



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultad de Psicología

Trabajo Final del Máster Oficial
de Psicogerontología

**No Somos Nadie, Cuando lo Somos Todo: un
programa de intervención en duelo complicado en
situación de COVID-19 para personas mayores que
viven en residencias**

Alumno: Francisco Manuel Medina Moreno

Tutor académico: Josep Faba Ribera

Fecha de entrega: 20 de septiembre de 2020

Curso 2019 – 2020

ÍNDICE

1.	Introducción marco teórico	1
1.1.	Justificación	1
1.2.	Antecedentes	5
1.2.1.	Tipos de duelo y sintomatología.....	5
1.2.2.	Fases del duelo según diferentes autores.....	7
1.2.3.	Factores que influyen en el proceso de duelo.....	13
1.2.4.	Duelo en personas mayores	20
1.2.5.	Duelo desde la institución	23
1.2.6.	Intervenciones previas	26
2.	Programa de la intervención.....	29
2.1.	Destinatarios	29
2.2.	Objetivos Generales y específicos	30
2.3.	Sesiones y duración	31
2.4.	Evaluación pre y post intervención.....	33
2.4.1.	Inventario de Duelo Complicado de Prigerson Revisado.....	33
2.4.2.	Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte (EBAM)	34
2.4.3.	Escala de Depresión Geriátrica (GDS).....	35
2.4.4.	Escala autoestima de Rosenberg (EAR).....	36
2.4.5.	Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).....	36
2.4.6.	Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC).....	37
2.5.	Tipología y orientación de la intervención	38
2.6.	Contenido de cada sesión.....	45
2.6.1.	Primera sesión	45
2.6.2.	Segunda sesión	46
2.6.3.	Tercera sesión	49
2.6.4.	Cuarta sesión	50

2.6.5.	Quinta sesión	52
2.6.6.	Sexta sesión	54
2.6.7.	Séptima sesión	56
2.6.8.	Octava sesión	58
2.6.9.	Novena sesión.....	59
2.6.10.	Décima sesión.....	60
2.6.11.	Decimoprimera sesión	62
2.6.12.	Decimosegunda sesión	64
3.	Discusión.....	66
4.	Conclusiones y valoración personal.....	72
5.	Referencias	73

Índice tablas

Consecuencias sobre la salud durante el proceso de duelo	7
Fases del duelo	8
Criterios de inclusión y exclusión	27
Estructura de las diferentes áreas por semanas	31

Índice figura

Mediadores que afectan al duelo	20
---------------------------------	----

Resumen

Introducción: Actualmente la pandemia de SARS-CoV-2 ha sido un factor que ha incrementado la mortalidad en personas mayores. Uno de los escenarios más perjudicados por este virus han sido las residencias, dando lugar a que ocurra, entre los dolientes, una mayor probabilidad de duelo complicado.

Objetivo: La presente intervención tiene el objetivo de lograr una adaptación en el proceso de duelo a través de la mejora de diversos aspectos relacionados como la autoestima, resiliencia o satisfacción con la vida, así como una disminución de la sintomatología depresiva.

Metodología: Este proyecto toma como base el punto de vista cognitivo conductual y humanista, desde donde se trabajará, a lo largo de 12 sesiones de formato grupal e individual con 6 personas, quienes serán evaluadas pre y post intervención.

Resultados: Se espera que al finalizar la intervención los/las participantes hayan conseguido adaptarse a un duelo normal y tengan una visión más satisfactoria de una vida donde el ser querido ya no está junto a ellos/ellas.

Conclusión: Debido a lo repentino de la situación se pretende abordar la temática de los fallecimientos en las residencias y sus repercusiones en los residentes a través de esta intervención de manera que se pueda reducir la incertidumbre y el miedo provocado por la pandemia.

Palabras clave: Proceso de duelo, cognitivo conductual, humanista, adultos mayores, atención centrada en la persona, duelo complicado.

Abstract

Introduction: Currently, SARS-CoV-2 pandemic has been a factor that has increased mortality in the elderly. One of the scenarios most affected by this virus has been the residences, leading to a greater probability of complicated grief occurring among the bereaved.

Objective: The present intervention has the objective of achieving an adaptation in the grieving process through the improvement of various related aspects such as self esteem, resilience or satisfaction with life, as well as a decrease in depressive symptoms.

Methods: This project is based on the cognitive-behavioral and humanistic point of view, from where it will work, throughout 12 sessions of group and individual format with 6 people, who will be evaluated pre and post intervention.

Results: It is expected that at the end of the intervention, the participants have been able to adapt to a normal grief and have a more satisfactory vision of a life where the loved one is no longer with them.

