

Modelos Psicológicos del Duelo: Una Revisión Teórica

Lorena Alonso Llácer^{1*}, Marta Ramos Campos¹, Pilar Barreto Martín² y Marian Pérez Marín²

¹ Junta Asociada Provincial de Valencia de la Asociación Española Contra el Cáncer ²Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia.

*Contacto: turmalina29@hotmail.com

Resumen: El duelo es una experiencia universal que puede ser definida como el proceso de adaptación a la pérdida de un ser querido. Es una experiencia de sufrimiento, pero también puede suponer una oportunidad de crecimiento y transformación. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión teórica de la literatura científica existente sobre de los modelos psicológicos del proceso del duelo para ofrecer una síntesis integrativa del proceso con el fin de facilitar las intervenciones psicológicas posteriores. Para la realización del trabajo se consultaron las principales publicaciones aparecidas en las bases de datos científicas a nivel nacional e internacional, además de acudir a las fuentes de referencia del duelo. En base a ellas, se presentan las principales aportaciones existentes en la literatura acerca de los modelos explicativos; Modelos descriptivos; Modelos integrativos; Factores de riesgo y Factores protectores. En conclusión, la labor del terapeuta será acompañar principalmente en la elaboración de los estados emocionales que se presenten a lo largo de las diferentes fases del proceso, teniendo en cuenta las tareas a realizar por cada doliente para su sana elaboración.

Palabras Clave: Duelo, modelos psicológicos, factores de riesgo, factores protectores, tareas, integración.

Title: Psychological Grief's Models: A Theoretical Review

Abstract: Grief is an universal experience that can be defined as the process of adaptation to the loss of a loved one. In addition to an experience of suffering can be an opportunity for growth and transformation. The main aim will be to analyze the existing scientific literature on the psychological models of the grief process in order to offer an integrative synthesis of the process that can facilitate subsequent psychological interventions. The main publications published in the scientific databases at national and international level were consulted, as well as referring to the reference sources of grief. The main contributions in the literature about the explanatory models are presented; Descriptive models; Integrative models; Risk factors and protective factors. In conclusion, the therapist's task will be to accompany mainly in the elaboration of the emotional states that are presented throughout the different phases of the process, taking into account the tasks to be performed by each sufferer for their healthy elaboration.

Keywords:

Grief, psychological models, risk factors, protective factors, tasks, integration.

Una definición sencilla para entender el significado del dolor que experimentamos las personas tras la pérdida de un ser querido parte de la teoría del apego de Bowlby (2012). Según

el autor, las personas tenemos tendencia a crear vínculos con nuestros seres queridos para cubrir las necesidades de protección, seguridad. De esta manera, cuando se quebranta uno de esos vínculos, se producen fuertes reacciones emocionales.

Engel (1960) planteó ¿Es el duelo una enfermedad? Él señala que la herida emocional que queda al perder a un ser querido es tan trágica como herirse desde un plano más físico. Por lo tanto, sería tan necesario curar una parte física para que no se infecte, como sanar la psicológica. Es decir, para este autor, el duelo es un proceso natural de sanación, no una enfermedad.

Siguiendo a Worden (2013), el duelo, en el ámbito de la pérdida de un ser querido, se define como la experiencia que siente de la persona tras sufrir su pérdida. También puede definirse como el proceso que experimenta una persona al adaptarse a la pérdida de su ser querido. Otros significados hacen énfasis a la pérdida a la que la persona trata de adaptarse (Shear, Reynolds, Simon, Zisook, Sidney, 2017; Worden, 2013; Zisook, Shear, Reynolds, Simon, Mauro, Skritskaya, et al., 2018). Por otro lado, para Barreto y Soler (2004) el duelo es un proceso normal, con una limitación en el tiempo y una evolución previsiblemente favorable. No se trata, pues de una patología, sino que, por el contrario, su elaboración puede fomentar su madurez personal. Aunque las pérdidas implican un gran sufrimiento, sólo una minoría de sujetos presentará trastornos psíquicos y/o complicaciones en el proceso de resolución.

