Apuntes críticos sobre los modelos de intervención en duelo

Emmanuelle Zech

Université Catholique de Louvain, Psychological Sciences Research Institute, Belgium

Dirección: Plaza Cardinal Mercier, 10, box L3.05.01 – 1348 Louvain-la-Neuve, Belgium

Email: emmanuelle.zech@uclouvain.be

Camille Boever

Université Catholique de Louvain, Psychological Sciences Research Institute, Belgium

Fonds de la Recherche Scientifique – FNRS, Belgium

Dirección: Plaza Cardinal Mercier, 10, box L3.05.01 – 1348 Louvain-la-Neuve, Belgium

Email: camille.boever@uclouvain.be

Citation post-print version: Zech, E., & Boever, C. (2025). Apuntes críticos sobre los modelos de intervención en duelo [Critical examination of bereavement intervention models]. In F. Cruz, M. N. Pérez, & M. Fernández-Alcántara (Eds.), *Nuevas perspectivas en el estudio, evaluación e intervención en los duelos y las pérdidas* [New perspectives in the study and evaluation of griefs and losses] (Chap. 11, pp. 155-167). Editorial Pirámide.

Índice

1. Introducción

2. La evolución de los modelos teóricos del duelo y las concepciones del proceso de duelo a lo largo del último siglo

3. Perspectivas críticas sobre las concepciones del duelo y la validación de los modelos de intervención

4. La patologización y la estigmatización del duelo

5. Aplicación del modelo (bio)médico a la psicología clínica y a la práctica

6. El empirismo WEIRD y la antropo-sociología de la muerte y el duelo

7. Una visión antropo-sociológica de la muerte y el duelo y sus variaciones espacio-temporales

8. Perspectiva humanista centrada en la persona

9. Conclusión

10. Referencias

1. Introducción

En este capítulo resumimos brevemente los principales modelos de duelo que se han generado y evolucionado a lo largo del último siglo. Repasamos las ideas y concepciones del proceso de duelo que los sustentan y que luego se utilizan en las intervenciones para las personas en duelo. A continuación, se aborda la cuestión de la eficacia de las intervenciones en duelo y su validación empírica dentro de la perspectiva de la práctica basada en la evidencia, y se realiza un análisis crítico dirigido a identificar los límites epistemológicos, conceptuales, metodológicos y culturales de estas concepciones. Por último, proponemos una perspectiva humanista, centrada en la persona, que respete y responda mejor a las experiencias y necesidades idiosincrásicas de las personas que atraviesan un proceso de duelo.

2. La evolución de los modelos teóricos del duelo y las concepciones del proceso de duelo a lo largo del último siglo

La forma en que se conceptualizan y comprenden los procesos de duelo, como cualquier otro tema científico, ha evolucionado con el tiempo. Estas concepciones dependen de los contextos históricos, epistemológicos y socioculturales que influyen en los autores, teóricos o profesionales (y probablemente también de sus propias experiencias personales de duelo, ver de Condé et al., 2024). Los principales paradigmas científicos (Kuhn, 1962/2012) que subyacen a las intervenciones en duelo, y que desarrollamos a continuación, han tenido origen en Occidente, especialmente en los países anglosajones, desde principios del siglo XX.

En 1917, en plena Primera Guerra Mundial, el neurólogo austriaco Sigmund Freud publicó «Duelo y melancolía» (Freud, 1917/1957). La perspectiva psicoanalítica, con su visión enérgica de la psique y del «*trabajo del duelo*», influyó mucho (y sigue influyendo) en determinadas representaciones y formas de concebir el proceso de duelo y las intervenciones resultantes. El

mensaje principal es que hay que «hacer el duelo» y que se trata de una «tarea» psicológica necesaria. En 1992, Stroebe resumió este concepto del «trabajo del duelo» como sigue:

> *un proceso cognitivo de confrontación a la pérdida, [que implica] la revisión de los acontecimientos previos y el momento de la muerte, centrando la atención en los recuerdos y [un] proceso de distanciamiento de la persona fallecida [y que consiste en] (...) un intento activo, permanente y complejo de «aceptar» la pérdida. La opinión actual es que es esencial tomar conciencia de la realidad de la pérdida y que la supresión es un fenómeno patológico.* (Stroebe, 1992, pp. 19-20)

La idea que subyace a esta perspectiva es que es esencial expresar las propias emociones (catarsis) y que el vínculo con el fallecido debe desinvertirse, abandonarse o, como mínimo, reubicarse, es decir, mantenerse en un lugar bien definido en la vida de la persona en duelo (Zech et al., 2013). Por último, esta perspectiva postula que la supresión o evitación de pensamientos, sentimientos y expresiones de duelo son, o se convertirán, si persisten, en fenómenos patológicos. Desarrollos actuales desde la perspectiva psicoanalítica ya han sido abordados en el capítulo 1 de este libro.

En las décadas de 1960 y 1980, se desarrollaron conceptos relacionados con la teoría del apego a raíz de trabajos sobre niños separados de su figura de apego (materna) (por ejemplo, Bowlby, 1980) y datos etológicos sobre primates. Esto ha llevado a modelar el proceso de duelo en términos de *fases o etapas de duelo* (por ejemplo, Parkes, 1987). Hay variaciones entre los autores en cuanto al número de etapas (de 3 a 7), pero en términos generales se describe el curso del duelo siguiendo inicialmente una fase de choque ante la noticia de la muerte y de negación de la pérdida, seguida de una fase de búsqueda y enfado, o incluso de negociación (por ejemplo, «si esto hubiera ocurrido (o no), entonces la persona no habría muerto») (Zech, 2006). La tercera etapa comienza cuando la persona se da cuenta de que la pérdida es definitiva e irreversible; es la etapa de desesperación y desorganización, la más prolongada en el tiempo y

