i>Participantes</i> .....	12
2.2 <i>HAT</i> .....	13
2.3 <i>ICG</i> .....	13
3. <i>Procedimiento</i> .....	14
3.1 <i>Análisis de datos</i> .....	15
4. <i>Resultados</i> .....	16
5.1 <i>Análisis de contenido</i> .....	22
5.1 <i>Resultados de categoría</i> .....	22
5. <i>Discusión</i> .....	25
5.1 <i>Limitaciones y futuras líneas de investigación</i> .....	27
6. <i>Referencias bibliográficas</i> .....	29
7. <i>Anexos</i> .....	33

## Introducción

El duelo es un proceso natural e inevitable que surge como respuesta universal ante una pérdida significativa (Gil- Juliá et al., 2008; Liu et al., 2019; Waller et al., 2016). Dicho proceso es personal y único, donde cada persona lo experimenta de manera diferente. Sin embargo, produce reacciones humanas comunes (Pacheco, 2003) que impactan a la persona en su totalidad, abarcando aspectos psicológicos, sociales, físicos y espirituales (Barreto, de la Torre y Pérez-Marín, 2012). El duelo no sucede únicamente ante la muerte de un ser querido, sino que también puede surgir ante una enfermedad prolongada, un despido en el trabajo, una separación, o incluso la pérdida de roles o estatus personal, entre otros. Al fin y al cabo, el duelo es transversal a la experiencia de perder (Gil-Juliá et al., 2008; Zurita y Chías, 2009; Gamoneda, 2023). Por lo tanto, cada pérdida por la que pasamos supone un proceso de adaptación a las nuevas circunstancias vitales particulares. A pesar de que el duelo sigue un proceso natural en el que la persona dispone de recursos personales intrínsecos del ser humano y redes de apoyo suficientes para poder afrontarlo, adaptarse y reestructurar su vida sin necesitar una intervención especializada (Liu et al., 2019; Lundorff et al., 2017), en algunos casos la persona puede tener problemas para procesar el duelo, lo que se conoce como duelo complicado (Liu et al., 2019). A pesar de esto, la manera de expresar el duelo no es universal, ya que varía según la cultura, con sus propios matices y rituales (Cabodevilla, 2007). Desde tiempos tan lejanos como los neandertales, los seres humanos han desarrollado diversos rituales relacionados con la muerte. Aunque este fenómeno ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, hoy en día muchas personas prefieren no hablar de ello o incluso evitan el tema (Pacheco, 2003).

En la obra de Freud *Duelo y melancolía* (Freud, 1917) encontramos las primeras aportaciones teóricas acerca del duelo y sus posibles complicaciones. En este escrito, Freud establece un paralelismo entre la melancolía y el duelo, siendo consideradas ambas una forma

de respuesta ante la experiencia de perder. En el caso del duelo, esta pérdida provoca alteraciones significativas en el comportamiento habitual, sin llegar a considerarse una patología. Freud (1917) también planteó que el duelo podía volverse más complejo si el vínculo con el objeto perdido no se disolvía de manera adecuada. Además, Freud señaló que los síntomas del duelo guardan similitudes con los de la depresión severa (o melancolía), destacando un profundo abatimiento emocional, pérdida de interés por el entorno, disminución de la capacidad de amar y una marcada inhibición en la actividad (Freud, 1917). Estos últimos aspectos implican una intensa restricción del yo, lo que conllevaría una limitación de las pulsiones vitales debilitando el self. De este modo, la persona deja de invertir energía en el mundo externo y en sí misma, quedándose sin energía. Es a través del proceso de elaboración del duelo como el yo logra liberarse y recuperar su dinamismo (Freud, 1917, citado en Tizón, 2004).

Desde la Teoría del Apego (Bowlby, 1980) se consideró que la ausencia de una figura significativa desencadena intensas reacciones emocionales derivadas de la ruptura del vínculo afectivo, destacando así cómo los distintos estilos de apego influyen en la forma en que se afronta el duelo. En su teoría, Bowlby (1980) describió el duelo como un proceso que surge ante la pérdida de una figura de apego, estructurado en cuatro fases que reflejan la evolución de la respuesta emocional: fase de entumecimiento o shock, fase de anhelo y búsqueda, fase de desorganización y desesperanza, fase de reorganización (Bowlby, 1980).

En la primera fase, denominada de aturdimiento o *shock*, la persona experimenta confusión y embotamiento emocional, con momentos de profunda aflicción e ira, lo que puede extenderse durante horas o días (Parkes, 1998; Worden, 2004). Posteriormente, en la fase de anhelo y búsqueda de la persona perdida, predominan la tristeza y la protesta, sentimientos que pueden prolongarse durante meses o incluso años (Bowlby, 1980; Neimeyer, 2000). A continuación, se desarrolla la fase de desorganización y desesperanza, caracterizada por un estado depresivo que afecta la percepción del futuro, la visión del mundo y la propia autoconfianza (Bowlby, 1980; Worden, 2004; Stroebe y Schut, 2010). Finalmente, la fase de reorganización supone el comienzo de la recuperación emocional, un momento en el que la persona empieza poco a poco a retomar su vida diaria y a integrar la ausencia del ser querido sin que los recuerdos despierten un dolor persistente o insoportable (Worden, 2004; Neimeyer, 2001; Kübler-Ross y Kessler, 2005). Sin embargo, cuando este proceso de adaptación no se lleva a cabo de manera adecuada, pueden surgir dificultades que derivan en un duelo patológico o complicado, impidiendo que la persona logre reestructurar su vida de forma saludable (Bowlby, 1980, citado en Tizón, 2004). En este sentido, Kübler-Ross (1969) propuso el

modelo de las cinco fases del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Este esquema facilitó la comprensión del proceso, aunque más adelante se reconoció que no todas las personas atraviesan estas etapas en el mismo orden, ni siquiera todas pasan por estas fases (Worden, 2010). Con el tiempo, los enfoques sobre el duelo han avanzado hacia modelos más dinámicos (Worden, 1997) donde se presenta una perspectiva basada en la realización de tareas específicas para adaptarse a la pérdida, en lugar de un tránsito lineal por distintas fases (Aparicio, 2013).

Todas estas visiones teorizan y reflexionan sobre las complicaciones en el duelo y cuando este se vuelve problemático. En la actualidad, el término más reciente que recoge estas dificultades es el Trastorno de Duelo Complejo Persistente o prolongado, el cual fue incluido en la Sección III de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; Asociación Americana de Psicología [APA], 2013) bajo la denominación de “Afecciones para continuar el estudio” para subrayar su relevancia clínica. Esta inclusión responde a la identificación de un patrón de respuesta al duelo que resulta significativamente incapacitante, caracterizado por una añoranza intensa, dificultades para aceptar la pérdida, alteraciones en la identidad y otros síntomas que difieren del duelo ordinario. Sin embargo, aún no se ha alcanzado un consenso suficiente sobre sus criterios diagnósticos, su distinción de otros trastornos y la respuesta a posibles tratamientos (Yeyati, 2022).