Desde la perspectiva humanista, el duelo es un proceso de elaboración realizado a partir de la integración de la vivencia difícil y a veces traumática de la muerte de un ser querido, pudiendo conducir a las personas afectadas a experimentar una transformación profunda. El duelo se desarrolla y evoluciona en el tiempo como una experiencia de aprendizaje, cuyo resultado final es la emergencia de cambios en la propia identidad (Payás, 2010).

El duelo normal abarca una serie de sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas que puede experimentar la persona que ha perdido a un ser querido. Algunos de esos sentimientos pueden ser la tristeza, la rabia o enfado, la culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, alivio, insensibilidad, etc. Con respecto a las cogniciones, pueden aparecer haciendo referencia a incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones. Y, por su parte, las conductas pueden referirse a trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, conducta de búsqueda, suspiros, hiperactividad desasosegada, llanto, atesorar objetos que pertenecían al fallecido, visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerden al fallecido, etc. Por último, Algunas de las sensaciones físicas son: vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca,

etc. (Shear et al., 2017; Worden, 1997). No es necesario que experimente todas ellas, pero aunque fuese así, en ningún caso hablaríamos de patología, sino de un proceso natural y normal (Worden, 1997). En cambio, es importante tener en cuenta que si estas experiencias persisten durante mucho tiempo en el proceso de duelo pueden ser indicadores de un duelo más complicado (Deni & Miles, 1997; Zisook et al., 2018). Por ello, el principal objetivo del presente trabajo será analizar el impacto que el duelo tiene sobre la persona que sufre la pérdida de un ser querido, considerada como una situación normal y natural, a través de los diferentes modelos psicológicos existentes en la literatura.

Método

Teniendo en cuenta estos datos y la necesidad de mejorar el proceso de adaptación ante la pérdida de un ser querido, se considera de especial relevancia el análisis de los modelos teóricos psicólogos existentes en la literatura para plantear una síntesis que pueda guiar al profesional en su trabajo. La novedad del tema planteado en el presente artículo queda reflejada en las búsquedas realizadas en principales publicaciones aparecidas en las bases de datos como “Medline” o “PsychINFO”, utilizando los términos “grief”, “emotions”, “psychological models”, “intervention” así como las posibles combinaciones entre ellos, además de acudir a las fuentes de referencia del duelo. En la revisión realizada se incluyeron tanto artículos en inglés como en castellano cuyo tema principal fuese el duelo. Se excluyeron aquellos artículos que no

cumplieran este criterio.

Resultados

Modelos Explicativos del duelo

Atendiendo a los modelos explicativos del duelo y partiendo de lo planteado por Barreto & Soler (2007), se puede observar como existen distintas perspectivas teóricas. A continuación, se presentan los elementos más significativos de éstas:

En la *teoría psicodinámica*, el duelo se entiende como la retirada de la libido invertida en el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto de una forma saludable. Se considera un proceso normal, por lo que no se requiere atención psicoterapéutica. Cuando este proceso no ocurre, los sentimientos negativos respecto al fallecido o la pérdida se manifiestan en forma de autorreproche o culpabilidad (Mendoza-Romero, 2015).

Desde la *teoría del apego* de Bowlby (2012) se considera el desarrollo de vínculos como algo instintivo y característico de muchas especies. El apego permite alimentar el vínculo, y cuando éste se ve amenazado o roto se suscitan reacciones emocionales intensas. Por lo tanto, el duelo desde esta teoría se produce por la ruptura del vínculo.

En la *teoría cognitiva* se defiende que los pensamientos son los responsables de la emoción y de la conducta humana, de forma que los problemas emocionales surgen fundamentalmente cuando se hacen interpretaciones erróneas de la realidad. Según este modelo el ajuste del duelo se producirá con

una reconstrucción del significado de la pérdida o de las asunciones previamente mantenidas (Pozo, 1989).