la que presenta un mayor número de reacciones emocionales, cognitivas, físicas y comportamentales. Sin embargo, al cabo de cierto tiempo, según este modelo, la persona en duelo volverá a una etapa de reorganización, recuperación y reintegración social. La persona en duelo acepta entonces la pérdida y recupera su independencia, vuelve a tomar la iniciativa y experimenta emociones positivas con más frecuencia que negativas (para una presentación y crítica, véase Zech, 2006). Los modelos de fases están muy extendidos en la literatura popular, se promocionan ampliamente en los medios de comunicación y son familiares para el público, a menudo en su versión simplificada, a nivel mundial (Corr, 2019a). Sin embargo, ya en la década de 1980 (Wortman y Silver, 1989) y más recientemente (Corr, 2019b), el uso de este modelo en la práctica ha sido criticado, en particular por su falta de validación y su uso rígido y prescriptivo (Zech y Fernández-Alcántara, 2021).

Otro modelo mucho menos conocido en Europa pero ampliamente promovido en Estados Unidos es el *modelo de tareas del duelo* (por la última versión, ver Worden, 2018), que propone que las personas en duelo deben realizar y llevar a cabo cuatro «tareas»: (1) aceptar la realidad de la pérdida, es decir, tomar consciencia que la pérdida ha tenido lugar e integrar los significados y la irreversibilidad de la misma, (2) sentir el dolor de la pérdida (por la ausencia del ser querido, desde un punto de vista físico/corporal, emocional y conductual), (3) adaptarse a un entorno en el que el fallecido está ausente, tanto en términos de ajustes externos (vivir el día a día sin la persona y, por tanto, desarrollar nuevas habilidades y roles) como internos (crecer y ajustar la identidad en términos de auto-estima y auto-eficacia, por ejemplo) y espirituales (comprender y reconstruir la visión del mundo y las creencias sacudidas por la muerte) y (4) «Desprenderse de la energía emocional y reinvertirla en otra relación» (1ª ed., 1984), «Reubicar al fallecido y seguir adelante con la vida» (3ª ed., 2002), «Encontrar una conexión duradera con el fallecido al emprender una nueva vida» (seguir adelante con la vida) (4ª ed., 2009) o «Encontrar una manera de recordar al fallecido al emprender el resto de su viaje vital» (5ª ed.,

2018). Las modificaciones en la cuarta tarea muestran en particular la evolución de las concepciones sobre la continuidad de los vínculos con el fallecido (Klass, 2023) en los últimos 40 años. Hasta donde sabemos, este modelo no ha sido validado per se, pero sus principios se han utilizado ampliamente en otros modelos de duelo.

Poco a poco, y sobre todo a partir de los años ochenta, gran parte de la literatura se ha centrado en los acontecimientos vitales estresantes (Holmes y Rahe, 1967) o traumáticos. Así, los modelos de duelo, en particular por la pérdida de un familiar cercano, han introducido y aplicado *los conceptos de estresores, reacciones de estrés y estrategias para ajustarse a estos estresores* (Lazarus y Folkman, 1984) a las situaciones de duelo (Folkman, 2001). Un modelo en particular, ampliamente utilizado en la actualidad, se construyó con el objetivo de integrar las diversas vertientes de la literatura científica sobre el duelo: *el Modelo del Proceso Dual de Ajuste al Duelo* (DPM, Stroebe y Schut, 1999, 2010). Su hipótesis es que existen dos tipos principales de estresores en el duelo (y probablemente también en otro tipo de pérdidas): (1) estresores vinculados directamente a la pérdida y al apego al fallecido, que requieren estrategias de afrontamiento «orientadas a la pérdida», y (2) estresores «orientados a la restauración», que son estresores secundarios o consecuentes a la pérdida e incluyen cambios en la vida, la identidad o los roles, o el aprendizaje de nuevas tareas, y que también requieren la aplicación de estrategias de adaptación. Para hacer frente a estos diversos estresores, las personas pueden utilizar tanto estrategias de confrontación como de evitación. Algunas estrategias pueden centrarse en la emoción (por ejemplo, cuando las cosas no pueden cambiarse) o en la resolución de problemas (cuando el problema que causa malestar puede cambiarse) (por ejemplo, Folkman, 2001). El DPM postula la importancia de tener momentos de respiro de todos los factores estresantes (por ejemplo, tener aficiones y actividades de ocio, practicar deporte, socializar). Otro elemento original es que el DPM aborda la naturaleza procesual del duelo e insiste en la noción de oscilación entre las orientaciones hacia los estresores y los tipos de

estrategias de afrontamiento utilizadas: es la focalización en una de las orientaciones (pérdida o restauración), el uso exclusivo y restringido de un tipo de afrontamiento o una oscilación poco flexible lo que es constitutivo y predictivo de complicaciones del duelo (es decir, duelo inhibido, crónico o traumático). Este modelo tiene amplia evidencia empírica (para una revisión de la literatura, véase Fiore, 2019) y se ha adaptado a varios contextos (por ejemplo, la muerte de un hijo, o el duelo familiar). A pesar de la relevancia teórica del modelo, los estudios han destacado que su operacionalización resulta compleja (Boever et al., 2024) y que no siempre es representativa de la experiencia de las propias personas en duelo (Fasse y Zech, 2016).