El duelo complicado se caracteriza por una prolongación o intensificación del sufrimiento emocional, que interfiere significativamente en la vida cotidiana del individuo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) el duelo es la reacción natural experimentada ante la pérdida de un ser querido donde la reacción tras el fallecimiento suele ser aguda, intensa y disruptiva, pero tiende a reintegrarse con el tiempo. Sin embargo, en ocasiones hay una dificultad de reintegrar la pérdida, lejos de suponer una respuesta natural y adaptativa, este dolor inicial puede permanecer más tiempo, generando mayor interferencia de la que cabría esperar en diferentes esferas de la existencia, tales como la psicológica, la social o funcional (Shear, 2015). Así, se elaboraría un proceso desadaptativo conocido como duelo complicado (DC) o duelo prolongado (DP) (Molina, 2023).

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, que ha causado aproximadamente 5,9 millones de fallecimientos a nivel global (Laranjeira et al., 2022), se ha observado un notable aumento en la prevalencia de complicaciones en los procesos de duelo. Este incremento no solo se explica por la magnitud de las pérdidas, sino también por las condiciones en las que muchas de ellas ocurrieron, a menudo de manera inesperada o traumática, y con restricciones sanitarias que impidieron despedidas adecuadas, rituales funerarios y apoyo social, elementos

clave para una elaboración saludable del duelo (Eisma y Tamminga, 2020; Goveas y Shear, 2020).

Estas circunstancias han incrementado significativamente el riesgo de desarrollar un duelo prolongado (Molina et al., 2023). Por ello, resulta fundamental una mayor comprensión y adaptación de las intervenciones clínicas, ofreciendo una atención terapéutica basada en investigaciones sólidas y útiles para aquellos que lo necesiten.

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE; Elliott et al., 2004; Greenberg y Goldman, 2019; Greenberg et al., 1993) integra principios de la terapia experiencial de la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1957) añadiendo las tareas y focalización en la experiencia presente de la terapia Gestalt o Focusing (Greenberg y Elliott, 1997; Rice, 1974). De este modo, el terapeuta utiliza intervenciones experienciales en marcadores de dificultades de procesamiento emocional guiadas por la TFE (Greenberg y Sharbanee, 2020). Este enfoque entiende la emoción como el dato fundamental de la experiencia humana que posteriormente se simboliza con la creación de significado narrativo (Greenberg y Sharbanee, 2020; Greenberg y Pascual-Leone, 2006). Además, la TFE explica que el duelo complicado se distingue del duelo debido a los procesos emocionales que están operando, además de la descripción del síntoma, siendo las emociones primarias desadaptativas junto a los autotratamientos problemáticos (Gamonedá, 2023) (e.g., autocrítica crónica e intensa) el elemento central del duelo complicado ya que causan las reacciones secundarias como entumecimiento o malestar global indiferenciado (Greenberg y Sharbanee, 2020). De este modo, es necesaria una secuencia de procesamiento emocional más complejo. En estos casos, el proceso de duelo se mezcla con otras emociones que pueden bloquear su desarrollo, como la rabia hacia el otro por fallos pasados, o la desesperanza ante necesidades no satisfechas, o sentimientos no resueltos por experiencias de abandono, rechazo o celos. En estas situaciones, las reacciones emocionales conflictivas deben diferenciarse de cada una y permitir que cada una se exprese plenamente (Greenberg y Sharbanee, 2020).

El enfoque de TFE en el procesamiento del duelo consiste en ayudar a la persona a deshacer los diversos bloqueos al procesamiento que pueden interrumpir el proceso de duelo para poder acceder y simbolizar el duelo adaptativo en torno a la pérdida (Gamonedá, 2023). A medida que se deshacen las interrupciones u otros autotratamientos, el dolor del duelo conduce a otras emociones adaptativas, como la autocompasión por el dolor, el enfado por la injusticia y la alegría nostálgica por los recuerdos positivos de la relación que pueden interiorizarse y llevarse adelante, y juntas estas emociones permiten que el yo se reconstruya (Greenberg y Sharbanee, 2020). De este modo, se trata de un proceso idiosincrásico, es decir,

cada persona lo vive de una manera única, influenciada por su historia personal, sus creencias y su entorno. Al ser la experiencia idiosincrásica, la psicoterapia va a estar más pendiente de lo específico de la vivencia de cada persona en lugar de los aspectos nomotéticos, los principios generales, o las teorías propias de una escuela (Gimeno-Bayón, 2017). En este sentido, resulta fundamental explorar los eventos significativos que emergen en el proceso terapéutico.

El cambio principal dentro de la TFE es la transformación emocional. No obstante, existen otras dimensiones del procesamiento emocional que también juegan un papel clave y cuya relevancia puede variar según el caso o la problemática clínica específica. Entre estos procesos se incluyen la toma de consciencia, la activación de las emociones, la regulación emocional, la creación de significado, la elaboración narrativa y la reflexión sobre la emoción (Gamoneda, 2023). Si bien estos procesos cuentan con respaldo empírico, resulta igualmente crucial analizar qué aspectos de la experiencia son considerados significativos por el cliente. Esta atención a la perspectiva del cliente se encuentra en línea con la visión humanista centrada en la persona, la cual postula que el propio cliente es quien mejor conoce su vivencia y, por ende, debe guiar el proceso terapéutico (Rogers, 1961). En consonancia con esta perspectiva, la investigación sobre los “eventos de cambio significativo” en psicoterapia (Elliott, 1985; Timulak, 2010) ha puesto de relieve que los momentos que el cliente identifica como especialmente importantes pueden constituir puntos de inflexión positivos en el curso del tratamiento (Timulak, 2010). De este modo, resulta pertinente en contextos de duelo complicado, donde la dificultad para integrar el significado de la pérdida se ha asociado con mayores obstáculos para la resolución del proceso (Eisma y Tamminga, 2020).

Las Psicoterapias Humanistas-Experienciales (HEP) destacan la experiencia subjetiva como motor de transformación, utilizando intervenciones vivenciales para acceder a emociones profundas y permitir la integración de significados (Maslow, cit. en Misiak y Sexton, 1973, p. 115; Gendlin, 1997, p. 44). Este enfoque fomenta una relación empática y auténtica, donde el terapeuta actúa como facilitador del diálogo transformador (Rogers, 1962; May y Yalom, 1989).

Los "eventos de cambio significativo" son momentos clave en la terapia, ya sean fructíferos (Elliott, 1985; Timulak, 2007) o problemáticos, como los “eventos no útiles” o “acontecimientos obstaculizadores” (Grafanaki y McLeod, 1999). Su identificación se formalizó con el formulario Aspectos Útiles en Terapia (HAT; Elliott, 1985; Llewelyn, 1988), completado por el cliente al final de la sesión. Estos eventos, denominados "significativos"

(Elliott, 1984) o "importantes" (Kivlighan y Arthur, 2000), se analizan a partir de transcripciones y reflexiones del terapeuta y del cliente.