En la *teoría del estrés*, el duelo se considera un estresor y se subraya la importancia de los recursos personales para hacer frente al mismo. Se tienen en cuenta las consecuencias físicas que tienen que ver con el debilitamiento del sistema inmunitario y la necesidad de estudiarlas (Bonet, 2018; Yoffe, 2013).

Estudios previos muestran que el estrés producido por el duelo altera la respuesta inmunológica (entre otras, la función de los linfocitos T y B, los granulocitos, los macrófagos y las “natural killer”), así mismo el funcionamiento neuroendocrino se ve alterado, afectando todo ello al estado de salud del superviviente. Por lo tanto, el duelo afecta no sólo al bienestar emocional y al funcionamiento social, sino también al funcionamiento físico, disminuyendo la salud general. De ahí la importancia del duelo y de su atención especializada (Bonet, 2018; Hall & Irwin, 2001).

Desde la *perspectiva funcional* se considera que las emociones juegan un papel importante. En el duelo se produce un amplio rango de emociones tanto desagradables (como la tristeza, la rabia, menosprecio, hostilidad, miedo, culpa), como agradables (tales como la satisfacción por el deber cumplido y orgullo). Desde esta perspectiva se hace hincapié en la expresión de todas las emociones, ya que ayudan a regular y minimizar la dolencia (Bonanno & Kelner, 1997).

Modelos descriptivos. El duelo como proceso.

Por otro lado, en la perspectiva de los modelos descriptivos se encuadrarían los autores que han defendido el proceso de duelo como una sucesión de etapas, de fases y de tareas.

En el primer enfoque estaría las *etapas* del proceso de morir de la Doctora Elizabeth Kübler-Ross (Kubler-Ross, 2017). Su aproximación se ha utilizado también para explicar el proceso de duelo. Esas etapas son: negación, ira/negociación, depresión y aceptación. Sin embargo, este enfoque ha recibido muchas críticas, puesto que estudios evidencian que un doliente no tiene porqué atravesar todas ellas, ni existe una secuencialidad entre ellas (Rico-Norman, 2017).

El segundo enfoque se centraría en las *fases* por las que pasa el doliente. Siguiendo a Parkes (1972), son cuatro fases: insensibilidad, anhelo, desorganización, y conducta reorganizada. La crítica principal que ha recibido este modelo de fases, es que supone que el doliente ocupa un rol pasivo ante la pérdida.

Ante las críticas de los enfoques anteriores, aparece un tercer modelo que se centra en las *tareas* que, una persona que ha sufrido una pérdida ha de desempeñar en el proceso de duelo. Supone un papel activo de los dolientes. Dos autores importantes que defienden este último enfoque de tareas, Worden (2013) y Neimeyer (2007). Existen algunas pequeñas diferencias en las tareas que nombran uno y otro, pero también existen similitudes. A continuación, se muestra una tabla comparativa de los dos.

Tabla A:
Enfoque basado en las tareas del duelo

	WORDEN (2004, 2013)	NEIMEYER (2007, 2012)
TAREAS	I. Aceptar la realidad II. Trabajar las emociones y experimentar el dolor III. Adaptarse al entorno sin el ser querido (adaptaciones externas, internas y espirituales) IV. Recolocar y recordar al ser querido	I. Reconocer la realidad de la pérdida II. Abrirse al dolor III. Revisar nuestro mundo de significados IV. Reconstruir la relación con lo que se ha perdido V. Reinventarnos a nosotros mismos.
MEDIADORES	1. La persona fallecida 2. Naturaleza del apego 3. Circunstancias de la muerte 4. Mediadores relacionados con la personalidad 5. Mediadores relacionados con el historial 6. Mediadores sociales 7. Cambios concurrentes	

Como puede observarse, las tareas señaladas por Neimeyer (2007) pueden entenderse como una reformulación de las propuestas por Worden (2013), teniendo en cuenta que el primero lo hace desde una perspectiva constructivista, dándole mayor importancia a la construcción de significados que realizan las personas de forma activa en el proceso del duelo.