Por último, además de la perspectiva sociocontructivista centrada en el significado, cuyo principal representante es Robert Neimeyer (véase el capítulo 10 de este volumen) y la mencionada al final de este capítulo, es importante mencionar el modelo derivado de las perspectivas de la *terapia cognitivo-conductual* (TCC). Éstas se desarrollaron a finales de los años setenta (por ejemplo, Ramsay, 1979) y se actualizaron en el paradigma de los tratamientos psicoterapéuticos (*evidence-based treatments*) dirigidos específicamente a los síntomas del duelo patológico (Boelen et al., 2006). Este tipo de terapia es eficaz para reducir los síntomas del PGD en adultos (Komischke-Konnerup et al., 2024) y en niños (Saladino et al., 2024).

En esta concepción, se apunta a tres procesos disfuncionales interdependientes fundamentales:

> *(a) integración insuficiente de la pérdida en la memoria autobiográfica, (b) cogniciones de duelo desadaptativas y (c) estrategias de evitación ansiosas y depresivas problemáticas (Boelen et al., 2006). Se cree que estos tres componentes clave de la TCC se dirigen a estos procesos fundamentales, a saber, la exposición, la reestructuración cognitiva y la activación conductual (Boelen et al., 2006).* (Komischke-Konnerup et al., 2024, p. 237)

En resumen, *¿qué concepciones del duelo se promueven hoy en día?* Sea cual sea el modelo, las ideas subyacentes pueden resumirse en 12 puntos:

1. La muerte o pérdida de un ser querido es un acontecimiento estresante (y a veces traumático).
2. Las personas en duelo deben adaptarse a la pérdida y al duelo (estrategias de afrontamiento), deben "hacer el trabajo de duelo".
3. Habría un orden, unas etapas o tareas que cumplir.
4. Las personas en duelo deben sentir la tristeza asociada al duelo.
5. Las personas en duelo deben afrontar la realidad de la muerte.
6. La evitación masiva es disfuncional; mantiene el dolor.
7. Hay que expresar y verbalizar las emociones y el dolor.
8. Los pensamientos y cogniciones disfuncionales, inapropiados o inútiles necesitan ser transformados y ajustados hacia pensamientos más útiles.
9. Habría un «cierre», un final del proceso, una «cura», una recuperación, una vuelta a una forma de funcionar adaptada o al menos a la aceptación.
10. No seguir estas pautas o recomendaciones conduce al desarrollo o mantenimiento de un duelo patológico y, como corolario, el duelo patológico (el trastorno mental del duelo) existe y es distinto del duelo normal.
11. El duelo patológico debe ser tratado, o se debe actuar sobre los síntomas de duelo y reducir la intensidad y duración de la angustia experimentada (cuando la persona sigue deprimida dos semanas después de la muerte, o tras 6 o 12 meses de síntomas de duelo clínicamente significativos).

12. El apoyo o las intervenciones en el duelo deben centrarse principalmente en estos principios y conceptos, estos son los más eficaces.

3. Perspectivas críticas sobre las concepciones del duelo y la validación de los modelos de intervención

En ciencia, los paradigmas dominantes tardan en desarrollarse y, en un periodo determinado, la mayoría de las publicaciones científicas se inscriben dentro de estas grandes corrientes de pensamiento. En consecuencia, hay relativamente pocas publicaciones que ofrezcan un punto de vista crítico o divergente. Lo mismo ocurre con la literatura sobre intervenciones o terapias de duelo y los conceptos que las sustentan, con algunas excepciones, pero que luego suelen «olvidarse» o perderse y, *de facto*, restárseles importancia. No se trata de negar la vasta literatura que ha dado lugar a conocimientos y prácticas que pueden ayudar y apoyar a las personas en duelo. Sin embargo, en esta parte del capítulo nos vamos a focalizar en una serie importante de limitaciones y argumentos de carácter epistemológico, metodológico, conceptual, cultural y antropológico que van a poner estas concepciones en perspectiva.

Así, podemos identificar *tres puntos de vista principales* que nosotros mismos hemos ido cuestionando a lo largo de nuestras carreras. Se trata de modelos de referencia, ideas preconcebidas, incluso sesgos y perspectivas que nos llevan a mantenernos prudentes respecto a los conocimientos, tomados como certezas o hechos establecidos, sobre el duelo y las intervenciones en duelo. Dichas perspectivas se encuentran interrelacionadas y hacen referencia a: (1) la evolución de los intereses científicos hacia una concepción del duelo «patológico» y los efectos perjudiciales que genera, (2) la concepción de la psicología clínica y la aplicación del modelo (bio)médico al estudio de las experiencias psicológicas y la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas que conducen a directrices para la práctica psicológica basada en la evidencia, (3) el empirismo WEIRD (*Western, Educated, Industrialized, Rich and*

Democratic) y sus sesgos metodológicos, de comprensión e interpretación que genera y (4) la visión antropo-sociológica de la muerte y el duelo y sus variaciones espacio-temporales.

4. La patologización y la estigmatización del duelo

Nunca se nos ocurriría considerar el duelo como una afección mórbida, ni hacer que lo tratara un médico, aunque conlleve serios cambios en el modo normal de vivir. Estamos convencidos de que al cabo de cierto tiempo el duelo será superado, y nos parecería inapropiado, incluso perjudicial, interrumpir el duelo (Freud, 1917/1979, p. 191).

Desde la década de 1940 (Lindemann, 1944) y especialmente desde la década de 1970, un número considerable de estudios han intentado describir las reacciones de duelo. Un cambio semántico, que pasó desapercibido, se produjo en relación con Freud, cuando las reacciones normales a la pérdida de un ser querido se denominaron «síntomas». Este cambio se debe al vocabulario utilizado habitualmente por los psiquiatras anglosajones como Lindemann, Bowlby y Parkes, que fueron las principales figuras en este campo de estudio. En los años ochenta, se trataba también de identificar los factores de riesgo o de protección asociados al desarrollo de reacciones de duelo complicadas, «anormales», es decir, patológicas. Así, poco a poco a lo largo de las décadas, se describieron una serie de taxonomías y definiciones del duelo «a-normal» (α privativo, fuera de la norma), incluyendo el duelo «inhibido» (la ausencia de reacciones de duelo) o el duelo «crónico» (reacciones particularmente intensas y prolongadas), también conocido como duelo complicado o traumático, y luego, a partir de los años 90, considerado como un trastorno mental, conocido como trastorno de duelo complejo persistente. Prigerson, Horowitz, Jacobs y Shear, psiquiatras que trabajan en las universidades estadounidenses más prestigiosas, fueron especialmente activos en la identificación del trastorno mental del duelo.

