Facultat de Psicologia

Màster Interuniversitari en Psicogerontologia

GESTIÓ DE LA MORT I EL DOL: UNA PROPOSTA D'INTERVENCIÓ PER A PROFESSIONALS DE RESIDÈNCIES

Berta Baladas Martínez

Tutor acadèmic: Rodrigo Serrat

Data d'entrega: 17 de setembre del 2018

A la meva tieta Glòria, qui em va ensenyar que el procés final de vida pot estar ple de bellesa, d'amor, i, naturalment, ple de vida.

La teva mirada m'inspira.

"Viure la vida sencera, tal com és,
viure tant l'alegria com el dolor.
Voler obrir la mirada i incloure-ho tot,
no només la part que m'agrada".
Glòria Martínez Granell

Agraïments

A la meva mare, Alícia, per tot l'acompanyament, tota l'entrega i la mirada atenta.

Al meu pare, Jaume, per oferir-me el seu suport i la seva disponibilitat.

Al meu tutor, Rodrigo, per la seva dedicada disposició i guia.

A Menorca, per ser destí inesperat de les darreres línies.

ÍNDEX

RESUM....6
1. INTRODUCCIÓ....9
2. FUNDAMENTACIÓ TEÒRICA....10
2.1. JUSTIFICACIÓ....10
2.2. MODELS EXPLICATIUS DEL DOL....12
2.2.1. Freud i la perspectiva psicoanalítica....13
2.2.2. Kübler-Ross i la perspectiva psico-social....13
2.2.3. Bowlby i la perspectiva psico-social....14
2.2.4. Worden i la perspectiva cognitiva-conductual....15
2.2.5. Tizón i la perspectiva bio-psico-social....18
2.2.6. Neimeyer i la perspectiva constructivista....19
2.3. LA RESOLUCIÓ DEL DOL....21
2.4. EL DOL ANTICIPAT....21
2.5. EL DOL EN ELS PROFESSIONALS DE RESIDÈNCIES....22
2.5.1. Els professionals de la salut i la naturalesa múltiple de la pèrdua....23
2.5.2. Possibles implicacions per la salut....24
2.5.3. El dol dins de l'organització....26
2.5.4. Estratègies d'afrontament....27
2.5.5. Gestió del dol en altres àmbits....29
3. CONTEXTUALITZACIÓ....31
4. DESCRIPCIÓ DEL PROJECTE....31
4.1. MARC EPISTEMOLÓGIC I TÈCNIQUES....31
4.2. OBJECTIUS DEL PROGRAMA....32
4.3. AVALUACIÓ DELS OBJECTIUS....33
4.3.1. Qüestionari de coneixements sobre la mort i el dol....34
4.3.2. Escala d'afrontament de mort de Bugen....34
4.4. DESTINATARIS....36
4.5. RECURSOS....36
4.5.1. Recursos humans....36
4.5.2. Recursos materials....37

4.5.3. Recursos econòmics: pressupost.....37
4.6. DESENVOLUPAMENT DEL PROGRAMA.....39
4.7. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA.....40
4.8. ESTRUCTURA DE LES SESSIONS.....41
4.9. CONTINGUTS DE LES SESSIONS.....42
4.10. DESENVOLUPAMENT DE LES SESSIONS.....44
5. VALORACIÓ DE LA VIABILITAT.....82
6. CONCLUSIONS.....84
6.1. POSSIBLES BENEFICIS I LIMTACIONS.....84
6.2. IMPLICACIONS PERSONALS I PROFESSIONALS.....86
7. REFERÈNCIES.....88

ÍNDEX D'ANNEXOS

Annex 1. Escala d'afrontament a la mort de Bugen.....96
Annex 2. Qüestionaris ad hoc.....98
Annex 3. Relaxació.....105
Annex 4. Dossier formatiu.....107
Annex 5. Diapositives per al facilitador.....139

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1. Desglossament del pressupost.....37
Taula 2. Resum de les sessions.....42
Taula 3. Sessió 0.....45
Taula 4. Sessió 1.....45
Taula 5. Sessió 2.....46
Taula 6. Sessió 3.....49
Taula 7. Sessió 4.....55
Taula 8. Sessió 5.....60
Taula 9. Sessió 6.....62
Taula 10. Sessió 7.....64

Taula 11. Sessió 8.....69
Taula 12. Sessió 9.....74
Taula 13. Sessió de clausura.....81
Taula 14. Sessió de continuïtat.....82

ÍNDEX DE FIGURES

Figura 1. Esquema de la fase intensiva.....41

RESUM

El present treball final de màster sorgeix de la necessitat de reconèixer la mort i les seves implicacions dins de les residències de gent gran. És per això que s'ofereix un programa per a la gestió de la mort i el dol destinat als professionals d'aquestes institucions. El projecte és de perspectiva constructivista i compta un màxim de 16 participants. Els objectius del programa són: incrementar els coneixements dels treballadors sobre la mort i el dol, i augmentar les estratègies per a l'afrontament de la mort i el dol. Per valorar l'assoliment dels objectius s'administra l'Escala d'afrontament a la mort de Bugen, el qüestionari ad hoc de coneixements sobre la mort i el dol, i, a més, es valora la competència a través del desenvolupament d'un cas. Per avaluar la satisfacció s'utilitzen altres qüestionaris elaborats amb aquesta finalitat. El projecte compta amb dues fases: 1) la fase intensiva de nou sessions, on es pren consciència de les pròpies creences i vivències sobre la mort i el dol i s'ofereix psicoeducació; i 2) la fase de continuïtat, on s'acompanya a l'equip en els processos de mort i dol. Les possibles limitacions són: la pròpia temàtica, el nombre reduït de participants i les dificultats de comunicació entre treballadors amb diferents rols i professions. El principal benefici és la integració de la mort i el dol en les residències a través d'actuacions que afavoreixin el reconeixement de la mort i el dol i l'elaboració del dol per part dels professionals.

Paraules clau: mort, dol, professionals, residència, gent gran.

RESUMEN

El siguiente trabajo final de máster nace de la necesidad de reconocer la muerte y sus implicaciones en las residencias de personas mayores. Por este motivo se ofrece un programa para la gestión de la muerte y el duelo destinado a profesionales de estas instituciones. El proyecto es de perspectiva constructivista y cuenta con un máximo de 16 participantes. Los objetivos del programa son: incrementar los conocimientos de los trabajadores sobre muerte y duelo, y aumentar las estretegias para el afrontamiento de la

muerte y el duelo. Para evaluar el cumplimiento de los objetivos se administra la Escala de afrontamiento a la muerte de Bugen, el cuestionario ad hoc de conocimientos sobre la muerte y el duelo, y, además, se valora la competencia a partir del desarrollo de un caso. Para evaluar la satisfacción se usan cuestionarios creados para ello. El proyecto cuenta con dos fases: 1) la fase intensiva de nueve sesiones, donde se toma consciencia de las propias creencias y vivencias sobre la muerte y el duelo y se ofrece psicoeducación; y 2) la fase de continuidad, donde se acompaña al equipo en los procesos de muerte y duelo. Las posibles limitaciones son: la temática en sí, el número reducido de participantes y las dificultades comunicativas entre trabajadores de distintos roles y profesiones. El beneficio principal es la integracióm de la muerte y el duelo en las residencias a través de atuaciones que promuevan el reconocimiento de la muerte y el duelo y su elaboración por parte de los profesionales.

Palabras clave: muerte, duelo, profesionales, residencia, personas mayores.

ABSTRACT

This master final work originats from a need to recognize death and their implications on nursing homes. For this reason, the project offers the opportunity to nursing home professionals to cope with death and grief. The program has been produced from a constructivist perspective and it can assume 16 participants. The aims of the program are to increase the knowledge about death and grief, and to augment the strategies to cope toward death and grief. To evaluate the objectives it has been used the Bugen's Coping with Death Scale, a knowledgement questionnaire about death and grief, and, a case developement to evaluate the participants competence. Furthermore, other questionnaires has been created to evaluate the program satisfaction. The project has two phases: 1) the intensive phase with nine sessions, in which participants become aware about their beliefs and experiences toward death and grief and the professional provides psychoeducation, and 2) the continuity phase, in which the professional offers support to the staff. As a possibles limitations there is: the program's topic, the reduced number of participants, and the comunication difficulties between participants of

different rols and professions. The main benefit is t integrate death and grief within the residence through interventions that provides aknowledgement of death and grief as well as the grieving process of the staff.

Key words: death, grief, professionals, nursing home, elderly.

1. INTRODUCCIÓ

La següent proposta és un programa d'intervenció centrat en la gestió de la mort i el dol per a professionals d'una residència de gent gran. El plantejament d'un projecte d'aquest estil sorgeix principalment de dues vessants: la personal i la professional.

Per un costat, a nivell personal, la mort és un fenomen que, malgrat el caràcter natural i inevitable, sempre m'ha resultat vertiginós i inquietant. Des de la infància pensava en la mort dels meus avis i una gran tristesa m'absorbia i, seguidament, arrencava a plorar malgrat que ells estaven vius. La idea de la mort de les persones estimades ja era dolorosa, però, curiosament, una vegada la vida dels meus avis va acabar, el dolor no va resultar tant insuportable. Des de petita i fins avui, cada vegada que algú ha mort m'ha sigut inevitable pensar en la meva pròpia mort: com serà?, què sentiré prèviament?, què vull viure abans que arribi aquest moment?, de qui em voldria acomiadar i acompanyar?, etc. Per tant, es tracta d'un esdeveniment que, tot i la incertesa, la por i l'ansietat, em genera certa atracció. Després d'haver viscut el procés de final de vida de diverses persones, sovint sento que la cultura en la que vivim no ens ajuda a conviure amb la mort: no ens ensenya a identificar el que sentim ni les nostres necessitats, tampoc a acompanyar-nos en aquests moments de dol ni promou que en parlem amb naturalitat.

Per un altre costat, a nivell professional, aquesta tradició cultural es manté present. Així doncs, des de la meva experiència, la vivència de la mort dins de l'àmbit de la gerontologia és quelcom que es normalitza, però sense donar-li un tracte natural. És a dir, el natural és que la mort ressoni, que ens vinculi amb certes emocions; és una recordatori de que la nostra existència és fugaç i això, fa trontollar la vida, ni que sigui per uns instants. La mort en una residència pot ser –entre moltes altres opcions– tancar un expedient i apuntar "exitus" a un registre de seguiment, o bé, pot ser un moment d'acomiadament per als residents i una invitació als treballadors per assistir al tanatori. Després d'això, sigui quina sigui la manera d'actuar, sovint la tasca torna a ocupar el

lloc principal i les emocions s'han d'emmascarar. És ingenu suposar que això no afecta a cap nivell ni interfereix laboralment, atès que el més bàsic, per als vius, és sentir. D'aquesta manera, cada vegada que algú mor poden sorgir necessitats per atendre i, alhora, portunitats d'actuació per millorar la qualitat de vida professional dels treballadors, la qualitat del servei a oferir i, en última instància, la qualitat de vida de la gent gran de la institució.

El contacte amb la mort i la pèrdua sol ser poc freqüent excepte per aquells professionals que hi conviuen en el dia a dia. És justament per aquest motiu que resulta necessari poder il·luminar aquesta esfera de la vida, és a dir: poder sentir i expressar amb naturalitat les emocions que tenen lloc davant la mort i reconèixer que afecten als professionals de les institucions on es troba població d'edat avançada.

La proposta pretén oferir un espai de reflexió i coneixement, on puguin emergir les necessitats de l'equip, al meteix temps que es generen noves possibilitats per a gestionar el dol, tant a nivell individual com organitzacional. L'impacte que es vol assolir a nivell individual és l'augment d'estratègies per a l'afrontament davant la mort i el dol i l'increment dels coneixements respecte aquests aspectes. A nivell institucional, a més, la possibilitat de dibuixar noves mesures per atendre i acompanyar el dol dels professionals. Com a conseqüència i de manera indirecta, el fet d'atendre aquestes emocions dels treballadors incideix en la qualitat del servei que s'ofereix.

2. FUNDAMENTACIÓ TEÒRICA

2.1. JUSTIFICACIÓ

La població està envellint degut a una baixa natalitat i un increment de l'esperança de vida. A Catalunya, des de l'any 1995 hi ha un augment de la població major de 65 anys,

respecte la població menor de 15. El percentatge de la població de 65 anys i més era del 18.6% el 2017. A més, el nombre de majors de 85 anys per cada 100 majors de 65 era del 16.4 al 2017 (Institut d'Estadística de Catalunya, 2017a). A l'any 2015, l'esperança de vida als 60 anys era de 23,1 anys pels homes i de 27.5 per les dones, mentre que als 70 anys era de 15.3 i 18.6 respectivament (Institut d'Estadística de Catalunya, 2017b). Atès que la població envelleix i l'esperança de vida augmenta, apareix la necessitat de crear recursos per atendre a la gent gran, com ara centres de dia, residències, habitatges tutelats, etc. Al llarg del territori català, a l'any 2017, s'hi troben 59.644 residències per a gent gran (Institut d'Estadística de Catalunya, 2017c).

Malgrat l'increment de l'esperança de vida, és evident que la mort és inevitable. El fet de proveir recursos per a la gent gran, com les residències, vol dir que part de la població envellida deixa de morir a casa seva per fer-ho en aquestes institucions. Aquest fet, per tant, comporta que l'exposició a la mort i a la pèrdua sigui habitual per als professionals que treballen en aquest serveis sanitaris-assistencials (Anderson i Gaugler, 2007).

A occident, el fenomen de la mort s'ha viscut de maneres molt diverses en funció de l'època. Tal com assenyala Ariès (2000), fins el segle XVIII la mort s'entenia des de la continuïtat i la naturalitat. Era quelcom familiar, pròxim, indiferent, i es relacionava amb la resignació i la confiança mística. En canvi, actualment és un fet que desperta pors i rebuig. Fins i tot, avui dia el fenomen de la mort esdevé tabú i ens porta a allunyar als nens d'aquesta realitat, maquillant-la amb eufemismes i fantasia. Això últim és quelcom recent, doncs fins al segle XVIII el moment de la mort era ple de vida, compartit amb veïns, amics, familiars i també amb els nens. Ariès, fent referència a un estudi de Glaser i Strauss (1965; citat en Ariès, 2000) sobre les reaccions del malalt, de la família i del personal mèdic davant la mort, anota el següent:

> La gent es mor cada vegada menys a casa i cada vegada més a l'hospital. L'hospital s'ha convertit en el lloc de la mort moderna. [...] Si els metges i les infermeres –aquestes amb més reticències– posterguen tot el que poden el moment d'advertir a la família, això és degut a la por de comprometre's a una cadena de

> reaccions sentimentals que els faran perdre –tant a ells com al malalt o a la família– el control d'ells mateixos. Atrevir-se a parlar de la mort [...] no significa ja, com abans, quedar-se dins d'allò quotidià, sinó provocar una situació excepcional, exorbitant i sempre dramàtica. [...] Avui dia tan sols cal nombrar-la per desencadenar una reacció emocional incompatible amb la regularitat de la vida quotidiana (p. 236-237).

Tal com s'ha exposat anteriorment, la mort s'ha experimentat de manera diversa al llarg del temps. La mort i la pèrdua són complexes tant de comunicar i gestionar, com de pensar, sentir i elaborar. L'actitud predominant a la societat occidental davant la mort és el temor i l'ansietat (Ariès, 2000). La psicòloga i escriptora Kübler-Ross (2006), pionera en estudis d'experiències properes a la mort, la pèrdua i el dol, també fa referència al tabú de la mort: "Ara vivim en un món que nega la mort i rebutja el dolor. [...] La nostra societat ens pressiona enormement perquè ens recuperem aviat de la pèrdua i superem el dolor" (pp. 220-223). El dolor no és benvingut, no és còmode ni lleuger, i, a més, afecta a diverses àrees de la vida. Tizón (2007) agrupa la simptomatologia del dol en quatre esferes: 1) motivacional: hiperactivitat o inhibició motriu; 2) emocional: com, per exemple, el sentiment de buidor, la ira i el ressentiment, de manera inestable i no tant profunda com en una depressió; 3) cognitiva: alteració variable de la capacitat atencional i idees canviants sobre el futur i un mateix; 4) biològica: canvis a nivell neuroendocrí i inmunològic que poden interferir en les funcions bàsiques. A més, segons l'autor, a nivell social també s'afecten les relacions interpersonals i la manera de viure l'entorn mentre es desenvolupa el procés de dol. No obstant, tot i la complexitat i les implicacions del dol, és necessari experimentar aquest precís dolor per poder elaborar la pèrdua i arribar a aconseguir un consol (Kübler-Ross, 2006).

2.2. MODELS EXPLICATIUS DEL DOL

A propòsit d'elaborar una primera aproximació al dol, a continuació s'exposen sis visions diferents sobre aquest feonomen. Considerant que són varis els autors que han

definit el procés de dol a través de models explicatius, en el present treball es recullen els següents: Freud, Kübler-Ross, Bowlby, Worden, Tizón i Neimeyer.

2.2.1. Freud i la perspectiva psicoanalítica

Freud (2012) fa ús d'una perspectiva psicoanalítica per explicar el dol. Estableix una analogia entre el procés de dol i la malenconia (depressió major). Segons Freud, aquests dos fenòmens comparteixen característiques pel que fa a: l'estat d'ànim dolorós, la pèrdua d'interès pel món exterior, la pèrdua de capacitat per triat un nou objecte (entès també com individu) que substitueixi el desaparegut, i el retraïment de l'activitat. A més, la malenconia es diferenciaria en què, a part dels trets comentats, també implica la pertorbació de l'amor propi. Per tant, el dol, des d'aquest model, comporta una inhibició del jo que entrega els seus recursos a la tasca de dol, sense poder projectar-se cap a altres interessos o esferes vitals.

2.2.2. Kübler-Ross i la perspectiva psico-social

Kübler-Ross (2006), des d'un enfocament psicosocial, enumera i descriu cinc etapes que s'experimenten en el procés de mort, i que s'han acabat estenent com les etapes per a un d'un dol normal:

- Negació: sol ser la primera reacció, es caracteritza pel desconcert i la insensibilització. Permet aproximar-se a la pèrdua progressivament de manera que el dolor sigui suportable, per tant, ajuda a sobreviure desprès de la pèrdua i a endreçar els sentiments.
- Ira: aquesta fase no sempre apareix i, quan es dona, es pot dirigir cap a l'exterior (cap als metges o el difunt, per exemple) o cap a l'interior (potser projectant la ràbia cap a un mateix per no haver evitat la mort). Sentir la ira en primer pla permet tenir altres emocions atenuades, com la tristesa, el pànic, etc., que poden ser emocions més incòmodes de sostenir.

- Negociació: en aquesta fase apareixen els interrogatoris, com "què hagués passat si...", i això sol acompanyar-se de la culpabilització. Es tracta d'un viatge a esdeveniments passats i a l'exploració de les possibles alternatives.
- Depressió: aquesta fase connecta amb la buidor i el dolor del present, vincula a la persona amb l'absència. Apareix apatia, tristor i pèrdua del sentit vital. Malgrat que aquesta etapa comparteixi símptomes amb la depressió major, és necessari comprendre que es tracta d'una reacció normal i natural en un procés de dol. L'aplanament i desvinculació amb la vida són necessaris per poder assumir la gravetat de l'esdeveniment, per tant, es tracta de poder sentir plenament les emocions del moment.
- Acceptació: consisteix en acceptar la realitat de la pèrdua i el buit intern que existeix, de manera que es vagi integrant la pèrdua a la vida i, poc a poc, es pugui tornar a gaudir. Esdevé la oportunitat de recordar a la persona estimada sense aquell dolor insuportable i reorganitzar la pròpia vida.

Aquest model ha rebut crítiques, ja que s'esperava que les persones mostressin aquestes etapes de manera rigorosa i ordenada, quan realment es tracta d'un procés més dinàmic (Worden, 2013). Així doncs, Kübler-Ross i Kessler (2006) clarifiquen que les etapes descrites no s'experimenten necessàriament en l'ordre que s'esmenta, ni tothom viu les cinc etapes exhaustivament. Sinó que es tracta d'un fenomen que no té una duració concreta i que es basa en un moviment emocional continu que va i ve, connectant amb les diverses sensacions i travessant diferents etapes. Per tant, malgrat que es poden descriure aspectes comuns, el procés segueix sent únic en cada ocasió i per a cada individu.

2.2.3. Bowlby i la perspectiva psico-social

Bowlby (2006), ha desenvolupat la teoria de la vinculació afectiva: la seva formació, el desenvolupament i la pèrdua. Bowlby (1998) contrasta les reaccions dels infants i els adults respecte la separació. Els infants ja presenten ansietat davant una separació temporal de la mare, en canvi, pel que fa als adults especifica que: "Els adults, per la seva part, es mostren trastornats quan la separació és molt perllongada o permanent,

com en el cas de la pèrdua d'un ser estimat" (p. 49). Des d'un enfocament psicosocial, Bowlby (1997) proposa un model per al desenvolupament del dol caracteritzat per quatre fases:

- 1) Fase d'embotament: sol ser la primera reacció i es caracteritza per atordiment i incapacitat per assimilar la realitat. Pot durar hores o setmanes i pot veure's interrompuda per reaccions emocionals intenses i sobtades, com moments d'ansietat, plor, ira, etc.
- 2) Fase d'anhel i recerca de la figura perduda: fa referència a la presa esporàdica de contacte amb la realitat de la pèrdua i s'acompanya de símptomes com: desesperació, ira, plors, pensaments recurrents, insomni, etc. Aquestes conductes es combinen amb la sensació de que la persona encara és present. En aquesta fase poden aparèixer al·lucinacions o confusions. Pot durar mesos i, fins i tot, anys.
- 3) Fase de desorganització i desesperança: en aquesta fase pren pes el fet de ser conscient de la pèrdua, el seu reconeixement gradual i l'acceptació del trasbals que això suposa. Si l'individu és capaç de tolerar la gran sacsejada que suposa el dol, aquest es podrà resoldre de manera favorable.
- 4) Fase de menor o major grau de reorganització: fa referència a la mesura en què la persona pot examinar la nova situació, les renúncies associades a la pèrdua, i trobar noves maneres de redefinir-se. Això repercuteix a nivell cognitiu, emocional i social, apareixent la necessitat d'adquirir un nou rol i noves habilitats donades les circumstàncies.

En aquesta proposta, s'entén que per a concloure o resoldre el dol, la persona ha de d'experimentar totes les fases. Les crítiques que rep aquest model són les que rep també el de Kübler-Ross: les fases estan poc definides, se superposen i promouen una actitud passiva per part de la persona que viu el dol (Worden, 2013).

2.2.4. Worden i la perspectiva cognitiva-conductual

Worden (2013) primerament agrupa en àrees les reaccions normals que sorgeixen arrel d'una pèrdua:

- Sentiments: ira, tristesa, culpa, remordiments, ansietat, sensació de soledat, fatiga, abandonament, shock, enyorança, alleujament, insensibilitat, alliberament.
- Sensacions físiques: buit a l'estómac, opressió al pit i/o a la gola, hipersensibilitat al soroll, sensació de despersonalització, sensació de manca d'aire, debilitat muscular, falta d'energia, sequedat bucal.
- Cognicions: incredulitat, confusió, preocupació, sensació de presència del difunt, al·lucinacions visuals i auditives.
- Conductes: trastorns del son, trastorns de l'alimentació, alteració en l'atenció, retraïment, somiar amb la persona morta, evitar recordar la persona, buscar a la persona que ha mort i interpel·lar-la en veu alta, sospirar, hiperactivitat o agitació, plors, visitar llocs que recordin al difunt o portar objectes seus, guardar objectes del difunt.

Aquest autor proposa el concepte de tasques des d'una perspectiva cognitiva i conductual. Des del seu model la persona adquireix un rol actiu a l'hora d'adaptar-se a la situació de pèrdua. Les tasques del dol de Worden són les següents:

- 1. Acceptar la realitat de la pèrdua: afrontar la realitat i assumir que la persona que ha mort no tornarà. El contrari seria no creure que ha mort, és a dir, negar la realitat.
- 2. Elaborar el dolor de la pèrdua: el dolor pot ser emocional, físic o conductual. Si la persona evita sentir, el dolor no pot ser expressat i es queda estancat.
- 3. Adaptar-se a un món sense la persona que ha mort: aquesta tasca compta amb tres àrees d'adaptació: les adaptacions externes, les internes i les espirituals. Les externes fan referència a l'entorn sense la persona, als rols que desenvolupava i després de la mort ha d'assumir algú altre, etc. Les internes es relacionen amb l'adaptació de la pròpia identitat, és a dir, amb com la pèrdua interfereix o afecta a la concepció i imatge d'un mateix. Les espirituals fan referència amb la visió que té un del món, la manera en què la mort interfereix amb els valors, les creences, el sentit de vida, etc. Aquelles ocasions en que no es realitza la tercera

tasca, apareix una incapacitat per adaptar-se a la pèrdua que no permet assimilar els canvis que comporta la mort i, per tant, no es pot avançar.

- 4. Trobar una connexió permanent amb la persona que ha mort i comprometre's amb una vida nova: és a dir, trobar una manera en la que un pugui estar en contacte amb el difunt, recol·locar-lo interiorment, de manera que es puguin crear noves relacions i generar nous projectes. Si aquesta tasca no es du a terme, la persona queda ancorada al passat sense poder viure plenament desprès de la pèrdua.

Worden remarca que aquestes tasques, lluny de ser fixes i ordenades, es poden re-valorar i ajustar al llarg del temps i que es poden abordar de manera simultània.

A més, aquest autor, assenyala que el procés de dol es pot complicar, apareixent altres reaccions que difereixen del que s'ha descrit fins ara. Especifica quatre reaccions de dol complicat:

- Dol crònic: caracteritzat per la seva durada excessiva i sense conclusió satisfactòria.
- Dol endarrerit: també anomenades reaccions de dol inhibides o postergades. Fa referència als casos en què la reacció en el moment de la pèrdua no ha sigut suficient. Per aquest motiu, en un una pèrdua posterior, apareixerà una resposta intensa al dol que podria semblar excessiva i, de fet, la persona serà conscient de l'excés de la reacció.
- Dol exagerat: aquestes reaccions són exagerades, tant que pot interferir en el dia a dia de la persona de manera invalidant. La persona, en aquest cas, no sol ser conscient de que els símptomes estan relacionats amb la pèrdua. Els dols exagerats engloben trastorns mentals greus, com la depressió o l'ansietat.
- Dol emmascarat: es caracteritza per reaccions que interfereixen quotidianament, però que la persona no atribueix a un dol. Se sol manifestar o bé a través de símptoma físic, o bé en forma de conducta aberrant o inadaptada.

2.2.5. Tizón i la perspectiva bio-psico-social

Tizón (2007) emmarca el procés de dol dins d'un enfocament bio-psico-social. Primerament, la perspectiva psicològica sosté que el procés de creixement personal va lligat a la pèrdua. Per tant, la pèrdua és inherent a la vida i l'individu no pot evitar els dols, tot i que sí que existeixen diverses maneres d'afrontar-los. Per exemple, des d'una vessant més maníaca, paranoica, malencònica, somatitzada, etc. Els dols ja apareixen en etapes primerenques, com la infància: fins que l'infant no és capaç de desenvolupar la noció de permanència del objecte sent la pèrdua dels objectes familiars (p.e. progenitors). L'autor il·lustra que els sistemes per a la contenció del desequilibri emocional són els mateixos que els necessaris per a l'elaboració del dol: 1) el món intern i els objectes interns; 2) el jo i els sistemes i capacitacions del jo; 3) el cos i el self corporal; 4) la família; 5) les xarxes no professionalitzades d'assistència; 6) la feina i les relacions laborals; 7) les xarxes professionalitzades.

En segon lloc, la perspectiva psico-social fa referència a la elaboració del dol com a forma d'adaptació al entorn. El procés de dol té efectes sobre la vida social del individu, doncs es replantegen les relacions interpersonals i intrapersonals.