Elliott (1985) realizó una taxonomía empírica para identificar los eventos terapéuticos útiles y no útiles, identificando 14 tipos, de los cuales ocho fueron útiles y divididos en el supercluster de tareas ("nueva perspectiva", "solución de problemas", "clarificación de problemas" y "focalización de la atención") y supercluster interpersonal ("comprensión", "implicación del cliente", "reafirmación" y "contacto personal"). Se observó que los eventos interpersonales predominan al inicio y fin de la terapia, mientras que los relacionados con el crecimiento del cliente son más frecuentes en etapas finales (Cummings et al., 1993; Timulak, 2007). En cuanto a los eventos no útiles, Elliott identificó seis principales: "malentendidos", "reacción negativa del terapeuta", "responsabilidad no deseada", "repetición", "despiste" y "pensamientos no deseados".

Posteriormente, Timulak (2007) amplió el análisis con un metaanálisis cualitativo, estableciendo categorías como "concienciación", "cambio conductual", "empoderamiento", "alivio" y "contacto personal". Observó que los terapeutas valoran más los eventos de insight y cambio cognitivo, mientras que los clientes destacan la reafirmación y el apoyo emocional (Elliott, 1983; Llewelyn, 1988; Timulak, 2010). Además, quienes evolucionan mejor tienden a centrarse en su progreso, son menos autocríticos y perciben el tratamiento de forma más positiva (Stephenson et al., 1997, Timulak, 2010). Dado que los eventos significativos se definen por su impacto percibido y no por criterios teóricos, su estudio dentro de modelos específicos de cambio, como la transformación emocional, ayuda a comprender su influencia en los resultados terapéuticos (Timulak, 2010). Llewelyn (1988) comparó eventos facilitadores y obstaculizadores en terapias exploratorias y cognitivo-conductuales, observando que las primeras favorecen la toma de conciencia y el contacto personal, mientras que las segundas potencian la solución de problemas y la tranquilidad. Solo los pensamientos no deseados se vincularon negativamente con los resultados.

Analizar los eventos de cambio en el duelo complicado permite adaptar la terapia a cada persona, ya que no todas las estrategias funcionan para todos los dolientes (Wittouck, 2010). En este sentido, el análisis temático facilita la identificación tanto de experiencias individuales como de patrones comunes en el proceso de duelo (Braun y Clarke, 2006). Esto resulta especialmente relevante dado que el duelo es una experiencia altamente idiosincrática, modulada por variables personales, relacionales, culturales y contextuales (Stroebe et al., 2007). Por ello, comprender cómo cada persona elabora por su pérdida y qué factores

facilitan o dificultan su elaboración permite un abordaje más holístico en el acompañamiento terapéutico.

De este modo, mi Trabajo de Fin de Máster se centra en analizar estas experiencias significativas en el contexto del duelo complicado, con el objetivo de aportar una comprensión más profunda de cómo se producen y qué implicaciones tienen en la práctica clínica. Comprender estas experiencias resulta fundamental, ya que no todas las intervenciones son igualmente efectivas para todos los dolientes (Wittouck, 2010). En este sentido, conocer las diferentes perspectivas permite identificar qué enfoques resultan más adecuados para cada persona, facilitando así un ajuste más preciso y eficaz en la intervención. Además, este estudio no solo contribuye a mejorar la adecuación de las estrategias terapéuticas, sino que también enriquece el conocimiento clínico al integrar una perspectiva metodológica cualitativa, permitiendo captar la complejidad y la riqueza de la experiencia subjetiva de cada doliente.

El análisis cualitativo de experiencias significativas mediante el HAT representa un enfoque metodológico que complementa las evaluaciones cuantitativas en psicoterapia, permitiendo una comprensión más profunda del impacto de los eventos terapéuticos en los clientes (Elliott, 1983).

El objetivo central de esta investigación es analizar qué aspectos de la terapia son considerados más útiles o transformadores por los clientes. Como objetivos específicos encontramos: 1) Generar y describir categorías de cambio los aspectos de las diferentes sesiones que han resultado útiles y el grado en el que lo han sido y 2) la identificación de dificultades y barreras percibidas en el proceso terapéutico. Esto permitirá generar categorías temáticas que aporten a la comprensión del fenómeno estudiado.

## **Metodología**

A Través del consentimiento informado, los participantes dieron permiso para utilizar los cuestionarios en futuras investigaciones. La investigación cualitativa fue aprobada por el comité de ética en 2020. La muestra empleada es extraída por una investigación mayor (Gamoneda, 2023).

Los participantes completaron el cuestionario en el marco de una investigación previa, y mediante el consentimiento informado autorizaron el uso de sus respuestas para fines de

futuras investigaciones. La investigación fue aprobada por el comité de ética en 2020 y se basa en una muestra extraída de una investigación mayor (Gamoneda, 2023). El diseño adoptado es de tipo cualitativo interpretativo, orientado a explorar en profundidad las experiencias subjetivas relacionadas con el duelo complicado (Timulak y Elliott; 2005). Para analizar los datos se utilizó un análisis temático, una técnica que permite identificar y agrupar categorías comunes en las respuestas (Braun y Clarke, 2006). El proceso se llevó a cabo de forma inductiva, dejando que los temas surgieron directamente del contenido y posteriormente se realizaron categorías (Braun y Clarke, 2006).

## **Participantes**

La investigación cuenta con una muestra de 26 participantes (un hombre y 25 mujeres), todos ellos atravesando un proceso de duelo complicado, con edades comprendidas entre 18 y 63 años. Las nacionalidades de los participantes fueron 19 españolas, 6 venezolanas y 1 colombiana. Para que pudiera darse el duelo complicado, tenía que pasar un período mínimo de un año desde el fallecimiento del ser querido. Los participantes fueron informados del procedimiento para formar parte en la investigación y permitieron el uso de sus datos (Gamoneda, 2023). El número total de sesiones a las que asistieron los clientes fueron tres sesiones por cada participante. Los criterios de inclusión fueron: estar atravesando un duelo complicado, tener entre 18 y 63 años, que hayan pasado al menos un año de la pérdida del ser querido y que tenga facilidad para el contacto emocional (Gamoneda, 2023).

Los niveles medios de malestar de los participantes fueron medidos a través del Inventario de Duelo Complicado (ICG; Prigerson et al., 1995). Éstos niveles de malestar antes de recibir la intervención fue de 40.54 (DT=12.35), lo que indica una sintomatología elevada de malestar (Gamoneda, 2023). Los resultados del ICG se muestran en anexo I.

Se excluyeron de la muestra aquellas personas que no estuviesen atravesando un duelo complicado, es decir tener una puntuación inferior a 25 en el Inventario de Duelo Complicado (ICG; Prigerson et al., 1995), aquellas que estuviesen recibiendo terapia, aquellas que presentaban trastornos de la conducta alimentaria o cuadros compatibles con el espectro psicótico, así como a quienes se encontraban en situaciones de consumo problemático de sustancias o bajo tratamiento con medicación ansiolítica. También quedaron fuera del estudio quienes ya estaban involucradas en un proceso psicoterapéutico paralelo o

que, en la entrevista inicial, mostraron dificultades para el contacto emocional (Gamoneda, 2023).

Posteriormente, los datos de los participantes fueron codificados atribuyendo un código numérico por cada participante, conocido por el investigador para mantener la confidencialidad y de este modo ningún participante pudiese ser identificado.