En la actualidad, ambos sistemas de clasificación de trastornos mentales incluyen formalmente el Trastorno de Duelo Prolongado (*Prolonged Grief Disorder*, PGD) como una afección

psiquiátrica reconocida internacionalmente (DSM-5-TR, American Psychiatric Association, 2022; ICD-11, World Health Organization, 2019) y clasificada como un trastorno por estrés. A pesar de los acalorados debates sobre la versión 5 del DSM, actualmente, el paradigma dominante en la literatura sobre el duelo hace referencia a estos conceptos psiquiátricos. Estas incorporaciones a las clasificaciones se deben a la acumulación de datos empíricos y a su utilidad, en primer lugar, para la investigación científica, ya que permiten trabajar conjuntamente sobre la base de una definición «consensuada» y, en segundo lugar, para obtener un tratamiento reembolsado ya que, en algunos países, incluido Estados Unidos, se exige un diagnóstico psiquiátrico para recibir tratamiento.

Sin embargo, al menos tres categorías principales de argumentos llaman a la cautela o al rechazo de este modelo, que intenta diferenciar entre duelo normal y patológico. Varios de ellos fueron apuntados en un reciente artículo de Eisma (2023). El primer argumento cuestiona la validez misma del concepto de trastorno de duelo prolongado. De hecho, no se ha demostrado que sea posible distinguir lo que es normal de lo que es a-normal, es decir, patológico. Los criterios utilizados se basan en nociones estadísticas o en juicios de valor arbitrarios o, como mínimo, determinados culturalmente. Por lo que respecta a la estadística, la normalidad y la anormalidad se definen según la curva de Gauss, que identifica la media de las reacciones y la desviación de la media (desviación típica) como la variabilidad de la intensidad y la duración de las reacciones en una muestra determinada. En todos los casos, es posible identificar a una minoría de personas cuyas reacciones se sitúan por encima (o por debajo) de 2 desviaciones típicas con respecto a la media de un grupo (en torno al 5% de la muestra), lo que significa que siempre es posible identificar a personas que se salen de la norma y que, por tanto, sufren un duelo «patológico». Es el caso de la pescadilla que se muerde la cola. El otro criterio diagnóstico utilizado es la evaluación clínica de la intensidad o la importancia de la «disfunción» social, laboral o de otros aspectos de la vida. Estos criterios son arbitrarios y más indicativos de la concepción social de

la «locura» (Zdanowicz y Schepens, 2015) y de las perturbaciones causadas por la persona al «buen» funcionamiento familiar, a la integración social o incluso a la utilidad o productividad profesional e incluso al coste económico. De hecho, desde que se ha planteado esta cuestión, hay pocas pruebas de que las experiencias o reacciones del duelo normal sean cualitativamente diferentes de las del duelo patológico (se encuentran los mismos síntomas; no hay ninguno específico del duelo patológico) (Eisma, 2023).

El uso de estas clasificaciones psiquiátricas tiene tres clases de efectos perjudiciales. En primer lugar, la búsqueda e identificación de un punto de corte, un límite entre unos y otros, conduce de hecho a sobreidentificar y potencialmente sobregeneralizar la patología del duelo e incluso a normalizarla. La prevalencia del PGD se establece en torno al 10% de la población en duelo (Lundorff et al., 2017). Los autores identifican, por tanto, a «una minoría sustancial» de personas que sufren de forma «clínicamente significativa» y a las que se debe proporcionar una atención adecuada. Cabe señalar que, en un estudio de más de mil personas en duelo francófonas, las prevalencias de duelo patológico (incluso utilizando los criterios diagnósticos más estrictos) eran similares solo tras la pérdida de un padre o un abuelo (del 10 al 11 %). Sin embargo, eran particularmente altas para otros tres grupos: personas que habían perdido un hermano o hermana (41%), una pareja (51%) o un hijo (64%) (Fernández-Alcántara y Zech, 2017). Teniendo en cuenta que sabemos que entre el 8 y el 10% de la población se convierte en doliente a lo largo de un año, estos cálculos nos llevan a predecir «pandemias» de duelo patológico en la población general, lo cual es de facto absurdo. De hecho, estos datos pueden demostrar que las reacciones de duelo pueden ser muy intensas y durar mucho tiempo (Zech y Fernández-Alcántara, 2021).

Un segundo efecto nocivo de la medicalización del duelo es el desarrollo y la (sobre)prescripción de psicofármacos para «tratar» el duelo, al «paciente» y sus síntomas. A pesar de que ya se utilizan ampliamente psicofármacos en situaciones de duelo (antidepresivos,

ansiolíticos e hipnóticos) (Zech, 2006), no parecen ser muy eficaces en la reducción de los síntomas (Bui et al., 2012).