En tercer lloc, la perspectiva social i etològico-antropològica ofereix una visió des de la qual el dol, a part de demandar una a la reconstrucció del món intern, també comporta manifestacions socials que tenen una triple vessant: 1) permeten l'expressió a nivell social i comunitari de la pèrdua; 2) si la societat integra suficientment el dol, apareixen les ritualitzacions i les costums que ajuden al procés de dol; 3) aquests rituals i costums, són facilitadors de la comunicació, de l'intercanvi entre bens i serveis i permet preparar-se per a projectar-se cap a noves relacions.

En quart i darrer lloc, la perspectiva biològica fa al·lusió a les diverses implicacions que té el dol en l'estructuració de la personalitat i en la salut mental de la persona. El dol –i la manera de desenvolupar-lo– té efectes sobre l'organisme: el sistema immunològic, les funcions biològiques, l'estat hormonal i les secrecions internes.

2.2.6. Neimeyer i la perspectiva constructivista

Una altra proposta és la de Neimeyer (2007) que presenta un model sociocultural del dol. D'acord amb aquest autor: "Ni tan sols les transicions més positives estan lliures de l'experiència de pèrdua [...]. Les inevitables transicions per les quals passem des de la nostra infància fins que assolim l'edat adulta ens empobreixen al mateix temps que ens enriqueixen, per tant, és important reconèixer que tot canvi implica una pèrdua, de la mateixa manera que qualsevol pèrdua és impossible sense el canvi" (pp. 28-29).
Neimeyer descriu el procés de dol a través de tres fases que apareixen de manera discontinua:

- Evitació: fa referència a la commoció i confusió que es pot experimentar en un primer moment, aquestes sensacions poden dificultar el fet d'estar en contacte amb la realitat quan aquesta és massa dolorosa com per assimilar-la.
- Assimilació: es produeix a mesura que es pot anar prenent consciència de la pèrdua i es poden experimentar les emocions (tristesa, soledat, etc.) i donar lloc a les reaccions associades al moment (interrogacions, ansietat, plor, insomni, etc).
- Acomodació: un cop les emocions i conductes es van apaivagant, la persona és capaç d'anar recobrant l'autocontrol emocional i els hàbits i ritmes orgànics es tornen a establir dins la normalitat. A mesura que l'organisme recupera l'equilibri, l'individu pot començar a reconstruir les seves relacions i el seu entorn.

Tot i que Neimeyer (2007) descriu el dol normal també anota que el procés pot complicar-se, en la mateixa línia que assenyalava Worden (2013), ja sigui per excés de dolor i que això dificulti avançar en la evolució, o ja sigui per un bloqueig que no permeti poder sentir la pèrdua.

Fent referència a la dimensió cultural del dol, Neimeyer (2007) fa referència a Romanoff i Terenzio (1998), que estudien la funció de la ritualització com a instrument cultural que preserva l'ordre social i permet la transformació, continuació i transició. Els

rituals presenten tres dimensions relacionades amb la satisfacció de les necessitats de la persona que ha patit la pèrdua: 1) el canvi en el sentit d'un mateix respecte la persona que a mort (p.e. quin lloc ocupava la persona i com afecta això a nivell individual); 2) la transició a un nou estatus social, fet que implica el reconeixement públic de la persona morta (p.e. deixar d'estar casada per estar vídua); 3) la connexió amb allò que s'ha perdut (p.e. realitzant trobades on commemorar al difunt a partir de records).

De la mateixa manera que Worden (2013), Neimeyer (2007) també manifesta la falta de validesa i fiabilitat dels models del dol que utilitzen etapes, atès que les reaccions observades arreld'una pèrdua són variables, tant en el tipus de resposta, la freqüència i la duració. Tot i que l'autor fa ús d'un model amb 3 fases (evitació, assimilació i acomodació) per a l'adaptació a la pèrdua, considera que aquest abordatge no és suficient malgrat ser clar i escuet. Per aquest motiu l'autor proposa un nou enfocament teòric de dol de caire constructivista i s'assumeix que hauria de presentar els següents criteris: 1) assumir que la realitat de la mort o la pèrdua és diferent per a cada individu, no hi ha significats preestablerts, ni consignes preestablertes; 2) atribuir un paper actiu a la persona dotant-la de capacitats per a l'afrontament, personals i idiosincràtiques ; 3) donar rellevància a la descripció de significats propis, enlloc de centrar-se la recerca de les reaccions "normals"; 4) investigar i atendre aquells significats que s'associïn a simptomatologia emocional, somàtica i conductual; 5) descriure la importància que té la pèrdua i com aquesta afecta a la reestructuració del món intern i extern de la persona, entenent que això pot comportar canvis en la personalitat; 6) permetre l'estudi i la integració del dol en contextos familiars i socials.

Neimeyer, juntament amb Fortner i Keesee (1998; citat a Neimeyer, 2007), proposa sis conjectures bàsiques que conformen un model explicatiu constructivista narratiu del dol:

1) La mort pot validar o invalidar les creences que constitueixen la base sobre la qual un s'organitza, o bé pot esdevenir una experiència novedosa per a la qual encara no s'alberguin construccions prèvies.
2) El dol és un procés personal, idiosincràtic, lligat al propi sentit d'identitat.

3) El dol és quelcom que un desenvolupa per sí mateix, no quelcom que se li fa.
4) El dol és l'acte de reconstruir un món de significats que s'ha vist trasbalsat i pertorbat per una pèrdua.
5) En el dol cada sentiment i emoció té la seva funció i s'han d'entendre com senyals dels esforços per atribuir significat a la pèrdua i a la vida actual.
6) Tothom construeix i reconstrueix la pròpia identitat com a supervivent d'una pèrdua a través de la negociació amb els altres.

2.3. LA RESOLUCIÓ DEL DOL

Pel que fa a la finalització del procés de dol, a continuació s'exposa breument com s'entén la resolució del dol d'acord amb Neimeyer (2007) i Worden (2013). Com ja s'ha esmentat, es tracta d'un procés lent ja que requereix una reestructuració a diversos nivells (emocional, fisiològic, social, espiritual, cognitiu). En aquest sentit, parafrasejant a Neimeyer (2007), l'elaboració del dol normal pot durar anys i comporta la presència d'alts i baixos, inclòs anys desprès d'haver patit la pèrdua. Worden (2013) deixa palesa la dificultat per establir un temps concret en el qual el dol ja s'hagi elaborat. Exposa que una resolució complerta del dol probablement requereixi com a mínim un any. L'autor assenyala alguns indicadors que posen de manifest la resolució del dol: el fet de poder pensar en el difunt sense sentir dolor i el de tornar-se a enfocar en la vida i en els vius.

2.4. EL DOL ANTICIPAT

A part de les diverses perspectives dels autors, és rellevant fer esment al dol anticipat (Lindemann, 1944; citat a Worden, 2013), un tipus de dol que s'inicia abans que la

pèrdua sigui real. Això es dona en casos en que un preveu que el moment de la mort s'aproxima. Resultat d'això, quan es produeix la mort no s'observen les reaccions esperables ja que les fases del dol ja s'han experimentat anteriorment. Cal tenir en compte aquesta manera d'elaborar el dol sobretot en aquelles situacions en què és evident el procés final de vida. Inclòs en casos de malalties degeneratives, com les demències tipus Alzheimer, els familiars poden sentir que perden a la persona abans de la seva mort.

2.5. EL DOL EN ELS PROFESSIONALS DE RESIDÈNCIES

Dins de la literatura científica, hi ha autors que investiguen les reaccions dels professionals davant la mort de residents i identifiquen emocions semblants a les que esdevenen en pèrdues familiars. Moss, Moss, Rubistein i Black (2003) estudien com els professionals de residències utilitzen la metàfora de la "família" per personalitzar el significat de la mort dels residents. En aquest sentit, quan es pensa en els residents com si fossin familiars, l'amenaça de la pèrdua és més intensa. Això vol dir que la mort d'un resident pot generar emocions semblants a les que esdevindrien si morís un familiar. La metàfora de la família permet legitimar certes reaccions davant la mort dels residents per part dels professionals. Per tant, aquest recurs metafòric ofereix la oportunitat de posar el focus d'atenció en l'impacte d'aquestes morts, tenint en compte que es poden desencadenar reaccions intenses. Boerner, Burack, Jopp i Mock (2015) observen que algunes de les reaccions del personal davant la mort d'un resident són molt similars a les que s'experimenten amb la mort d'un familiar: apareix la buidor de la pèrdua i el dolor en el moment d'evocar records. Tot i així, s'observa que altres reaccions, com el plor, són menys típiques en el personal, tot i que també apareixen. Així doncs, el procés de dol identificat i descrit per diversos autors es pot manifestar en el personal de les institucions de gent gran on la mort és habitual.

Diversos són els articles que exposen les reaccions dels professionals envers la mort dels residents. S'identifiquen emocions de pena i dolor, acompanyades sovint per alleujament degut a la finalització de patiment (Montoya, 2006), tristesa, plors, dificultat per acceptar la mort del resident (Rickerson et al., 2005; Boerner et al., 2015); intens sentiment de pèrdua, buidor i dolor (Marcela i Kelley, 2015; Osterlind, Hansebo, Andersson i Ternestedt, 2011). L'estudi de Rickerson i els seus col·legues (2005) afegeixen que els treballadors que tenen més anys d'experiència i han creat vincles més profunds i llargs, presenten més simptomatologia de dol.

2.5.1. Els professionals de la salut i la naturalesa múltiple de la pèrdua

A més del trasbals que pugui generar la mort d'una persona en el lloc de treball, cal afegir-hi que cada vivència de mort genera una vinculació inevitable amb la pròpia mort, amb l'elaboració d'aquesta idea i amb les emocions que això desencadena. Tot això, finalment, també interfereix a nivell professional (Ribas, 1994, citat a Tomás-Sábado i Guix, 2001; Pérez-Godoy i Moreno-Guerín, 2007; Ascencio, Allende i Verastegui, 2014). Papadatou (2000) exposa, a més, que el dol dels professionals de la salut fa referència a una naturalesa múltiple de les pèrdues experimentades, aquestes són: 1) la pèrdua de la relació propera amb el pacient; 2) la pèrdua deguda a la identificació del personal amb el dolor de la família; 3) la pèrdua dels objectius i expectatives a assolir i això s'associa amb una pèrdua a l'auto-imatge i rol professional; 4) la pèrdua relacionada amb el sistema de creences personals sobre la vida; 5) les pèrdues passades que no s'han pogut resoldre o l'anticipació de futures pèrdues i 6) la pròpia mort.

Ascencio, Allende i Verastegui (2014), fent referència als pensaments i ansietats derivats d'apropar-se a la pròpia mort a partir de la vivència de mort d'un pacient, manifesten la necessitat de desenvolupar programes educatius per al personal sobre el maneig de la mort, incloent l'espiritualitat i la gestió emocional.

2.5.2. Possibles implicacions per la salut

La manera en què la mort i el dol afecta als professionals és diversa. A continuació es defineixen tres possibles fenòmens que poden presentar els professionals de la salut i, per tant, també els professionals de residències: el síndrome del *burnout*, el desgast per empatia i l'estrès per trauma secundari (Rothschild, 2009).

- El síndrome del *burnout,* traduït literalment com síndrome d'estar cremat pel treball, es defineix com una sobrecàrrega laboral que inclou la pèrdua d'implicació cap al client, esgotament físic i emocional, pèrdua d'emocions agradables, pèrdua d'empatia o respecte cap al client (deshumanització). Tot això repercuteix que la qualitat del servei ofert disminueixi i inclòs que hi hagi absentisme laboral (Maslach i Pines, 1977). Maslach i Jackson (1981, citat en Gil-Monte i Moreno-Jiménez, 2007) conceptualitzen el síndrome del *burnout* a través de tres símptomes: la baixa realització personal, l'esgotament emocional i la despersonalització.
- El desgast per empatia ha rebut altres nomenclatures com fatiga per compassió (traducció literal de l'anglès *compassion fatigue*). Tal com la defineix Figley (1995, citat en Kolthoff i Hickman, 2017), aquest fenomen es pot donar en professionals que ofereixen un servei de cures i/o recolzament. Es caracteritza per un esgotament a nivell emocional, físic i mental, sensació de frustració o impotència, desesperança, tristesa, que es poden estendre a altres àrees vitals, a part de l'àmbit laboral. En la fatiga per compassió, l'empatia generada cap a les persones en situacions de patiment acaba resultant en un esgotament que impedeix desenvolupar eficaçment la tasca.
- L'estrès per trauma secundari fa referència als professionals que són testimonis visuals d'un incident que procuren abordar, és a dir, que la situació que experimenten pot causar un impacte tal que desemboqui en una sobrecàrrega psicològica i emocional (Rothschild, 2009, p. 27). Per exemple, seria el cas d'una infermera intentant auxiliar a una dona gran que s'estigui ofegant amb el menjar i acabi morint davant d'ella, i, al llarg de l'any, continuï exposada a situacions de mort.

Stamm (2010), vincula aquestes reaccions a través del concepte de qualitat de vida professional. Aquest està format per dos aspectes, un de positiu i un de negatiu. Per una banda, el positiu seria la satisfacció per compassió, relacionat amb el plaer d'oferir un servei a persones que el necessiten, l'agraïment, el sentiment d'utilitat, i les bones relacions amb l'equip. Per l'altra banda, el negatiu seria la fatiga per compassió. Aquesta darrera es divideix en dues parts: la primera està relacionada amb l'esgotament, la frustració, la ira i la depressió, que conformen el síndrome del *burnout*; la segona fa referència a l'estrès per trauma secundari, que és degut a l'actitud empàtica davant situacions i persones que experimenten vivències traumàtiques.

Els estudis que han investigat sobre aquest tema presenten diverses línies de resultats. L'estudi de Bujalance i els seus col·legues (2001) exposa que els professionals de l'àmbit de la gerontologia presenten el síndrome del *burnout,* concretament les professions d'auxiliar d'infermeria i infermeria. Aquesta darrera mostra afectació sobretot a nivell d'esgotament emocional i baixa realització personal. Kolthoff i Hickman (2017) en la seva investigació introdueixen la variable dels anys d'experiència. Els seus resultats mostren que les infermeres de la unitat de geriatria que tenen menys anys d'experiència presenten nivells més alts de fatiga per compassió i de síndrome del *burnout* en comparació amb les que tenen més anys d'experiència. Respecte aquest fet, Kolthoff i Hickman (2017) suggereixen que això pot ser degut a que les infermeres amb menys anys d'experiència dins del centre encara no hagin desenvolupat un grup de recolzament entre iguals dins de l'ambient laboral. Una altra explicació oferida per Figley (1995; citat a Kolthoff i Hickman, 2017) és que les infermeres que tenen més anys d'experiència han pogut desenvolupar habilitats que augmenten la seva resiliència per a promoure l'adaptació dins d'un entorn altament demandant. Estudis amb resultats en la mateixa línia fan referència a que els professionals de residències amb més anys d'experiència presenten nivells més baixos fatiga per compassió i síndrome del *burnout* gràcies al fet d'haver desenvolupat estratègies d'autocures, en comparació amb els que tenen menys anys d'experiència (Alkema, Linton i Davies, 2008).

2.5.3. El dol dins de l'organització

Aquests dols experimentats en lloc de treball tenen un impacte en l'individu i, per conseqüent, també interfereix en el desenvolupament de les tasques laborals. Els professionals es troben en la següent situació: per un costat, apareix la necessitat de gestionar el dol, però, per l'altra, existeix l'exigència de seguir amb l'activitat laboral. Hi ha estudis que reporten que a les institucions per gent gran, a nivell organitzacional, el dol no és reconegut i la mort s'oculta i es silencia. És a dir, que la gestió del dol per part de la organització és inexistent i, per aquest motiu, els treballadors han d'estar enfocats només en la tasca, fets que condueixen a la minimització i encobriment de l'expressió del dol i al desenvolupament forçat d'estratègies d'afrontament sense capacitació formal (Marcela i Kelley, 2015; Osterlind et al., 2011).

Hi ha investigacions que subratllen explícitament la necessitat d'abordatge del dol dins de les organitzacions, com per exemple l'estudi de Rickerson et al. (2005), on els treballadors d'un programa integral per a gent gran manifesten la necessitat d'una font d'acompanyament per a la mort i el dol dins de la organització.

Anderson i Gaugler (2007) identifiquen factors que influeixen en el desenvolupament bé d'un dol complicat, o bé un procés de creixement personal, per part d'infermeres de residències. Alguns dels factors que intervenen en el procés de dol estan relacionats amb el reconeixement de mort i del dol dins de la pròpia institució. Per un costat, observen que les que presenten majors puntuacions en dol complicat són aquelles que tenen puntuacions més altes de por cap a la mort. I, en canvi, per l'altre costat, les que experimenten un procés de creixement personal a través del dol mostren les següents característiques: a) les seves relacions de proximitat amb els residents són reconegudes per altres (treballadors i família); b) la mort dels residents és reconeguda per part del cercle pròxim del professional (amics i familiars) i pels propis treballadors del centre; c) participen en rituals de dol per a residents; d) experimenteen menys estigmatització respecte la mort dels residents; e) l'expressió del dolor és socialment acceptable.

Marcela i Kelley (2015) recullen la visió dels professionals de residències respecte la gestió del dol i els resultats mostren que hi ha una manca de processos organitzacionals formals per a la gestió d'aquestes emocions i, en conseqüència, l'impacte de dol no és tingut en compte. En aquesta investigació els treballadors proposen un abordatge que contingui els següents aspectes: a) formació en cures pal·liatives i estratègies d'afrontament envers el dol i la pèrdua; b) recolzament informal per part de l'equip; c) recolzament formal dins l'organització a través d'un espai d'expressió emocional i discussió; d) realització d'un protocol després de la mort d'un resident per a l'acompanyament de residents i famílies que inclogui un ritual dins de la residència.

L'estudi de Katz, Sidell i Komaromy (2000) va més enllà, fent palesa la necessitat d'abordar el dol a través de la informació dels gerents de residències per a gent gran: els gerents consideren necessari proporcionar acompanyament en l'atenció al dol. Observen que aquest afecta a la capacitat dels treballadors per a desenvolupar les tasques i perceben la necessitat d'acompanyament emocional dels treballadors davant la pèrdua.

2.5.4. Estratègies d'afrontament

El concepte d'estrategies d'afrontament es refereix a les accions i pensaments que capaciten a les persones per a la gestió de situacions difícils o estressants (Stone, Helder i Schneider, 1988; citat en Schwartz i Stone, 1993).

Hi ha investigacions que, en aquesta línia, utilitzen com a recurs les estratègies d'autocura i de l'autoconsciència. Suggereixen que aquestes conductes promouen la disminució del simptomatologia del síndrome del *burnout* i la fatiga per compassió, reaccions que, tal com s'ha esmentat amb anterioritat, poden desencadenar-se en situacions laborals impactants, com estar exposat a la mort . La investigació de Hotchkiss (2018) assenyala que les estratègies d'autocura (com tenir auto-compassió i objectius, comptar amb una estructura de suport, practicar autoconsciència, realitzar relaxacions, mantenir relacions de suport, realitzar meditació i fer exercici físic) redueixen els nivells de síndrome del *burnout* en els professionals de residències.

L'estudi d'Alkema, Linton i Davis (2008), també realitzat amb professionals de residències, mostra que a mesura que augmenten les estratègies d'autocura, disminueix tant la fatiga per compassió com el síndrome de *burnout*. En el context de les cures pal·liatives, l'estudi de Sansó i els seus col·legues (2015) exposa que els professionals amb nivells més alts d'autoconsciència presenten, per un costat, puntuacions més altes en competència per afrontar la mort, i, per l'altre, nivells més baixos de síndrome de *burnout* i desgast per empatia.

L'acompanyament en el dol ofereix als professionals l'oportunitat d'anar gestionant el seu dol i poder continuar amb les tasques a atendre. Cacciatore i Flint (2012) proposen un model d'atenció al dol basat en l'atenció plena destinat a professionals que experimenten l'impacte del trauma en l'àmbit laboral, com seria la mort d'un pacient o resident, i que poden resultar en desgast per empatia o trauma secundari. Aquest es basa en l'acrònim anglès "ATTEND" (*attunement, trust, touch, egalitarism, nuance, death education*): sintonia, confiança, tacte, igualitarisme, matisos i educació sobre la mort. Aquest model pretén oferir eines als professionals per poder manejar les relacions i situacions amb els usuaris i famílies. Per tant, en primer lloc es focalitza en el propi professional, i, un cop aquest ha assimilar el contingut, pot integrar certs aspectes en la relació amb l'usuari. L'entrenament en el model "ATTEND" conté diverses tècniques:

- Sintonia: realització d'exercicis d'atenció plena, sensibilitat, empatia i autoconsciència.
- Confiança: pràctica de la comunicació compassiva i atenta.
- Tacte: contenció emocional a través contacte físic, per exemple, a través d'un gest neutral a la mà o a l'espatlla quan sigui apropiat.
- Igualitarisme: relació de col·laboració amb el pacient o usuari, en la qual, per exemple, es comparteix la informació sobre els procediments mèdics i el procés final de vida, i la presa de decisions és compartida.
- Matisos: fa referència a la unicitat de cada persona i de cada procés, de manera que l'atenció ha de ser personalitzada.
- Educació sobre la mort: psicoeducació sobre el fenomen tant abans com després de la mort, i destinat a la persona en procés final de vida i a la família.

L’estudi de Thieleman i Cacciatore (2014) posa en pràctica l’entrenament en aquest model amb professionals i voluntaris que ofereixen serveis a persones que han experimentat morts traumàtiques. Els resultats obtinguts mostren, per un costat, una relació significativa positiva entre la pràctica de l’autoconsciència i la satisfacció per compassió; i, per un altre costat, dues relacions significatives inverses: una entre l’autoconsciència i l’estrès per trauma secundari, i l’altra entre l’autoconsciència i el síndrome del *burnout.*

2.5.5. Gestió del dol en altres àmbits

Hi ha altres àmbits on s’ha desenvolupat programes per a la gestió del dol dels professionals. En l’atenció primària, Krasner i els seus col·legues (2009) proposen una intervenció per a metges. Compta amb dues fases: 1) una fase intensiva amb sessions setmanals de dues hores i mitja durant vuit setmanes i una sessió de set hores; i 2) una fase de manteniment amb sessions de 2 hores i mitja mensuals durant deu mesos. Es tracta d'un programa educacional amb material didàctic sobre els temes a tractar, pràctiques meditatives d'autoconsciencia i consciència plena, exercicis d'indagació apreciativa i de narrativa sobre temàtiques concretes amb implicacions laborals i personals, i discussió entre els participants sobre els exercicis. Els resultats mostren un augment del benestar personal i una reducció de simptomatologia de síndrome del *burnout.*

Vachon (1995), en el seu estudi amb treballadors de cures pal·liatives, també assenyala que l’educació en cures pal·liatives i maneig del dol és essencial per poder gestionar les pèrdues amb efectivitat, així com el fet de disposar d’una bona supervisió dels casos.

En l’àmbit de cures pal·liatives infantils, l'estudi de Keene, Hutton, Hall i Rushton (2010) exposa un programa d'intervenció per a acompanyar el dol dels professionals d'un hospital de pediatria. Les sessions es desenvolupen per part del coordinador de dol, al cap d'una setmana de la mort d'un pacient, i compta amb la següent estructura:

benvinguda i introducció, informació sobre els fets, revisió de casos, reaccions del dol, expressió emocional, estratègies d'afrontament per al dol, "lliçons" apreses i conclusió. Aquesta intervenció es basa en el “Critical incident stress debriefing model”, intervenció psicològica breu utilitzada amb professionals d’emergències. Aquesta es presenta en format grupal o individual (originalment només de manera grupal) i consisteix en l’expressió emocional del fet traumàtic per tal de poder-lo processar a nivell cognitiu de forma adaptativa. Inicialment constava de set fases diferents: introducció, narració dels fets, verbalització dels pensaments relacionats, alliberació de les reaccions emocionals, exploració de símptomes, informació (o educació) i reconnexió (Mitchell i Everly, 200; citat a Vera, 2005). La intervenció s’ha adaptat a altres contextos com el dels professionals de la salut, atès que també poden viure experiències traumàtiques. Els resultats de l’estudi mostren que el programa resulta més eficaç quan es tracten o bé morts de pacients que feia anys que es coneixien, o bé morts sobtades.

En el mateix context, Rushton i els seus col·legues (2006) proposen una intervenció de més d’un any (101 sessions en total) per a professionals de cures pal·liatives, amb els objectius d’augmentar la competència en cures pal·liatives i incrementar les habilitats en la gestió del dol. Com a estratègies utilitza la psicoeducacuó i les tècniques de suport. Es basa en quatre activitats interdisciplinàries: la xarxa de cures compassives, els cercles de cures pal·liatives, les conferències d’atenció als pacients i les sessions de reflexió sobre el dol. Aquestes darreres compten amb una visió integradora de la persona, validant els canvis que presentn els professionals a nivell social, emocional, física, espiritual, com a conseqüència del dol. També ofereixen educació respecte el dol i estratègies d’afrontament, com practicar l’autocura, promoure expressions sanes del dol, comptar amb un grup de recolzament i tenir oportunitats per donar sentit a la pèrdua. Els resultats qualitatius obtinguts mostren que les sessions es perceben com significatives, informatives i d’ajuda, percebent més suport dins de l’equip i amb més estratègies d’afrontament per al dol.

3. CONTEXTUALITZACIÓ

El present programa d'intervenció està dissenyat per dur-lo a terme a una residència de gent gran, que disposi de 150 places com a màxim, atès que la intervenció es realitza amb un grup reduït de personal. S'ha triat aquest tipus d'institució pel fet de ser un espai on les persones grans ingressen amb previsió de viure-hi com si fos la seva llar. Això permet que al llarg dels anys es creïn vincles de confiança i proximitat entre els treballadors i els residents. A més, és un dels serveis, a part dels hospitals, on la mort és freqüent degut a l'edat avançada de la població que en fa ús i de la severitat de la patologia que poden presentar. Per aquest motiu, quan algun resident es mor, els treballadors poden quedar impactats i, en aquest sentit, són vulnerables a l'hora de patir desgast per empatia o el síndrome de *burnout*.

En el present treball, les necessitats que pretén abordar el programa es desprenen de la revisió bibilogràfica, és a dir que, més enllà de la literatura, no s'ha dut a terme un anàlisi previ de les necessitats dins de les residències.

4. DESCRIPCIÓ DEL PROJECTE

4.1. MARC EPISTEMOLÓGIC I TÈCNIQUES

El marc epistemològic en el que s'inserta el projecte és de perspectiva constructivista. L'enfocament constructivista del dol, tal com s'ha descrit anteriorment, dota a la persona d'un rol actiu, a través del qual es reconstrueix el sistema de significats vitals de manera coherent amb el sistema de creences (Neimeyer, 2007). Les tècniques que integra el programa són principalment dues: la psicoeducació i les estratègies d'afrontament a nivell cognitiu i conductual. La psicoeducació ofereix coneixement sobre el dol i la seva

gestió, per tal de poder entendre quines reaccions es consideren normals i poder elaborar el dol de forma satisfactòria (p.e. Krasner et al., 2009; Cacciatore i Flint, 2012). Les estratègies d'afrontament a través de pràctiques cognitives i conductuals promouen la identificació i gestió de les pròpies necessitats durant el moment de la mort i el dol (p.e. Keene, Hutton, Hall i Ruchton, 2010, Selles i Hutton, 2006).

El programa promou un canvi en la manera de gestionar la mort i el dol a partir de la comprensió dels processos de mort i dol, de l'apropament cap a la pròpia manera de sentir i d'elaborar els dols, i generant reflexions respecte possibles actuacions que es puguin implementar en el propi centre. Per tant, el canvi es s'impulsa des de tres línies: en primer lloc, l'espai on es comparteixen les diverses construccions sobre la mort i el dol invita a la revisió d' aquestes creences; en segon lloc, a través del constrast d'informacions s'ampliar el coneixement sobre la mort i el dol; i, en tercer lloc, es porposen estratègies d'afrontament a fi d'arribar a un abordatge de la mort i el dol global i integrat dins de la institució.