Modelo Integrativo- Relacional y las "6 R"

Por último, cabe destacar modelos que integran los modelos que se acaban de presentar haciendo alusión a fases y tareas. A continuación, se presentarán algunas teorías importantes en este sentido.

El *modelo Integrativo-relacional* de Payás (2010) supone una integración de los modelos de fases y de tareas. La autora defiende que existen diferentes fases y que, en cada una de ellas, se llevan a cabo tareas distintas. De ahí la importancia de no mezclar en el trabajo terapéutico personas que se encuentren en diferentes momentos, con necesidades distintas y, por tanto, con tareas a desempeñar muy diferentes. Las fases en este modelo son: *choque*; *evitación-negación*; *conexión-integración* y

crecimiento-transformación.

Desde esta perspectiva se defiende el papel activo del doliente, ya que tiene que desempeñar diferentes tareas para avanzar en el proceso del duelo. Según el modelo, los dolientes pasan por fases iniciales donde existen manifestaciones somáticas características del trauma (fase de choque) o una gran variedad de emociones (como la rabia y la culpa, que tienen el papel de evitar el dolor de la pena), así como estrategias de afrontamiento dirigidas a desconectar del dolor (fase de negación/evitación). Tras esas fases iniciales, los dolientes avanzan hacia etapas más avanzadas. En ellas, ya son capaces de conectar con el dolor de la pérdida para elaborarlo, a través de tareas donde se trabaja el perdón, la gratitud, la expresión de amor al familiar fallecido, encontrándose en la fase de conexión-integración, para avanzar a la fase de transformación-crecimiento.

Según la autora, para llegar a esa última fase, que tiene que ver con el crecimiento postraumático, es necesario haber hecho un trabajo de conexión-integración del dolor. Es por ello que actuar con intervenciones terapéuticas dirigidas a ese cometido será enormemente útil. Según la autora, "el precio por no sentir el dolor del duelo es también cerrarse a la posibilidad de experimentar los cambios necesarios para poder volver a vivir la vida con plenitud". De ahí la importancia de hacer ese trabajo de conexión con el dolor (Payás, 2007; 2010).

Además, las personas que sufren la pérdida de un ser querido u otras formas de

sufrimiento emplean ciertos mecanismos de defensa/estrategias de afrontamiento frente al dolor. Es importante indagar en las estrategias de afrontamiento empleadas por la persona cuando llega a terapia. Desde esta perspectiva, el objetivo no será eliminar esas estrategias de afrontamiento, como ocurre con las terapias de segunda generación, sino indagar ver qué tareas encierran y así poderlas desempeñar. Las estrategias de afrontamiento son independientes del resultado, tienen múltiples utilidades (Payás, 2007, 2010).

Se trata de un modelo muy completo, que propone un marco conceptual para que el terapeuta pueda manejar el acompañamiento en el duelo, sin imponer fases rígidas y lineales. En este modelo es muy importante la parte relacional, teniendo en cuenta la teoría de la vinculación de Bowlby (2013), como señala la autora en esta cita “La pérdida de la relación debe sanarse en el contacto que proporciona la relación con los otros, sin ese otro sanar no es posible” (Payás, 2007). De ahí que la relación con el terapeuta en sí ya sea un promotor de cambio en el doliente. Por su parte, Payás (2007) realizó una revisión de los modelos conceptuales sobre la relación y el desarrollo, los modelos conceptuales sobre el trauma y los modelos específicos del duelo (modelo dinámico de fases y tareas, modelo del procesamiento dual del afrontamiento y crecimiento postraumático) para llegar a crear el suyo propio.