Un tercer problema de esta tendencia a identificar la diferencia entre el duelo normal y el patológico es el estigma social y el autoestigma que recaen sobre las personas a las que se les ha diagnosticado un trastorno psiquiátrico. Se trata de un efecto bien estudiado en trastornos como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno por abuso de alcohol. Hoy en día, varios estudios recientes también muestran que las personas en duelo que se presentan como sufriendo de duelo patológico están más sujetas a estereotipos negativos, la persona en duelo es en este caso juzgada como menos competente, cálida, emocionalmente estable y más dependiente y sensible, se enfrentan a más prejuicios es decir, reacciones emocionales de más ira, ansiedad, o emociones prosociales (lástima), pero también comportamientos discriminatorios tales como desear establecer más distancia social con la persona en duelo (Eisma, 2018). La referencia a un estándar de diagnóstico también lleva a las personas a pensar en sí mismas de manera diferente, ya que se identifican con las categorías que se utilizan para describirlas. Esto lleva potencialmente a las personas en duelo a percibirse a sí mismas como enfermas y a autoestigmatizarse, percibiéndose, por ejemplo, como menos capaces, más dependientes y aislándose. Por último, esbozar los contornos del duelo patológico alimenta más que nunca la idea de que existe un duelo sano, una «buena manera de afrontar el duelo» por oposición a una manera inadaptada y no funcional. Estas ideas, conocidas por los dolientes y sus familias, también sustentan las expectativas que se depositan en ellos. Las personas en duelo «deben» corresponder a estas representaciones de normas y estándares para que se considere que están atravesando un duelo «normal» (cuyos contornos siguen sin estar claros). Además de crear presión, esto puede contribuir al tabú que rodea el tema de la muerte y el duelo y al aislamiento de las personas en duelo que, al no corresponder a las normas percibidas o identificadas, tienen

dificultades para compartir su forma de vivir el duelo, dudan de la validez de lo que realmente sienten e incluso juzgan su propia experiencia como anormal y deslegitimizada.

5. Aplicación del modelo (bio)médico a la psicología clínica y a la práctica

Aún más fundamental es el hecho de que varios autores, por diversas razones, se han alejado de estas clasificaciones diagnósticas y especialmente de su uso en la práctica clínica. La aplicación del modelo (bio)médico al sufrimiento mental y a las experiencias vitales angustiosas se basa en un conjunto de presupuestos que no necesariamente han de ser refrendados (Berthoud et al., 2021; Sanders, 2017). Entre ellos, "el modelo (bio)médico del malestar psicológico asume que se puede identificar una causa sobre la base de una evaluación experta, del mismo modo que las enfermedades físicas para las que se puede identificar una u otra causa, como un microbio, y para las que se puede encontrar un tratamiento para remediar la disfunción física (Sanders, 2017). Así, se espera que se defina previamente un problema mental, se seleccione un tratamiento para el problema y un terapeuta aplique de forma experta el tratamiento al problema" (Berthoud et al., 2021, p. 153). En este modelo, adoptado por la División 12 de Psicología Clínica de la APA, son los métodos y técnicas específicos los que «curan», independientemente del terapeuta, del cliente o de la calidad de la relación que se establezca entre ellos. Aparte de la escasa validez y fiabilidad de los diagnósticos ya mencionada, esta perspectiva tiende a reducir la diversidad humana en varios aspectos, en particular mediante el uso, considerado como la mejor prueba científica, de ensayos controlados aleatorios (ECA) que requieren la selección de los participantes objetivo, la asignación aleatoria y ciega a las condiciones (tratamiento frente a control con placebo), el uso de un protocolo de intervención predeterminado y la evaluación pre-post-test de los síntomas objeto de la intervención. Este modelo tiene poco o nada en cuenta las experiencias ricas, a menudo sutiles y a veces contradictorias de los clientes, la diversidad de los propios clientes, sus características, recursos, necesidades y formas de responder a las intervenciones, así como su cultura, preferencias y

valores (Norcross y Wampold, 2019), o incluso la multitud de factores biopsicosociales (extra-terapéuticos) que interactúan, evolucionan con el tiempo y generan y mantienen las dificultades (Norcross y Lambert, 2011). Del mismo modo, este modelo no tiene en cuenta las cualidades personales y relacionales de los terapeutas, ni su experiencia y pericia a la hora de impartir terapia (Norcross y Lambert, 2019). Sin embargo, estos dos factores son los determinantes más importantes de la eficacia que las técnicas y los métodos terapéuticos (Norcross y Lambert, 2011). Por último, esta perspectiva también reduce la forma en que se evalúa la eficacia, al centrarse en la reducción de los síntomas clínicos en lugar de en una mejora general de la persona o en permitirle vivir de forma más coherente consigo misma y con los demás.

La acumulación de evidencias relativas a la diversidad de terapeutas, clientes y relaciones terapéuticas a partir del trabajo de *la Task Force on Psychotherapeutic Relationships that Work* (División 29: Psicoterapia) ha llevado a la American Psychological Association (APA) a definir un modelo tripartito de Práctica Psicológica Basada en la Evidencia, que ya no incluye únicamente las evidencias de la *Task Force on Research-Supported Treatments* (División 12: Psicología clínica). Aunque se han retomado estos tres pilares fundamentales de la intervención psicológica -evidencia, cliente y terapeuta-, la tendencia de la APA sigue siendo defender que sea principalmente la evidencia científica la que justifique las intervenciones sanitarias (APA, 2021). Esto ha sido denunciado recientemente por Willemsen (2022), señalando que "el contexto profesional en el que trabajan los psicólogos clínicos y los psicoterapeutas se caracteriza por la singularidad, la incertidumbre y los conflictos de valores" (p. 293). Así, prosigue, mientras que un modelo de tratamiento probado en un grupo de personas puede decir algo sobre la población general, no permite definir la intervención con un único cliente. Es más apropiado pasar a una forma de pensar dirigida específicamente a este cliente, conocida como pensamiento en casos (*thinking in cases*). Este modo de pensar se basa en los datos del caso y en la experiencia clínica. Este modo epistémico permite al profesional abordar situaciones

únicas, en un contexto único, comprendiendo el caso «desde dentro» y utilizando referencias a otros casos clínicos y conceptualizaciones de forma sutil, sin excesiva confianza, y hacer frente a la incertidumbre interviniendo en los procesos causales que operan en el caso. Por último, Willemsen subraya que todas las intervenciones se basan en una visión de lo que es una «buena vida», pero que los objetivos son muy diferentes (por ejemplo, pocos síntomas vs. comprensión y aceptación de sí mismo). Así pues, más allá de las pruebas relativas a las preferencias del cliente como factor de eficacia, tener en cuenta y respetar al cliente, sus características, elecciones y preferencias es, ante todo, una postura ética que guía al profesional y su práctica.