4.2. OBJECTIUS DEL PROGRAMA

El projecte té dos objectius principals:

1. Augmentar els coneixements sobre la mort i el dol.
2. Incrementar les estratègies per a l'afrontament de la mort i el dol.

A banda d'això, tal com s'ha anotat anteriorment, la participació en el programa promou les aportacions de l'equip de professionals per detectar necessitats concretes dins la institució, cosa que generi propostes per a l'acompanyament del dol dins del centre. Aquestes es poden arribar a implementar a nivell organitzacional valorant la seva viabilitat i els recursos necessaris amb direcció.

4.3. AVALUACIÓ DELS OBJECTIUS

Per tal de poder avaluar l'assoliment dels objectius del programa, així com valorar la satisfacció dels participants respecte la intervenció, s'han elaborat diversos qüestionaris ad hoc per tal de poder obtenir aquesta informació (veure annex 2). El programa compta amb dues fases diferenciades: 1) la intensiva, on es proporcionen els coneixements i eines per a desenvolupar les habilitats necessàries per a la gestió de la mort i el dol; i 2) fase de continuïtat, on tenen lloc les sessions de seguiment per acompanyar als professionals davant la mort d'un resident. En funció d'aquestes fases s'administren diversos instruments.

Abans d'implementar el programa s'administra:

- Escala d'afrontament a la mort de Bugen (1980-1981) (veure annex 1).
- Qüestionari de coneixements sobre la mort i el dol (veure annex 2).
- Cas a desenvolupar (veure annex 2).
- Qüestionari d'expectatives sobre la fase intensiva (veure annex 2).
- Qüestionari de dades socio-demogràfiques (veure annex 2).

Un cop acabi la fase intensiva, s'administra els següents qüestionaris i escales per tal de comprovar si apareixen canvis respecte la línea base:

- Escala d'afrontament a la mort de Bugen.
- Qüestionari ad hoc de coneixements sobre la mort i el dol.
- Cas a desenvolupar.

Per tal d'observar si els canvis es mantenen en el temps, al finalitzar tot el programa s'administren novament instruments anteriors:

- Escala d'afrontament a la mort de Bugen.
- Qüestionari ad hoc de coneixements sobre la mort i el dol.
- Cas a desenvolupar.

Pel que fa al grau de satisfacció, s'utilitzen breus qüestionaris elaborats concretament amb aquesta finalitat. El qüestonari de satisfacció de la fase intensiva s'aplica un cop finalitzada aquesta primera etapa, i el qüestionari de satisfacció de la sessió de continuïtat s'administra desprès de cada sessió d'e seguiment.

4.3.1. Qüestionari de coneixements sobre la mort i el dol

El qüestionari que s'ha dissenyat i elaborat ad hoc per a avaluar el nivell de coneixements sobre la mort i el dol consta de 15 ítems de selecció múltiple, amb quatre opcions a escollir, on només una resposta és la correcta. Cada resposta correcta equival a un punt en el qüestionari, per tant, com més alta és la puntuació obtinguda, més coneixements es tenen sobre la mort i el dol. El contingut dels ítems es reparteix de la següent manera: l'1, el 2 i el 15 tracten sobre el dol; el 3, el 7 i el 12 sobre l'acomiadament i els rituals funeraris, el 5, el 9 i l'11 sobre possibles conseqüències en la salut dels professionals derivades de l'exposició a la mort i el dol; el 4, el 6, el 10 i el 13 sobre estratègies d'afrontament; el 14 sobre l'agonia.

4.3.2. Escala d'afrontament de mort de Bugen

Tal com assenyala Schmidt (2007) la competència davant la mort és un constructe que està format, per un costat, per les diverses habilitats i capacitats encaminades cap a l'afrontament de la mort i, per un altre costat, per les creences i actituds respecte aquestes habilitats i capacitats. Robbins (1997) posa de relleu que l'avaluació dels resultats de l'educació sobre la mort es pot realitzar a través de la competència en aquesta àrea.

Bugen (1980-1981) crea l'Escala d'afrontament a la mort a partir dels autoinformes dels participants d'un seminari d'educació sobre la mort. L'instrument es desenvolupa dins del context del moviment “hospice” centrat en les cures pal·iatives i la qualitat de vida

de les persones amb malalties terminals. L'escala de Bugen és la primera que sorgeix per a mesurar la competència davant la mort. Els objectius que planteja Bugen a l'hora de crear l'instrument, són:

- Elaborar un instrumen que mesuri la validesa d'un seminari d'educació sobre la mort i els seus guanys.
- Controlar l'efectivitat del seminari d'educació sobre la mort .
- Ressaltar que l'afrontament és una conseqüència desitjable després de rebre educació sobre la mort.

Diversos estudis han assenyalat l'alta consistència interna de l'escala (Robbins, 1991; Robbins, 1992; Robbins, 1997; Schmidt, 2007). Es tracta d'un instrument altament fiable, que compta amb la validació de la versió espanyola, i que permet obtenir informació sobre la competència percebuda pels subjectes sobre els propis coneixements, habilitats, actituds i creences respecte la mort (Schmidt, 2007). La versió espanyola s'ha utilitzat en diverses investigacions (Colell, 2005; Galiana, Oliver, Sansó, Pades i Benito; 2017; Sansó et al., 2015) i la versió original anglesa també (Claxton-Oldfield, Crai i Claxton-Oldfield, 2007; Neimeyer, 1997).

L'Escala d'afrontament a la mort consta de 30 ítems, valorats a través d'una escala tipus Likert que oscil·la entre el número 1 (*totalment en desacord*) i el 7 (*totalment d'acord*). Per obtenir la puntuació total és necessari sumar totes les puntuacions i invertir el valors dels ítems 12 i 24. Com més alta és la puntuació obtinguda, més alt és el nivell de competència percebuda respecte d'afrontament a la mort (Schmidt, 2007). Els ítems de l'1 al 3 es relacionen amb la visió sobre la mort en general. En els ítems 4, 5, 11 i 19 es qüestiona sobre la mort i aspectes més burocràtics. Concretament aquests ítems no fan referència als coneixements i competències que es desenvolupen en el programa, per tant, seria necessari tenir-ho en compte a l'hora d'interpretar els resultats. Els ítems 6, 10, 14, 20 i 21 estan relacionats amb el maneig emocional de la mort i el dol. Els 7, 8, 9, 15 i 18 proporcionen informació sobre la pròpia mort. Els ítems 22, 25 i 29 tracten sobre la relació cap a persones en procés final de vida. Els 23, 24, 26, 27, 28 i 30

exploren la capacitat de conversar sobre mort i el dol amb els altres. El 12, 13, 16 i 17 fan referència a l'experiència vital actual.

4.4. DESTINATARIS

Els destinataris del programa, com ja s'ha anotat amb anterioritat, són els treballadors d'una residència. Especialment, la proposta és per aquells que estan més exposats a les vivències de mort dels residents. Així doncs, els destinataris són els següents: auxiliars de geriatria, infermeres i infermers, metges i metgesses, psicòlegs i psicòlogues, treballadors i treballadores socials, educadores i educadors socials, terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes, així com els càrrecs de directores i directors.
Els criteris d'inclusió són:

- Formar part d'algun dels col·lectius professionals esmentats.
- Treballar dins del centre des de fa sis mesos com a mínim.

Els criteris d'exclusió són:

- No formar part dels col·lectius esmentats.
- Treballar dins del centre des de fa menys de sis mesos.

A fi de crear un espai de confiança i respecte durant la fase intensiva en la qual els treballadors puguin expressar-se lliurement i amb comoditat, es considera rellevant assumir un nombre de participants reduït que oscil·li entre 12 i 16 professionals.

4.5. RECURSOS

4.5.1. Recursos humans

Com a recursos humans es requereix una psicòloga, o un psicòleg, amb un perfil especialitzat en atenció al dol. Durant el desenvolupament de les sessions es fa

referència a aquesta figura com “facilitador” o “facilitadora” per tal d'evitar confusions respecte als professionals que participen en el programa.

4.5.2. Recursos materials

Els recursos materials necessaris són els següents: sala amb cadires i taules, (suficientment gran com per albergar 17 persones com a màxim); fulls i bolígrafs; dossier formatiu amb el contingut teòric i les activitats a desenvolupar (veure annex 4); ordinador i projector; diapositives (veure annex 5); mocadors; aigua i gots.

4.5.3. Recursos econòmics: pressupost

El pressupost del programa es calcula tenint en compte els recursos materials i els humans, amb les corresponents tasques a desenvolupar.

Per una banda, els recursos humans inclouen: un psicòleg (o psicòloga) especialitzat en atenció al dol, el disseny i la creació del programa, el procés d'avaluació i la implementació de les sessions de la fase intensiva i de les sessions de continuïtat.
Per l'altra, els recursos materials engloben: la sala amb cadires i taules, els fulls i els bolígrafs; l'ordinador i el projector; les diapositives; el dossier formatiu; els mocadors; l'aigua i els gots.

El pressupost total del programa és de 2.855 euros contant amb 16 participants per a la fase intensiva i que la institució compti amb els recursos materials necessaris. Aquest preu només s'hauria de pagar la primera vegada que es decidís implementar la intervenció. Pel que fa a les sessions de continuïtat, com que no es pot preveure el nombre de defuncions seria necessari pagar 50 euros per cada sessió.

Recursos humans		
Tasca	**Hores**	**Cost en euros**
Disseny i elaboració del programa	40	1.600

Administració d'instruments: • Qüestionari de coneixements sobre la mort i el dol. • Escala d'afrontament a la mort de Bugen. • Qüestionari de satisfacció de la fase intensiva. • Qüestionari de la satisfacció de la sessió de continuïtat. • Qüestonari d'expectatives sobre la fase intensiva, • Qüestionari de dades socio-demogràfiques.	4	160
Implementació de la fase intensiva	18	720
Implementació de la fase de continuïtat	90 minuts/sessió	50 euros/sessió
Total recursos humans		**2.480 + 50** euros/sessió de continuïtat
Recursos materials		
Tipus		**Cost en euros**
Fungible		203–215
• Fulls i bolígrafs		3
• 12-16 dossiers formatius (4 hores d'elaboració + impressió i enquadernació)		160+(3*12)= 196 160+(3*16)= 208
• Aigua, gots i mocadors		4
Infraestructura		160 (+ 50 euros/sessió pel projector si s'escau)
• Material visual (diapositives) (4 hores d'elaboració)		160
• Projector i ordinador		Administrat per la insitució no hi ha cost afegit. Lloguer de projector = 50 euros/sessió
• Sala amb cadires i taules		Administrat necessàriament per la institució

	(sense cost afegit)
Total recursos materials	363–375 (amb material administrat per la institució) 813–825 (lloguer del projector)
TOTAL RECURSOS	**2.843–2.855** (amb material administrat per la institució) **3.293–3.305** (lloguer del projector) **+50 euros/sessió continuïtat**

Taula 1. Desglossament del pressupost

4.6. DESENVOLUPAMENT DEL PROGRAMA

El primer contacte s'estableix amb el centre via telefònica o per correu electrònic i s'ofereix la possibilitat de conèixer el programa. Un cop la institució accedeix, s'estableix una data per a la mantenir una entrevista al centre amb direcció i coordinació, com a mínim, on es presenta breument el programa (planificació, continguts, criteris, etc,). En aquesta trobada es comenta el requisit d'escollir un referent de dol dins de la residència. La figura del referent de dol és la persona que es posarà en contacte amb la psicòloga o el psicòleg especialitzat després de cada defunció. A partir d'aquest punt es decideix conjuntament el dia de la setmana que resulta més viable per a desenvolupar les sessions i es concreta la data per procedir a implementar el programa. Un membre del centre –que pot ser el referent de dol, o no– s'encarrega d'informar als

treballadors sobre el programa i, per part de la institució, es decideix qui hi assistirà (tenint en compte els criteris d'inclusió i d'exclusió).

La duració del programa és d'un any, des de la sessió 0 fins la darrera sessió de continuïtat. La primera fase és la intensiva, que ocupa nou setmanes i integra com a màxim 16 professionals. Posteriorment, s'implementa la segona fase, que s'anomena fase de continuïtat o seguiment, en la qual s'acompanya als professionals en els processos de mort i dol en un espai oferint un espai de respecte i confiança. En aquest moment entra en joc la figura del referent de dol. Aquesta persona és l'encarregada de notificar la data en què es du a terme cada sessió de continuïtat i també qui proporciona el full d'assistència en el qual s'hi poden apuntar els treballadors que ho desitgin, sense necessitat d'haver assistit a la fase intensiva.

La psicòloga o el psicòleg especialitzat en atenció al dol és el facilitador de les sessions i, sobretot durant la psicoeducació, compta amb un rol directiu. No obstant, qualsevol aportació dels participats és benvinguda per tal de poder reflexionar conjuntament.

4.7. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El programa compta amb 4 etapes diferenciades:

1. Sessió 0: es produeix el primer contacte amb els participants i es recullen les dades. La duració és d'una hora.
2. Fase intensiva: compta amb 9 sessions setmanals amb una durada de dues hores i una pausa de 15 minuts.
3. Sessió de clausura: es procedeix al tancament de la fase intensiva i a la recollida de dades. La duració és d'una hora i mitja.
4. Sessions de continuïtat: en aquestes sessions s'ofereix seguiment i acompanyament presencial als professionals per a la gestió de la mort i el dol. Les sessions es realitzen a demanda del propi centre. En el cas de trobar-se amb casos en situació d'últims dies, es procura que l'abordatge sigui abans que passi

una setmana. En canvi, les situacions de mort es tracten al cap d'una setmana per tal de permetre als professionals la identificació del dol. Les sessions tenen una durada d'una hora i mitja.

4.8. ESTRUCTURA DE LES SESSIONS

Les sessions presenten la següent estructura:

- Benvinguda: rebuda i contextualització.
- Desenvolupament: realització d'activitats i psicoeducació.
- Tancament: resum de la sessió.

Com que les sessions són de dues hores, es proposa una pausa d'uns 15', habitualment cap a la meitat de la sessió i sempre en funció de les necessitats del grup. Els temps per a cada activitat proposada són orientatius.

La fase intensiva compta amb una estructura particular: les sessions estan connectades per una progressió lògica similar a la d'un procés final de vida per tal d'afavorir la continuïtat entre els diversos aspectes a tractar.

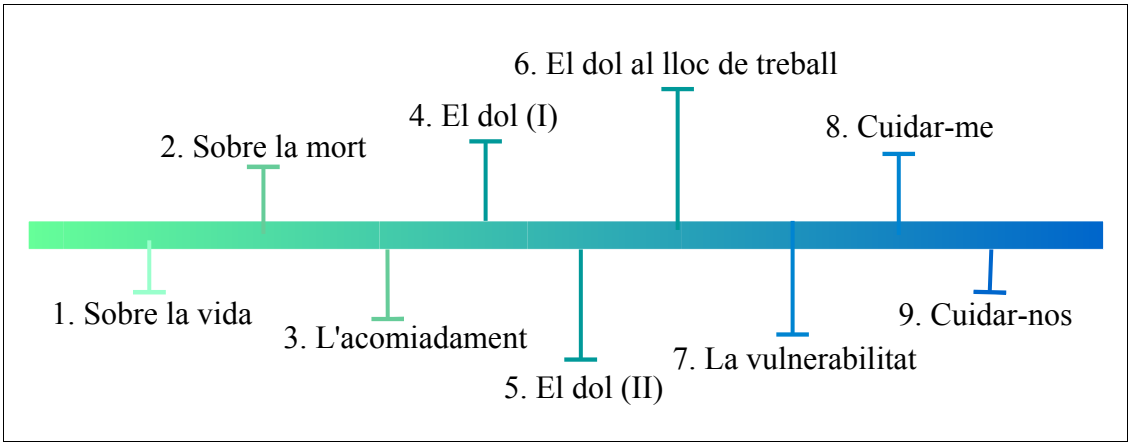


Figura 1. Esquema de la fase intensiva

4.9. CONTINGUTS DE LES SESSIONS

Seguidament es mostra un esquema de les sessions.

Títol	Objectiu	Desenvolupament
Sessió 0	Obtenir les dades dels participants.	Administració dels diversos qüestionaris.
Sessió 1. **Sobre la vida**	Identificar i descriure els significats personals sobre els conceptes de viure, sentir, vincular-se i morir.	Presentació del professional, els participants i el programa. Aproximació a les creences de cadascú sobre els quatre conceptes que es treballaran al llarg de les sessions (viure, sentir, vincular-se i morir), a través d'una dinàmica en parelles i, posteriorment, individual.
Sessió 2. **Sobre la mort**	Identificar els principals signes de l'agonia i augmentar les habilitats per a l'atenció en el moment d'agonia. Identificar breument diverses circumstàncies de mort que poden ocórrer en una residència.	Activitat individual sobre els processos finals de vida que s'han experimentat. Psicoeducació sobre els signes d'agonia i la seva atenció. Breu aproximació a altres maneres de morir. Espai de reflexió sobre els processos finals de vida viscuts i els continguts esmentats a la sessió.
Sessió 3. **L'acomiadament**	Identificar els rituals i costums respecte la mort i les seves funcions. Identificar els rituals de la pròpia institució, així com el seu accés als residents, treballadors i famílies.	Introducció als rituals funeraris d'occident i orient. Discussió grupal sobre rituals i, concretament, sobre els que es poden identificar a la residència. Psicoeducació sobre els rituals. Reflexió en grups de quatre persones sobre propostes de rituals per a la residència.

Sessió 4. **El dol (I)**	Identificar què és el dol, descriure el concepte i aproximar-se als diversos models explicatius sobre el dol.	Activitat per parelles sobre la definició del dol. Pluja d'idees sobre les reaccions que apareixen en el dol. Psicoeducació sobre el dol.
Sessió 5. **El dol (II)**	Reconèixer els propis processos de dol.	Breu psicoeducació sobre la naturalesa múltiple de la pèrdua en els treballadors de l'àmbit de la salut. Relaxació. Activitat individual sobre els propis dols.
Sessió 6. **El dol al lloc del treball**	Identificar el dol dins del context laboral.	Pluja d'idees sobre les reaccions de dol arrel de la pèrdua un resident. Psicoeducació sobre el dol dels treballadors. Espai de reflexió i discussió sobre les vivències de dol a la residència, com interfereix amb la feina (o no), etc.
Sessió 7. **La vulnerabilitat**	Identificar les possibles conseqüències en la salut derivades de l'exposició a situacions traumàtiques a la feina. Adquirir habilitats per afrontar aquestes conseqüències sobre la salut.	Espai de reflexió i discussió sobre l'impacte de la mort i el dol dins de la feina. Psicoeducació sobre el síndrome del *burnout,* la fatiga per compassió i l'estrès per trauma secundari. Discussió sobre propostes enfocades a promoure el benestar i afrontar les reaccions negatives. Psicoeducació sobre estratègies d'afrontament per al síndrome del *burnout* i la fatiga per compassió.
Sessió 8. **Cuidar-me**	Adquirir estratègies d'afrontament davant la mort i el dol orientades cap a un mateix.	Discussió grupal sobre les necessitats personals durant el dol per un resident. Psicoeducació sobre estratègies

		d'afrontament individuals: autoconsciència i autocura. Activitat individual d'escriptura expressiva. Breu psicoeducació sobre l'autoconsciència emocional. Breu reflexió grupal sobre altres estratègies d'afrontament individuals.
Sessió 9. **Cuidar-nos**	Incrementar les estratègies d'afrontament davant la mort i el dol orientades cap als altres. Integrar els continguts a través de diferents casos.	Discussió sobre l'ajuda i acompanyament que es pot oferir als companys. Psicoeducació sobre estratègies d'afrontament col·lectives. Reflexióí sobre l'aplicació de les estratègies d'afrontament col·lectives i la proposta d'altres estratègies amb aquesta finalitat. Integració del contingut de les sessions a través de cinc casos diferents a desenvolupar en grups de quatre persones.
Sessió de clausura	Obtenir dades dels participants posteriors a la fase intensiva. Informar sobre les sessions de continuïtat.	Administració dels diversos qüestionaris. Explicació sobre el funcionament de les sessions de continuïtat i la figura del referent de dol.

Taula 2. Resum de les sessions

4.10. DESENVOLUPAMENT DE LES SESSIONS

A continuació es presenten totes les sessions desenvolupades, des de la zero, fins la de tancament i, a més, s'hi inclou un esquema de les sessions de continuïtat.

Sessió 0
Objectiu: Obtenir les dades dels participants.
Desenvolupament
Benvinguda 5`-10'
Presentació del professional que desenvolupa el programa.
Activitats 40'
Administració dels següents intruments de recollida de dades: • Qüestionaris de dades socio-demogràfiques. • Qüestionari de coneixements sobre la mort i el dol. • Cas a desenvolupar. • Escala d'afrontament a la mort de Bugen. • Qüestionari d'expectatives sobre la fase intensiva.
Tancament 5'-10'
Recordatori de la data de començament de les sessions.

Taula 3. Sessió 0

Sessió 1. Sobre la vida
Objectiu: Identificar i descriure els significats personals sobre els conceptes de viure, sentir, vincular-se i morir.
Desenvolupament
Benvinguda 10'- 15'
Presentació dels participants i del psicòleg o la psicòloga facilitadora de les sessions. Presentació dels objectius del programa, de les sessions i ajustament d'expectatives.
Activitats 1h 35'
L'activitat que es proposa en aquesta primera sessió és establir una aproximació a la manera que té cadascú d'entendre el món, de manera que cadascú de vosaltres tingui més clar de quin punt parteix i quina és la seva base. Concretament explorarem què entenem per viure, sentir, vincular-se i morir. La proposta és en parelles: us situareu un davant de l'altre. Una de les persones tindrà el rol de preguntar, mentre que l'altra respondrà. Durant cinc minuts, la persona que pregunti farà la mateixa pregunta "Què és viure?" i seguidament deixarà un temps a l'altra perquè pugui respondre tranquil·lament. No hi ha respostes correctes ni incorrectes, totes són benvingudes.

Poden ser més o menys elaborades, senzillament es tracta de que respongueu el que us neixi en aquell moment. La pregunta s'anirà repetint i es tracta de que respongueu cada vegada, amb una resposta diferent però coherent amb vosaltres mateixos. Al cap de 5 minuts canviarem el rol. I així, repetidament, fins que haguem passat tots per les quatre preguntes. En acabar, disposen del 30 minuts per realitzar una activitat individual. Consisteix en anotar en el full de la sessió 1 la definició que farien en el moment sobre viure, sentir, vincular-se i morir, inspirant-se de tot allò que hagin experimentat durant la dinàmica en parelles.
Tancament 5'-10'
Breu repàs sobre la sessió actual. Recordatori de l'ordre de les sessions que es desenvoluparan.

Taula 4. Sessió 1

Sessió 2. . Sobre la mort
Objectiu: Identificar els principals signes de l'agonia i augmentar les habilitats per a l'atenció en el moment d'agonia. Identificar diverses circumstàncies de mort que poden ocòrrer a una residència.
Desenvolupament
Benvinguda 5'- 10'
Breu espai per a reflexionar sobre l'activitat anterior i fer-ne algun comentari. Introducció de la sessió.
Activitats 1h 40'
Per a la present sessió es proposa, en primer lloc, una dinàmica individual d'uns 30'. Cadascú apuntarà en el full de la sessió 2 el nom de persones que s'hagin mort dins del seu entorn, ja siguin amistats, coneguts, familiars, residents. A continuació, reflexionarieu i escriureu sobre el seu procés de mort (com van morir, va ser un procés ràpid o lent, etc.). Un cop acabat, s'inicia una discussió grupal d'uns 20' sobre com pot ser el procés de mort segons la seva experiència o la informació de la que disposin, quins creuen que podrien ser signes de que la mort és pràcticament imminent, etc. En segon lloc, es realitza psicoeducació sobre l'agonia i la seva atenció (45').

L'agonia és l'estat que precedeix la mort en aquells casos on la vida es va apagant progressivament. És una fase que sol durar hores o dies, en les que el malalt va empitjorant i els objectius terapèutics s'enfoquen en les mesures de confort.

S'han descrit numerosos signes de l'agonia (Cartwright, 1987; Twycross i Lichter, 1998; (citats en Alonso, Vilches i Leyre, 2008) alguns d'ells són:

- Deterior de l'estat general.
- Pèrdua del to muscualar (debilitat, incontinències, etc.).
- Canvis en els signes vitals: alentiment de la circulació, trastorns de la respiració, trastorns de l'aparell digestiu, etc.
- Afectació sensorial: somnolència, dificultats per a comunicar-se.
- Dificultats per a la ingesta.
- Símptomes psicoemocionals: agitació, ansietat, por, tristesa, etc.

Els autors Menten i Hufkens (citats en Alonso, Vilches i Leyre, 2008), descriuren vuit signes clínics que poden precedir la mort imminent:

- Nas fred i blanc.
- Extremitats fredes.
- Livideses (to rosat de la pell a les parts posteriors del cos).
- Llavis cianòtics (de coloració blavosa).
- Somnolència (més de 15 hores al dia).
- Estertors (soroll anormal al respirar).
- Pauses d'apnea (cessament de la senyal respiratòria) de més de 15 segons.
- Anúria (disminució o absència de secreció urinària).

Atès que en aquest moment normalment la persona pot presentar dificultats per empassar i pot haver nàusees o vòmits, s'opta per administrar la mínima medicació que es requereixi (analgèsics i altres tractaments com la rehidratació) a través de la via subcutania. Aquesta és de baix cost, escassos efectes secundaris i, a més, els fàrmacs solen actuar més ràpidament un cop administrats.

L'agonia, tot i poder ser un moment de gran impacte emocional, hauria de ser un període de calma i acompanyament, i, fins i tot, d'acomiadament. A nivell no farmacològic, el tractament que es du a terme ha de contemplar el següent:

- Assegurar-se que la família està informada sobre la fase terminal en la que es troba la persona gran.
- Comunicar-se amb un llenguatge clar i sense tecnicismes, sense donar res per suposat.
- Explicar i consensuar el canvi en el pla de cures.
- Oferir contenció emocional a la família.
- Proporcionar un espai tranquil i íntim.
- Oferir l'acompanyament espiritual que requereixin i facilitar l'accés a rituals.
- Mantenir la higiene de la persona i el seu confort (p.e. humidificant els llavis amb gasses).
- Oferir consells pràctics a la família sobre el moment de la mort (p.e. poden pensar en quina funeraria es farà el ritual, informar-los sobre el part de defunció).

En tercer lloc, s'assenyala de manera breu que, a part dels processos finals de vida acompanyats d'un procés d'agonia, hi ha altres maneres de morir que també poden ocórrer en aquest context i generar un gran impacte emocional:

- Mort sobtada.
- Morts en circumstàncies traumàtiques (p.e. suïcidi).
- Llarga malaltia terminal.
- Mort per SIDA.

S'ofereix un breu espai de 10' per a revisar el que s'havia compartit a la primera activitat de la sessió, comentant quines aspectes dels que han expressat o de les que van notar s'han esmentat a la sessió.

Referències:

Alonso, A., Vilches, Y., i Díez, L. (2008). Atención en la agonía. *Psicooncología, 5*(2-3), 279-301.

Cabodevilla, I. (2014). *Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas. Cuidados paliativos integrales.* Biblao: Editoriales Desclée de Brower, S. A.

Torrubia, M. P., Ruiz, M. P., y Rodeles, R. (2008). Atención a la agonía. Vía subcutánea. En Grupo de trabajo de cuidados paliativos de la Sociedad Española de Medicina de la Familia y Comunitaria, *Guía de atención al paciente al fial de la vida,* (pp. 9-18). Barcelona: Semfyc Ediciones.