Conclusions: Due to the suddenness of the situation, it is intended to address the issue of deaths in residences and their repercussions on residents through this intervention so that the uncertainty and fear caused by the pandemic can be reduced.

Keywords: Grieving process, cognitive behavioral, humanistic, older adults, person-centered care, complicated grief.

1. Introducción marco teórico

1.1. Justificación

La pérdida es una constante en la vida de cada persona. Aunque esta afirmación pertenece a una visión poco agradable por el dolor que supone esta experiencia, no podemos negar su ocurrencia en nuestra historia vital. Una de las pérdidas que más impacto puede tener a todos los niveles en nuestra vida es la de un ser querido. Cuando perdemos a alguien cobra especial relevancia elaborar y adaptarse a esta pérdida, sobre todo si la persona que fallece ha sido alguien cercano. Este proceso de adaptación es lo que se conoce como elaboración del duelo y, aunque por lo general, no necesita de un tratamiento específico para tratarlo, si podemos encontrar un porcentaje de personas que, debido a la actuación de diversos factores, esta experiencia se vuelve compleja y más difícil de superar (Payás, 2007). Este proceso complejo se conoce como duelo complicado y si no es tratado puede tener un tiempo que va desde meses a años (Barreto y Pérez-Marín, 2012; Worden, 2013) y en el cual podemos encontrar diversos problemas que pueden afectar tanto a la salud mental como a la salud física de las personas que lo padecen.

Para hacernos una idea en cuanto a cifras, encontramos que en el año 2018 en España, según últimos datos del año completo del Instituto Nacional de Estadística, hubo un total de 427.721 fallecimientos. Si utilizamos la información del índice de duelo (Latham y Prigerson, 2004) por el cual por cada fallecimiento hay un promedio de seis personas afectadas por la muerte y, por otro lado, se calcula que entre un 8 y un 10 % de personas en duelo acaban presentando complicaciones en el proceso (Payás, 2007), encontraríamos que, aproximadamente, entre 205.306 y 256.633 personas habrían padecido de duelo complicado en ese año.

Por otro lado, teniendo en cuenta la magnitud que suponen los problemas derivados de una mala resolución de este proceso, Payás (2007), da cuenta de la importancia de una buena planificación en cuanto al tratamiento del duelo respecto a los servicios sanitarios públicos, recalcando la necesidad de programas de atención especializada y apoyando la creación de servicios de atención al duelo de forma más específica, más allá de las que proveen las redes de atención primaria y salud mental. Esta carencia de programas específicos para el tratamiento del duelo, en muchas ocasiones impiden visibilizar la importancia de trabajar sobre este aspecto, lo que supone que no se pida ayuda o se tarde

más en pedirla y que concluiría en un empeoramiento en este proceso y una mayor vulnerabilidad de la persona que está vivenciando esta experiencia y que requieren dicha atención específica para este problema (Durbán, Loarte, Higuera, Maza y Fernández, 2014). Siguiendo esta línea de vulnerabilidad, autores como Losada et al., (2019), destacan, por un lado, la enorme carga emocional que supone y, por otro, el hecho de que este tipo de experiencias se vinculen con la identidad y el bienestar psicológico, por lo que refuerza la idea de que su afrontamiento es de vital importancia, ya que, en caso contrario, se trataría de un riesgo frecuente para la ocurrencia de psicopatologías, tal como menciona Montuori (2013).

Ahora bien, lo anteriormente mencionado, caracteriza la pérdida como algo genérico y que cualquier persona podría sufrir, pero cabe preguntarse sobre las repercusiones que el fallecimiento de un ser querido tendría para una persona mayor, teniendo en cuenta de que el duelo, según Flórez (2002), es uno de los temas centrales que caracterizan sus experiencias emocionales. Tal y como dice el autor, a edades avanzadas, las personas mayores tienen mayor probabilidad de enfrentarse a múltiples pérdidas (incluidas las no relacionadas con el fallecimiento de un ser querido). Para Flórez, esto supondría un claro desgaste de energía tanto física como emocional para lograr llegar a la adaptación de este cambio, situación que se incrementaría si estas pérdidas son sucesivas, poniendo a la persona mayor en un estado de duelo constante.