6. El empirismo WEIRD y la antropo-sociología de la muerte y el duelo

Las personas de las sociedades occidentales, educadas, industrializadas, ricas y democráticas (WEIRD) -y en particular los estudiantes universitarios estadounidenses- son algunas de las personas psicológicamente más inusuales de la Tierra (Henrich et al., 2010).

Una tercera perspectiva crítica se refiere a la metodología científica y a los sesgos que pueden identificarse en la construcción del conocimiento sobre el duelo. Hay que decir que, como en otros estudios sobre seres humanos, las personas en duelo que participan en los estudios representan en realidad el 5% de la población mundial: se trata de personas del mundo occidental, que han recibido una educación, de países industrializados, económicamente favorecidos y democráticos. Del mismo modo, el 95% de los teóricos e investigadores proceden de esta población humana tan específica: también son WEIRD, forman parte del «*mundo minoritario*». Estas características sociodemográficas y culturales influyen innegablemente no sólo en las preguntas que se plantean los investigadores, sino también en los métodos con los que ponen a prueba sus hipótesis (por ejemplo, los ECA en el modelo de la psicología médica o clínica), así como en su comprensión e interpretación de los fenómenos que estudian. En muchos casos, sin embargo, harán estimaciones y tratarán de generalizar sus resultados para que se conviertan en leyes «universales», aplicables al 95% restante de la población.

Lo mismo ocurre con las teorías del apego y del duelo, ideadas por autores de la Inglaterra colonial de posguerra y de Estados Unidos, donde se promueven los valores de independencia, autonomía, eficacia, productividad y crecimiento. Una sociedad occidental en la que prevalece el papel de la medicina convencional, en relación con otras intervenciones, en particular espirituales o religiosas, y que considera que los cuidados proceden de las aportaciones de la ciencia, la cual permitirá controlar mejor el sufrimiento y las disfunciones humanas, y ofrecer una sociedad en la que podría alcanzarse la felicidad individual. Se trata, pues, de una sociedad en la que la muerte y el sufrimiento se dejan de lado: cada vez mueren más personas en el hospital, y la tanatopraxia permite presentar la apariencia de los muertos como si estuvieran vivos, sentados en su sillón o dormidos en su cama.

Sin tener en cuenta las cuestiones de dominación, en particular la dominación colonial, que se han puesto y se siguen poniendo en juego, los prejuicios culturales se infiltran implícitamente en la forma en que pensamos sobre el duelo por alguien que no somos nosotros mismos. Estos prejuicios pueden tener consecuencias importantes en las decisiones que se toman en entornos clínicos, educativos e incluso jurídicos. Una ilustración de este tipo es reportada por Keller (2018), quien demuestra que la teoría del apego es «universal» solo para el mundo WEIRD: las normas morales, los principios éticos, las concepciones y principios educativos, es decir, cómo educar «correctamente» a los niños en una familia, son fundamentalmente diferentes en el resto del mundo. Aunque la investigación sobre el duelo tiene un gran potencial para llevarse a cabo de forma interdisciplinar, está claro que la psicología y la psiquiatría siguen siendo los campos dominantes y los modelos teóricos y de intervención utilizados. De hecho, como señalamos al principio del capítulo, proceden del «*mundo minoritario*» (Hamilton et al., 2022). Por último, cabe señalar que cuando examinamos los procedimientos de reclutamiento y las muestras resultantes, nos damos cuenta de que las poblaciones en las que se probaron estos modelos eran, de hecho, abrumadoramente femeninas (entre el 70 y el 80%). El duelo masculino sigue siendo

un tema poco estudiado. Estas consideraciones sobre la falta de representatividad y universalidad nos invitan una vez más a abordar nuestro conocimiento del duelo con humildad y cautela, sobre todo cuando nos encontramos con un doliente de manera individual.

7. Una visión antropo-sociológica de la muerte y el duelo y sus variaciones espacio-temporales

Desde una perspectiva socioconstructivista, aunque existen puntos en común entre los seres humanos en duelo, el duelo humano también es especialmente maleable. La cultura crea, influye, moldea, limita y define el duelo, a veces profundamente (Rosenblatt, 2008). A lo largo de la historia, el duelo también se ha vivido y expresado de formas muy diferentes. La relación con la muerte y el concepto de muerte también han evolucionado según la época y la sociedad (Ariès, 1977). Así lo demuestra, por ejemplo, la variedad de creencias religiosas y espirituales y de ritos pre, peri y post mortem que existen en todo el mundo. Los cambios en las tasas de mortalidad, sobre todo infantil, y en la esperanza de vida están modificando la forma de concebir las relaciones familiares y sociales y, por tanto, también el duelo por los seres queridos.