Tancament 5'-10'
Breu repàs sobre la sessió actual.
Espai per a dubtes i preguntes que no hagin sorgit durant la sessió.

Taula 5. Sessió 2

Sessió 3. L'acomiadament
Objectiu: Identificar els rituals i costums de la societat occidental respecte la mort i les seves funcions. Identificar els rituals de la pròpia institució, així com el seu accès als residents, treballadors i famílies.
Desenvolupament
Benvinguda 5'-10'
Breu espai per a reflexionar sobre l'activitat anterior i fer-ne algun comentari.
Introducció de la sessió.
Activitats 1h 40'
Aquesta sessió es distribueix, primerament, en la realització d'una breu discussió introductòria sobre els rituals i costums respecte la mort i el dol, en segon lloc, s'ofereix psicoeducació sobre els rituals i costums, i, en tercer, es realitza una activitat grupal de reflexió i s'afegeixen propostes de rituals per a una residència.
S'inicia la sessió amb la introducció a diversos rituals funeraris al llarg del temps, tant

en la cultura occidental com en l'oriental (Torres, 2006).

Ritos Funerarios de la Civilización Oriental

PAÍS	RITO FUNERARIO	CREENCIAS
Egipto	**MOMIFICACIÓN:** El cadáver era embalsamado. Se abría y se extraían las vísceras, excepto el corazón y los riñones. Luego de 70 días, se lavaba el cadáver y se envolvía. **MASTABAS:** Primeras tumbas reales con cámara sepulcral subterránea. **PIRÁMIDES:** Monumento funerario por excelencia. Se requerían para que el Faraón pudiera convertirse en dios. **JUICIO DE OSIRIS:** El mito de Osiris enseña muerte, resurrección o renacimiento en el más allá.	Renacer luego de morir.
El Tibet	**EL BARDO THODOL** o libro de los muertos: recoge los rituales funerarios que explican el arte del morir. El rito contempla un período llamado Bardo, que para los budistas significa el estado intermedio entre la muerte y la reencarnación siguiente, cuya duración es de 49 días.	La muerte es un pasaje del alma por la divinidad.
China	**ENTIERRO** del cuerpo con los objetos de uso cotidiano del difunto, incluyendo el jade y las esculturas. **CASTRACIÓN:** Se ligaban el pene y el escroto, y se cortaban en forma semicircular el pubis. Los órganos eran conservados en alcohol por los eunucos.	Continuidad de la vida después de la muerte y que la nueva existencia era igual a la anterior.
India	**SUMERGIR EL CADÁVER** en las aguas del Ganges, rodeado de hierbas durante 7 días para que la carne se suavisara, luego se incineraba.	La muerte es el mayor acontecimiento de la vida.
Indonesia	El cuerpo del difunto era depositado provisionalmente en una sepultura inicial en espera de unas segundas exequias. La sepultura definitiva era de gran trascendencia en vista de que se exigía cortar una cabeza humana.	La muerte no se consuma instantáneamente. Implica un largo proceso desde el momento en que ocurre hasta la disolución del cuerpo, tiempo en el cual se opera el renacimiento.
Grecia	Dramatismo, violencia, llanto intenso, desvanecimientos, rasgado de vestidos, gemidos, plañideras, juegos fúnebres y sacrificios humanos.	Los difuntos fungen como mediadores entre las deidades y los mortales.

Taula 1. Ritos funerarios de la civilización oriental. Extret de Torres (2006).

Ritos Funerarios de la Civilización Occidental

PAÍS	RITO FUNERARIO	CREENCIAS
México	**CREMACIÓN:** Destinada a los muertos comunes. **ENTIERRO:** Altos funcionarios y soberanos.	Búsqueda de la vida eterna.
España	**USO DE PLAÑIDERAS Y MANIFESTACIÓN DE DUELO**	Continuidad de la vida.
Roma	**ENTIERRO:** Era un deber sagrado. **CREMACIÓN:** Para las familias nobles.	Creencia en una vida después de la muerte.
Uruguay (Indios Charruas)	**SEPULTURA** **SACRIFICIOS CORPORALES**	Continuación de la vida.
Venezuela	**VELORIO** **ENTIERRO** **NOVENARIO** **CREMACIÓN**	Descanso del alma del difunto.

Taula 2. Ritos funerarios de la civilización occidental. Extret de Torres (2006).

Posteriorment, s'invita a la discussió (20') sobre els rituals de mort i dol i, concretament, sobre aquells que observen dins de la residència.

A continuació, es procedeix amb la psicoeducació sobre rituals i costums (30').

D'acord amb Neimeyer (2007):

> Totes les cultures humanes conegudes han creat cerimònies per a reconèixer la mort dels seus membres, cerimònies que serveixen per a reafirmar els vincles formals i informals existents entre els supervivents al mateix temps que es reconeix i honra la contribució de la persona desapareguda (p.105).

La ritualització, segons Romanoff i Terenzio (1998; citats en Neimeyer, 2007), es definida com un instrument cultural, que proporciona un model de cicle vital, otorguen estructura a la nostra vida emocional, estableixen un ordre simbòlic per als esdeveniments vitals (bateig, comunió, casament, etc.), i permeten la construcció social de significats compartits. Els funerals tenen aquestes funcions, a més

d'enmarcar el nostre dol reafirmar els vincles amb la comunitat.

Tot i així, els rituals poden ser personals i íntims, però igualment haurien de presentar tres dimensions per a garantir les necessitats de la persona en dol:

- El canvi en el sentit d'un mateix en la persona que ha patit la pèrdua, és a dir, els canvis que suposa haver perdut el vincle, el rol que es tenia, el lloc que ocupava la persona en la vida, etc.
- La transició a un nou estatus social, que implica el reconeixement del mort i del supervivent per part dels altres (p.e. Passar d'estar casat a estar vidu), per tant fa referència a la comunitat i a l'acceptació pública de la pèrdua.
- La connexió amb el que s'ha perdut, o sigui, que el ritual permet vincular-se amb la persona que ha mort, rememorar-la, honrar-la; és a dir, seguir-hi vinculat d'alguna manera.

Alan Wofelt (citat en Neimeyer, 2007) exposa que les cerimònies funeraries:

- Ens ajuden a acceptar la realitat de la pèrdua i a demostrar la vida del difunt: el reconeixement públic de la pèrdua ofereix temps i espai als supervivents per poder manifestar les seves emocions al respecte. El funeral, l'enterrament, la cremació, etc., són fets que promouen la oportunitat d'acomiadar-se.
- Promouen l'expressió del dolor de manera socialment acceptada: els rituals permeten un espai segur i limitat temporalment en el qual s'espera que les persones manifestin el seu dolor i les seves reaccions intenses.
- Ofereixen un espai de recolzament moral: la comunitat valida i regula de manera compartida les emocions que apareixen.
- Permeten afirmar les creences sobre la vida i la mort: la realitat de la pèrdua suposa un trasbals ja que ens recorda que la vida és finita i impredictible, apareixent sovint la sensació de perdre el control sobre la vida. Al mateix moment, els rituals també poden ser una oportunitat per iniciar el procés de re-construcció d'un món on les creences han quedat abatudes per la mort.
- Aporten continuïtat i esperança en la vida: poden promoure la búsqueda de sentit en la vida i re-valorar les prioritats vitals.
- Permeten reconstruir la relació amb el que s'ha perdut: la manera de vincular-se

amb la persona trascendeix del pla físic al simbòlic i això permet que la relacó segueixi viva en el món interior.

- Promouen la reinvenció de nosltres mateixos: permeten inicar la tasca de reconstruir la pròpia identitat de manera que sigui coherent amb la nova realitat i el nou estatus.

Els rituals són un fenomen que, més enllà del preestablert per la cultura, poden tenir un gran simbolisme a nivell personal. Per tant, cadascú pot desenvolupar la seva manera de ritualitzar una pèrdua.

A contiuació, es proposa una activitat en grups de 4 persones (20'). Reflexioneu i proposeu tres maneres diferents de ritualitzar la pèrdua dins de la residència, tenint en compte als treballadors, a la família i als residents. Podeu nombrar els rituals que ja existeixen i a més, oferir-ne tres de diferents que considereu que podrien ser útils dins d'aquest context. Un cop acabada, es posen en comú i es valoren les diverses idees i la seva viabilitat.

Finlment s'anomenen breument alguns exemples de rituals per a residències de gent gran (15').

A la tesi doctoral d'Usero (2016) sobre els rituals relacionats amb la mort a les residències de gent gran, s'anomenen diversos rituals per a familiars, residents i l'equip. Un dels rituals que es realitza el mateix dia de la defunció és de ritual és dedicar un minut de silenci en el seu nom del difunt. Aquest minut silenciós es proposa abans de que tingui lloc següent àpat, però comptava amb dificultats, ja que requereix ser molt respectuós amb la consgina. Una altra opció menys col·lectiva és la de penjar les esquelas al tauler d'informació, sempre que la família ho consenteixi. Com a ritual per als residents, també es fa referència a l'acte concretament destinat als residents on es commemora i recorda al difunt, una setmana després de la seva mort. Es tracta d'una commemoració en la qual es pugui expressar que s'ha après de la persona i compta amb un espai per a resar al final de la reunió.

Pel que fa als rituals per a familiars i equip, es menciona el ritual d'acomiadament per a familiars i professionals a l'habitació de la persona i amb el cos present. És un ritual que compta amb 5 fases: 1) anomenar records significatius de la persona; 2) moment d'agraïments, primer de l'equip exposa allò que han après de la persona difunta i li agraeixen el temps compartit, en segon lloc. de la família expressa el seu agraïment cap a l'equip, i en tercer lloc, l'equip expressa al seu agraïment a la família; 3) moment per a l'oració; 4) moment del perdó, en el qual l'equip demana perdó al difunt per les coses que s'haguessin pogut millorar i es compromet a integrar els aprenentatges i actuar millor amb la persona que ocuparà aquella habitació en un futur proper; 5) finalment, es deixa l'equip marxa i es deixa a la família amb el difunt.
A més, es descriu un ritual setmanal dirigit cap a l'equip: el ritual de la reunió setmanal d'equip. La reunió té la funció d'oferir un un espai exclusivament per a l'equip on es commemoren les persones difuntes de la setmana anterior i es reflexiona sobre elles. De la mateixa manera, també hi ha rituals a la residència només per a les famílies i de caràcter anual: l'homenatge anual als difunts amb les famílies. En el dia mundial de les cures pal·liatives, es convoca als familiars de les persones que han mort durant l'any per a celebrar un acte d'homentage. El ritual consisteix en què a cada família se li ofereix un globus amb un post-it enganxat on hi han d'escriure un missatge per al difunt. Posteriorment, tots els globus de la mateixa unitat es recullen i es llencen a l'hora cap al cel. Després, l'acte compta amb un espai cultural amb cançons, recitals de poemes i contes. Finalment, s'ofereix una copa de cava i una eucaristia a qui en vulgui. I, finalment, es fa referència a un ritual que engloba tant a la famíia, com als residents i a l'equip: és el ritual d'acomiadament semestral. Es convoca a les famílies de les persones que han mort en els darrers sis mesos per a realitzar un acomiadament conjunt, amb l'equip i aquells residents que hagin tingut relacions més properes i desitgin assistir-hi. Aques ritual pot ser religiós o no, tenint present el simbolisme de l'encontre, fent ús d'espelmes commemoratives i d'un espai per a l'expressió de l'acomiadament i el record de la persona.

A l'estudi de Marcela i Kelley (2015) els professionals fan referència a un arbre de Nadal commemoratiu col·locat en un espai visible per a tothom i que compta amb el

nom de cada resident que ha mort durant l'any. Tots aquests rituals funcionen com a recurs organitzatiu per a visibilitzar la mort i afavoreixen la gestió del dol.
Referències:
Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la pérdida.* (Y. Gómez, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada al 2000). Torres, D. (2006). Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. *Sapiens, 7*(2), 107-118. Usero, L. M. (2016). *El cierre de las puertas. Comportamientos rituales relacionados con la muerte en residencias de ancianos*. (Tesi doctoral). Recuperada de Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid.
Tancament 5'-10'
Breu repàs sobre la sessió actual. Espai per a dubtes i preguntes que no hagin sorgit durant la sessió.

Taula 6. Sessió 3

Sessió 4. El dol (I)
Objectiu: Identificar què és el dol, descriure el concepte i aproximar-se als diversos models explicatius sobre el dol.
Desenvolupament
Benvinguda 5'- 10'
Breu espai per a reflexionar sobre l'activitat anterior i fer-ne algun comentari. Introducció de la sessió.
Activitats 1h 40'
Per a la sessió del dol, es comença amb una activitat de 25' que consisteix, primerament, en intentar definir per parelles què és el dol. Seguidament, es comparteix i es realitza una pluja d'idees sobre el que han sentit els participants quan algú de la

família (o algun ser estimat molt proper) s'ha mort. Tot el que es digui s'anota en un document virtual projectat. Un cop feta la pluja d'idees, s'esmenta que aquestes reaccions emocionals formen part del procés de dol. S'inicia una breu discussió sobre si consideren que el dol és un procés que es desenvolupa sempre de la mateixa manera i és igual per tothom.

Després de la breu discussió es prossegueix amb psicoeducació sobre el dol (60').

Per a parlar del dol, abans que res, és necessari que hi hagi una pèrdua. D'acord amb Neimeyer (2007) la pèrdua es relaciona amb:

> [...] la privació d'alguna cosa que hem tingut (com quan perdem a un amic), amb el fracàs per conservar o aconseguir alguna cosa que té valor per a nosaltres (com quan ens roben), amb una disminució mesurable en alguna substància o procés (com quan perdem alguna capacitat) i amb la destrucció o la ruïna (com en les pèrdues que provoca la guerra). [...] Perdem alguna cosa amb cada pas que avancem en el viatge de la vida, coses que van des de les més concretes, com les persones, llocs i objectes, fins les més immaterials, però no per això menys significatives, com la juventut o els somnis i ideals que desapareixen quan ens enfrentem a les dures "realitats" de la vida (p.27).

El dol s'enten com el conjunt de reaccions (emocionals, cognitives, fisiològiques, espirituals i socials) que apareixen com a resposta davant d'una pèrdua.

Hi ha diversos autors que han desenvolupat models expliactius sobre el dol. A continuació es presenten breument els models explicatius de cinc autors diferents:

1. Model psico-social d'etapes de Kübler-Ross

   Les cinc etapes que va proposar l'autora per al procés de morir es van acabar extenent i interpretant com etapes del dol també.

   1) Negació: caracteritzada per la insensibilització i el shock emocional i cognitiu.

   2) Ira: moment en què apareixen reaccions de ràbia, ja sigui cap a un mateix o cap a l'exterior (Déu, metges, familiars, etc.).

3) Negociació: és el moment en què sorgeix el qüestionament “i si hagues fet...” o “si pogués viure fins que...”, en un intent de negociar amb la mort.

4) Depressió: caracteritzada per la buidor, la tristesa i el dolor profund.

5) Acceptació: etapa en que un és capaç d'acceptar la realitat tal com és.

2. Model psico-social de Bowlby

   Aquest model compta amb quatre fases diferenciades:

   1) Fase d'embotament: aturdiment i incapacitat per assimilar la realitat.

   2) Fase d'anhel i recerca de la figura perduda: presa esporàdica de contacte amb la realitat de la pèrdua i la sensació de que la persona encara és present.

   3) Fase de desorganització i desesperança: presa de consciència de la pèrdua, reconèixer-la gradualment i acceptar el trasbals que això suposa.

   4) Fase de menor o major grau de reorganització: fa referència a la mesura en la que la persona pot examinar la nova situació, les renúncies associades a la pèrdua, i trobar noves maneres de redefinir-se.

3. Model cognitiu-conductual de Worden

   Aquest model no segueix fases ni etapes, sinó que descriu quatre tasques dinàmiques que no han de ser necessàriament progessives.

   1) Acceptar la realitat de la pèrdua.

   2) Elaborar el dolor de la pèrdua: el dolor pot ser emocional, físic o conducutual.

   3) Adaptar-se a un món sense la persona que ha mort: aquesta tasca compta amb tres àrees d'adaptació, les adaptacions externes (entorn, rols...), les internes (canvis en la pròpia identiat, auto-imatge...) i les espirituals (creences, valors...).

   4) Trobar una connexió permanent amb la persona que ha mort i comprometre's amb una vida nova: recol·locar-lo interiorment, de manera que permeti el fet de poder crear noves relacions i generar nous projectes.

4. Model bio-psico-social de Tizón

   Tizón planteja que el dol és un procés que requereix canvis o adaptacions en diferents dimensions.

   1) Dimensió psicològica: sosté que el procés de creixement personal va lligat a

la pèrdua. Per tant, la pèrdua és inherent a la vida i l'individu no pot evitar els dols, tot i que sí que existeixen diverses maneres d'afrontar-los.

2) Dimensió psico-social: es refereix als efectes que té el dol sobre la vida social del individu, doncs es replantegen les relacions interpersonals i intrapersonals.

3) Dimensió social i etològico-antropològica: ofereix una visió des de la qual el dol, a part de demandar la reconstrucció del món intern, també comporta manifestacions socials (rituals i costums).

4) Dimensió biològica: el dol té implicacions en l'estructuració de la personalitat, en la salut mental de la persona i té efectes sobre l'organisme (sistema immunològic, funcions biològiques, estat hormonal i secrecions internes).

5. Model constructivista narratiu de Neimeyer

Neimeyer proposa un model per etapes, però, posteriorment desenvolupa una perspectiva constructivista per abordar la complexitat del dol que assumeix els següents supòsits:

1) La mort pot validar o invalidar les creences que constitueixen la base sobre la qual ens organitzem, o bé pot esdevenir una experiència novedosa per a la qual encara no albergàvem construccions prèvies.

2) El dol és un procés personal, idiosincràtic, lligat al propi sentit d'identitat.

3) El dol és quelcom que desenvolupem per nosaltres mateixos, no quelcom que se'ns fa.

4) El dol és l'acte de reconstruir un món de significats que s'ha vist trasbalsat i perturbat per una pèrdua.

5) En el dol cada sentiment i emoció té la seva funció i s'han d'entendre com senyals dels esforços per atribuir significat a la pèrdua i a la vida actual.

6)Tots construïm i reconstruïm la pròpia identitat com a supervivents d'una pèrdua a través de la negociació amb els altres.

En aquest programa s'aposta per una perspectiva constructivista del dol, a través de la

qual cada persona assumeix un rol actiu en el seu procés d'elaboració de la pèrdua, procurant reconstruir el seu món intern i extern en coherència amb els seus valors i el seu sistema de creences. Per tant, cada dol és únic i vàlid. El dol és un procés lent ja que requereix una reestucturació a diversos nivells (emocional, fisiològic, social, espiritual, cognitiu) i, segons Neimeyer, la seva elaboració pot durar anys i comporta la presència d'alts i baixos, inclòs anys desprès d'haver patit la pèrdua.

A part de les diverses perspectives dels autors, és rellevant fer esment al dol anticipat (Lindemann, 1944; citat a Worden, 2013), un tipus de dol que s'inicia abans de que la pèrdua sigui real. Això es dóna en casos en què un preveu que el moment de la mort s'aproxima. Resultat d'això, quan es produeix la mort no s'observen les reaccions esperables ja que les fases del dol ja s'han experimentat anteriorment. Cal tenir en compte aquesta manera d'elaborar el dol sobretot en casos en què és evident el procés final de vida. Inclòs en casos de malalties degeneratives, com les demències tipus Alzheime, els familiars poden sentir que perden a la persona abans de la seva mort.

Referències:

Bowlby, J. (1997). La pérdida afectiva: tristeza y depresión. (A. Báez, trad.). Buenos Aires: Paidós. (Obra original publicada al 1983).

Kübler-Ross, E., i Kessler, D. (2006). *Sobre el dol i el dolor.* (1ª ed.). (I. Obiols, trad). Barcelona: Sagarmata. (Obra original publicada al 2005).

Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la pérdida.* (Y. Gómez, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada al 2000).

Tizón, J. L. (2007) El duelo y las experiencias de pérdida. En J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Psiquiatria en Atención Primaria* (2a ed., pp. 607-630). Madrid: Aula Médica.

Worden, W. J. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia.* (4a ed.). (G. Sánchez, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada al 2008).
Tancament 5'-10'
Breu repàs sobre la sessió actual. Espai per a dubtes i preguntes que no hagin sorgit durant la sessió.

Taula 7. Sessió 4

Sessió 5. El dol (II)
Objectiu: Reconèixer els propis processos de dol.
Desenvolupament
Benvinguda 5'- 10'
Breu espai per a reflexionar sobre l'activitat anterior i fer-ne algun comentari. Introducció de la sessió.
Activitats 1h 40'
Nota: Per aquesta sessió és important que el facilitador es mostri observador i sensible a les diverses emocions que puguin aparèixer i realitzar una breu contenció emocional si fóra necessari. Per a dur a terme la segona sessió de dol, es proposa estar en conctacte amb un mateix, per tal de poder tenir informació sobre els propis processos de dol. Breu psicoeducació per introduir el tema (10'). Papadatou (2000) posa de manifest la naturalesa múltiple de la pèrdua que experimenten els professionals de la salut davant de la mort d'un pacient (o, en aquest cas, un resident): 1. La pèrdua de la relació propera amb el pacient. 2. La pèrdua deguda a la identificació del personal amb el dolor de la família. 3. La pèrdua dels objectius i expectatives a assolir i això s'associa amb una pèrdua a l'auto-imatge i rol professional. 4. La pèrdua relacionada amb el sistema de creences personals sobre la vida.

5. Les pèrdues passades que no s'han pogut resoldre o l'anticipació de futures pèrdues.
6. La confrontació amb la pèrdua de la vida, és a dir, amb la propia mort.

Aquesta sessió es centra en les pèrdues passades i, especialment, amb les que encara s'estan elaboran o no s'han pogut resoldre. Quan estem en contacte amb un procés de dol, sigui el que sigui, també s'activaran de manera conscient o inconscient els processos de dol que ja haguem passat, i, específicament, aquells que encara no s'hagin resolt (recordem que els dols són processos de llarga evolució, que poden arribar a durar anys depenent del tipus de pèrdua). Per això, la idea d'aquesta sessió és que cadascú pugui prendre consciència de com se sent respecte els seus processos de dol.

Per tal d'entrar en contacte amb un mateix, es du a terme una relaxació guiada d'uns 15', amb llum baixa i música suau per a promoure un espai de calma i intimitat (veure annex 3).

A continuació, l'activitat es desenvolupa de manera individual durant 50'. En el full de la sessió 8 es proposa que anotin els dols més recents que hagin viscut, com se senten actualment al respecte, com els afecta, què troben a faltar, etc. Poden anotar tants dols com desitgin. Si en algun moment algú necessita parar una estona, sortir i airejar-se, és lliure de respectar-se i fer-ho.

Un cop acabat l'exercici es proposa que escriguin una frase o una paraula de respecte, amor o record, per a cada persona que han anomenat en l'exercici (10').

Referències:

Papadatou, D. (2000). A Proposed Model of Health Care Professional's Grieving Process. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 41*(1), 59-77.

Tancament 5'-10'

Breu repàs sobre la sessió actual.

Espai per a dubtes i preguntes que no hagin sorgit durant la sessió.

Taula 8. Sessió 5

Sessió 6. El dol al lloc del treball
Objectiu: Identificar el dol dins del context laboral.
Desenvolupament
Benvinguda 5'- 10'
Breu espai per a reflexionar sobre l'activitat anterior i fer-ne algun comentari. Introducció de la sessió.
Activitats 1h 40'
L'activitat de la present sessió és molt semblant a la de la sessió 7. En aquest cas la proposta és que es faci novament una pluja d'idees druant 30' sobre el dol, però aquesta vegada, la pèrdua ha de ser d'un resident. Per tant, es proposa que intentin recordar què han sentit després de la mort d'un resident. Totes les idees que sorgeixen s'anoten en un document virtual projectat. Un cop acabada la llista es compara amb la de la sessió 7. Es proposa una breu discussió sobre les diferències i semblances entre un dol per un familiar (o algun ser estimat molt proper) i un resident. En acabat, es realitza psicoeducació sobre la vivència del dol dins del lloc de treball (25') Tot i que la mort és un fenomen natural, cal remarcar que els professionals que treballen en els serveis sanitaris-assistencials experimenten l'exposició a la mort i a la pèrdua habitualment (Anderson i Gaugler, 2007). Diverses investigacions assenyalen les reaccions emocionals dels professionals a causa de la mort d'un resident. S'identifiquen en els treballadors emocions de pena i dolor, acompanyades sovint per alleujament degut al ces de patiment (Montoya, 2006), tristesa, plors, dificultat per acceptar la mort del resident (Rickerson et al., 2005; Boerner, Burack, Jopp i Mock, 2015); intens sentiment de pèrdua, buidor i dolor (Marcela i Kelley, 2015; Osterlind, Hansebo, Andersson i Ternestedt, 2011). De fet hi ha estudis en els quals s'observa que algunes de les reaccions del personal davant la

mort d'un resident són molt similars a les que s'experimenten amb la mort d'un familiar: apareix la buidor de la pèrdua i el dolor en el moment d'evocar records. Tot i així, s'observa que altres reaccions, com el plor, són menys típiques en el personal, tot i que també apareixen (Boerner et al., 2015).

Però, com s'ha vist en les sessions anteriors, les reaccions del procés de dol poden ser intenses i interferir en la vida diària. No obstant, els professionals es troben en una situació complexa: per un costat senten la necessitat d'elaborar el dol, però, per l'altre senten l'exigència d'haver de seguir amb les tasques laborals. Hi ha estudis que reporten que a les institucions per a gent gran, a nivell organitzacional, el dol és ocultat i silenciat (Marcela i Kelley, 2015).

En aquest sentit, és rellevant reflexionar sobre com es desenvolupen els dols dins de la feina per poder-ne ser conscients i valorar si hi ha alguna necessitat que no s'està atenent.

En aquest punt de la sessió, es proposa obrir un espai de reflexió i discussió d'uns 30' en el qual es tracti la seva vivència respecte els dols pels residents, si això interfereix (o no) en les tasques a desenvolupar, si senten que poden expressar els dols dins de la residència, si emocionalment els afecta i ho comparteixen fora de la feina amb la família, etc.

Referències:

Anderson, K. A., i Gaugler, J. E. (2007) The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 54*(4), 301-318.

Boerner, K., Burack, O. R., Jopp, D. S., i Mock, S. E. (2015). Grief After Patient Death: Direct Care Staff in Nursing Homes and Homecare. *Journal of Pain and Symptom Management, 49(*2), 214-222.

Marcela, J., i Kelley, M. L. (2015) "Death is part of the job" in Long-Term Care Homes: Supporting Direct Care Staff With Their Grief and Bereavement. *SAGE Open*, 1-15. doi: 10.1177/2158244015573912 Montoya, R. (2006) Aquellos que nos verán morir. Significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. *Index Enferm, 15*(52-53), 25-29. doi: 10.4321/S1132-12962006000100006 Osterlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., i Ternestedt, B. M. (2011) A discourse of silence: professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing & Society, 31*, 529-544. doi:10.1017/S0144686X10000905 Rickerson, E., Somers, C., Allen, C., Lewis, B., Strumpf, N., i Casarett, D. (2005). How Well Are We Caring for Caregivers? Prevalence of Grief-Related Symptoms and Need for Bereavement Support Among Long-Term Care Staff. *Journal of Pain and Synmptom Management, 30*(3), 227-233. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.04.005
Tancament 5'-10'
Breu repàs sobre la sessió actual. Espai per a dubtes i preguntes que no hagin sorgit durant la sessió.