## **Medidas**

### **Helpful Aspects of Psychotherapy (HAT)**

El Cuestionario de Aspectos Útiles de la Terapia (HAT; Elliott, 1985; Llewellyn, 1988) es un instrumento psicométrico diseñado para evaluar la percepción subjetiva de los clientes sobre eventos significativos en el contexto terapéutico de manera cualitativa. Consiste en preguntar a los clientes que describan de manera abierta los eventos que han sucedido en sesión que han sido útiles o importantes para ellos. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en estudios de investigación sobre procesos de cambio en psicoterapia, facilitando el análisis de factores críticos en la experiencia terapéutica (Elliott, 1985). Además, permite identificar y describir el evento más relevante de cada sesión terapéutica, proporcionando detalles sobre su impacto y utilidad percibida en una escala likert del 1 al 9. También recoge información sobre eventos que pueden haber sido percibidos como obstáculos o aspectos no útiles de la terapia (Elliott, 1985).

### **Inventario de Duelo Complicado (ICG)**

El Inventario de Duelo Complicado (ICG por sus siglas en inglés, “Inventory of Complicated Grief”; Prigerson et al., 1995) es un instrumento psicométrico utilizado para evaluar el duelo complicado. Este cuestionario está compuesto por 19 ítems con cuatro niveles de respuesta en escala Likert de 0 (nunca) a 3 (siempre). Se considera que una puntuación mayor a 21 indica que la persona presenta duelo complicado, a pesar de que el punto de corte original (Pringerson et al., 1995) se sitúa en 25. Esto se debe a que presenta una falta de consenso respecto al punto de corte. (Glickman et al., 2026; Currier et al., 2015), siendo por lo tanto a mayor puntuación mayor gravedad de los síntomas asociados al duelo

(robbins-Welty et al., 2028). Este cuestionario ha sido traducido y validado al castellano (Limonero et al., 2009). En esta muestra, la media obtenida fue de 40.54 (DT= 12.23), mostrado en el Anexo I.

## **Procedimiento**

La recogida de datos fue proporcionada por el tutor del TFM (José Gamoneda), doctor en psicología, el cual posee una vasta experiencia clínica (9 años), siendo también supervisor en el Máster en Psicoterapia Humanista Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Además, es Formador y Supervisor Oficial TFE según la International Society for Emotion Focused Therapy (ISEFT) y ha realizado el máster mencionado.

La recogida de la muestra corresponde a un muestreo por conveniencia, en el cual se aplicaron criterios de inclusión y exclusión específicos, explicados en el apartado 2.2. Los participantes fueron captados a través de internet y redes sociales como Facebook®, correo electrónico y WhatsApp®. También se contactó con diversas fundaciones, centros de psicología y asociaciones para ampliar la difusión del estudio. Entre las entidades colaboradoras se encuentran: IDP Psicología, ALCER Alicante, ESAD Baleares, Foro Nacional de Pacientes, Nuestro Psicólogo en Madrid, New Health Foundation, ESAD Palma, el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Hospital de Jerez, Fundación Por Ellos, Medicina Paliativa Álava, AODEM, Teléfono de la Esperanza, ASION, FECMA, DACE, Corazón y Vida, Aparvigo, la Asociación de Daño Cerebral de Torrejón, Alas Alzheimer, AEF FAE, Juneren Hegoak, Menudos Corazones, ARAPREM, SIMA, Asociación Síndrome de Marfan, ADACEA Alicante, Asociación IDA, PAT, Asociación Golpe y Asociación Goizrgi.

El tutor del TFM (Gamoneda, 2023) fue quien llevó a cabo esta difusión y quien recibió las solicitudes de participación. Una vez se contactó con los posibles participantes, puesto que no hubo una relación previa con los investigadores del estudio, se les explicó el objetivo del estudio y sus condiciones. Posteriormente firmaron el consentimiento informado para poder participar en la investigación. También se les informó que, en caso de aceptar, recibirían tres sesiones de terapia gratuita grabadas en las que los terapeutas podían realizar

anotaciones. Además, se les ofreció a los participantes la posibilidad de recibir feedback del estudio a través de las futuras publicaciones. Las sesiones tuvieron una duración de aproximadamente 50 minutos cada una. Aquellas personas que cumplían los criterios establecidos pasaron a formar parte del proceso terapéutico. Al finalizar cada sesión, los participantes recibieron un cuestionario con las preguntas del HAT en formato Microsoft Forms para que lo completasen.

La terapia fue impartida por nueve terapeutas, todos ellos formados en el Máster en Psicoterapia Humanista Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción, en la Universidad Pontificia de Comillas. Además, contaban con una experiencia clínica de al menos 4 años utilizando este enfoque terapéutico. El HAT fue pasado por microsoft forms después de cada sesión por el investigador.

La revisión del estudio ha sido comprobado y cumplimentado a través del checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ; Tong et al., 2007), lo que ha servido como guía para garantizar la transparencia, la coherencia y la calidad metodológica del presente estudio.

### **Análisis de datos**

Antes de transcribir los resultados de los cuestionarios, se llevó a cabo un proceso de codificación, que comenzó con una lectura profunda y repetida de las respuestas de los participantes, con el objetivo de obtener una visión general y familiarizarme con las transcripciones de los participantes.

Posteriormente, se realizó un análisis temático reflexivo siguiendo el enfoque descrito por Braun y Clarke (2006), con el objetivo de explorar las experiencias subjetivas de los participantes respecto a los eventos que percibieron como útiles en su proceso terapéutico. El análisis se llevó a cabo de manera inductiva, ya que las categorías surgieron directamente de los propios resultados aportados por los participantes, sin utilizar un sistema de codificación preestablecido. Sin embargo, a pesar de que la codificación estuvo guiada por las preguntas del análisis (HAT; Elliott, 1985; Llewelyn, 1988), esto no implica que se realice un enfoque deductivo, puesto que dichas preguntas fueron utilizadas como orientación general y no como una estructura cerrada de codificación. Esto permitió organizar e interpretar los datos en

consonancia con los objetivos del estudio, manteniendo la flexibilidad necesaria para captar matices emergentes.

Se analizó un total de 70 sesiones, las cuales estuvieron abiertas a añadir categorías si se consideraba oportuno en función de las respuestas de los participantes. De este modo, no se utilizó la saturación de datos.

Las respuestas obtenidas fueron transcritas en formato digital, utilizando el software *Excel*. En esta base de datos, se asignó un código a cada participante con el fin de preservar su confidencialidad.

Para garantizar la fiabilidad del análisis (*fidelity check*), se implementó un procedimiento de auditoría interna basado en la comprobación de inferencias y en la evaluación del análisis por parte de agentes internos (Angulo, 1990). De este modo, la autora de la investigación realizó la codificación inicial y la extracción de categorías principales a partir de los datos extraídos de la muestra (Gamoneda, 2023). Después, el tutor del TFM revisó su propia categorización para que ambos investigadores comprobasen conjuntamente los resultados en *Excel*, consensuando las categorías y asegurando la coherencia del análisis. El tutor del presente trabajo realizó el análisis por su cuenta y la alumna del presente trabajo lo realizó también por su cuenta. Posteriormente, se compararon ambos análisis para comprobar resultados y se discutieron las clasificaciones que no coincidieron para llegar a un acuerdo.