A continuación se exponen las ideas principales acerca del *modelo integrativo-relacional* que propone la autora como

psicoterapia de duelo. El modelo describe el duelo como un proceso dinámico en el que las distintas respuestas de afrontamiento a las que el doliente recurre para manejar el sufrimiento y adaptarse a la situación va emergiendo y disolviéndose, siendo sustituidas unas por otras, a medida que el proceso avanza. Van surgiendo tareas/necesidades diferentes que requieren de afrontamientos distintos. Las tareas de duelo reflejan la forma concreta de atender y responder a esas necesidades en las diferentes fases. Las cuatro fases y sus características son las siguientes (Payás, 2007).

Aturdimiento y choque

Se caracteriza por reacciones como descreimiento, confusión, aturdimiento, disociación, etc., que sirven para alterar el input, reprimiendo, suprimiendo o mitigando el impacto de la realidad. Se oscila entre los mecanismos de evasión y aproximación, siendo esto normal. Es decir en ocasiones uno conecta con el dolor y lo expresa, y en otras la persona está como ausente, anonadada. La tarea principal de duelo en esta etapa es manejar los aspectos más traumáticos de la pérdida. Si el duelo se detiene y se fija en esta fase da lugar a un duelo complicado con denominación duelo TEPT.

Evitación y negación

Prevalecen respuestas de evitación, por lo que la persona puede negar los hechos o minimizar la importancia de lo sucedido, o bien mantenerse activa para manejar la sintomatología, o sustituir la pérdida, o

experimentar una culpa excesiva que se transforma en rumiaciones improductivas. La tarea principal en esta etapa es ir disolviendo progresivamente las estrategias protectoras de distorsión-evitación y aumentar progresivamente la tolerancia al dolor. Si se produce una fijación en esta fase da lugar a un duelo complicado denominado duelo ausente o evitativo, que se caracteriza por hiperactividad, conductas autodestructivas, adicciones, enfado desplazado, ideas obsesivas de venganza, etc.

Conexión e integración

En esta fase se ponen en marcha respuestas de afrontamiento orientadas a conectar con la realidad de la pérdida. Algunas respuestas de conexión son: conectar con el dolor, la tristeza o la culpa, hablar de la relación, adentrarse en el dolor, sentir la ausencia a través del recuerdo, aceptar la realidad de lo ocurrido mediante rumiaciones productivas, utilizar rituales de conexión, visitar los lugares asociados al ser querido, etc. La tarea adaptativa en esta fase es realizar el trabajo de duelo asociado a los aspectos relacionales de la pérdida. La detención o fijación en esta fase puede llevar al duelo complicado denominado duelo crónico.

Crecimiento y transformación

Se produce la reorganización del mundo interno con relación al ser querido perdido, con uno mismo y con el mundo en general. En un duelo elaborado, es necesario que las personas hayan ido más allá de su estado anterior y

convertir esa experiencia en un crecimiento personal. La tarea principal de esta etapa es sustituir creencias antiguas por nuevos esquemas mentales que incorporen todo el significado de la pérdida. El resultado final es un nuevo constructo multidimensional que incluye cambios en todas las facetas del ser humano dando paso al crecimiento postraumático.

Como puede observarse, la autora distingue entre fases iniciales (choque y evitación) y fases avanzadas (entrega al dolor y transformación). Los objetivos, contenidos y metodología de trabajo son muy diferentes en unas y otras, por es necesario hacer una evaluación adecuada de la fase en la que se encuentran los dolientes y separarlos según se encuentren en fases iniciales o avanzadas (Payás, 2015).