Taula 9. Sessió 6

Sessió 7. La vulnerabilitat
Objectiu: Identificar les possibles conseqüències en la salut, derivades de l'exposició a situacions traumàtiques a la feina. Adquirir habilitats per afrontar aquestes conseqüències sobre la salut.
Desenvolupament
Benvinguda 5'- 10'
Breu espai per a reflexionar sobre l'activitat anterior i fer-ne algun comentari. Introducció de la sessió.
Activitats 1h 40'
Per a la sessió actual, en primer lloc s'iniciarà un breu espai de discussió de 20' que

tracti sobre l'impacte que pot tenir el fet d'experimentar situacions traumàtiques dins del lloc de treball: considereu que el fet de conviure amb la mort, processos finals de vida, dols, etc., pot tenir algun efecte sobre la vostra salut?

A continuació, es du a temre la psicoeducació sobre la possible afectació de la salut dels treballadors (20').

Rothschild (2009) recull en el seu llibre *Ayuda para el profesional de la ayuda* diversos síndromes o reaccions que poden patir els professionals de la salut:

- El **síndrome del *burnout,*** traduït literalment com síndrome d'estar cremat pel treball, es defineix com una sobrecàrrega laboral que inclou la pèrdua d'implicació cap al client, esgotament físic i emocional, pèrdua d'emocions agradables, pèrdua d'empatia o respecte cap al client (deshumanització). Tot això fa que la qualitat del servei ofert disminueixi i inclòs que hi hagi absentisme laboral (Maslach i Pines, 1977). Maslach i Jackson (1981, citat en Gil-Monte i Moreno-Jiménez, 2007) conceptualitzen el síndrome del *burnout* a través de tres símptomes: la baixa realització personal, l'esgotament emocional i la despersonalització.
- E l **desgast per empatia** ha rebut altres nomenclatures com fatiga per compassió (traducció literal de l'anglès *compassion fatigue*). Tal com la defineix Figley (1995, citat en Kolthoff i Hickman, 2017), aquest fenomen es pot donar en professionals que ofereixen un servei de cures i/o recolzament. Es caracteritza per un esgotament a nivell emocional, físic i mental, sensació de frustració o impotència, desesperança, tristesa, que es poden estendre a altres àrees vitals, a part de l'àmbit laboral. En la fatiga per compassió, l'empatia generada cap a les persones en situacions de patiment acaba resultant en un esgotament que impedeix desenvolupar eficaçment la tasca.
- L'**estrès per trauma secundari** està vinculat amb els professionals que són testimonis visuals d'un incident que procuren abordar, és a dir, que a situació que experimenten pot causar un impacte tal que desemboqui en una sobrecàrrega psicològica i emocional (Rothschild, 2009, p. 27). Per exemple,

seria el cas d'una infermera intentant auxiliar a una dona gran que s'estigui ofegant amb el menjar i acabi morint davant d'ella, i, al llarg de l'any, continuï exposada a situacions de mort.

Stamm (2010) uneix aquestes reaccions amb el concepte de qualitat de vida professional. L'aspecte que afecta negativament a aquesta qualitat de vida és la fatiga per compassió, que, al mateix temps, es divideix en dues parts: la primera és el síndrome del *burnout* que està relacionat amb l'esgotament, la frustració, la ira i la depressió; la segona part fa referència a l'estrès per trauma secundari, que és degut a l'actitud empàtica davant situacions i persones que experimenten vivències traumàtiques.

Hi ha estudis que obtenen resultats relacionats amb aquestes reaccions. L'estudi de Bujalance i els seus col·legues (2001) exposa que els professionals de l'àmbit de la gerontologia presenten *burnout,* concretament les professions d'auxiliar d'infermeria i infermeria. Aquesta darrera mostra afectació sobretot a nivell d'esgotament emocional i baixa realització personal. Kolthoff i Hickman (2017) en la seva investigació introdueixen la variable dels anys d'experiència. Els seus resultats mostren que les infermeres de geriatria que tenien menys anys d'experiència presenten nivells més alts de fatiga per compassió i de *burnout* en comparació amb les que tenen més experiència.

Arribat a aquest punt, es proposa iniciar una breu pluja d'idees, d'uns 20, sobre estratègies que promoguin el benestar i que puguin ajudar a prevenir aquestes reaccions negatives o ajudar a afrontar-les.

Seguidament, s'anoten les recomanacions de d'alguns autors respecte la gestió del síndrome del *burnout* i la fatiga per compassió (25').

Byrne i McMurray (1997; citat a Keidel, 2002) estudien el síndrome de *burnout* i la fatiga per compassió en infermeres de residències. Proposen les següents estratègies

per a afrontar aquestes reaccions:

- Realitzar una auto-avaluació honesta al valorar objectivament el lloc de treball.
- Controlar la tendència a estar sobre-implicat.
- Interrogar-se sobre quines són les pròpies necessitats.
- Evitar veure's a un mateix com el "salvador" de persones en fases terminals.
- Observar el que passa des de la perspectiva de la família, sense identificar-se massa amb les emocions que senten.
- Cultivar la pròpia espiritualitat.
- Mentenir-se interessat per les inquietuds o necessitats espirituals, emocionals i físiques de la persona que s'aten.
- Establir objectius assolibles i recompensar-te quan els aconsegueixis.
- Aprendre a dir que no i a demanar allò que necessites, assertivament.
- Procurar veure cada tasca com un repte assumible i no com una molèstia.
- Adaptar el lloc de feina a la teva manera de ser i a les teves necessitats.
- Desenvolupar contactes socials de suport i gaudi.
- Compartir la tensió i rebre el suport dels amics, sense estar sempre discutint sobre els problemes laborals.
- Conversar i compartir les inquietuds amb algun membre del personal que et proporcioni suport.
- Procurar mantenir l'equilibri entre la vida professional i la personal.
- Mantenir un estil de vida saludable: menjar sà, dormir adequadament i realitzar exercici.
- Recordar que no es té control sobre el que passa fora, però sí sobre les pròpies respostes i manera de viure-ho.

Showalter (2010) afegeix algunes estratègies més per afrontar la fatiga per compassió:

- Procurar tenir una estona de calma.
- Recarregar energies diàriament, a través de passejar, fer exercici, meditar, menjar sà, etc.
- Tenir una conversa significativa cada dia.

- Entendre que el patiment que sents és normal ja que realitzes una feina intensa.
- Dormir suficient i de manera reparadora.
- Desenvolupar interessos o tenir aficions fora del lloc de feina.
- Identificar quines són les coses realment importants per tu, les teves prioritats.
- Fer una cosa cada vegada.
- Riure i passar estones agradables.
- Mantenir una rutina familiar.
- Mantenir una dieta regular saludable.
- Crear un lloc segur i agradable on estar tranquil en el teu món interior.
- Esperar a que les situacions es produeixin, no anticipar-les.
- Contactar amb un bon terapeuta.
- Ser agraït i respectuós amb un mateix.

I aconsella algunes pràctiques que recomana evitar per prevenir la fatiga per compassió:

- Culpabilitzar als altres.
- Ignorar el problema.
- Complaure als companys de feina.
- Negar les pròpies necessitats, interessos i desitjos.
- Automedicar-se.
- Tenir expectatives poc realistes.
- Reduir activitats d'oci.
- Treballar més dur i més hores.

Referències:

Bujalance, J., Villanueva, F., Guerrero, S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A., Viñas, C., Castro, S., i Martín, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Rev Esp Griatr Grontol, 36*(1), 32-

40. Keidel, G. C. (2002). Burnout and Compassion Fatigue Among Hospice Caregivers. *Amercian Journal of Hospice & Palliative Care, 19*(3), 200-205. doi: 10.1177/104990910201900312 Kolthoff, K. L., i Hickman, S. E. (2017). Compassion fatigue among nurses working with older adults. *Geriatric Nursing, 38*(2), 106-109. Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el professional de la ayuda: psicofisiologia de la fatiga por compasión y del trauma vicario.* (1a Ed.). (J. Aldekoa, trad.). Bilbao: Desclée de brouwer. (Obra original publicada al 2006). Showalter, S. E. (2010). Compassion Fatigue: What Is it? Why Does It Matter? Recognizing the Symptoms, Acknowledging the Impact Developing the Tools to Prevent Compassion Fatigue, and Strengthen the Professional Alredy Suffering From the Effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 27*(4), 239-242. doi: 10.1177/1049909109354096 Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual.* (2nd Ed.) Pocatello, recuperat de: http://www.proqol.org
Tancament 5'-10'
Breu repàs sobre la sessió actual. Espai per a dubtes i preguntes que no hagin sorgit durant la sessió.

Taula 10. Sessió 7

Sessió 8. Cuidar-me
Objectiu: Adquirir estratègies d'afrontament davant la mort i el dol orientades cap a un mateix.
Desenvolupament
Benvinguda 5'- 10'

Breu espai per a reflexionar sobre l'activitat anterior i fer-ne algun comentari.
Introducció de la sessió.

Activitats 1h 40'

Per començar la sessió, es proposa una activitat reflexiva i individual que ocupa uns 20'. Consisteix en anotar en un full a part què és el que pot necessitar cadascú a partir del moment en que mor un resident i, per tant, s'inicia el procés de dol. S'anotarà de manera anònima i, un cop acabat, la persona facilitadora del programa donarà veu a aquestes necessitats enumerant-les en veu alta.

Després es proposa psicoeducació sobre estratègies d'afrontament individuals (30').

El dol, tal com s'ha vist anteriorment, també es dóna davant les morts de residents i amb respostes semblants al dol per un familiar.

Les estratègies d'afrontament són accions i pensaments que ens capaciten per a la gestió de situacions difícils o estressants (Stone, Helder i Schneider, 1988; citat en Schwartz i Stone, 1993). Les estratègies d'autocura formen part de les estratègies d'afrontament individuals atès que promouen la gestió de la mort i el dol (Hotchkiss, 2018).

Diversos articles fan referència a les estratègies d'autocura per afrontar tant el dol com les reaccions negatives d'estar exposat a situacions impactants com la mort (Hotchkiss, 2018).
Per a ser capaç d'aquirir estratègies d'autocura, és necessari fer un pas previ: desenvolupar l'autoconsciència o l'autoconeixement. L'estudi de Sansó, Galiana, Oliver, Pascual, Sinclair i Benito (2015) mostra que els professionals de cures pal·liatives que presenten major grau d'autoconeixement, també mostren més estratègies d'afrontament davant la mort. A més, els professionals amb nivells més alts de consciència experimenten nivells més baixos de fatiga per compassió i síndrome de *burnout.* Fins i tot els autors suggereixen que cultivar la consciència sembla una manera per millorar la competència sobre la mort.

Hi ha autors de cures pal·liatives per a la tercera edat que ofereixen pautes per als professionals amb l'objectiu d'assolir un major grau d'autoconsciència (Brisbane South Palliative Care Collaborative, 2013). L'autoconsciència permet identificar els punts forts i febles, comprendre les pròpies reaccions davant determinades situacions i això, al mateix temps, ajuda a gestionar les emocions enlloc de sentir-se dominat per elles.
En primer lloc, un ha de posar atenció i preguntar-se sobre les següents àrees:

- Física: com estic a nivell de salut? Hi ha alguna zona on noti dolor físic?
- Emocional: com em sento abans d'iniciar la jornada/durant la jornada/un cop acabada la jornada laboral?
- Perceptiva/cognitiva: quin sentit atribueixo a les experiències de la feina?
- Activitats: fins quin punt existeix un equilibri entre la meva vida laboral i la personal?
- Relacional: com interfereix la meva feina en les meves relacions personals?
- Expertesa: què estic aprenent en el meu rol professional?
- Espiritualitat: com ha canviat la mea actitud respecte l'espiritualitat o el sentit de vida a partir de les experiències dins de la feina?

La meditació, com el *mindfulness* o meditacions d'atenció plena (Raab, 2014), i l'escriptura reflexiva (Harris, 2006), és a dir, escriure sobre experiències estressants permitint-se expressar lliurement, són pràctiques que augmenten l'autoconsciència ja que afavoreixen la identificació de les emocions i necessitats. El *mindfulness* és una manera de cultivar l'atenció plena amb la intenció de viure cada moment present tant plentament com sigui possible (Kabat-Zinn, 1993; citat a Raab, 2014), sense judici i amb acceptació d'allò que passi en el moment (Raab, 2014). L'escriptura expressiva és una eina que: 1) promou que la intensitat de les emocions es redueixi, de manera que esdevenen més manejables; 2) promou la re-estructuració cognitiva, sorgeixen noves maneres de pensar sobre un fet estressor; 3) millora l'autoregulació i això afavoreix la gestió de les pròpies emocions (Sexton et al., 2013).

A continuació, es proposa un activitat a nivell individual d'uns 35', en la qual es fa una

primera aproximació al desenvolupament de l"autoconsciència responent breument a les qüestions anteriors i, seguidament, es realitza un exercici d'escriptura expressiva sobre algun episodi estressant.

Tot seguit, es fa esment a una breu esquema per augmentar l'habilitat de l'autoconsciència emocional i que afavoreix la gestió de les emocions (Benito, Arranz, Cancio, 2011):

1. Quan apareix una emoció, la delimito en el meu cos: on la sento (estòmag, gola, cap...), com és (punxant, acalorada, etc.).
2. Intento identificar-la posant-li un nom: tristesa, ràbia, por, alegria, etc.
3. Accepto la emoció: la reconec i em permeto sentir-la mentre respiro.
4. Identifico la causa: quin estímul m'ha generat aquesta emoció? (un pensament, una situació, l'acció d'algú...).
5. Responc envers la emoció o la deixo anar: si he de donar una resposta a algú, em responsabilitzo de la meva emoció i responc assertivament, o bé, senzillament, respiro i deixo que desaparegui (no alimento l'emoció amb pensaments, sinó que segueixo amb el dia).

A mesura que augmenti l'autoconsciència, es poden anar aplicant les següents estratègies d'autocura durant el dol:

- Reconèixer el dol i el seu procés (en les diverses àrees que pot afectar) i prendre consciència de que és una reacció normal.
- Comunicar al superior i a l'equip de companys com estàs vivint l'experiència per tal que puguin estar informats del teu estat d'ànim i puguin oferir-te suport si ho necessites.
- Buscar suport per part de professionals.
- Matenir una dieta sana.
- Realitzar activitat física.
- Realitzar activitats agradables que promoguin el teu benestar.
- Compartir temps distès i agradable amb la família i els amics.
- Tenir pensaments positius.

- Posar atenció al moment present.
- Observar el que succeeix com un testimoni imparcial, sense jutjar.

Finalment, es proposa iniciar un breu grup de discussió d'uns 10' en què es reflexioni sobre altres estratègies d'autocura poden practicar a nivell individual.

Referències:

Benito, E., Arranz, P., y Cancio, H. (2011). Herramientas para el cuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 18*(2), 59-65.

Brisbane South Palliative Care Collaborative (2013). *Bereavement Support Booklet for Residential Aged Care Staff.* Brisbane: State of Queensland (Queensland Health). Recuperat de https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/3600/Default.aspx

Harris, A. (2006). Does Expressive Writing Reduce Health Care Utilization? A Meta-Analysis of Randomized Trials. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(2), 243-252. doi:10.1037/0022-006X.74.2.243

Hotchkiss, J. T. (2018) Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress Mediate a Relationship Between Compassion Satisfaction and Burnout Risk Among Hospice Care Professionals. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 35*(8), 1099-1108.

Raab, K. (2014). Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of Literature. *Journal of Health Care Chaplincy, 10,* 95-108. doi: 10.1080/08854726.2014.913876

Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., i Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfactio and Fatigue, Burnout, and Coping

With Death. Journal of Pain and Symptom Management, 50(2), 200-207. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013

Sexton, J. D:, Pennebaker, J. W., Holzmueller, C. G., Wu, A. W., Berenholtz, S. M., Swoboda, S. M., Pronovost, P. J., y Sexton, J. B. (2013). Care for the Caregiver: Benefits of Expressive Writing for Nurses in the United States. *Progress in Palliative Care, 17*(6), 307-312. doi: 10.1179/096992609X12455871937620

Schwartz, J. E., i Stone, A. A. (1993). Coping with daily work problems. Contributions of problem content, appraisals, and person factors. *Work & Stress, 7*(1), 47–62. doi:10.1080/02678379308257049

Tancament	**5'-10'**
Breu repàs sobre la sessió actual.	
Espai per a dubtes i preguntes que no hagin sorgit durant la sessió.	

Taula 11. Sessió 8

Sessió 9. Cuidar-nos	
Objectiu: Incrementar les estratègies d'afrontament davant la mort i el dol orientades cap als altres.	
Desenvolupament	
Benvinguda	**5'- 10'**
Breu espai per a reflexionar sobre l'activitat anterior i fer-ne algun comentari.	
Introducció de la sessió.	
Activitats	**1h 40'**
La darrera sessió es divideix en dues parts: la primera fa referència a les estratègies d'afrontament per al dol i la mort orientades cap a la cura de l'equip, i la segona part preten integrar el contingut de les 9 sessions a través de la presentació i reflexió sobre diversos casos.	
La primera part s'inicia amb una discussió d'uns 20'. Es proposa als participats que suggereixin actuacions encaminades cap a l'ajuda i acompanyament en el dol dels	

companys treballadors.

Un cop acabada la disussió es realitza psicoeducació sobre les estratègies d'afrontament col·lectives (30').

En la sessió anterior entràvem en contacte amb les autocures individuals, en les quals es posava en relleu la importància de l'autoconsciència a l'hora de gestionar el dol. Autors que donaven pautes per a desenvolupar l'autoconsciència (Brisbane South Palliative Care Collaborative, 2013) recalquen que per poder oferir acompanyament a l'equip, és necessari novament fer ús de l'autoconsciència per poder ser empàtics i sensibles a les necessitats dels altres. Per tant, les estratègies d'afrontament col·lectives són aquelles accions dirigides cap als altres que permeten la gestió d'esdeveniments difícils o estressants. Amb relació a això, un és capaç d'oferir recolzament als companys a través d'estratègies d'afrontament col·lectives com:

- Mostrar reconeixement respecte la pèrdua i el dol que pot estar experimentant l'altra persona.
- Animar als companys a compartir les seves emocions respecte la mort d'un resident, en un ambient tranquil i íntim.
- Oferir una escolta activa i respectuosa, lliure de judicis, envers les experiències i necessitats dels companys (recordem que cada dol és únic i vàlid).

A més d'això, a nivell organitzacional, i tenint en compte que tots formeu part de la institució, també es pot facilitar el reconeixement del dol i afavorir-ne la seva expressió. Algunes maneres de fer-ho són:

- Reconèixer la pèrdua de cada resident a través d'una commemoració: per exemple, posant una fotografia seva en algun lloc apropiat, creant un àlbum de records, etc. Per exemple a l'estudi de Marcela i Kelley (2015) els professionals fan referència a un arbre de Nadal commemoratiu amb el nom de cada resident que ha mort durant l'any com a recurs organitzatiu per a visibilitzar la mort i com a ritual per afavorir la gestió del dol.
- Recolzar l'assistència del personal al tanatori o cerimònia de la persona, sempre que hi hagi el permís de la família.

- Tenir procediments concrets a través dels quals tots els treballadors puguin assabentar-se de la mort dels residents. Una idea proposada a la investigació d'Osterlind, Hansebo, Anderson i Ternestedt (2011) és encendre una esplema que simbolitzi la mort d'un resident, col·locada en un lloc específic on tothom pugui veure-ho i així, qui ho desitgi, pugui informar-se sobre quin resident ha mort, quan es durà a terme la cerimonia, etc.
- Oferir oportunitats formals i informals als treballadors per expressar les seves emocions i vivències respecte la mort d'un resident.
- A les reunions d'equip, promoure la discussió sobre aspectes de cures pal·liatives (control del dolor; acompanyament a la persona i a la família; observació de malestar físic, emocional, espiritual, social...).
- Participar en l'educació i capacitació dels treballadors respecte el tema de la mort i la gestió del dol.
- Augmentar la consciència sobre les situacions que poden esdevenir en aquest context (situació d'últims dies) i conversar al respecte, atès que això pot reduir les preocupacions i els temors vinculats a l'experiència.

A continuació, es proposa un espai reflexiu grupal d'uns 15' per a reflexionar sobre quines estratègies d'afrontament col·lectives podrien aplicar i quines altres poden proposar que siguin viables dins del centre.

La segona part es dedica a fer un breu repàs de les temàtiques tractades a les diverses sessions i es proposa la lectura i desenvolupament de casos. L'activitat es du a terme en petits grups de 4 persones. Cada grup desenvolupa els cinc casos sobre els quals han de debatre aplicant els coneixements adquirits. Per a desenvolupar l'activitat els participants poden fer ús dels apunts i del dossier de formació. S'ofereixen uns 40' per realitzar l'activitat i després es posa en comú i es reflexionen conjuntament.

Cas 1

El Sr. Guillem es va morir ahir a la nit. Presentava una demència tipus Alzheimer en un estadi molt avançat i pràcticament ja no es podia comunicar. El Sr. Guillem havia

tingut moltes amistats a la residència, sobretot un grup d'homes amb els que cada tarda passaven hores jugant a cartes o al dominó. Quan es planificava una excursió a la residència només hi anaven si els quatre podien: si un d'ells estava malalt, es quedaven tots a la residència fent companyia al seu amic. Amb els anys el grup s'ha anat reduïnt i, en l'actualitat, només vivien dos integrants: el Sr. Guillem i el Sr. Jaume. El Sr. Jaume ha perdut autonomia també, ara va amb cadira de rodes, però continua actiu, jugant al bingo i altres activitats que li proposen. A més, cada primer dissabte de mes, va a visitar al Sr. Guillem a la seva planta i passen unes hores junts. L'equip està pensant en com transmetre-li la informació al Sr. Guillem ja que no s'ha pogut acomiadar d'ell.

Què proposarieu en aquesta situació?

Cas 2

La Sra. Antonia, de 80 anys, és una dona molt riallera, xerraire i presumida. Li agrada ser el centre d'atenció i sempre està bromejant. Tota la residència la coneix, doncs sempre es va a presentar quan arriba algú nou, ja sigui un resident o un treballador. Fa una setmana va patir una insuficiència respiratòria i la van derivar a l'hospital per tal d'atendre-la millor. La família s'ha comunicat cada dia amb la directora de la residència: l'evolució favorable de la Sra. Antonia indica que probablement en uns dies ja estarà novament a la residència. No obstant, avui ha trucat la seva família explicant que s'ha mort. Tots els treballadors s'han quedat impactats.

Com enfocarieu la situació de la Sra. Antonia?

Cas 3

El Sr. Miquel, com cada matí, és dels primers en despertar-se. Normalment, com que és massa d'hora, es posa a llegir fins l'hora de llevar-se. Avui, a primera hora del matí ha demanat que acudís algú. Una de les gerocultres ha anat a l'habitació a atendre'l i ell li ha comunicat que creia que el Sr. Joan (el seu company d'habitació) s'havia mort perquè no el sentia respirar feia estona i és un home que sempre ronca. Ella amb cura s'ha apropat al Sr. Joan i, efectivament, l'ha trobat mort. Impactada, ha avisat a les seves companyes i han trucat a direcció.

En una situació com aquesta, què considereu que s'hauria de fer? Què s'hauria de tenir en compte de cara a la gerocultora, al Sr. Miquel i a la família?

Cas 4

La Sra. Àngels ja fa una setmana que ha empitjorat molt a nivell de salut. Passa el dia al llit, bastant adormiscada, i sovint l'acompanya algun dels seus fills. En Joan i l'Arnau són els fills de l'Àngela, fan torns per estar amb ella i cada dia es troben cap al migidia a l'habitació de la mare. En el moment de trobar-se sempre discuteixen sobre temes familiars i acaben alçant la veu. La Sra. Àngels, des de fa dos dies passa moltes hores dormint, li costa molt menjar i sovint es posa a tossir quan intenta empassar. Avui ha mostrat una respiració més agitada i ha passat tot el dia adormida.

Què considereu que es podria fer en aquesta situació?

Cas 5

El Sr. Terenci és una persona molt afable i expressiva que gaudeix molt de la música. Presenta una demencia en estadi moderat. Sempre que es proposen activitats a través de la música o cantants ell hi participa i es mostra molt col·laborador. A més, diàriament participa al grup d'estimulació cognitiva. Manté bones relacions amb els altres residents i amb els professionals és molt proper. Aquest darrer any seu estat general ha empitjorat, tant a nivell físic, com funcional i cognitiu. El declivi és tal que fa dues setmanes que observen que gairebé no menja i ja no assisteix al grup d'estimulació cognitiva perquè està molt adormit. Inclús hi ha estones que les passa al llit perquè descansi millor. A la educadora social, que el coneix de fa 10 anys i feia activitats amb ell cada dia, li està resultant difícil gestionar l'estat del Sr. Terenci i la seva possible pèrdua a curt termini.

Quines propostes podrieu fer per a gestionar aquest cas?

Referències:

Brisbane South Palliative Care Collaborative. (2013). *Bereavement Support Booklet for Residential Aged Care Staff.* Brisbane: State of Queensland (Queensland Health). Recuperat de https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/3600/Default.aspx

Marcela, J., i Kelley, M. L. (2015) "Death is part of the job" in Long-Term Care Homes: Supporting Direct Care Staff With Their Grief and Bereavement. *SAGE Open*, 1-15. doi: 10.1177/2158244015573912

Osterlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., i Ternestedt, B. M. (2011). A discourse of silence: professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing & Society, 31*, 529-544. doi:10.1017/S0144686X10000905

Tancament 5'-10'

Breu repàs sobre la sessió actual.

Espai per a dubtes i preguntes que no hagin sorgit durant la sessió.

Introducció a la sessió de tancament.

Taula 12. Sessió 9

Sessió de clausura
Objectiu: Obtenir dades dels participants posteriors a la fase intensiva. Informar sobre les sessions de continuïtat.
Desenvolupament
Benvinguda 5`-10'
Repàs sobre les sessions.
Activitats 1h 10'
Administració dels següents intruments de recollida de dades: • Qüestionari de coneixements sobre la mort i el dol. • Cas a desenvolupar. • Escala d'afrontament a la mort de Bugen. • Qüestionari de satisfacció de la fase intensiva. Informació sobre el funcionament de les sessions de continuïtat: La figura del referent de dol dins de la residència i el funcionament de les sessions La figura del referent de dol és l'encarregat d'informar al professional del programa sobre les morts (moments de dol) i també dels processos finals de vida que presentin, ldificultats. Per tant, les sessions de seguiment es realitzen a demanda del propi centre. Tan aviat com sigui possible, s'establirà una data per a realitzar una sessió de seguiment i acompanyament dirigida als professionals. El referent de dol notificarà la data i proporcionarà un full d'assistència en el qual s'hi podran apuntar els treballadors que ho desitgin. Les sessions destinades a l'abordatge de situació d'últims dies es procurarà que tinguin lloc abans que passi una setmana des del moment de la demanda. Els casos de morts es tractaran al cap d'una setmana. Les sessions tindran una durada d'una hora i mitja i comptaran amb un breu qüestionari de satisfacció un cop acabada cada sessió.
Tancament 5'-10'
Agraïments i acomiadament fins la sessió de seguiment.

Taula 13. Sessió de clausura

Sessió de continuïtat
Objectiu: Oferir acompanyament i suport als professionals en la gestió de la mort i el dol i en els processos finals de vida que presentin dificultats per a l'equip.
Desenvolupament
Benvinguda 5`-10'
Presentació del professional facilitador i de les persones participants. Presentació dels objectius de les sessions de continuïtat.
Activitats 1h 10'
Definició de la situació. Definició de les necessitats. Espai de reflexió sobre les vivències individuals i grupals. Revisió d'estratègies d'afrontament individuals i col·lectives. Acompanyament als professionals en funció de les seves necessitats. Administració del qüestionari de satisfacció de les sessions de continuïtat.
Tancament 5' 10'
Recordatori de les pautes treballades.

Taula 14. Sessió de continuïtat

5. VALORACIÓ DE LA VIABILITAT

A fi de poder desenvolupar el programa, es pot optar per dues víes a l'hora d'aconseguir implementar el projecte dins d'una residència. Una de les opcions és contactar amb organitzacions del tercer sector que ofereixin subvencions i ajudes, com fundacions, associacions, o inclòs confederacions. Una altra opció es posar-se en contacte directament amb residències proposant la intervenció.