## **Resultados**

A lo largo de las tres sesiones analizadas, los participantes identificaron una variedad de experiencias significativas, agrupadas en distintas categorías temáticas. Estas categorías permiten visualizar tanto el contenido emocional trabajado como el proceso terapéutico percibido como más valioso desde el punto de vista de los propios participantes.

Se recopilaron formularios HAT de 26 participantes, los cuales cada uno de ellos rellenó el HAT tres veces: sesión 1, sesión 2, sesión 3, reclutando un total de 38 cuestionarios cumplimentados. Las categorías encontradas fueron nueve: Silla vacía; Expresión emocional, Procesamiento emocional general, Apertura emocional; Consciencia, Exploración, Reflexión;

Relación terapéutica; Recuerdo, Mantener vínculos; Superación; Estrategias, Ayuda práctica y Otros. Las categorías encontradas se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Constructos del Helpful Aspects of Psychotherapy*

Categoría	Descripción	Ejemplo
Valoración positiva de Silla vacía frec= 27	Técnica de la terapia Gestalt (Perls, 1969), y del psicodrama (Moreno, 1961), utilizada en TFE (Pugh et al., 2021). Busca el procesamiento emocional a través de un diálogo imaginario guiado por el terapeuta. El paciente actúa desde el propio self y como el otro, en este caso, la persona fallecida. Permite formar nuevos esquemas emocionales adaptativos (Greenberg y Malcolm, 2002; Greenberg y Pascual-Leone, 2013). Se encontró una valoración positiva del diálogo con la persona fallecida; poder expresar cómo se sienten al imaginarse la persona sentada en la silla; sentir a la persona en frente y ponerse en el lugar del otro.	“Imaginar tener a mi esposo enfrente y reclamarle por qué se fue y no se despidió de mí”. (Participante nº21).  “Hablar con mi hijo y dirigirme a él como si estuviera presente”. (Participante nº15).
Relación terapéutica / Sentirse comprendido frec= 13	Vínculo entre paciente y terapeuta basado en la confianza, la aceptación incondicional y la comprensión empática (Rogers, 1957). El cliente siente emociones agradables hacia la relación terapéutica (Elliott et al; 1984).	“Sentirme escuchada por el terapeuta”. (Participante nº23).  “Valoro mucho la calidad de la escucha y la empatía de la terapeuta. Me hace sentirme libre para expresar mi dolor por grande que sea”. (Participante nº31).

Categoría (cont.)	Descripción (cont.)	Ejemplo (cont.)
Expresión emocional / Procesamiento emocional / Apertura emocional frec=20	Transmisión de la experiencia a través del comportamiento verbal y no verbal (Gross, 1998b, 1999; Stanton et al., 2002). Capacidad de la persona que permite expresar a los demás su vivencia emocional. En este caso, atenderemos sólo la experiencia verbal. Se encontró una valoración positiva de la expresión emocional; procesamiento emocional general y apertura emocional.	“Ha sido importante volver a verbalizar todo lo que pasó con la muerte de mi padre”. (Participante nº11).  “Decir a mi marido lo que me callé y guardé o reprimí en ese momento”. (Participante nº4).
Conexión / Mantener vínculo/ recuerdo frec= 12	Experiencia en las que la persona logra establecer o mantener un vínculo simbólico con el ser querido fallecido, integrándolo en su narrativa como parte de su presente vital para reubicar a la persona fallecida en sus vidas actuales (Stroebe y Schut, 2009). Esta categoría incluye momentos en los que el recuerdo del fallecido es resignificado como fuente de consuelo, fuerza o continuidad, permitiendo a la persona avanzar en su proceso de duelo sin sentir que debe olvidar o desvincularse emocionalmente de quien ha perdido. Basado en el modelo <i>continuing bonds</i> (Klass, Silverman y Nickman, 1996).	“Remarcar la importancia de recordar y honrar a la persona querida ausente. Ha sido especialmente significativo el recordar el día del fallecimiento de mi hijo y los días de antes y después”. (Participante nº12).  “En darme cuenta de que no quiero olvidar quiero tener siempre a mi madre o hermano en un trocito en mi corazón”. (Participante nº6).
Consciencia / Reflexión / Exploración frec= 21	Proceso de pensamiento (Dewey, 1989) que dirige la atención al pensamiento (Schütz, 1974), y a su vez, como metacognición (Flavell y Wellman, 1977). El cliente se pone más en contacto con sentimientos que hasta entonces había rechazado o desconocía y lo valora positivamente (Elliott et al; 1984). Capacidad del ser humano que permite darse cuenta, constituye el contenido de sus estados conscientes (Cabai, 2000).	“Contar la historia de principio a fin. Ha sido súper valioso tener la historia desde un principio hasta un fin”. (Participante nº2).  “El darme cuenta de que me siento profundamente sola” (Participante nº13).

Categoría (cont.)	Descripción (cont.)	Ejemplo (cont.)
Autocompasión / Bienestar / Alivio / Esperanza frec= 7	Satisfacción con la vida, desarrollo del verdadero potencial de uno mismo, autorrealización (Ryff, 1989, 1995). satisfacción con la vida. Cuidado y comprensión hacia uno mismo, estando en sintonía con el sufrimiento (Neff, 2003) favoreciendo la liberación de cada uno (Triet, 2001). Capacidad del ser humano para responder a su propio sufrimiento con amabilidad, comprensión y cuidado, en lugar de con juicio o dureza (Sharbanee y Greenberg, 2022).	“Me siento aliviada y con esperanza tras poder decir las cosas en alto”. (Participante nº14).  “Sentirme como el: ponerme en su zapato”. (Participante nº20).
Estrategias / Ayuda práctica frec= 2	Incluye aquellos momentos en los que la persona percibe haber recibido orientación, recursos o herramientas concretas que le permiten manejar de forma más efectiva su experiencia.	“La oferta de apoyo para informar sobre psicólogos con quienes puedo realizar un proceso de psicoterapia”. (Participante nº23).
Superación frec= 2	Esta categoría implica un proceso activo de elaboración emocional, vivido como una forma de liberación o progreso interno. La persona adquiere una sensación de progreso relativo a los propios recursos. El afrontamiento de las emociones primarias dolorosas, como la rabia o la tristeza, son clave para generar cambio emocional (Greenberg, 2011).	“La parte final de descubrir la estrategia de sentirse acompañada en los momentos de dolor”. (Participante nº17).  “Enfrentarme a la rabia que tenía guardada”. (Participante nº13).
Otros frec= 2	Categoría que agrupa aquellas experiencias valoradas como útiles por los participantes y que no se ajustan a las categorías principales. Incluye aspectos técnicos o logísticos del proceso.	“El internet se entrecortó y retomamos la sesión en videollamada y posteriormente se grabó y se terminó con total satisfacción la retroalimentación de lo ocurrido”. (Participante nº20).

*Nota.* frec.= frecuencia de aparición en total.

El análisis temático de las entrevistas muestra los eventos útiles de los participantes a lo largo del proceso terapéutico clasificados en categorías temáticas.

La categoría identificada como útil más frecuente fue la tarea de *Silla vacía*, identificada en 27 ocasiones. Esta categoría es especialmente relevante puesto que, a pesar de ser aplicada a partir de la fase intermedia del proceso, su impacto ha sido lo suficientemente profundo como para convertirse en el evento más frecuentemente señalado como evento significativo.