Los datos antropológicos han demostrado que, desde hace unos 100.000 años, el ser humano es el único animal que practica ritos funerarios. Todas las sociedades humanas los siguen practicando hoy en día, sea cual sea su diversidad. Esto parece indicar, dado que el ser humano es un ser ontogenética y filogenéticamente social que sólo puede sobrevivir al nacimiento gracias a los cuidados de otros seres humanos que le rodean (Archer, 2001), que ello crea fundamentalmente un vínculo afectivo pero también el desarrollo de una conciencia del tiempo y de la muerte y una preocupación por los que mueren, y por tanto lo que hoy llamamos duelo. El duelo y el sufrimiento son, por tanto, la otra cara de la misma moneda, y representan el «coste» de los vínculos y apegos emocionales que han sido seleccionados como necesarios para la supervivencia y el desarrollo de la especie (Archer, 2001; Zech, 2019).

Guldin y Leget (2024) han propuesto recientemente un modelo del proceso integrado de pérdida y duelo. Este modelo intenta poner en diálogo diferentes modelos teóricos, enraizándose en una visión holística del duelo y del ser humano inspirada en los cuidados paliativos, permitiendo complementar concepciones que tienden a reducir el duelo a síntomas o a un estresor al que hay que ajustarse. Este tipo de modelo, más integrador, parece una buena vía de exploración futura, más inclusiva y menos patologizadora del proceso de duelo, para teóricos y profesionales.

8. Perspectiva humanista centrada en la persona

Para concluir este capítulo, nos gustaría referirnos a la perspectiva centrada en la persona (Zech et al., 2021). Esto permite intervenir de forma adaptada a cada individuo, sea cual sea su experiencia vital y su contexto. Este enfoque incluye los tres pilares de una intervención eficaz, pero de forma no patologizante. Los valores humanistas de este enfoque sustentan la concepción del ser humano, sus dificultades y recursos, y las relaciones humanas que cuidan, nutren y posibilitan el desarrollo de la persona (Zech y Fernández-Alcántara, 2021). La perspectiva centrada en la persona abre el campo de la ayuda mucho más allá de los confines de la práctica del psicoterapeuta, y hacia una diversidad de propuestas terapéuticas.

Las reacciones de duelo son fundamentalmente una función de los significados y el significado de la pérdida para la persona, que se basan en evaluaciones personales específicas relativas a sus necesidades, objetivos, valores, percepciones de la relación con el fallecido, de las circunstancias de la muerte y de la vida sin el fallecido (Zech y Fernández-Alcántara, 2021). En un enfoque comprensivo (más que evaluativo) de las reacciones y procesos de duelo, el objetivo es intentar comprender qué subyace a las reacciones y procesos que la persona pone en marcha (voluntaria o involuntariamente). En lugar de asociar el sufrimiento con la patología, con una experiencia que necesita ser contrarrestada, tratada o controlada, esta perspectiva implica tratar de comprender a la persona en su totalidad, holísticamente, tal y como es, sin juzgar lo correcto o incorrecto de lo que está experimentando (Zech, 2019). Estar presente,

receptivo y abierto a la otra persona, la comprensión empática, el respeto incondicional a sus características, percepciones y vivencias, a los vínculos que pueda o no mantener con el fallecido, a sus modos de adaptación, a los dilemas existenciales por los que atraviesa, la sintonía con el ritmo de la persona, la confianza, la relación humana que se establece y también, y sobre todo, la congruencia (Lietaer y Zech, 2021) favorecen el establecimiento de una relación segura y una humanidad compartida. Este tipo de relación reduce la necesidad de mecanismos de defensa y el sentimiento de amenaza derivado de las condiciones de valor. Lleva a las personas a tomar conciencia, considerar y aceptar sus experiencias dolorosas y amenazadoras tanto como sus recursos y fortalezas en el momento presente, y a tomar decisiones conscientes, libres y responsables. Estos principios generales fomentan la flexibilidad psicológica y el cambio, y reducen la soledad y la incongruencia en los afligidos, el conflicto entre lo que creen que deberían ser o experimentar y lo que experimentan, sienten y se ven a sí mismos. Esto permite a la persona desarrollarse como un todo y en relación con los demás y el mundo.

9. Conclusión

En este capítulo, hemos intentado mostrar las ideas preconcebidas sobre las que se han construido los principales modelos teóricos del duelo. Para ello, hemos expuesto las limitaciones epistemológicas, metodológicas, conceptuales, culturales y antropológicas de estos modelos, así como el riesgo de aplicarlos de forma rígida, normativa y pretendidamente universal. No se trata de menospreciar la contribución de estos modelos a la comprensión de la experiencia del duelo, ni de negar la utilidad de estas referencias en la investigación o en la práctica clínica. Sin embargo, queremos fomentar un enfoque crítico y matizado de estos modelos, recordando la necesidad de centrarse en la experiencia subjetiva de las personas en duelo y en el significado que dan a su propia experiencia.

10. Referencias

American Psychiatric Association. (2022). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR* (5th, Text revision ed.). American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2021). *Professional practice guidelines for evidence-based psychological practice in health care*.

Archer, J. (2001). Grief from an evolutionary perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association.

Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort*. Éditions du Seuil.

Berthoud, L., Zech, E., & Brison, C. (2021). L'efficacité thérapeutique des psychothérapies centrées sur la personne et expérientielles : Validation empirique, méthodes scientifiques et apports spécifiques. In E. Zech, G. Demaret, J. M. Priels, & C. Demaret-Wauters (Eds.), *Psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle: Fondements et développements contemporains* (pp. 123-136). De Boeck Université.

Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*(2), 109-128.

Boever, C., Zech, E. & Cherblanc, J. (2024). Toward a Better Assessment of Coping with Bereavement: Applicability to Diverse Experiences and Conceptual Structure of the Coping with Bereavement Questionnaire. [Manuscript submitted for publication]

Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression*. Hogarth.