El programa està pensat per dur-se a terme dins de les institucions amb la intenció de facilitar la participació dels diversos treballadors de manera que sigui compatible amb la seva jornada, ja que les sessions es desenvolupen dins de l'horari laboral.

És possible que hi hagi factors que interfereixin en la participació. Per un costat, la inclusió de diferents càrrecs o professions dins de la intervenció pot afectar de manera positiva o negativa en el transcurs de les activitats i del programa en sí. Es podria donar una situació en la qual els auxiliars de geriatria se sentin molt distants dels tècnics –per exemple, l'educadora social o la psicòloga– a causa de les diferències en les tasques i funcions que realitzen. De la mateixa manera, l'espai que ofereix el projecte, pot generar apropaments i un augment de la vinculació entre els diversos treballadors. Per aquest motiu, en el primer contacte amb el grup de participants, en el qüestionari sobre les expectatives es fa referència a aquest fet i, a la primera sessió, es fa explícit que durant el programa es compartiran experiències i reflexions personals sobre el dol i la mort, oferint la llibertat necessària i respectarnt que cadascú s'expressi amb el grau d'intimitat i obertura que consideri.

Per un altre costat, les activitats i continguts demanden una implicació emocional que ocasionalment pot repercutir en l'estat anímic dels participants. El fet d'aprofundir en el dolor pot ser complexe de gestionar, sobretot en casos de dols personals cronificats o sense resoldre. Per aquest motiu, és rellevant deixar palès que el programa no té com a finalitat abordar els dols personals, sinó posar llum a la complexitat del dol en sí i gestionar aquells referents a residents. En el cas que algun participant es vegi superat degut a un procés personal, seria recomanable que ho comuniqués al facilitador i cercar un recurs ajustat a la seva necessitat. No serà imprescindible que el treballador abandoni el programa, sempre i quan, sigui prou conscient dels seus límits i pugui sostenir les següents sessions. El facilitador serà sensible a aquestes reaccions per tal de poder oferir contenció, i contextualitzar i reconduir la situació.

6. CONCLUSIONS

6.1. POSSIBLES BENEFICIS I LIMTACIONS

El present projecte pretén reconèixer la situació en la que es troben els professionals de residències respecte la vivència de la mort i el dol. Enfocat en el potencial individual i grupal, el programa ofereix coneixements i estratègies per a que els treballadors puguin desenvolupar competències que, a la seva vegada, els permeti assolir un equilibri en la convergència entre les tasques laborals i les necessitats personals. A partir de l'assumpció de la complexitat per a gestionar aquests processos, s'abandona la frivolitat de la mort i es fa evident la vulnerabilitat inherent a la vida.

Pressuposant que els professionals assimilin el contingut de la fase intensiva i col·laborin en la implementació de sessions de continuïtat, un cop el programa acabi comptarien amb les eines necessàries per posar en marxa diverses actuacions per a la gestió de la mort i el dol pensades i valorades específicament per al seu centre. Així doncs, es dotaria a la organització de recursos propis que, deixant de silenciar la mort, poguessin beneficiar tant als residents, com a les famílies i, sobretot, als treballadors.

Pel que fa a les possibles limitacions del programa, la primera és la pròpia matèria a tractar. En una societat insaciable on predomina la competitivitat, la constant recerca d'una felicitat enganyosa venuda pels mitjans de comunicació i la creença d'una vivència il·lusòria de l'inesgotable, no hi ha temps per prendre consciència de la vida ni de la mort. Quan el pilot automàtic pren el timó, decidir aturar-se i endinsar-se pels racons del sentir és un acte de valentia. Sobretot si s'entén el sentir des d'una visió àmplia en la qual s'hi engloben el plaer, l'aflicció, la coherència i la dissociació. Per tant, la temàtica a tractar en el projecte, tot i ser una necessitat palpable, pot resultar en un acte de confrontació impactant. Tenint en compte això, es procura un aprofundiment

progessiu cap a la consciència de la vivència de la mort i el dol, per després resorgir amb noves pautes o direccions per a poder gestionar les emocions que apareguin.

Una segona limitació del programa es deriva del fet d'assumir un nombre reduït de participants. Si la institució ho considerés necessari, es podria contemplar la possibilitat d'implementar la fase intensiva (amb les corresponents avaluacions) en diversos moments per tal d'ampliar el nombre de participants. En aquest cas, s'hauria d'abordar el cost que suposaria el desenvolupament de les sessions i el material necessari.

A part de les possibles limitacions i beneficis, es vol emfatitzar en el fet que cada institució, degut a la seva idiosincràssia, probablement presentaria necessitats específiques en l'àmbit de la mort i el dol que la proposta actual no atendria o no contemplaria. Per exemple, és habitual que durant els processos finals de vida els residents rebin el suport del Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES) (Servei Català de Salut, 2017). No obstant, podria haver centres on aquest suport no fóra suficient o, que tot i amb l'abastiment del servei, es requerís del desenvolupament de certes habilitats, com la comunicació de males notícies o l'acompanyament durant les cures pal·liatives. Malgrat que els aspectes mencionats estan vinculats a la vivència de la mort i a la gestió del procés de morir, en aquests casos el programa no oferiria les eines necessàries per adquirir aquestes competències específiques, tot i que els treballadors podrien beneficiar-se igualment de tot el coneixement i les habilitats que desenvoluparien a través dels continguts del programa. Potser, com a plantejament futur, fóra bo realitzar un anàlisi de necessitats prèvies de la institució per tal d'acotar el contingut del programa a cada centre. Això, per contra, pot resultar ser una càrrega de treball i un cost exessiu si, prèvimanent, no s'han acotat les possibles temàtiques a tractar. Per tant, una opció viable seria brindar el programa en format flexible amb la finalitat d'adaptar-se als requisits de cada institució. Així doncs es podria oferir un ventall delimitat de sessions respecte la gestió de la mort i el dol, donant opció a cada centre per a decidir els aspectes que més s'ajustessin a les seves circumstàncies.

6.2. IMPLICACIONS PERSONALS I PROFESSIONALS

Pel que fa a la creació del projecte, tal com s'ha esmentat a l'inici, neix d'una doble vessant: una inquietud personal i una necessitat professional. La realització del treball ha coincidit temporalment amb vivències de situacions d'últims dies, morts i dols. Per un costat, això ha fet que hagi estat en contacte amb les pròpies emocions, amb les reaccions de les famílies i amb el dolor de l'equip; i, per un altre costat, ha sigut una etapa en la que he rebut molta informació científica sobre la mort i el dol. Això ha fet que m'hagi sentit molt vinculada amb la vida, amb la fugacitat de l'existència i amb la idea de la pròpia mort. Aquesta confrontació simultània ha sigut exessiva momentàniament ja que els processos que s'activen davant de fenòmens de tal magnitud generen emocions intenses. Malgrat tot, gràcies a això he pogut prendre consciència sobre els meus límits actuals i sobre la confluència de les meves necessitats personals i professionals.

Considero que, en el marc de la professió de la psicologia i, concretament, de la psicogerontologia, la mort i el dol són temes rellevants –i sovint subestimats–, que requereixen de visualització i sensibilitat. Són aspectes de la naturalesa humana que dins l'àmbit laboral són evidents sempre que facin referència a les famílies, pacients, clients, residents, etc., però, en canvi, queden ocults rere l'enquadrament de la paraula "professional". Sembla que el concepte de professionalitat s'hagi de desvincular de l'expressió emocional i que, per contra, s'associï a un engrossiment de la pell, una cuirassa suficient per permetre l'empatia però no l'autenticitat o l'honestedat. Tanmateix, realitzar aquest treball m'ha permès sentir-me identificada amb les vivències narrades en diversos estudis i sentir que la necessitat que he percebut individualment pot ser una necessitat compartida. Això m'ha fet adquirir nous coneixements i sentir-me empoderada respecte la idea de treballar en aquesta línia. Veure'm capaç de desenvolupar un projecte d'aquest tipus em porta a reconèixer-me com a professional i, tot i que actualment miro al futur amb incertesa, sento confiança respecte el que pugui esdevenir. També considero que, tot i haver-se estudiat el fenòmen de la mort i el dol

des de diverses perspectives i amb vàris col·lectius, és necessari fer un pas més per a poder integrar naturalment la mort dins la vida en la societat actual, i, especialment dins de l'àmbit de la gerontologia, aportant consciència respecte les implicacions que pot tenir per als professionals. Anar més enllà, enfocant-se cap un canvi de paradigma a les residències que transformi l'habituació i normalització de la mort i el dol en una comprensió més acurada i holística d'aquests fets. Tanmateix, saber que hi ha investigadors estudiant en aquesta direcció i, fins i tot, creant i implementant programes que es dirigeixin als professionals, em fa sentir agraïda i esperançada.

Poder reconèixer la vulnerabilitat ens apropa a una atenció amb una trobada més propera, una mirada més càlida i un gest més humà.

7. REFERÈNCIES

Alkema, K., Linton, J. M., i Davies, R. (2008). A Study of the Relationship Between Self-Care, Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout Among Hospice Professionals. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care, 4*(2), 101–109. doi: 10.1080/15524250802353934

Anderson, K. A., i Gaugler, J. E. (2007) The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 54*(4), 301–318. doi:10.2190/t14n-w223-7612-0224

Ariès, P. (2000). *Historia de la muerte en Occidente : desde la edad media hasta nuestros días* (F. Carbajo y R. Perrin, trad.) (1ª ed.). Barcelona: El Acantilado. (Obra original publicada al 1975).

Ascencio, L., Allende, S. R., i Verastegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología, 11*(1), 101–115. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44920

Barrios, F. (s.d.). *La relajación. Relajación reposo.* Recuperat de http://www.larelajacion.com/larelajacion/48reposo.php

Boerner, K., Burack, O. R., Jopp, D. S., i Mock, S. E. (2015). Grief After Patient Death: Direct Care Staff in Nursing Homes and Homecare. *Journal of Pain and Symptom Management, 49(*2), 214–222. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.05.023

Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida (2): la separación afectiva.* (I. Pardal, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada al 1985).

Bowlby, J. (1997). La pérdida afectiva: tristeza y depresión. (A. Báez, trad.). Buenos Aires: Paidós. (Obra original publicada al 1983).

Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida.* (A. Guerra, trad.). Madrid: Ediciones Morata, S. L. (Obra original publicada al 1986).

Bugen, L. A. (1980-1981). Coping: Effects of Death Education. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 11*(2), 175–183. doi: 10.2190/JQPA-QFHW-VQ7A-MCAK

Bujalance, J., Villanueva, F., Guerrero, S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A., Viñas, C., Castro, S., i Martín, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Griatría y Grontología, 36*(1), 32–40. doi:10.1016/s0211-139x(01)74680-x

Cacciatore, J., i Flint, M. (2012). ATTEND: Toward a Mindfulness-Based Bereavement Care Model. *Death Studies, 36*(1), 61–82. doi: 10.1080/07481187.2011.591275

Claxton-Oldfield, S., Crain, M., & Claxton-Oldfield, J. (2007). Death Anxiety and Death Competency: The Impact of a Palliative Care Volunteer Training Program. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 23*(6), 464–468. doi:10.1177/1049909106294882

Colell, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña.* (Tesi doctoral). Recuperada del Dipòsit digital de documents de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Freud, S. (2012). *El porvenir de una ilusión; Duelo y melancolía.* (L. López-Ballesteros, trad.). Madrid: Santillana Ediciones Generales, S. L. (Obra original publicada al 1927).

Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., Pades, A., i Benito, E. (2017). Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa, 24*(3), 126–135. doi:10.1016/j.medipa.2015.04.001

Gil-Monte, P. R., i Moreno-Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Grupos profesionales de riesgo.* Madrid: Ediciones Pirámide.

Hotchkiss, J. T. (2018) Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress Mediate a Relationship Between Compassion Satisfaction and Burnout Risk Among Hospice Care Professionals. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 35*(8), 1099–1108. doi:10.1177/1049909118756657

Institut d'estadística de Catalunya. (2017a). *Estimacions de població. 2017. Dades definitives.* Recuperat de https://www.idescat.cat/novetats/?id=2846

Institut d'estadística de Catalunya. (2017b). *Esperança de vida a diferents edats.* Recuperat de https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10380

Institut d'estadística de Catalunya. (2017c). *Equipaments per a la gent gran. Residències. Per titularitat. Comarques i Aran, àmbits i províncies* Recuperat de https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=849

Katz, J., Sidell, M., i Komaromy, C. (2000). Death in homes: bereavement needs of residents, relatives and staff. *International Journal of Palliative Nursing, 6*(6), 274–179. doi:10.12968/ijpn.2000.6.6.9076

Keene, E. A., Hutton, N., Hall, B., i Rushton, C. (2010). Bereavement Debriefing Sessions: An Intervention to Support Health Care Professionals in Managing Their Grief After the Death of a Patient. *Pediatric Nursing, 36*(4), 185–190.

Keidel, G. C. (2002). Burnout and Compassion Fatigue cmong Hospice Caregivers. *Amercian Journal of Hospice & Palliative Care, 19*(3), 200–205. doi: 10.1177/104990910201900312

Kolthoff, K. L., i Hickman, S. E. (2017). Compassion fatigue among nurses working with older adults. *Geriatric Nursing, 38*(2), 106–109. doi:10.1016/j.gerinurse.2016.08.003

Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., i Quill, T. E. (2009). Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA, 302*(12), 1284–1293.

Kübler-Ross, E., i Kessler, D. (2006). *Sobre el dol i el dolor.* (1ª ed.). (I. Obiols, trad). Barcelona: Sagarmata. (Obra original publicada al 2005).

López, S. (2013). *Capacidad de afrontamiento a la muerte de los profesionales del àrea bàsica de salud de Gavá 2.* (Treball final de Máster). Recuperat de Repositorio Diginal de la Universidad de la Rioja.

Marcela, J., i Kelley, M. L. (2015) "Death is part of the job" in Long-Term Care Homes: Supporting Direct Care Staff With Their Grief and Bereavement. *SAGE Open, 5*(1), 1–15. doi: 10.1177/2158244015573912

Maslach, C., i Pines, A. (1977). The Burn-Out Syndrome in the Day Care Setting. *Child Care Quarterly, 6*(2), 100–113.

Montoya, R. (2006) Aquellos que nos verán morir. Significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. *Index Enferm, 15*(52-53), 25–29. doi: 10.4321/S1132-12962006000100006

Moss, M. S., Moss, S. Z., Rubinstein, R.L., i Black, H. K. (2003). The Metaphor of ‘‘Family’’ in Staff Communication About Dying and Death. *Journal of Gerontology, 58B*(5), S290–S296. doi:10.1093/geronb/58.5.s290

Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la pérdida.* (Y. Gómez, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada al 2000).

Neimeyer, R. A. (1997). Special Article: Death Anxiety Research: The State of the Art. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 36*(2), 97–120. doi:10.2190/ty32-ee9j-yvq8-rp31

Osterlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., i Ternestedt, B. M. (2011) A discourse of silence: professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing & Society, 31*, 529–544. doi:10.1017/S0144686X10000905

Papadatou, D. (2000). A Proposed Model of Health Care Professional's Grieving Process. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 41*(1), 59–77. doi:10.2190/tv6m-8yna-5dyw-3c1e

Pérez-Godoy, E., i Moreno-Guerín A. J. (2007). Duelo y muerte en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Gerokomos, 18*(2), 68–71.

Rickerson, E., Somers, C., Allen, C., Lewis, B., Strumpf, N., i Casarett, D. (2005). How Well Are We Caring for Caregivers? Prevalence of Grief-Related Symptoms and Need for Bereavement Support Among Long-Term Care Staff. *Journal of Pain and Synmptom Management, 30*(3), 227–233. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.04.005

Robbins, R. A. (1991). Bugen’s Coping with Death Scale: Reliability and Further Validation. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 22*(4), 287–299. doi:10.2190/hntd-rwrw-y3yn-vwx1

Robbins, R. A. (1992). Death competency: A study of hospice volunteers. *Death Studies, 16*(6), 557–569. doi:10.1080/07481189208252598

Robbins, R. A. (1997). Competencia ante la muerte: escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y escala de autoeficacia frente a la muerte. En R. A. Neimeyer (Ed.), *Métodos de Evaluación de la ansiedad ante la muerte* (pp. 169–174). Barcelona: Padiós. (Obra original publicada al 1994).

Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el professional de la ayuda: psicofisiologia de la fatiga por compasión y del trauma vicario.* (1a Ed.). (J. Aldekoa, trad.). Bilbao: Desclée de brouwer. (Obra original publicada al 2006).

Rushton, C. H., Reder, E., Hall, B., Comello, K., Sellers, D. E., i Hutton, N. (2006). Interdisciplinary Interventions To Improve Pediatric Palliative Care and Reduce Health Care Professional Suffering. *Journal of Palliative Medicine, 9*(4), 922–933. doi: 10.1089/jpm.2006.9.922

Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., i Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfactio and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *Journal of Pain and Symptom Management, 50*(2), 200–207. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013

Schmidt, J. (2007). *Validación de la versión espanyola de la "Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte": estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención.* (Tesi doctoral). Recuperada de Digibug: Repositorio Institucional de la Universidad de Granada.

Showalter, S. E. (2010). Compassion Fatigue: What Is it? Why Does It Matter? Recognizing the Symptoms, Acknowledging the Impact Developing the Tools to

Prevent Compassion Fatigue, and Strengthen the Professional Alredy Suffering From the Effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 27*(4), 239–242. doi: 10.1177/1049909109354096

Schwartz, J. E., i Stone, A. A. (1993). Coping with daily work problems. Contributions of problem content, appraisals, and person factors. *Work & Stress, 7*(1), 47–62. doi:10.1080/02678379308257049

Servei Català de Salut. (2017). *Equips de valoració i suport.* Recuperat de http://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-sociosanitaria/equips-de-valoracio-i-suport/

Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual.* (2nd Ed.) Pocatello, recuperat de: http://www.proqol.org

Tizón, J. L. (2007) El duelo y las experiencias de pérdida. En J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Psiquiatria en Atención Primaria* (2a ed., pp. 607–630). Madrid: Aula Médica.

Thieleman, K., i Cacciatore, J. (2014). Witness of Suffering: Mindfulness and Compassion Fatigue among Traumatic Bereavement Volunteers and Professionals. *Social Work, 59*(1), 34–41. doi: 10.1093/sw/swt044

Tomás-Sábado, J., i Guix-Llistuela, E. (2001) Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica, 11*(3), 104–9. doi:10.1016/s1130-8621(01)73697-2

Torres, D. (2006). Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. *Sapiens, 7*(2), 107-118.

Usero, L. M. (2016). *El cierre de las puertas. Comportamientos rituales relacionados con la muerte en residencias de ancianos*. (Tesi doctoral). Recuperada de Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid.

Vachon, M. (1995). Staff stress in hospice/paliative care: a review. *Palliative Medicine, 9*(2), 91–122. doi:10.1177/026921639500900202

Vera, B. (2004). *Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual*. Cuadernos de Crisis, 3(74). Recuperat de http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2004/cdc_005.pdf

Worden, W. J. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia.* (4a ed.). (G. Sánchez, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada al 2008).

ANNEXOS

Annex 1. **Escala adaptada i validada a l'espanyol d'afrontament a la mort de Bugen (Schmidt, 2007)**

Por favor, valore en una escala del 1 a 7 su nivel de acuerdo con cada una de estas afirmaciones.

1_____2_____3_____4_____5_____6_____7

Totalmente en desacuerdo — Neutral — Totalmente de acuerdo

1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo
2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir
3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro
4. Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias
5. Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos
6. Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano
7. Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida
8. Me siento preparado para afrontar mi muerte
9. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir
10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte
11. Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral
12. Últimamente creo que está bien pensar en la muerte
13. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente
14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte
15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir
16. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual
17. Me importa más la calidad de mi vida que su duración
18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos
19. Sé con quién contactar cuando se produce una muerte
20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras

21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí
22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales
23. Sé cómo hablar con los niños de la muerte
24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo
25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito
26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir
27. Sería capaz de hablar con un amigo o un miembro de la familia sobre su muerte
28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir
29. Me puedo comunicar con los moribundos
30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero

Annex 2. **Qüestionaris ad hoc**

Qüestionari de coneixements sobre la mort i el dol
Nom: Data: A continuació es presenten una sèrie d'afirmacions sobre la mort i el dol. Llegeix-les atentament i selecciona una opcío correcta per a cada afrimació. Un cop hagis acabat, retorna el full del qüestionari al professional. 1. El dol és... a. Un procés pel qual només passen algunes persones. b. Un procés que l'experimenta tothom, encara que de maneres diferents. c. Un procés que l'experimenta tothom igual. d. Cap és correcte. 2. El dol anticipat... a. Es refereix a les persones que no accepten la mort. b. Fa referència a l'elaboració del dol abans que la persona mori. c. Es relaciona amb persones que han elaborat el document de voluntats anticipades. d. B i C són correctes. 3. Els rituals funeraris... a. Poden ajudar a elaborar la pèrdua. b. Són actes religiosos per acomiadar-se de la persona. c. Són actes només per la família i els amics. d. Poden tenir conseqüències negatives per a la elaboració del dol. 4. L'escriptura expressiva... a. És una tècnica per a deixar la ment en blanc. b. És una estratègia d'afrontament individual.

c. És una estratègia per expressar i identificar només les emocions agradables.

d. És una estratègia per millorar la comunicació dins dels equips.

5. La fatiga per compassió...

a. És una reacció positiva dels treballadors.

b. És una reacció de la persona resident associada amb l'empatia.

c. És una reacció del treballador associada amb l'empatia.

d. A i C són correctes.

6. Oferir moments als companys per expressar el que senten respecte un resident que ha mort...

a. Pot ajudar-lo en l'elaboració del dol.

b. És una estratègia d'afrontament col·lectiva.

c. Pot desencadenar una depressió major en el professional.

d. A i B són correctes.

7. Acomiadar-se de la persona moribunda...

a. És millor no fer-ho per no molestar a la persona.

b. Pot facilitar a la elaboració del dol.

c. Només ho ha de fer la família.

d. És una falta de respecte.

8. La mort d'un resident...

a. Pot afectar als treballadors d'una residència.

b. És un fet poc habitual.

c. No suposa cap gestió emocional.

d. Sempre afecta de la mateixa manera als treballadors.

9. Estar exposat a fets impactants, com la mort, dins del lloc de treball...

a. No t'ha d'afectar en cap sentit.

b. Només impacta la primera vegada.

c. Pot tenir conseqüències per a la salut dels treballadors.

d. Fa que només puguis treballar cinc anys en la professió.

10. Ser conscient de les pròpies necessitats...

a. És una estratègia per ajudar a afrontar els dols.

b. És quelcom que no pots dur a terme a la feina.

c. És una estratègia d'afrontament col·lectiva.

d. La A i la C són correctes.

11. El síndrome del *burnout*...

a. Està relacionat amb l'empatia.

b. És un síndrome que apareix en els residents.

c. Pot presentar el símptoma de la despersonalització.

d. És una manera d'elaborar el dol.

12. Respecte els rituals funeraris dins les residències...

a. S'han de realitzar sense la resta dels residents per evitar patiment.

b. Poden crear-se pel propi centre.

c. Requereixen obligatòriament d'un capellà.

d. Totes les opcions són correctes,

13. Les estratègies d'autocura...

a. Formen part de les estratègies d'afrontament individuals.

b. Formen part de les cures pal·liatives.

c. Només es desenvolupen dins de la feina.

d. Cap opció és correcta.

14. L'agonia...

a. L'experimenten els familiars de la persona que ha mort.

b. És una de les etapes del dol.

c. Té els mateixos símptomes que l'ansietat.

d. Pot presentar, per exemple, somnolència i trastorns de la respiració.

15. La pèrdua, o el dol, que expermenten els professionals quan mor un resident...

a. Fa referència a la pèrdua de la relació amb la persona.

b. Té un impacte sobre els objectius dels professionals.

c. Ens vincula amb la idea de la pròpia mort.

d. Totes són correctes.

Cas a desenvolupar

La Sra. Maria va ingressar a la residència fa 7 anys. És una dona amb un caràcter fort i les idees molt clares. Sovint es queixa del funcionament de la residència, però tot i així s'hi troba a gust i té molta amistat amb dues dones, la Margarida i la Remei. A més, cada setmana es reuneix amb la directora o amb algun altre professional per fer alguna suggerència de canvi. Aquests contactes periòdics amb direcció i els professionals ha fet que, des de fa anys, acabi mantenint una relació de confiança molt pròxima amb ells. El seu estat de salut, en general ha sigut bo, però fa dos anys patir un ictus que li va deixar seqüeles a diversos nivells: li ha afectat a la marxa i des de llavors va amb cadira de rodes; la comunicació és complicada, li costa articular les paraules i sovint tartamudeja; en general ha disminuït la seva autonomia. Tot això ha fet que, des de llavors, es mostrar trista i desesperançada. A més, aquest darrer hivern s'ha encostipat en vàries ocasions i, la darrera vegada s'ha complicat la situació ja que li han diagnosticat una pneuomonia doble. Actualment, es troba amb poca energia, sense gana, i amb malestar general. Emocionalment se sent abatuda i molt desanimada ja que es troba malament. L'equip, que té molt bona relació amb ella, preveu que el pronòstic serà dolent...

Respecte el cas anterior, quins elements fan referència a la mort i el dol? Quins aspectes consideres que es podrien tractar i quines propostes faries?

Qüestionari de dades socio-demogràfiques
1. Nom i cognoms: 2. Edat: 3. Sexe: 4. Lloc de naixement: 5. Temps treballant en el centre: 6. Temps treballant en residències: 7. Professió: Altres observacions o comentaris:

Qüestionari d'expectatives sobre la fase intensiva
1. Què esperes assolir amb les 9 sessions d'aquest programa? 2. Quins aspectes de la mort i el dol consideres que es tractaran? 3. En què esperes millorar a través d'aquestes sessions? 4. En qui creus que repercutirà l'aprenentatge de les sessions? 5. Consideres que el fet d'assistir a les sessions juntament amb altres professionals

i altres càrregs influirà en la teva participació?

Altres observacions o comentaris:

Qüestionari de satisfacció de la fase intensiva

1. Consideres que han augmentat els teus coneixements sobre la mort i el dol?

2. Valores que han sigut útils els continguts de les sessions per afrontar la mort i gestionar el dol?

3. Quins aspectes positius destaques de les sessions?

4. Quins aspectes es podrien millorar?

Altres observacions o comentaris:

Qüestionari de satisfacció de la sessió de continuïtat

1. Valores que la sessió t'ha ofert recursos per afrontar la situació?

2. Consideres que ha sigut suficient la durada de la sessió?

3. Quins aspectes positius destaques de la sessió?

4. Quins aspectes es podrien millorar?

Altres observacions o comentaris:

Annex 3. **Relaxació**

Col·loca't en una posició còmoda, amb els braços als costats del cos, les cames flexionades sense pressió i una disposició interior per relaxar-te, disposat a descansar, vas permetent que es relaxai tota la musculatura.

Sent la respiració, tranquil·lament, en calma... No fagis res, només sent la respiració, sense procurar canviar-la. Permet un teu cos respirar lliurement sense afegir ni treure res al fet de respirar, observa tranquil·lament la teva respiració. A partir d'aquest moment aniràs demanant a diversos grups musculars del teu cos que es relaxin.

Sent el teu cap, el volum, el seu pes, els llocs en què es recolza i en els que perceps la pressió. El cap està ple de músculs que es comencen a afluixar, sense fer cap esforç... Simplement et repeteixes: relaxa la musculatura del meu cap, tots els músculs sota el cuir cabellut es relaxen i descansen. La pell del cuir cabellut es relaxa. La tensió és un soroll muscular i demanes un silenci muscular a tota la zona del cuir cabellut i del cap. Silenci. I sembla que la musculatura es va desfent i es relaxa.