*Consciencia / exploración / reflexión*, fue la segunda categoría de efectos útiles más mencionada: los clientes valoraron positivamente los momentos en los que fueron capaces de tomar consciencia de aspectos relevantes de sus vivencias. Esto les permitió un proceso de introspección y resignificar experiencias sobre sí mismos o sobre la persona fallecida. Esta categoría ha sido identificada como útil especialmente en la sesión 1 y 2, con 8 menciones en cada una de ellas (ver tabla 2 y 3).

En tercer lugar, se encuentra la categoría de *expresión emocional / procesamiento emocional general / apertura emocional*, valorada positivamente en 20 ocasiones. Esta categoría agrupa eventos en los que los participantes pudieron verbalizar y compartir emociones como tristeza, rabia o culpa, permitiendo acceder a emociones primarias y profundizar en su elaboración desde un lugar de mayor apertura y autenticidad. Esta categoría ha sido identificada especialmente en la primera sesión con respecto a las demás (ver tabla 2).

La cuarta categoría más considerada como útil ha sido *relación terapéutica / empatía*, expresada en 13 ocasiones. En esta categoría, los participantes identificaron como útiles aquellos momentos en los que se sintieron comprendidos y acompañados por el terapeuta. Esta dimensión ha sido considerada útil especialmente en la primera sesión (ver tabla 2).

Por otro lado, la categoría *autocompasión / bienestar / alivio / esperanza*, ha sido recogida como útil en 7 menciones. Esta categoría representa aquellos momentos en los que los participantes se sintieron agusto consigo mismos, desde la aceptación. Recoge una vivencia subjetiva de alivio o serenidad hacia uno mismo.

Si bien menos frecuentes, otras categorías como *conexión / mantener vínculos / recuerdo* (8 menciones), *estrategias / ayuda práctica* (2 menciones), y *superación* (2 menciones) también fueron categorías valoradas como útiles para los participantes. La integración del recuerdo de un ser querido, la adquisición de herramientas para el día a día o el reconocimiento de la propia capacidad de afrontamiento. La categoría *conexión / mantener vínculos / recuerdo* se refiere a momentos en los que los dolientes integraron simbólicamente la presencia del fallecido en su vida presente, manteniendo el vínculo de forma agradable en el aquí y ahora. Esta categoría ha sido mencionada en doce ocasiones, con la misma frecuencia en las tres sesiones (Tabla 3). Posteriormente, la categoría *estrategias / ayuda*

*práctica* recoge aquellas situaciones en las que la persona percibió haber recibido orientación concreta, recursos o herramientas útiles para afrontar el día a día o continuar el proceso psicoterapéutico fuera de la consulta. Esta categoría ha sido identificada en dos ocasiones, ambas en la última sesión (Tabla 4). La categoría *superación* representa los momentos en los que la persona experimenta un progreso relativo a sus propios recursos, vivido como forma de progreso personal.

Por último, la categoría *otros* agrupa aportaciones que, sin encajar en las dimensiones anteriores, también fueron consideradas útiles, incluyendo aspectos técnicos o logísticos del proceso, siendo mencionada dos veces, ambas en la sesión 3. En la tabla 4 se muestran las categorías temáticas más frecuentes de la sesión 1.

### **Análisis de contenido**

En ocasiones, los participantes describieron más de un aspecto útil, por lo que se realizó una valoración de confianza de cuatro puntos. Para ello, se utilizó una escala tipo Likert (Likert, 1932) con cuatro niveles de respuesta que iban de 0 (claramente ausente) a 3 (claramente presente). De este modo se decidía la categoría temática en función de la valoración de confianza más alta (Llewelyn, 1988).

### **Resultados de categoría**

Los resultados de las categorías temáticas en función de su frecuencia de aparición en las sesiones 1, 2 y 3 son mostradas en la tabla 2.

**Tabla 2**

*Frecuencia de las categorías temáticas en sesión 1, sesión 2 y sesión 3.*

Categoría temática	Frecuencia		
	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
Expresión Emocional, Procesamiento emocional, Apertura	13	1	6
Consciencia, Exploración, Reflexión	8	5	8

Relación terapéutica, Empatía	8	3	2
Autocompasión, Bienestar, Alivio	1	4	1

Categoría temática (cont.)	Frecuencia (cont.)		
	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
Superación	2	0	0
Silla Vacía	0	18	9
Estrategias prácticas	0	0	2
Otros	0	0	2

#### *Expresión emocional / Procesamiento emocional general / Apertura emocional*

Esta categoría ha sido especialmente destacada en la primera sesión, donde 14 clientes señalaron que lo más útil fue poder expresar sus emociones, abrirse o procesar vivencias intensas asociadas al duelo. En la tercera sesión esta categoría fue mencionada seis veces, mientras que en la segunda únicamente una vez.

#### *Silla vacía*

La técnica de la silla vacía cobra una relevancia central en la segunda sesión, donde 20 personas la identificaron como el evento más significativo. En la tercera sesión se mantuvo como útil para cinco participantes, mientras que en la primera sesión solo dos personas la mencionaron. Esta técnica tuvo dominancia en la sesión 2 debido a la condición de aplicarla a partir de la misma. Estos resultados muestran que la silla vacía es una tarea evocativa que permite dialogar, expresar y contactar con el otro, siendo valorada como aspecto significativo.

#### *Relación terapéutica / Empatía*

Esta categoría fue percibida como elemento central especialmente en las primeras fases del proceso, puesto que ocho clientes lo señalaron como evento clave en la sesión 1, siete en

la sesión 2, y únicamente uno en la sesión 3. Los resultados muestran que la relación terapéutica y la calidad de la escucha son percibidas como aspectos fundamentales desde el inicio del proceso terapéutico, cuando se construye el vínculo y se establece un espacio de confianza y seguridad.

#### *Consciencia / Exploración / Reflexión*

Esta categoría se mantiene presente a lo largo de las tres sesiones, siendo mencionada nueve veces en la primera sesión, ocho veces en la segunda sesión, y siete veces en la tercera sesión. La ligera disminución progresiva puede deberse al hecho de que uno de los objetivos principales de la primera sesión consiste precisamente en explorar. Además, el uso de la técnica de la silla vacía a partir de la segunda sesión ha podido disminuir la percepción de utilidad de esta categoría.

Esta dimensión aparece más presente en la segunda sesión, siendo identificada cuatro veces. Es posible que esta categoría refleje la sensación de alivio y esperanza que aparece tras compartir el dolor emocional, puesto que la compasión suele surgir ante la expresión del sufrimiento con amabilidad y comprensión (Sharbanee y Greenberg, 2022).

#### *Conexión / Mantener vínculo / Recuerdo*

Esta categoría aparece de forma moderada, con dos menciones en la primera sesión, tres en la segunda sesión y tres en la tercera sesión. A lo largo del proceso, algunas personas experimentan un momento de conexión con los seres queridos ausentes, o bien una nueva forma de recordarlos, lo que permite integrar la pérdida sin necesidad de negarla, como una forma de continuar el vínculo de forma más armoniosa.