Por otro lado, el modelo de las "6R" de Rando (1988) también integra fases y tareas. En este caso, el duelo está formado por tres fases (evitación, afrontamiento y acomodación) y por seis tareas. En *la fase de evitación* la tarea esencial es *reconocer la pérdida* (aceptar y comprender la muerte). En la fase de afrontamiento existen tres tareas que son: *reaccionar a la separación* (experimentar el dolor, sentir, identificar, aceptar las reacciones psicológicas de la pérdida e identificar y hacer duelo de todas las pérdidas secundarias); *recordar y re experimentar al ser querido y la relación que mantenían* (revisar y recordar de forma realista y revisar y re experimentar los sentimientos) y *relegar/abandonar el antiguo apego al deudo y la forma de asumir el mundo*

anterior. Y, en la fase de acomodación las tareas son reajustarse para moverse de forma adaptativa en el nuevo mundo sin olvidar el antiguo (revisar los conceptos del mundo, desarrollar una nueva relación con el difunto, adaptar nuevas formas de estar en el mundo, formar una nueva identidad) y reinvertir (invertir la energía que estaba puesta en la relación, de otras formas que aporte nuevas gratificaciones).

A continuación, en la *Figura A*, se presenta el Modelo de Tareas y necesidades de los dolientes en cada una de las fases, así como, las respuestas normales y patológicas del duelo. Estas se producen cuando existe alguna fijación en alguna de las fases. Si la fase inicial de aturdimiento/shock perdura en el tiempo se produce una especie de congelamiento que daría lugar a la aparición del Duelo TEPT, con características similares al Trastorno Por Estrés Post-Traumático. Si el doliente queda anclado/fijado en la fase de evitación/negación aparecería el Duelo ausente evitativo. En el caso de que la fijación se ancle en la fase de conexión, estaríamos frente a un duelo crónico. Sin embargo, hay dolientes que pasan directamente a la fase de conexión- integración y otros que pasan a la fase de evitación/negación, para posteriormente llegar a la conexión/integración (*Figura A*).

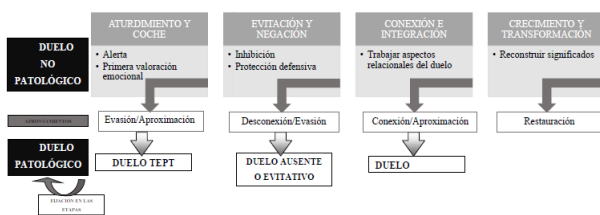


Figura A. Modelo de tareas/necesidades: Respuestas patológicas y no patológicas. Adaptado de Payá (2010).

Factores de riesgo y factores protectores

Independientemente del modelo que se utilice en terapia, estudios previos muestran que existen factores que pueden complicar el duelo, así como factores protectores. Es de vital importancia intervenir en el caso de que existan factores de riesgo que compliquen el duelo, teniendo en cuenta las repercusiones que tiene en la salud (Milic, Muka, Ikram, Franco & Tiemeier, 2017). En la *Tabla B* podemos ver los principales factores de riesgo referidos en la literatura.

Tabla B:
Factores de riesgo (Arranz, Barbero, Barreto & Bayés, 2003; Barreto, de la Torre & Pérez Marín, 2012; Worden, 2013)

<i>En relación con la persona doliente</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ La edad: Si es joven o anciana más riesgo. ➢ Afrontamiento pasivo en otras pérdidas o comotaciones depresivas, más riesgo. ➢ Enfermedad física o psíquica anterior, más riesgo.
<i>Características de la enfermedad o la muerte</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Se complica el proceso si es muerte repentina o suicidio ➢ Si la enfermedad dura mucho o muy poco, también es un riesgo añadido. ➢ Muerte incierta o no visualización de la pérdida, puesto que no vemos el cuerpo, dificulta el proceso. ➢ Enfermedad donde no hay un control de síntomas y el sufrimiento del familiar terminal es muy grande.
<i>Aspectos relacionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Falta de disponibilidad de apoyo familiar y social ➢ Bajo nivel de comunicación con familiares y amigos ➢ Poca posibilidad de expresar la pena o incapacidad para hacerlo
<i>Otros factores influyentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Duelos previos no resueltos ➢ Pérdidas múltiples ➢ Crisis concurrentes

Al igual que es necesario conocer los factores de riesgo para duelo complicado, es importante tener en cuenta cuáles son *los factores protectores* para tratarlos de promover en la intervención terapéutica. En los estudios aparecen referidos en tres categorías de ellos: estrategias de afrontamiento, protectores que se deducen a partir del estudio de factores de riesgo y finalmente otros factores destacados a partir de la experiencia clínica (Barreto & Soler, 2004).