Sent el front, el pots percebre amb claredat. És una zona on s'acumula tensió sota la seva pell. Demana silenci muscular. La pell de la cara sembla més tova i es relaxa més i més. Els músculs del front deixen anar la tensió, s'omplen d'energia i es relaxen. Recorres amb la meva atenció tota la musculatura del rostre: les celles , les parpelles, els ulls reposant, sents com es relaxen. Demanes silenci a la musculatura que els mou i sents com es relaxa. La pell dels pómuls descansa. Els llavis es relaxen, deixes la boca entre-oberta, sense cap tensió ni esforç...

Sent la respiració traqnuil·lament, sense fer res més que sentir la respiració. ermet un teu cos respirar lliurement sense afegir ni treure res al fet de respirar, observa tranquil·lament la teva respiració.

Permet que aquest silenci s'estengui al coll, permetent que cada múscul es destensi, descansi. Sents com canvia la musculatura quan descansa... Les espatlles reposen, sense esforç, sentint la força de la gravetat, es deixen caure. Demanes silenci per als teus braços, sent tot el pes dels braços al costat del teu cos, sense fer cap esforç: els colzes, els canells, les mans, els dits, tot reposa tranquil·lament. Els músculs es relaxen.

Recorre la musculatura de l'esquena, des de la base del coll fins glutis, sentint les cervicals, les dorsals i baixant fins les lumbars. Relaxa plenament l'esquena, deixa que reposi amb tot el seu pes. Al relaxar-se la musculatura de l'esquena es relaxa també la columna vertebral, es desfà, cada espai intervertebral recobra la seva elasticitat, i la columna vertebral recupera tota la seva mobilitat i descansa.

Sent la respiració traqnuil·lament, sense fer res més que sentir la respiració. ermet un teu cos respirar lliurement sense afegir ni treure res al fet de respirar, observa tranquil·lament la teva respiració.

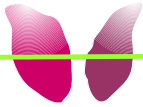
Sent els malucs, com s'enfonsen i es relaxen quan deixen anar tot el pes. Les cames entren en un silenci muscular, les cuixes es relaxen, també les articulacions dels genolls i els bessons. Percep el pes de les teves extremitats inferiors i com reposen sense fer res. Els turmells, els peus , els dits dels peus, es desfan i es relaxen. Les cames entre en un silenci muscular.

Sent tot el teu cos molt relaxat, molt descansat, sento un descans molt intens. Sent el pes del teu cos. Pren consciència d'aquest estat tranquil, relaxat... Gaudeix del repós. Senzillament respira.

Poc a poc et prepares per acabar l'exercici, conservant la quietud del moment que et permet estar en contacte amb tu mateix. Pots anar abrint i tancant suaument les mans, movent lentament els dits, prenent consciència de les petites articulacions dels dits. Pren aire amb més intensitat, realitza algunes respiracions més profundes i, al teu ritme, pots anar abrint els ulls mentenint l'estat de calma (Barrios, s.d.).

Annex 4. **Dossier formatiu**

Sessió 1. Sobre la vida



Activitat individual:

Anota la definició que faries en aquest moment sobre viure, sentir, vincular-se i morir, inspirant-te de tot allò que has experimentat durant la dinàmica en parelles.

Viure:

Sentir:

Vincular-se:

Morir:

Activitat individual:

Anota el nom de persones que s'hagin mort dins del teu entorn, ja siguin amistats, coneguts, familiars, residents... A continuació, explica com han sigut els processos de mort: on van morir (a casa, a l'hospital...), com va ser el procés final de vida (ràpid, lent...), podies preveure la mort, etc.

Sobre la mort. Conceptes principals.

Què és l'agonia?

L'agonia és l'estat que precedeix la mort en aquells casos on la vida es va apagant progressivament. És una fase que sol durar hores o dies, en les que el malalt va empitjorant i els objectius terapèutics s'enfoquen en les mesures de confort.

Signes de l'agonia

- Deterior de l'estat general.
- Pèrdua del to muscualar (debilitat, incontinències, etc.).
- Canvis en els signes vitals: alentiment de la circulació, trastorns de la respiració, trastorns de l'aparell digestiu, etc.
- Afectació sensorial: somnolència, dificultats per a comunicar-se.
- Dificultats per a la ingesta.
- Símptomes psicoemocionals: agitació, ansietat, por, tristesa, etc.

(Cartwright, 1987; Twycross i Lichter, 1998; (citats en Alonso, Vilches i Leyre, 2008)

Vuit signes clínics que poden precedir la mort imminent

- Nas fred i blanc.
- Extremitats fredes.
- Livideses (to rosat de la pell a les parts posteriors del cos).

- Llavis cianòtics (de coloració blavosa).
- Somnolència (més de 15 hores al dia).
- Estertors (soroll anormal al respirar).
- Pauses d'apnea (cessament de la senyal respiratòria) de més de 15 segons.
- Anúria (disminució o absència de secreció urinària).

(Menten i Hufkens; citats en Alonso, Vilches i Leyre, 2008).

Tractament farmacològic

Aquests signes poden generar malestar, per aquest motiu s'administra medicació analgèsica a través de la via subcutània, que és de baix cost, presenta molt pocs efectes secundaris i els fàrmacs solen actuar més ràpidament a través d'aquesta via.

Tractament no farmacològic

El tractament de l'agonia ha de contemplar el següent:

- Assegurar-se que la família està informada sobre la fase terminal en la que es troba la persona gran.
- Comunicar-se amb un llenguatge clar i sense tecnicismes, sense donar res per suposat.
- Explicar i consensuar el canvi en el pla de cures.
- Oferir contenció emocional a la família.
- Proporcionar un espai tranquil i íntim.
- Oferir l'acompanyament espiritual que requereixin i facilitar l'accés a rituals.
- Mantenir la higiene de la persona i el seu confort (p.e. humidificant els llavis amb gasses).
- Oferir consells pràctics a la família sobre el moment de la mort (p.e. poden pensar en quina funeraria es farà el ritual, informar-los sobre el part de defunció).

Altres maneres de morir

Hi ha altres maneres de morir, en les que pot aparèixer l'agonia o no, que també poden ocòrrer en aquest context i generar un gran impacte emocional:

- Mort sobtada.
- Morts en circumstàncies traumàtiques (p.e. suïcidi).
- Llarga malaltia terminal.
- Mort per SIDA.

Referències:

Alonso, A., Vilches, Y., i Díez, L. (2008). Atención en la agonía. *Psicooncología, 5*(2-3), 279-301.

Cabodevilla, I. (2014). *Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas. Cuidados paliativos integrales.* Biblao: Editoriales Desclée de Brower, S. A.

Torrubia, M. P., Ruiz, M. P., y Rodeles, R. (2008). Atención a la agonía. Vía subcutánea. En Grupo de trabajo de cuidados paliativos de la Sociedad Española de Medicina de la Familia y Comunitaria, *Guía de atención al paciente al fial de la vida,* (pp. 9-18). Barcelona: Semfyc Ediciones.

Sessió 3. L'acomiadament

Sobre rituals i costums. Conceptes principals.

Els rituals funeraris

Introducció als rituals funeraris d'occident i d'orient.

Ritos Funerarios de la Civilización Occidental

PAÍS	RITO FUNERARIO	CREENCIAS
México	**CREMACIÓN:** Destinada a los muertos comunes. **ENTIERRO:** Altos funcionarios y soberanos.	Búsqueda de la vida eterna.
España	**USO DE PLAÑIDERAS Y MANIFESTACIÓN DE DUELO**	Continuidad de la vida.
Roma	**ENTIERRO:** Era un deber sagrado. **CREMACIÓN:** Para las familias nobles.	Creencia en una vida después de la muerte.
Uruguay (Indios Charruas)	**SEPULTURA** **SACRIFICIOS CORPORALES**	Continuación de la vida.
Venezuela	**VELORIO** **ENTIERRO** **NOVENARIO** **CREMACIÓN**	Descanso del alma del difunto.

Taula 1. Ritos funerarios de la civilización oriental. Extret de Torres (2006).

Ritos Funerarios de la Civilización Oriental

PAÍS	RITO FUNERARIO	CREENCIAS
Egipto	**MOMIFICACIÓN:** El cadáver era embalsamado. Se abría y se extraían las vísceras, excepto el corazón y los riñones. Luego de 70 días, se lavaba el cadáver y se envolvía. **MASTABAS:** Primeras tumbas reales con cámara sepulcral subterránea. **PIRÁMIDES:** Monumento funerario por excelencia. Se requerían para que el Faraón pudiera convertirse en dios. **JUICIO DE OSIRIS:** El mito de Osiris enseña muerte, resurrección o renacimiento en el más allá.	Renacer luego de morir.
El Tibet	**EL BARDO THODOL** o libro de los muertos: recoge los rituales funerarios que explican el arte del morir. El rito contempla un período llamado Bardo, que para los budistas significa el estado intermedio entre la muerte y la reencarnación siguiente, cuya duración es de 49 días.	La muerte es un pasaje del alma por la divinidad.
China	**ENTIERRO** del cuerpo con los objetos de uso cotidiano del difunto, incluyendo el jade y las esculturas. **CASTRACIÓN:** Se ligaban el pene y el escroto, y se cortaban en forma semicircular el pubis. Los órganos eran conservados en alcohol por los eunucos.	Continuidad de la vida después de la muerte y que la nueva existencia era igual a la anterior.
India	**SUMERGIR EL CADÁVER** en las aguas del Ganges, rodeado de hierbas durante 7 días para que la carne se suavisara, luego se incineraba.	La muerte es el mayor acontecimiento de la vida.
Indonesia	El cuerpo del difunto era depositado provisionalmente en una sepultura inicial en espera de unas segundas exequias. La sepultura definitiva era de gran trascendencia en vista de que se exigía cortar una cabeza humana.	La muerte no se consuma instantáneamente. Implica un largo proceso desde el momento en que ocurre hasta la disolución del cuerpo, tiempo en el cual se opera el renacimiento.
Grecia	Dramatismo, violencia, llanto intenso, desvanecimientos, rasgado de vestidos, gemidos, plañideras, juegos fúnebres y sacrificios humanos.	Los difuntos fungen como mediadores entre las deidades y los mortales.

Taula 2. Ritos funerarios de la civilización occidental. Extret de Torres (2006).

D'acord amb Neimeyer (2007):

> Totes les cultures humanes conegudes han creat cerimònies per a reconèixer la mort dels seus membres, cerimònies que serveixen per a reafirmar els vincles formals i informals existents entre els supervivents al mateix temps que es reconeix i honra la contribució de la persona desapareguda (p. 105).

Les tres dimensions dels rituals

Els rituals han de garantir les necessitats de la persona en dol:

- El canvi en el sentit d'un mateix en la persona que ha patit la pèrdua, és a dir, els canvis que suposa haver perdut el vincle, el rol que es tenia, el lloc que ocupava la persona en la vida, etc.
- La transició a un nou estatus social, que implica el reconeixement del mort i del supervivent per part dels altres (p.e. passar d'estar casat a estar vidu), per tant fa referència a la comunitat i a l'acceptació pública de la pèrdua.
- La connexió amb el que s'ha perdut, o sigui, que el ritual permet vincular-se amb la persona que ha mort, rememorar-la, honrar-la; és a dir, seguir-hi vinculat d'alguna manera.

Funcions de les cerimònies funeràries

- Ens ajuden a acceptar la realitat de la pèrdua i a demostrar la vida del difunt: el reconeixement públic de la pèrdua ofereix temps i espai als supervivents per poder manifestar les seves emocions al respecte. El funeral, l'enterrament, la cremació, etc., són fets que promouen la oportunitat d'acomiadar-se.
- Promouen l'expressió del dolor de maner socialment acceptada: els rituals permeten un espai segur i limitat temporalment en el qual s'espera que les persones manifestin el seu dolor i les seves reaccions intenses.
- Ofereixen un espai de recolzament moral: la comunitat valida i regula de manera compartida les emocions que apareixen.
- Permeten afirmar les creences sobre la vida i la mort: la realitat de la pèrdua suposa un trasbals ja que ens recorda que la vida és finita i impredictible, apareixent sovint la sensació de perdre el control sobre la vida. Al mateix

moment, els rituals també poden ser una oportunitat per iniciar el procés de reconstrucció d'un món on les creences han quedat abatudes per la mort.

- Aporten continuitat i esperança en la vida: poden promoure la búsqueda de sentit en la vida i re-valorar les prioritats vitals.
- Permeten reconstruir la relació amb el que s'ha perdut: la manera de vincular-se amb la persona trascendeix del pla físic al simbòlic i això permet que la relacó segueixi viva en el món interior.
- Promouen la reinveció de nosltres mateixos: permet inicar la tasca de re-construir la pròpia identitat de manera que sigui coherent amb la nova realitat i el nou estatus.

(Alan Wofelt, s. d.; citat en Neimeyer, 2007).

Els rituals són un fenomen que, més enllà del preestablert per la cultura, poden tenir un gran simbolisme a nivell personal. Per tant, cadascú pot desenvolupar la seva manera de ritualitzar una pèrdua.

Activitat en grups de 4 persones:

Reflexioneu i proposeu tres maneres diferents de ritualitzar la pèrdua dins de la residència, tenint en compte als treballadors, a la família i als residents. Podeu nombrar els rituals que ja existeixen i a més, oferir-ne tres diferents que considereu que podrien ser útils dins d'aquest context.

Referències:

Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la pérdida.* (Y. Gómez, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada al 2000).

Torres, D. (2006). Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. *Sapiens, 7*(2), 107-118.

Usero, L. M. (2016). *El cierre de las puertas. Comportamientos rituales relacionados con la muerte en residencias de ancianos*. (Tesi doctoral). Recuperada de Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid.

Sessió 4. El dol (I)

Activitat en parelles:
Creeu una definició sobre què és el dol.

Sobre el dol. Conceptes Principals.

La pèrdua

D'acord amb Neimeyer (2007) la pèrdua es relacioa amb:

> [...] la privació d'alguna cosa que hem tingut (com quan perdem a un amic), amb el fracàs per conservar o aconseguir alguna cosa que té valor per a nosaltres (com quan ens roben), amb una disminució mesurable en alguna substància o procés (com quan perdem alguna capacitat) i amb la destrucció o la ruina (com en les pèrdues que provoca la guerra). [...] Perdem alguna cosa amb cada pas que avancem en el viatge de la vida, coses que van des de les més concretes, com les persones, llocs i objectes, fins les més immaterials, però no per això menys significatives, com la juventut o els somnis i ideals que desapareixen quan ens enfrentem a les dures "realitats" de la vida (p. 27).

Què és el dol?

El dol s'entén com el conjunt de reaccions (emocionals, cognitives, fisiològiques, espirituals i socials) que apareixen com a resposta davant d'una pèrdua.

Models explicatius sobre el dol

1. Model psico-social d'etapes de Kübler-Ross

Les cinc etapes que va proposar l'autora per al procés de morir es van acabar extenent i interpretant com etapes del dol també:

1) Negació: caracteritzada per la insensibilització i el shock emocional i cognitiu.

2) Ira: apareixen reaccions de ràbia, ja sigui cap a un mateix o cap a l'exterior (Déu, metges, familiars, etc.).

3) Negociació: és el moment en què sorgeix el qüestionament "i si hagués fet..." o "si pogués viure fins que...", en un intent de negociar amb la mort.

4) Depressió: caracteritzada per la buidor, la tristesa i el dolor profund.

5) Acceptació: etapa en que un és capaç d'acceptar la realitat tal com és.

2. Model psico-social de Bowlby

Aquest model compta amb quatre fases diferenciades:

1) Fase d'embotament: aturdiment i incapacitat per assimilar la realitat.

2) Fase d'anhel i recerca de la figura perduda: presa esporàdica de contacte amb la realitat de la pèrdua i la sensació de que la persona encara és present.

3) Fase de desorganització i desesperança: presa de consciència de la pèrdua, reconèixer-la gradualment i acceptar el trasbals que això suposa.

4) Fase de menor o major grau de reorganització: fa referència a la mesura en la que la persona pot examinar la nova situació, les renúncies associades a la pèrdua, i trobar noves maneres de redefinir-se.

3. Model cognitiu-conductusl de Worden

Aquest model descriu quatre tasques dinàmiques, que no han de ser necessàriament progessives.

1) Acceptar la realitat de la pèrdua.

2) Elaborar el dolor de la pèrdua: el dolor pot ser emocional, físic o conducutual.

3) Adaptar-se a un món sense la persona que ha mort: aquesta tasca compta amb tres àrees d'adaptació, les adaptacions externes (entorn, rols...), les internes (canvis en la pròpia identiat, auto-imatge...) i les espirituals (creences, valors...).

4) Trobar una connexió permanent amb la persona que ha mort i comprometre's amb una vida nova: recol·locar-lo interiorment, de manera que permeti el fet de poder crear noves relacions i generar nous projectes.

4. Model bio-psico-social de Tizón

Tizón planteja que el dol és un procés que requereix canvis o adaptacions en diferents dimensions.

1) Dimensió psicològica: sosté que el procés de creixement personal va lligat a la pèrdua. Per tant, la pèrdua és inherent a la vida i l'individu no pot evitar els dols, tot i que sí que existeixen diverses maneres d'afrontar-los.

2) Dimensió psico-social: es refereix als efectes que té el dol sobre la vida social del individu, doncs es replantegen les relacions interpersonals i intrapersonals.

3) Dimensió social i etològico-antropològica: ofereix una visió des de la qual el dol, a part de demandar una a la reconstrucció del món intern, també comporta manifestacions socials (rituals i costums).

4) Dimensió biològica: el dol té implicacions en l'estructuració de la personalitat, en la salut mental de la persona i té efectes sobre l'organisme (sistema immunològic, funcions biològiques, estat hormonal i secrecions internes).

5. Model constructivista narratiu de Neimeyer

Neimeyer desenvolupa una perspectiva constructivista per abordar la complexitat del dol que assumeix els següents supòsits:

1) La mort pot validar o invalidar les creences que constitueixen la base sobre la qual ens organitzem, o bé pot esdevenir una experiència novedosa per a la qual encara no albergàvem construccions prèvies.

2) El dol és un procés personal, idiosincràtic, lligat al propi sentit d'identitat.

3) El dol és quelcom que desenvolupem per nosaltres mateixos, no quelcom que se'ns fa.

4) El dol és l'acte de reconstruir un món de significats que s'ha vist trasbalsat i perturbat per una pèrdua.

5) En el dol cada sentiment i emoció té la seva funció i s'han d'entendre com senyals dels esforços per atribuir significat a la pèrdua i a la vida actual.

6)Tots construïm i reconstruïm la pròpia identitat com a supervivents d'una pèrdua a través de la negociació amb els altres.

El dol és un procés lent ja que requereix una re-estucturació a diversos nivells (emocional, fisiològic, social, espiritual, cognitiu) i, segons Neimeyer, la seva elaboració pot durar anys i comporta la presència d'alts i baixos, inclòs anys desprès d'haver patit la pèrdua.

El dol anticipat

El dol anticipat (Lindemann, 1944; citat a Worden, 2013) és un tipus de dol que s'inicia abans de que la pèrdua sigui real. Això es dóna en casos en que un preveu que el moment de la mort s'aproxima. Resultat d'això, quan es produeix la mort no s'observen les reaccions esperables ja que les fases del dol ja s'han experimentat anteriorment. Cal tenir en compte aquesta manera d'elaborar el dol sobretot en casos en què és evident el procés final de vida. Inclòs en casos de malalties degeneratives, com les demències tipus Alzheimer, els familiars poden sentir que perden a la persona abans de la seva mort.

Referències:

Bowlby, J. (1997). La pérdida afectiva: tristeza y depresión. (A. Báez, trad.). Buenos Aires: Paidós. (Obra original publicada al 1983).

Kübler-Ross, E., i Kessler, D. (2006). *Sobre el dol i el dolor.* (1ª ed.). (I. Obiols, trad). Barcelona: Sagarmata. (Obra original publicada al 2005).

Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la pérdida.* (Y. Gómez, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada al 2000).

Tizón, J. L. (2007) El duelo y las experiencias de pérdida. En J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Psiquiatria en Atención Primaria* (2a ed., pp. 607-630). Madrid: Aula Médica.

Worden, W. J. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia.* (4a ed.). (G. Sánchez, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada al 2008).

Sessió 5. El dol (II)

Sobre el dol. Les pèrdues passades

Els professionals de la salut experimenten una pèrdua de naturalesa múltiple quan es mor un pacient, o resident en aquest cas:

- La pèrdua de la relació propera amb el pacient.
- La pèrdua deguda a la identificació del personal amb el dolor de la família.
- La pèrdua dels objectius i expectatives a assolir i això s'associa amb una pèrdua a l'auto-imatge i rol professional.
- La pèrdua relacionada amb el sistema de creences personals sobre la vida.
- Les pèrdues passades que no s'han pogut resoldre o l'anticipació de futures pèrdues.
- La confrontació amb la pèrdua de la vida, és a dir, amb la propia mort.

(Papadatou, 2000)

Activitat individual:
Aquest exercici fa referència als dols més recents que hagis viscut.

Primerament, descriu com et sents actualment al respecte, com t'afecta, què trobes a faltar, etc. Pots anotar tants dols com desitgis.

En segon lloc, escriu una frase o una paraula de respecte, amor o record, per a cada persona que han anomenat en l'exercici.

Referències:

Papadatou, D. (2000). A Proposed Model of Health Care Professional's Grieving Process. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 41*(1), 59-77.

Sobre el dol al lloc de treball. Conceptes principals.

Els professionals que treballen en els serveis sanitaris-assistencials experimenten l'exposició a la mort i a la pèrdua habitualment (Anderson i Gaugler, 2007).

El dol dels professionals

S'identifica en els treballadors: emocions de pena i dolor, acompanyades sovint per alleujament degut a la finalització de patiment (Montoya, 2006), tristesa, plors, dificultat per acceptar la mort del resident (Rickerson et al., 2005; Boerner, Burack, Jopp i Mock, 2015); intens sentiment de pèrdua, buidor i dolor (Marcela i Kelley, 2015; Osterlind, Hansebo, Andersson i Ternestedt, 2011).

Les reaccions del personal davant la mort d'un resident són molt similars a les que s'experimenten amb la mort d'un familiar: apareix la buidor de la pèrdua i el dolor en el moment d'evocar records. Tot i així, s'observa que altres reaccions, com el plor, són menys típiques en el personal, tot i que també apareixen (Boerner et al., 2015).

La situació dels professionals

Els professionals es troben en una situació complexa: per un costat senten la necessitat d'elaborar el dol, però, per l'altre senten l'exigència d'haver de seguir amb les tasques laborals. Hi ha estudis que reporten que a les institucions per gent gran, a nivell organitzacional, el dol és ocultat i silenciat (Marcela i Kelley, 2015).

Referències:

Anderson, K. A., i Gaugler, J. E. (2007) The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 54*(4), 301-318.

Boerner, K., Burack, O. R., Jopp, D. S., i Mock, S. E. (2015). Grief After Patient Death: Direct Care Staff in Nursing Homes and Homecare. *Journal of Pain and Symptom Management, 49(*2), 214-222.

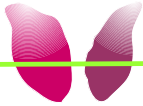
Marcela, J., i Kelley, M. L. (2015) "Death is part of the job" in Long-Term Care Homes: Supporting Direct Care Staff With Their Grief and Bereavement. *SAGE Open*, 1-15. doi: 10.1177/2158244015573912

Montoya, R. (2006) Aquellos que nos verán morir. Significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. *Index Enferm, 15*(52-53), 25-29. doi: 10.4321/S1132-12962006000100006

Osterlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., i Ternestedt, B. M. (2011) A discourse of silence: professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing & Society, 31*, 529-544. doi:10.1017/S0144686X10000905

Rickerson, E., Somers, C., Allen, C., Lewis, B., Strumpf, N., i Casarett, D. (2005). How Well Are We Caring for Caregivers? Prevalence of Grief-Related Symptoms and Need for Bereavement Support Among Long-Term Care Staff. *Journal of Pain and Synmptom Management, 30*(3), 227-233. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.04.005

Sessió 7. La vulnerabilitat



<u>Sobre la vulnerabilitat. Conceptes principals.</u>

Què és el síndrome del *burnout?*

El síndrome del *burnout,* traduït literalment com síndrome d'estar cremat pel treball, es defineix com una sobrecàrrega laboral que inclou la pèrdua d'implicació cap al client, esgotament físic i emocional, pèrdua d'emocions

agradables, pèrdua d'empatia o respecte cap al client (deshumanització). Tot això fa que la qualitat del servei ofert disminueixi i inclòs que hi hagi absentisme laboral (Maslach i Pines, 1977). Maslach i Jackson (1981, citat en Gil-Monte i Moreno-Jiménez, 2007) conceptualitzen el síndrome del *burnout* a través de tres símptomes: la baixa realització personal, l'esgotament emocional i la despersonalització.

Què és el desgast per empatia o fatiga per compassió?

El desgast per empatia ha rebut altres nomenclatures com fatiga per compassió (traducció literal de l'anglès *compassion fatigue*). Tal com la defineix Figley (1995, citat en Kolthoff i Hickman, 2017), aquest fenomen es pot donar en professionals que ofereixen un servei de cures i/o recolzament. Es caracteritza per un esgotament a nivell emocional, físic i mental, sensació de frustració o impotència, desesperança, tristesa, que es poden estendre a altres àrees vitals, a part de l'àmbit laboral. En la fatiga per compassió, l'empatia generada cap a les persones en situacions de patiment acaba resultant en un esgotament que impedeix desenvolupar eficaçment la tasca.

Què és l'estrès per trauma secundari?

L'estrès per trauma secundari està vinculat amb els professionals que són testimonis visuals d'un incident que procuren abordar, és a dir, que a situació que experimenten pot causar un impacte tal que desemboqui en una sobrecàrrega psicològica i emocional (Rothschild, 2009, p. 27). Per exemple, seria el cas d'una infermera intentant auxiliar a una dona gran que s'estigui ofegant amb el menjar i acabi morint davant d'ella, i, al llarg de l'any, continuï exposada a situacions de mort.

(Rothschild, 2009)

Qualitat de vida professional

Stamm (2010) uneix aquestes reaccions amb el concepte de qualitat de vida professional. L'aspecte que afecta negativament a aquesta qualitat de vida és la fatiga

per compassió, que, al mateix temps, es divideix en dues parts: la primera és el síndrome del *burnout* que està relacionat amb l'esgotament, la frustració, la ira i la depressió; la segona part fa referència a l'estrès per trauma secundari, que és degut a l'actitud empàtica davant situacions i persones que experimenten vivències traumàtiques.

Recomanacions per a la gestió del síndrome de *burnout* i la fatiga per compassió

Byrne i McMurray (1997; citat a Keidel, 2002) proposen les següents estratègies per a afrontar aquestes dues reaccions:

- Realitzar una auto-avaluació honesta al valorar objectivament el lloc de treball.
- Controlar la tendència a estar sobre-implicat.
- Interrogar-se sobre quines són les pròpies necessitats.
- Evitar veure's a un mateix com el "salvador" de persones en fases terminals.
- Observar el que passa des de la perspectiva de la família, sense identificar-se massa amb les emocions que senten.
- Cultivar la pròpia espiritualitat.
- Mentenir-se interessat per les inquietuds o necessitats espirituals, emocionals i físiques de la persona que s'aten.
- Establir objectius assolibles i recompensar-te quan els aconsegueixis.
- Aprendre a dir que no i a demanar allò que necessites, assertivament.
- Procurar veure cada tasca com un repte assumible i no com una molèstia.
- Adaptar el lloc de feina a la teva manera de ser i a les teves necessitats.
- Desenvolupar contactes socials de suport i gaudi.
- Compartir la tensió i rebre el suport dels amics, sense estar sempre discutint sobre els problemes laborals.
- Conversar i compartir les inquietuds amb algun membre del personal que et proporcioni suport.
- Procurar mantenir l'equilibri entre la vida professional i la personal.
- Mantenir un estil de vida saludable: menjar sà, dormir adequadament i realitzar exercici.