#### *Superación*

Esta categoría ha sido identificada como útil en dos ocasiones, ambas en la sesión 1 (ver tabla 2). La presencia de esta categoría en la sesión 1 puede indicar que algunas personas identifican el contacto con emociones intensas o realidades evitadas como un paso de afrontamiento importante para ellos. En las sesiones siguientes no se vuelve a registrar como evento clave, lo que sugiere que este aspecto puede quedar integrado en otras categorías más amplias como la consciencia o la conexión.

#### *Estrategias / Ayuda práctica*

Esta categoría ha sido identificada como útil en dos ocasiones, ambas en la sesión 3. Esto indica que algunas personas han apreciado recibir orientación y recursos prácticos al final del proceso, concretamente en la sesión de cierre.

### *Otros*

Por último, en la tercera sesión aparecieron 2 menciones que no encajaban claramente en ninguna de las categorías anteriores. Esto puede reflejar experiencias singulares o efectos indirectos del proceso (como problemas técnicos o reflexiones globales sobre el proceso), que también fueron valoradas positivamente por algunos participantes.

## **Discusión**

Los resultados obtenidos en este estudio permiten visibilizar cómo los procesos terapéuticos enfocados desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) y desde el marco teórico humanista-experiencial tienden a organizarse en torno a tres pilares fundamentales: la silla vacía y el procesamiento emocional. Este resultado se alinea con las propuestas de la TFE, que destaca el procesamiento emocional y en concreto la transformación emocional como el núcleo del cambio psicoterapéutico, especialmente en casos de duelo complicado (Greenberg y Pascual-Leone, 2006; Gamoneda, 2023). En particular, la tarea de la silla vacía ha sido identificada como el evento más frecuentemente significativo para los clientes, algo congruente con lo que se espera en una intervención desde la TFE, al tratarse de una de sus tareas paradigmáticas orientadas a la resolución de asuntos no resueltos (Gamoneda, 2023; Greenberg y Sharbanee, 2020). De este modo, podría considerarse la tarea de la silla vacía como una macrocategoría o categoría más amplia, ya que puede incluir las demás categorías: consciencia / exploración / reflexión, expresión emocional / procesamiento emocional general / apertura emocional, autocompasión / bienestar / alivio / esperanza, conexión / mantener vínculo / Recuerdo. La importancia de la tarea de la silla vacía concuerda con el estudio que demuestran la eficacia de esta técnica para facilitar la elaboración del duelo (Gamoneda et al., 2025) ya que permite el diálogo evocativo permite activar aquellos asuntos

no resueltos y hacerlos susceptibles al cambio (Greenberg y Sharbanee, 2022). Sin embargo, todavía faltan estudios que evidencien la aplicación de la silla vacía en duelo complicado.

La presencia de la categoría consciencia / exploración / reflexión como aspecto significativo concuerda con el estudio de Castonguay et al. (2010) el cual identificó la autoconciencia, definida como que el cliente sea más consciente o esté más en contacto con sus comportamientos, sentimientos y percepciones, como aspecto útil de la terapia.

La centralidad de la relación terapéutica, expresada en frases como “que me escuche” o “que me entienda”, refuerza la importancia del componente rogeriano en el proceso de cambio: no como mero facilitador para la aplicación de técnicas, sino como elemento transformador en sí mismo (Elliott et al., 2004). Esta idea también es apoyada por investigaciones anteriores que identifican la alianza terapéutica como un evento significativamente útil en el cambio percibido por los clientes (Llewellyn, 1988; Elliott, 1985).

Por otro lado, la categoría de estrategias prácticas aparece como categoría indicada como útil en la sesión 3. Esto es congruente puesto que fue la sesión de cierre y se podían dar ciertos recursos y consejos. De este modo, para algunos fue significativo recibir orientación y recursos prácticos al final del proceso.

Desde la perspectiva del análisis temático, las categorías emergentes reflejan una progresión coherente con el desarrollo de la terapia: desde la apertura emocional y la creación de vínculo en la primera sesión, pasando por el abordaje de emociones complejas mediante técnicas simbólicas como la silla vacía en la segunda, hasta llegar a una mayor elaboración cognitiva y reflexiva en la tercera. Esta evolución encaja con lo que plantea Timulak (2010), quien observa que los momentos que los clientes consideran útiles en terapia suelen organizarse en torno a tres grandes áreas: el trabajo con las emociones, la toma de conciencia sobre uno mismo y la búsqueda de soluciones a sus problemas.

Comparado con estudios previos que utilizaron el cuestionario HAT (Timulak, 2010; Llewellyn, 1988), los resultados coinciden en la importancia de la expresión emocional, la clarificación interna y la relación terapéutica. No obstante, en esta muestra apenas se han analizado los aspectos no útiles, a pesar de haber encontrado características como el uso de la tecnología como un aspecto obstaculizador en ocasiones. Esta escasa mención de eventos no útiles podría estar relacionado con un posible sesgo de deseabilidad social o con la naturaleza estructurada y breve de la intervención ofrecida, como también apuntan otros estudios sobre el uso del HAT (Holowaty y Paivio, 2012).

Por lo tanto, los eventos identificados como útiles pueden ser considerados eventos facilitadores del proceso de elaboración y simbolización de la pérdida. Así, lo que los participantes describen como transformador, como por ejemplo la conexión emocional, la expresión del dolor, el contacto imaginario con la persona fallecida a través de la tarea de la silla vacía, expresar la necesidad existencial y restablecer vínculos internos con el ser querido perdido (Gamoneda, 2023). Este tipo de intervenciones, por tanto, no solo favorecen una resolución emocional, sino que también abren la posibilidad de reconfigurar el lugar del otro en la narrativa personal del doliente, en consonancia con los planteamientos de la reconstrucción del significado (Neimeyer, 2001) y el modelo de vínculos continuados (Klass, Silverman y Nickman, 1996).

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe señalar que la muestra utilizada proviene de una investigación más amplia (Gamoneda, 2023), en la que las entrevistas fueron realizadas por otros profesionales y en modalidad virtual. A pesar de que este formato facilitó la participación, también se detectaron algunos problemas técnicos relacionados con la conexión a internet. Varios participantes mencionaron interrupciones que afectaron al desarrollo de las sesiones, y en algunos casos esos momentos fueron registrados como poco útiles. Esto concuerda con estudios que advierten que en la terapia online pueden perderse elementos importantes como las señales no verbales o la sensación de cercanía emocional (Bathje et al., 2014; Matheson et al., 2020, cit. en Gamoneda, 2023).

### **Limitaciones y futuras líneas de investigación**

Es importante señalar algunas limitaciones del presente estudio. y es que, a pesar de que la naturaleza cualitativa del estudio justifica una muestra reducida, es importante señalar que sólo uno de los participantes era hombre. Esto limita la posibilidad de comparar las respuestas desde una mayor diversidad de perspectivas de género. No obstante, en estudios cualitativos, este tipo de sesgos no implica una debilidad metodológica de por sí, sino una delimitación contextual del alcance de los resultados. Por otra parte, el estudio se basa en el análisis de 70 sesiones, un número que parece situarse dentro de un rango aceptable a priori, aunque falta consenso en la literatura que lo confirme.