Estrategias de afrontamiento

Como se ha visto en los modelos explicativos del duelo, desde la teoría del estrés, el duelo es un estresor y, para hacerle frente, se requieren dos tipos de afrontamiento: el dirigido al problema y el centrado en la emoción. El primero será más útil en situaciones modificables y, el segundo en las que son irreversibles, donde es importante promover la aceptación (Hall & Irwin, 2001; Yoffe, 2013). Por otro lado, la espiritualidad es una estrategia de afrontamiento que ha sido ampliamente documentada. Las creencias religiosas y espirituales, así como las conductas relacionadas, parecen facilitar el ajuste positivo a la pérdida de un ser querido (Barreto & Soler, 2007; Hall & Irwin, 2001; Yoffe, 2013)

Protectores extraídos a partir del estudio de factores de riesgo

Muchos de los factores de riesgo presentados anteriormente pueden invertirse y así considerarse como protectores, como por ejemplo el apoyo familiar, la ocupación laboral y la ausencia de problemas económicos. En el mismo sentido actuarían el sentimiento de utilidad, la ausencia de patologías previas, el conocimiento del pronóstico de la enfermedad ajustado a la realidad, etc.

Factores detectados en la experiencia clínica

Existen otras variables que se evidencian como protectores en otros ámbitos de la salud, y que son: la fluidez comunicativa, la percepción de autoeficacia, los sentimientos de utilidad en

los cuidados del enfermo, la habilidad para la planificación y resolución de problemas, la flexibilidad mental, el autocuidado y la capacidad para encontrar un sentido a la experiencia.

Conclusiones

Como hemos podido dilucidar de la revisión teórica realizada, el duelo supone un proceso natural de sanación, no de enfermedad. Es una experiencia universal, por la que todas las personas pasaran ineludiblemente a lo largo de nuestra vida. Por tanto, es esencial no patologizar el duelo y conocerlo en profundidad.

Dentro de los modelos descriptivos resaltaríamos el papel activo que le otorgan a los dolientes los modelos de tareas de Worden (2013) y Neimeyer (2007). Este papel activo confiere al doliente un mayor locus de control en su proceso que es un camino idiosincrático y lleno de oportunidades de crecimiento a medida que se llevan a cabo las tareas pertinentes.

Por otro lado, desde la vertiente integrativa que tiene en cuenta las fases y tareas, podemos señalar que estos modelos enriquecen aún más la forma de poder contemplar el proceso y de alguna manera la forma de intervenir en los diferentes momentos temporales de una forma más específica.

Cabe destacar tras esta exposición de los modelos psicológicos del duelo y los factores de riesgo/protección que, no siempre está indicado realizar intervenciones en el proceso de duelo. Al respecto investigaciones previas señalan que

no está demostrado que las intervenciones con objetivos de prevención primaria sean siempre beneficiosas y que incluso a veces pueden ser perjudiciales para el doliente. Por ello solo actuaremos si se cumplen alguno de éstos supuestos (Arranz, Barbero & Barreto, 2000):

- Que explícitamente se solicite dicha ayuda.
- Que sean personas que presentes factores de riesgo antes del fallecimiento del ser querido.
- Que el tipo de muerte o sus circunstancias impliquen en sí mismas mayor riesgo de complicaciones en el duelo.
- Que se trate de personas especialmente vulnerables como niños, ancianos o personas carentes de apoyo social.
- Que ya se haya diagnosticado duelo complicado, por lo que se requiera una terapia, no un asesoramiento.

Por lo tanto, la labor del terapeuta será: acompañar en el proceso del duelo, principalmente en la elaboración de todos los estados emocionales que se presenten a lo largo de las diferentes fases del proceso teniendo en cuenta los modelos psicológicos que están a la base. Identificar también las tareas a realizar por cada doliente para su sana elaboración.