- Recordar que no es té control sobre el que passa fora, però sí sobre les pròpies respostes i manera de viure-ho.

Showalter (2010) afegeix algunes estratègies més per afrontar la fatiga per compassió:

- Procurar tenir una estona de calma.
- Recarregar energies diàriament, a través de passejar, fer exercici, meditar, menjar sà, etc.
- Tenir una conversa significativa cada dia.
- Entendre que el patiment que sents és normal ja que realitzes una feina intensa.
- Dormir suficient i de manera reparadora.
- Desenvolupar interessos o tenir aficions fora del lloc de feina.
- Identificar quines són les coses realment importants per tu, les teves prioritats.
- Fer una cosa cada vegada.
- Riure i passar estones agradables.
- Mantenir una rutina familiar.
- Mantenir una dieta regular saludable.
- Crear un lloc segur i agradable on estar tranquil en el teu món interior.
- Esperar a que les situacions es produeixin, no anticipar-les.
- Contactar amb un bon terapeuta.
- Ser agraït i respectuós amb un mateix.

Pràctiques que es recomana evitar per a la prevenció de la fatiga per compassió

- Culpabilitzar als altres.
- Ignorar el problema.
- Complaure als companys de feina.
- Negar les pròpies necessitats, interessos i desitjos.
- Automedicar-se.
- Tenir expectatives poc realistes.
- Reduir activitats d'oci.
- Treballar més dur i més hores.

Referències:

Keidel, G. C. (2002). Burnout and Compassion Fatigue Among Hospice Caregivers. *Amercian Journal of Hospice & Palliative Care, 19*(3), 200-205. doi: 10.1177/104990910201900312

Kolthoff, K. L., i Hickman, S. E. (2017). Compassion fatigue among nurses working with older adults. *Geriatric Nursing, 38*(2), 106-109.

Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el professional de la ayuda: psicofisiologia de la fatiga por compasión y del trauma vicario.* (1a Ed.). (J. Aldekoa, trad.). Bilbao: Desclée de brouwer. (Obra original publicada al 2006).

Showalter, S. E. (2010). Compassion Fatigue: What Is it? Why Does It Matter? Recognizing the Symptoms, Acknowledging the Impact Developing the Tools to Prevent Compassion Fatigue, and Strengthen the Professional Alredy Suffering From the Effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 27*(4), 239-242. doi: 10.1177/1049909109354096

Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual.* (2nd Ed.) Pocatello, recuperat de: http://www.proqol.org

Bujalance, J., Villanueva, F., Guerrero, S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A., Viñas, C., Castro, S., i Martín, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Rev Esp Griatr Grontol, 36*(1), 32-40.

Sessió 8. Cuidar-me

Activitat individual:

Anota en un full a part i de manera anònima què és el que pots necessitar a partir del moment en que mor un resident i, per tant, s'inicia el procés de dol.

Sobre les estratègies d'afrontament individuals. Conceptes principals.

Les estratègies d'afrontament són accions i pensaments que ens capaciten per a la gestió de situacions difícils o estressants (Stone, Helder i Schneider, 1988; citat en Schwartz i Stone, 1993). Les estratègies d'autocura formen part de les estratègies d'afrontament individuals perquè promouen la gestió de la mort i el dol (Hotchkiss, 2018).

Què és l'autoconsciència o l'autoconeixement?

L'autoconsciència permet identificar els punts forts i febles, comprendre les pròpies reaccions davant determinades situacions i això, al mateix temps, ajuda a gestionar les emocions enlloc de sentir-se dominat per elles (Brisbane South Palliative Care Collaborative, 2013).

El desenvolupament de autoconsciència

Posar atenció i preguntar-se sobre les següents àrees:

- Física: com estic a nivell de salut? Hi ha alguna zona on noti dolor físic?
- Emocional: com em sento abans d'iniciar la jornada/durant la jornada/un cop acabada la jornada laboral?
- Perceptiva/cognitiva: quin sentit atribueixo a les experiències de la feina?
- Activitats: fins quin punt existeix un equilibri entre la meva vida laboral i la personal?
- Relacional: com interfereix la meva feina en les meves relacions personals?
- Expertesa: què estic aprenent en el meu rol professional?
- Espiritualitat: com ha canviat la mea actitud respecte l'espiritualitat o el sentit de vida a partir de les experiències dins de la feina?

La meditació i l'autoconsciència

La meditació, com el *mindfulness* o meditacions d'atenció plena promouen l'autoconsciència (Raab, 2014). El *mindfulness* és una manera de cultivar l'atenció plena

amb la intenció de viure cada moment present tant plentament com sigui possible (Kabat-Zinn, 1993; citat a Raab, 2014), sense judici i amb acceptació d'allò que passi en el moment (Raab, 2014).

L'escriptura expressiva i l'autoconsciència

L'escriptura reflexiva també promou l'autconsciència (Harris, 2006). Consisteix en escriure sobre experiències estressants permitint-se expressar lliurement. L'escriptura expressiva és una eina que: 1) promou que la intensitat de les emocions es redueixi, de manera que esdevenen més manejables; 2) promou la reestructuració cognitiva, sorgeixen noves maneres de pensar sobre un fet estressor; 3) millora l'autoregulació i això afavoreix la gestió de les pròpies emocions (Sexton et al., 2013).

Activitat individual:

Repon breument a les següents qüestions que permeten aproximar-te al desenvolupament de l'autoconsciència:

- Física: com estic a nivell de salut? Hi ha alguna zona on noti dolor físic?

- Emocional: com em sento abans d'iniciar la jornada/durant la jornada/un cop acabada la jornada laboral?

- Perceptiva/cognitiva: quin sentit atribueixo a les experiències de la feina?

- Activitats: fins quin punt existeix un equilibri entre la meva vida laboral i la personal?

- Relacional: com interfereix la meva feina en les meves relacions personals?

- Expertesa: què estic aprenent en el meu rol professional?

- Espiritualitat: com ha canviat la mea actitud respecte l'espiritualitat o el sentit de vida a partir de les experiències dins de la feina?

Activitat individual:

Practica l'escriptura expressiva sobre un episodi o fet estressant durant la jornada laboral.

Gestió emocional i autoconsciència

(Benito, Arranz, Cancio, 2011):

1. Quan apareix una emoció, la delimito en el meu cos: on la sento (estòmag, gola, cap...), com és (punxant, acalorada, etc.).
2. Intento identificar-la posant-li un nom: tristesa, ràbia, por, alegria, etc.
3. Accepto la emoció: la reconec i em permeto sentir-la mentre respiro.
4. Identifico la causa: quin estímul m'ha generat aquesta emoció? (un pensament, una situació, l'acció d'algú...).
5. Responc envers la emoció o la deixo anar: si he de donar una resposta a algú, em responsabilitzo de la meva emoció i responc assertivament, o bé, senzillament, respiro i deixo que desaparegui (no alimento l'emoció amb pensaments, sinó que segueixo amb el dia).

Estratègies d'autocura durant el dol

- Reconèixer el dol i el seu procés (en les diverses àrees que pot afectar) i prendre consciència de que és una reacció normal.
- Comunicar al superior i a l'equip de companys com estàs vivint l'experiència per tal que puguin estar informats del teu estat d'ànim i puguin oferir-te suport si ho necessites.
- Buscar suport per part de professionals.
- Mantenir una dieta sana.
- Realitzar activitat física.
- Realitzar activitats agradables que promoguin el teu benestar.
- Compartir temps distès i agradable amb la família i els amics.
- Tenir pensaments positius.
- Posar atenció al moment present.
- Observar el que succeeix com un testimoni imparcial, sense jutjar.

Referències:

Benito, E., Arranz, P., y Cancio, H. (2011). Herramientas para el cuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 18*(2), 59-65.

Brisbane South Palliative Care Collaborative (2013). *Bereavement Support Booklet for Residential Aged Care Staff.* Brisbane: State of Queensland (Queensland Health). Recuperat de https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/3600/Default.aspx

Harris, A. (2006). Does Expressive Writing Reduce Health Care Utilization? A Meta-Analysis of Randomized Trials. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(2), 243-252. doi:10.1037/0022-006X.74.2.243

Hotchkiss, J. T. (2018) Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress Mediate a Relationship Between Compassion Satisfaction and Burnout Risk Among Hospice Care Professionals. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 35*(8), 1099-1108.

Raab, K. (2014). Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of Literature. *Journal of Health Care Chaplincy, 10,* 95-108. doi: 10.1080/08854726.2014.913876

Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., i Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfactio and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. Journal of Pain and Symptom Management, 50(2), 200-207. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013

Schwartz, J. E., i Stone, A. A. (1993). Coping with daily work problems. Contributions of problem content, appraisals, and person factors. *Work & Stress, 7*(1), 47–62. doi:10.1080/02678379308257049

Sexton, J. D:, Pennebaker, J. W., Holzmueller, C. G., Wu, A. W., Berenholtz, S. M., Swoboda, S. M., Pronovost, P. J., y Sexton, J. B. (2013). Care for the Caregiver: Benefits of Expressive Writing for Nurses in the United States. *Progress in Palliative Care, 17*(6), 307-312. doi: 10.1179/096992609X12455871937620

Sessió 9. Cuidar-nos

Sobre les estratègies d'afrontament col·lectives. Conceptes principals.

En aquest cas, les estratègies d'afrontament col·lectives són actuacions que promouen la gestió de la mort i del dol a nivell grupal. Per poder oferir acompanyament a l'equip, és necessari novament fer ús de l'autoconsciència per poder ser empàtics i sensibles a les necessitats dels altres.

Estratègies d'afrontament col·lectives a nivell interpersonal

- Mostrar reconeixement respecte la pèrdua i el dol que pot estar experimentant l'altra persona.
- Animar als companys a compartir les seves emocions respecte la mort d'un resident, en un ambient tranquil i íntim.
- Oferir una escolta activa i respectuosa, lliure de judicis, envers les experiències i necessitats dels companys (recordem que cada dol és únic i vàlid).

(Brisbane South Palliative Care Collaborative, 2013)

Estratègies d'afrontament col·lectives a nivell organitzacional

Algunes són:

- Reconèixer la pèrdua de cada resident a través d'una commemoració: per exemple, posant una fotografia seva en algun lloc apropiat, creant un àlbum de records, etc.
- Recolzar l'assistència del personal al tanatori o cerimònia de la persona, sempre que hi hagi el permís de la família.
- Tenir procediments concrets a través dels quals tots els treballadors puguin assabentar-se de la mort dels residents. Una idea proposada a la investigació d'Osterlind, Hansebo, Anderson i Ternestedt (2011) és encendre una esplema que simbolitzi la mort d'un resident, col·locada en un lloc específic on tothom pugui veure-ho i així, qui ho desitgi, pugui informar-se sobre quin resident ha mort, quan es durà a terme la cerimonia, etc.
- Oferir oportunitats formals i informals als treballadors per expressar les seves emocions i vivències respecte la mort d'un resident.
- A les reunions d'equip, promoure la discussió sobre aspectes de cures pal·liatives (control del dolor; acompanyament a la persona i a la família; observació de malestar físic, emocional, espiritual, social...) i gestió de la mort i el dol.
- Participar en l'educació i capacitació dels treballadors respecte el tema de la mort i la gestió del dol.

- Augmentar la consciència sobre les situacions que poden esdevenir en aquest context (situació d'últims dies) i conversar al respecte, atès que això pot reduir les preocupacions i els temors vinculats a l'experiència.

(Brisbane South Palliative Care Collaborative, 2013)

Activitat en grups de 4 persones:

A continuació es presenten cinc casos en els quals aplicareu els coneixements adquirits. Podeu fer ús dels apunts i del dossier de formació.

Cas 1

El Sr. Guillem es va morir ahir a la nit. Presentava una demència tipus Alzheimer en un estadi molt avançat i pràcticament ja no es podia comunicar. El Sr. Guillem havia tingut moltes amistats a la residència, sobretot un grup d'homes amb els que cada tarda passaven hores jugant a cartes o al dominó. Quan es planificava una excursió a la residència només hi anaven si els quatre podien: si un d'ells estava malalt, es quedaven tots a la residència fent companyia al seu amic. Amb els anys el grup s'ha anat reduïnt i, en l'actualitat, només vivien dos integrants: el Sr. Guillem i el Sr. Jaume. El Sr. Jaume ha perdut autonomia també, ara va amb cadira de rodes, però continua actiu, jugant al bingo i altres activitats que li proposen. A més, cada primer dissabte de mes, va a visitar al Sr. Guillem a la seva planta i passen unes hores junts. L'equip està pensant en com transmetre-li la informació al Sr. Guillem ja que no s'ha pogut acomiadar d'ell.

Què proposarieu en aquesta situació?

Cas 2

La Sra. Antonia, de 80 anys, és una dona molt riallera, xerraire i presumida. Li agrada ser el centre d'atenció i sempre està bromejant. Tota la residència la coneix, doncs sempre es va a presentar quan arriba algú nou, ja sigui un resident o un treballador. Fa una setmana va patir una insuficiència respiratòria i la van derivar a l'hospital per tal d'atendre-la millor. La família s'ha comunicat cada dia amb la directora de la residència: l'evolució favorable de la Sra. Antonia indica que probablement en uns dies ja estarà novament a la residència. No obstant, avui ha trucat la seva família explicant que s'ha mort. Tots els treballadors s'han quedat impactats.

Com enfocarieu la situació de la Sra. Antonia?

Cas 3

El Sr. Miquel, com cada matí, és dels primers en despertar-se. Normalment, com que és massa d'hora, es posa a llegir fins l'hora de llevar-se. Avui, a primera hora del matí ha demanat que acudís algú. Una de les gerocultres ha anat a l'habitació a atendre'l i ell li ha comunicat que creia que el Sr. Joan (el seu company d'habitació) s'havia mort perquè no el sentia respirar feia estona i és un home que sempre ronca. Ella amb cura s'ha apropat al Sr. Joan i, efectivament, l'ha trobat mort. Impactada, ha avisat a les seves companyes i han trucat a direcció.

En una situació com aquesta, què considereu que s'hauria de fer? Què s'hauria de tenir en compte de cara a la gerocultora, al Sr. Miquel i a la família?

Cas 4

La Sra. Àngels ja fa una setmana que ha empitjorat molt a nivell de salut. Passa el dia al llit, bastant adormiscada, i sovint l'acompanya algun dels seus fills. En Joan i l'Arnau són els fills de l'Àngela, fan torns per estar amb ella i cada dia es troben cap al migidia a l'habitació de la mare. En el moment de trobar-se sempre discuteixen sobre temes familiars i acaben alçant la veu. La Sra. Àngels, des de fa dos dies passa moltes hores dormint, li costa molt menjar i sovint es posa a tossir quan intentar empassar. Avui ha mostat una respiració més agitada i ha passat tot el dia adormida.

Què considereu que es podria fer en aquesta situació?

Cas 5

El Sr. Terenci és una persona molt afable i expressiva que gaudeix molt de la música. Presenta una demencia en estadi moderat. Sempre que es proposen activitats a través de la música o cantants ell hi participa i es mostra molt col·laborador. A més, diàriament participa al grup d'estimulació cognitiva. Manté bones relacions amb els altres residents i amb els professionals és molt proper. Aquest darrer any seu estat general ha empitjorat, tant a nivell físic, com funcional i cognitiu. El declivi és tal que fa dues setmanes que observen que gairebé no menja i ja no assisteix al grup d'estimulació

cognitiva perquè està molt adormit. Inclús hi ha estones que les passa al llit perquè descansi millor. A la educadora social, que el coneix de fa 10 anys i feia activitats amb ell cada dia, li està resultant difícil gestionar l'estat del Sr. Terenci i la seva possible pèrdua a curt termini.

Quines propostes podrieu fer per a gestionar aquest cas?

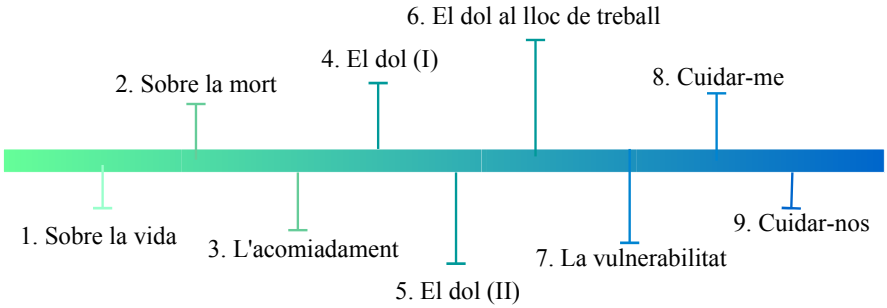
Referències:

Brisbane South Palliative Care Collaborative. (2013). *Bereavement Support Booklet for Residential Aged Care Staff.* Brisbane: State of Queensland (Queensland Health). Recuperat de https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/3600/Default.aspx

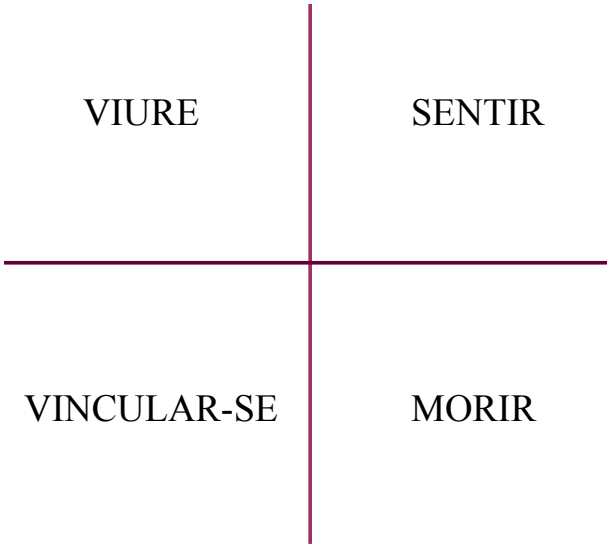
Marcela, J., i Kelley, M. L. (2015) "Death is part of the job" in Long-Term Care Homes: Supporting Direct Care Staff With Their Grief and Bereavement. *SAGE Open*, 1-15. doi: 10.1177/2158244015573912

Osterlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., i Ternestedt, B. M. (2011). A discourse of silence: professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing* & Society, 31, 529-544. doi:10.1017/S0144686X10000905

Annex 5. **Diapositives per al facilitador**



Sessió 1. Sobre la vida



Sessió 2. Sobre la mort

Activitat individual:

Anota el nom de persones que s'hagin mort dins del teu entorn, ja siguin amistats, coneguts, familiars, residents... A continuació, explica com han sigut els processos de mort: on van morir (a casa, a l'hospital...), com va ser el procès final de vida (ràpid, lent...), podies preveure la mort, etc.

Sessió 2. Sobre la mort

L'agonia

Estat que precedeix la mort en aquells casos on la vida es va apagant progressivament. Duració d'hores o dies.

→ Signes de l'agonia

- Deterior de l'estat general
- Pèrdua del to muscualar
- Canvis en els signes vitals
- Afectació sensorial
- Dificultats per a la ingesta
- Símptomes psicoemocionals

→ Signes físics de mort imminent

Sessió 2. Sobre la mort

- Tractament farmacològic → Control del dolor
- Tractament no farmacològic → Confort i acompanyament

  Per a la persona gran i la seva família

No totes les morts presenten agonia...

Sessió 3. L'acomiadament

Els rituals funeraris

Integració dels canvis en un mateix

Transició estatus social

Connexió amb el que s'ha perdut

Sessió 3. L'acomiadament

Funcions dels rituals

- Acceptació la realitat
- Expressió del dolor
- Recolzament moral
- Afirmació o reconstrucció de creences
- Continuïtat i esperança
- Reconnexió amb el difunt
- Reconstrucció de la pròpia identitat

Sessió 3. L'acomiadament

Activitat en grups de 4 persones:

Reflexioneu i proposeu tres maneres diferents de ritualitzar la pèrdua dins de la residència, tenint en compte als treballadors, a la família i als residents. Podeu nombrar els rituals que ja existeixen i a més, oferir-ne tres diferents que considereu que podrien ser útils dins d'aquest context.

Sessió 3. L'acomiadament

Exemples de rituals a residències	• Un minut de silenci en nom de... • Esqueles al tauler d'anuncis • Acomiadament a l'habitació amb cos present, per a famílies i l'equip • Acte de commemoració per a residents • Ritual de la reunió setmanal d'equip • Ritual semestral per a tothom • Homenatge anual als difunts per a famílies • Arbre de Nadal commemoratiu

Sessió 4. El dol (I)

Activitat en parelles:

Creeu una definició sobre què és el dol.

Sessió 4. El dol (I)

El dol requereix d'una pèrdua

El dol és el conjunt de reaccions
(emocionals, cognitives, fisiològiques, espirituals i socials)
que apareixen com a resposta davant d'una pèrdua.

Sessió 4. El dol (I)

Models explicatius sobre el dol

1. Model psico-social d'etapes de Kübler-Ross

1) Negació
2) Ira
3) Negociació
4) Depressió
5) Acceptació

Sessió 4. El dol (I)

Models explicatius sobre el dol

2. Model psico-social de Bowlby

1) Fase d'embotament
2) Fase d'anhel i recerca de la figura perduda
3) Fase de desorganització i desesperança
4) Fase de menor o major grau de reorganització

Sessió 4. El dol (I)

Models explicatius sobre el dol

3. Model cognitiiu-conductual de Worden

1) Acceptar la realitat de la pèrdua
2) Elaborar el dolor de la pèrdua
3) Adaptar-se a un món sense la persona que ha mort
4) Trobar una connexió permanent amb el difunt i comprometre's amb una vida nova

Sessió 4. El dol (I)

Models explicatius sobre el dol

4. Model bio-psico-social de Tizón

1) Dimensió psicològica
2) Dimensió psico-social
3) Dimensió social i etológico-antropológica
4) Dimensió biològica

Sessió 4. El dol (I)

Models explicatius sobre el dol

5. Model constructivista narratiu de Neimeyer

1) La mort pot validar o invalidar les pròpies creences
2) El dol és un procès personal lligat al propi sentit d'identitat
3) El dol és quelcom que desenvolupem per nosaltres mateixos
4) El dol és l'acte de reconstruir un món de significats rere una pèrdua
5) En el dol cada sentiment i emoció té la seva funció
6) Tots construim i re-construim la pròpia identitat a través de la negociació amb els altres

Sessió 4. El dol (I)

El dol anticipat

Tipus de dol que s'inicia abans de que la pèrdua sigui real, es dona en casos en que un preveu que el moment de la mort s'aproxima.

Sessió 5. El dol (II)

Els professionals de la salut i la naturalesa múltiple de la pèrdua:

Les morts dels residents poden posar-nos en contacte amb les pèrdues passades que no s'han pogut resoldre o amb l'anticipació de futures pèrdues.

Sessió 5. El dol (II)

Activitat individual:

Aquest exercici fa referència als dols més recents que hagis viscut. Primerament, descriu com et sents actualment al respecte, com t'afecta, què trobes a faltar, etc. Pots anotar tants dols com desitgis.

En segon lloc, escriu una frase o una paraula de respecte, amor o record, per a cada persona que han anomenat en l'exercici.

Sessió 6. El dol al lloc de treball

El dol dels professionals

Emocions de pena, dolor, tristesa, plors,

dificultat per acceptar la mort del resident.

Les reaccions del personal davant la mort d'un resident són molt similars a les que s'experimenten amb la mort d'un familiar.

Sessió 6. El dol al lloc de treball

Exigències dels professionals → Continuar amb les tasques

Necessitats dels professionals → Elaborar el dol

Sessió 7. La vulnerabilitat

Reaccions que poden aparèixer per l'exposició a la mort i la pèrdua:

- El síndrome del *burnout*
- El desgast per empatia o fatiga per compassió
- L'estrès per trauma secundari

Sessió 7. La vulnerabilitat

Per una bona gestió...

Respectar les pròpies necessitats

Mantenir un estil de vida saludable

Relacionar-se i realitzar activitats d'oci

Mantenir un equilibir entre la vida professional i la personal

I evitar...

Ignorar el problema

Complaure als companys de feina

Automedicar-se

Tenir expectatives poc realistes

Treballar més dur i més hores

Sessió 8. Cuidar-me

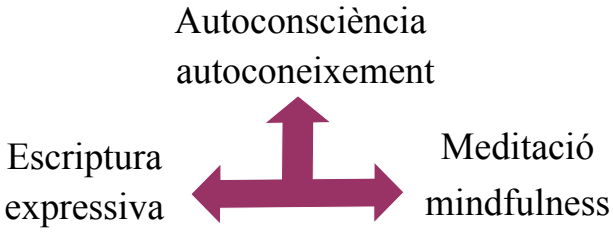
Activitat individual:

Anota en un full a part i de manera anònima què és el que pots necessitar a partir del moment en que mor un resident i, per tant, s'inicia el procès de dol.

Sessió 8. Cuidar-me

Estratègies d'afrontament individuals

Les estratègies d'afrontament són accions i pensaments que ens capaciten per a la gestió de situacions difícils, com la mort i el dol.



Sessió 8. Cuidar-me

El desenvolupament de l'autoconsciència

- Àrea física
- Àrea emocional
- Àrea perceptiva/cognitiva
- Àrea espiritual
- Àrea relacional
- Expertesa
- Equilibri entre àmbits

Sessió 8. Cuidar-me

Activitat individual:

1) Repon breument a les qüestions que permeten una primera aproximació al desenvolupament de l'autoconsciència.

2) Practica l'escriptura expressiva sobre un episodi o fet estressant durant la jornada laboral.

Sessió 8. Cuidar-me

Gestió emocional i autoconsciència

- Delimitar l'emoció en el cos
- Identificar-la posant-li un nom
- Acceptar l'emoció
- Identificar-ne la causa
- Respondre envers la emoció o la deixar-la anar

Sessió 8. Cuidar-me

Estratègies d'autocura durant el dol

- Reconèixer el dol i el seu procès, prendre consciència de que és una reacció normal
- Comunicar al superior i a l'equip de companys com estàs vivint l'experiència
- Buscar suport per part de professionals
- Mantenir una dieta sana i realitzar activitat física
- Realitzar activitats agradables
- Compartir temps amb la família i els amics
- Tenir pensaments positius
- Posar atenció al moment present
- Observar el que succeeix com un testimoni imparcial

Sessió 9. Cuidar-nos

Estratègies d'afrontament col·lectives

Les estratègies d'afrontament són col·lectives quan, enlloc de dirigir-se cap a un mateix, es dirigeixen cap als altres.

- Interpersonals
- Organitzacionals

Sessió 9. Cuidar-nos

Estratègies d'afrontament col·lectives interpersonals

- Mostrar reconeixement respecte la pèrdua i el dol de l'altre.
- Animar als companys a compartir les seves emocions,

  en un ambient tranquil i íntim.
- Oferir una escolta activa i respectuosa, lliure de judicis,

  envers les experiències i necessitats dels companys.

Sessió 9. Cuidar-nos

Estratègies d'afrontament col·lectives organitzacionals

- Reconèixer la pèrdua de cada resident.
- Recolzar l'assistència del personal al tanatori o cerimònia de la person.
- Permetre que els treballadors puguin assabentar-se de la mort dels residents.
- Oferir oportunitats als treballadors per expressar les seves emocions i vivències.
- A les reunions d'equip, promoure la discussió sobre cures pal·liatives i gestió de la mort i el dol.
- Participar en l'educació i capacitació dels treballadors respecte el tema.
- Augmentar la consciència sobre les situacions que poden esdevenir en aquest context (situació d'últims dies) i conversar al respecte.

Sessió 9. Cuidar-nos

Activitat en grups de 4 persones:

A continuació es presenten cinc casos en els quals aplicareu els coneixements adquirits. Podeu fer ús dels apunts i del dossier de formació.

Moltes gràcies
per la vostra atenció i participació!