Por otro lado, el hecho de que el análisis se haya realizado sobre una muestra no recogida directamente por la persona investigadora puede considerarse una fortaleza, ya que aporta un grado de neutralidad metodológica que permite realizar el análisis de manera lo más neutral y objetiva posible.

Otra cuestión a considerar es el hecho de que al tratarse de una intervención breve de tres sesiones, los resultados pueden variar en procesos terapéuticos más largos. Sin embargo, los procesos que han utilizado procesos más largos (Elliott, 1985) recogen categorías similares a las encontradas en este trabajo, lo cual sugiere cierta estabilidad en los factores que las personas consideran útiles a lo largo del tiempo. Por lo tanto, sería conveniente investigar con muestras más amplias y específicas (Barkham & Shapiro, 1984; Greenberg, 1980) para consolidar los resultados de este trabajo de fin de máster.

Como propuestas de futuras investigaciones se recomienda utilizar un mayor tamaño muestral, con número de participaciones similar entre hombres y mujeres edad y trayectoria vital con el objetivo de conocer en mayor profundidad los aspectos significativos en duelo complicado. Sería interesante comparar en futuras investigaciones si existe diferencia entre intervenciones breves e intervenciones prolongadas con el fin de conocer si las categorías encontradas en este estudio se mantienen o varían en función del tiempo de intervención. Esto permitiría poder aplicar en más ocasiones la tarea de la silla vacía para comprobar su efectividad y si éste sigue considerándose el aspecto más frecuentemente categorizado como útil para los clientes.

Además, sería interesante poder enriquecer el estudio con mayores aportaciones metodológicas de tipo cuantitativo para poder fortalecer la validez externa de los resultados y profundizar el estudio de análisis de experiencias significativas en otros procesos terapéuticos y población.

## **Referencias Bibliográficas**

- Braun, V., y Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research. A practical guide for beginners*. Sage.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., & Smid, G. (2015). Cognitive-behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 7(4), 382–390.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression* (Vol. 3). New York: Basic Books.

- Doering, B. K., Barke, A., Vogel, A., Comtesse, H., & Rosner, R. (2022). Predictors of Prolonged Grief Disorder in a German Representative Population Sample: Unexpectedness of Bereavement Contributes to Grief Severity and Prolonged Grief Disorder. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 853698.
- Domínguez-Salas, S., Rodríguez-Domínguez, C., & Resurrección, D. M. (2023). *Guía para la elaboración de trabajos fin de grado y trabajos fin de máster en psicología y ciencias afines*. ESIC.
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2002). Process–experiential psychotherapy. In D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 279–306). American Psychological Association.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.
- Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, *77*(1), 103–112.
- Flórez, S. (2009). Duelo. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, *25*, 77–85.
- Freud, S. (1981). "Duelo y Melancolía". En *Freud, Obras Completas*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- Gamoneda, J., Jódar, R., & Timulak, L. (2025). Emotion Focused Therapy’s Empty-Chair Task for Complicated Grief: An Open Trial [Manuscript submitted for publication]. Department of Psychology, Pontifical University of Comillas.
- Gimeno-Bayón Cobos, A. (2017). Experiencia y existencia en las Psicoterapias Humanistas. *Revista de Psicoterapia*, *28*(107), 207-229.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: a practice-friendly research review. *Journal of clinical psychology*, *62*(5), 611–630.
- 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. Klass, D., Silverman, P., & Nickman, S. (Eds.). (1996).

- Continuing bonds : New understandings of grief Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Joshi, A., Kale, S., Chandel, S., & Pal, D. K. (2015). Likert scale: Explored and explained. *British journal of applied science & technology*, 7(4), 396.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner.
- Laranjeira, C., Moura, D., Marcon, S., Jaques, A., Salci, M. A., Carreira, L., Cuman, R., Querido, A. (2022). Family bereavement care interventions during the COVID-19 pandemic: a scoping review protocol. *BMJ open*, 12(4), e057767.
- Neimeyer, R. A. (2000). *Lessons of loss: A guide to coping*. Center City, MN: Hazelden.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orozco, L. F., (2000). Sobre la naturaleza humana. Explicación y comprensión de la conciencia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXIX(4), 375-384.
- Pacheco Borrella, G. (2012). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura De Los Cuidados*, (14), 27–43.
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115–133.
- Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). Transforming guilt, shame, and self-blame. In S. C. Paivio & A. Pascual-Leone, *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach* (pp. 203–227). American Psychological Association.
- Parkes, C. M. (1998). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3rd ed.). London: Routledge.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., 3rd, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65–79.

- Rafael, J. A., & De Ciencias Humanas y Sociales, U. P. C. F. (2023). La Necesidad Existencial en el Proceso de Transformación Emocional en la Terapia Focalizada en la Emoción en Duelo Complicado.
- Sanz Molina B., Sanz Cortés A. y Cruzado J. A. (2023). La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el duelo prolongado. *Psicooncología*, 20(1), 63-85.
- Sharbanee, J. M., & Greenberg, L. S. (2022). Emotion-focused therapy for grief and bereavement. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 22(1), 1-22.
- Shear M. K. (2015). Clinical practice. Complicated grief. *The New England journal of medicine*, 372(2), 153–160.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). *Health outcomes of bereavement*. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973.
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical psychology review*, 30(2), 259–268.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade On. *Omega: Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289.
- Timulak, L. (2007). Helpful aspects of therapy: A review of clients' and therapists' perspectives. *Psychotherapy Research*, 17(3), 257-266.
- Timulak, L., & McElvaney, R. (2018). Significant events in psychotherapy: Perspectives from humanistic and experiential therapies. *Psychotherapy Research*, 28(6), 834-845.
- Timulak, L., & Elliott, R. (2019). Taking stock of descriptive–interpretative qualitative psychotherapy research: Issues and observations from the front line. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(1), 8-15.
- Tong, A., Sainsbury, P., y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research3 (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Vicki Catherine Watson , Mick Cooper , Katherine McArthur & John McLeod (2012) Helpful therapeutic processes: Client activities, therapist activities and helpful effects, *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14:1, 77-89.

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(1), 69-78.

Worden, J. W. (2004). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision)*.

## **Anexos**

### **Anexo I.**

*Puntuaciones del Inventory of Complicated Grief (ICG) en las fases pre, post y follow up*

Tiempo de evaluación	M	SD	Rango
Pre	40.54	12.35	26-67

Post	33.73	11.58	19-72
Follow up	30.00	12.26	11-66

*Nota.* M= media; SD= desviación típica. (J. Gamoneda et al., 2025).

## Anexo II.

*COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research; Tong et al., 2007).*

### COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	14
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	15
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	15
Gender	4	Was the researcher male or female?	15
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	15
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	14
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	14
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	10

<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	11
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	14
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	14
Sample size	12	How many participants were in the study?	16
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	16
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	14
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	14
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	12
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	13
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	14
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	13
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	13
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	13
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	15
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	15

<b>Topic</b>	<b>Item No.</b>	<b>Guide Questions/Description</b>	<b>Reported on Page No.</b>
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	13
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	15
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	13
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	14
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	15
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	16
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	24
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	24
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	23

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

**Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.**