De esta forma, la realidad de la experiencia se puede comprender al detalle, puesto que esta visión amplia de los modelos psicológicos del duelo nos permite aproximarnos con un mapa más cercano al territorio. Es decir, se trata de una visión más ecléctica de la realidad de la pérdida.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Referencias

- Arranz, P., Barbero, J. J. & Barreto, P. (2000). *Intervención emocional en cuidados paliativos modelo y protocolos* Editorial Ariel.
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos modelo y protocolos* Editorial Ariel.
- Barreto, M. & Soler, M. (2004). Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: El duelo. *Humanita, : Humanidades Médicas*, (2), 139-150.
- Barreto, P. & Soler, M. (2007). Muerte y duelo. *Madrid: Síntesis*,
- Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psico-oncología*. 1(9), 355. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Bonanno, G. A. & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 126.
- Bonet, J. L. (2018). *PINE (psicoimmunoneuroendocrinología): Cuerpo, cerebro y emociones* EDICIONES B.
- Bowlby, J. (2012). *The making and breaking of affectional bonds* Routledge.

- Demi, A. S., & Miles, M. S. (1987). Parameters of normal grief: A delphi study. *Death Studies, 11*(6), 397-412.
- Engel, G. (1960). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosom. Med.*, 22, 18-25.
- Hall, M., & Irwin, M. (2001). Physiological indices of functioning in bereavement.
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre la muerte y los moribundos: Alivio del sufrimiento psicológico*, De bolsillo.
- Mendoza-Romero, R. E. (2015). La psicoterapia breve y de emergencia como estrategia para una intervención en crisis durante el proceso de duelo.
- Milic, J., Muka, T., Ikram, M. A., Franco, O. H., & Tiemeier, H. (2017). Determinants and predictors of grief severity and persistence: The rotterdam study. *Journal of Aging and Health, 29*(8), 1288-1307.
- Neimeyer, R. (2007). Aprender de la pérdida. una guía para afrontar el duelo. capítulo 4: La actividad del duelo. Capítulo 7: La reconstrucción de significado y la experiencia de la pérdida.
- Neimeyer R. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: *Paidós*, 2012.
- Parkes, C. M. (1972). Accuracy of predictions of survival in later stages of cancer. *British Medical Journal, 2*(5804), 29-31.
- Payás, A. (2007). Intervención grupal en duelo. *Duelo En Oncología. Sociedad Española De Oncología Médica*, 169-182.
- Payàs, A. (2015). El mensaje de las lágrimas: Una guía para superar la pérdida de un ser querido.
- Payás, A. (2010). Las tareas del duelo. *Psicoterapia Del Duelo Desde Un Modelo Integrativo-Relacional* Editorial Paidós. España,
- Pozo, J. I. (1989). *Teorías cognitivas del aprendizaje* Ediciones Morata.
- Rico-Norman, D. M. R. (2017). Cuando muere un ser querido... variables asociadas a la vivencia ante la muerte. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala, 20*(3), 1103.
- Rando, T. A. (1988). *Grieving: How to go on living when someone you love dies* Lexington Books Lexington, MA.
- Shear, K., Reynolds, C., Simon, N., & Zisook, S. (2017). Grief and bereavement in adults: Clinical features. *Waltham, MA, Uptodate* (Accessed 17.11.2017),
- Worden, J. (1997). Las cuatro tareas del duelo. *Worden JW: El Tratamiento Del Duelo, Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Barcelona: Paidós,
- Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*
- Worden, J. (2013). El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. *Editorial Paidós*,
- Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances En Psicología, 21*(2), 129-153.
- Zisook, S., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Mauro, C., Skritskaya, N. A., Qiu, X. (2018). Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: A HEAL report. *The Journal of Clinical Psychiatry, 79*(2), 10.4088/JCP.17m11592. doi:10.4088/JCP.17m11592