Bui, E., Nadal-Vicens, M., & Simon, N. M. (2012). Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues in clinical neuroscience*, *14*(2), 149-157.

Corr, C. A. (2019a). Elisabeth Kûbler-Ross and the "five stages" model in a sampling of recent textbooks published in 10 countries outside the United States. *Omega: Journal of Death and Dying*, *82*(2), 294-322

Corr, C. A. (2019b). Should we incorporate the work of Elisabeth Kübler-Ross in our current teaching and practice and, if so, how? *Omega: Journal of Death and Dying*.

de Condé, H., Zech, E., & Willemsen, J. (2024). The person behind the therapist: A recall study on significant events that contribute to therapists' personal and professional development. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome,*, *27*(2).

Eisma, M. C. (2018). Public stigma of prolonged grief disorder: An experimental study. *Psychiatry Res*, *261*, 173-177.

Eisma, M. C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *57*(7), 944-951.

Fasse, L., & Zech, E. (2016). Dual Process Model of Coping With Bereavement in the Test of the Subjective Experiences of Bereaved Spouses : An Interpretative Phenomenological Analysis. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 74(2), 212-238.

Fernández-Alcántara, M., & Zech, E. (2017). One or multiple complicated grief(s)? The role of kinship on grief reactions. *Clinical Psychological Science*, *5*(5), 851-857.

Fiore, J. (2019). A systematic review of the Dual Process Model of Coping With Bereavement (1999–2016). *Omega: Journal of Death and Dying*.

Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 563-584). American Psychological Association.

Freud, S. (1917/1979). Deuil et mélancolie (M. Bonaparte & A. Berman, Trans.). In S. Freud (Ed.), *Introduction à la psychanalyse* (pp. 189-222). Gallimard. (publication originale en 1917)

Guldin, M.-B., & Leget, C. (2024). The integrated process model of loss and grief: An interprofessional understanding. *Death Studies*, *48*(7), 738-752.

Hamilton, S., Golding, B., & Ribbens McCarthy, J. (2022). Do we need to decolonise bereavement studies? *Bereavement: Journal of grief and responses to death*, *1*, 1-7.

Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). Most people are not WEIRD. *Nature*, *466*(7302), 29-29.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*, 213-218.

Keller, H. (2018). Universality claim of attachment theory: Children's socioemotional development across cultures. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *115*(45), 11414-11419.

Klass, D. (2023). Continuing bonds in the existential, phenomenological, and cultural study of grief: Prolegomena. *Omega: Journal of Death and Dying*, *0*(0), 00302228231205766.

Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Boelen, P. A., Marello, M. M., & O'Connor, M. (2024). Grief-focused cognitive behavioral therapies for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *92*(4), 236.

Kuhn, T. S. (1962/2012). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing.

Lietaer, G., & Zech, E. (2021). L'authenticité du thérapeute : congruence et transparence. In E. Zech, G. Demaret, J. M. Priels, & C. Demaret-Wauters (Eds.), *Psychothérapie centrée*

sur la personne et expérientielle : Fondements et développements contemporains (pp. 99-118). De Boeck Supérieur.

Lindemann, E. M. D. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, *101*, 141-148.

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *212*, 138-149.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 3-21). Oxford.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed.). Oxford University Press.

Parkes, C. M. (1987). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (2nd ed.). International Universities Press.

Ramsay, R. W. (1979). Bereavement: A behavioral treatment of pathological grief. In P. O. Sjoden, S. Bates, & W. S. Dorkens III (Eds.), *Trends in behavior therapy*. Academic Press.

Rosenblatt, P. C. (2008). Grief across cultures: A review and research agenda. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 207-222). American Psychological Association.

Saladino, V., Verrastro, V., Calaresi, D., & Barberis, N. (2024). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for prolonged grief symptoms in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Stress Management*, *31*(1), 66-85.

Sanders, P. (2017). Principled and strategic opposition to the medicalisation of distress and all of its apparatus. In S. Joseph (Ed.), *Person-centred therapy and mental health: Theory, research and practice* (pp. 11-36). PCCS Books.

Stroebe, M. S. (1992). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega: Journal of Death and Dying*, *26*(1), 19-42.

Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, *23*(3), 197-224.

Stroebe, M. S., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A decade on. *Omega: Journal of Death and Dying*, *61*(4), 273-289.

Willemsen, J. (2022). The use of evidence in clinical reasoning. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *52*(4), 293-302.

Worden, J. W. (1984). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Routledge.

Worden, J. W. (2002). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). Routledge.

Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). Routledge.

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Routledge.

World Health Organization. (2019). *ICD-11: International statistical classification of diseases and related health problems 11th edition* (11th ed.). World Health Organization.

Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*(3), 349-357.

Zdanowicz, N., & Schepens, P. (2015). *Tous fous ou la psychiatrie 5.0*. Academia L'Harmattan.

Zech, E. (2006). *Psychologie du deuil: Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Editions Mardaga.

Zech, E. (2019). Accompagner les membres d'une famille endeuillée : Avec toujours plus de présence, respect, chaleur, compréhension empathique et authenticité. *Médecine Palliative*, *18*(4), 239-242.

Zech, E., Delespaux, E., & Ryckebosch, A.-S. (2013). Les interventions de deuil centrées sur les processus psychologiques et relationnels. *Annales Médico-Psychologiques*, *171*(3), 158-163.

Zech, E., Demaret, G., Priels, J. M., & Demaret-Wauters, C. (Eds.). (2021). *Psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle: Fondements et développements contemporains*. De Boeck Université.

Zech, E., & Fernández-Alcántara, M. (2021). Les émotions dans le deuil. In O. Luminet & D. Grynberg (Eds.), *Psychologie des émotions* (2 ed., pp. 323-344). De Boeck Supérieur.