Hasta ahora, se ha hecho un breve repaso sobre la situación que rodea al duelo en cuestión de la importancia de tratarlo. Estos aspectos, si bien no son novedosos, tienen relevancia en cuanto a dotar de importancia esta experiencia. Ahora bien, un aspecto que si es actual y que hace que trabajar sobre este proceso cobre especial relevancia ha sido la llegada del SARS-CoV-2, también conocido como COVID-19 o coronavirus. En España, según datos del Ministerio de Sanidad aportados por las Comunidades Autónomas, calcula que el número de fallecidos en residencias debido al coronavirus son de al menos 18.883 (RTVE, 2020). Si tenemos en cuenta que actualmente (a 8 de agosto de 2020) en toda España han fallecido 28.503 personas, tendríamos que, del total, poco más del 66% de personas fallecidas por el COVID-19, son personas mayores que han fallecido en residencias (RTVE, 2020). Estos datos son relevantes debido precisamente a las condiciones vividas durante la pandemia, ya que muchos de estos fallecimientos ocurren de forma repentina o sin dar apenas tiempo para que la persona se prepare para la muerte del ser querido. De hecho, esta situación ha cambiado por completo el panorama en lo

que a vivencia del duelo se refiere. Uno de los aspectos más relevantes en este sentido es que las condiciones de confinamiento (y posteriormente de las primeras fases de la desescalada) favorecen el desarrollo de duelos complicados debido entre otros factores a lo repentino del evento (Velázquez, 2020), la prohibición de realizar funerales, el impedimento de trasladarse con otros seres queridos o que estos fuesen a las residencias, o la limitación del número de personas que se pueden reunir y las actividades a realizar han sido elementos que también han influido a la hora de elaborar un proceso de duelo debido a la importancia para su elaboración de pasar tiempo con los familiares o poder realizar rituales funerarios.

Aunque pueda dar la sensación de que el duelo es un proceso predominantemente individual, hay que resaltar que es una experiencia donde el contexto tiene su importancia, sobre todo si añadimos a la familia y los cambios de roles y dinámicas que ocurren dentro de ella tras el fallecimiento del ser querido (Delalibera et al., 2015). Ahora bien, una situación en la que se tienen que ver muchas personas mayores, es que tienen que vivir dicha experiencia fuera del hogar en el que tantos años han vivido y muchas veces experimentar el dolor de la pérdida en una residencia, situación que cada vez es más común debido al aumento de la esperanza de vida. Cabe preguntarse entonces, si la vivencia de la pérdida de un ser querido y posterior proceso de duelo, se lleva de manera diferente por personas mayores dentro de un contexto residencial. En un estudio en Inglaterra, relacionado con esta temática, Katz, Sidell y Komaromy (2000), encontraron que el trabajo que se hacía sobre el duelo era relativamente escaso. Para mantener la tranquilidad en las residencias, la práctica de ocultar la muerte a los residentes era algo relativamente habitual en los centros. Una conclusión muy relevante a la que llegaron los investigadores a raíz de este estudio fue que la mayoría de las personas que trabajan en entornos residenciales y hogares, no tienen cualificación profesional ni preparación específica para abordar el trabajo del duelo y la muerte. A esta conclusión también llega Payás (2012) en España, quien indica que muchos profesionales de la red pública sanitaria carecen de formación específica sobre este tema, valiéndose en muchos casos únicamente de una intervención basada en la escucha activa y la empatía.

Por todo lo anterior, a día de hoy se hace más necesario la intervención dirigida a una correcta adaptación en el proceso de duelo. Además, tal y como afirman diversos autores (Gordillo, 2008; Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky y Van Heeringen, 2010), las intervenciones tanto preventivas del duelo complicado como aquellas que lo tratan

para reducir el malestar que provocan ofreciendo resultados favorables en la disminución de la sintomatología del duelo complicado (tales como depresión, reducción de la calidad de vida o problemas relacionados con la vida social, entre otros), tanto a corto plazo como en los seguimientos a largo plazo, sobre todo aquellas intervenciones que van destinadas a personas que presentan duelo complicado.

1.2. Antecedentes

Habitualmente se ha entendido el duelo (también conocido como duelo normal, no patológico o agudo) como una respuesta natural que ocurre en cualquier ser humano como reacción a la pérdida de un ser querido. Actualmente se está ampliando esta definición no solo ante el fallecimiento de una persona sino también como aquellos procesos psicológicos y psicosociales que ocurren en la vida y que se dirigen hacia la pérdida en general: objetos, trabajo, divorcio o incluso capacidades (Flórez, 2002).

Partimos de la base de que el ser humano es inherentemente un ser social que a lo largo de su vida establecerá diferentes tipos de vínculos según la persona con la que se relacione y parece evidente que cuanto más profundo sea este vínculo, más intensas y variadas serán las reacciones emocionales que surgirán en caso de que dicha unión se rompa por cualquier motivo (Worden, 2013). Es por ello que, cuando dichas relaciones se vean amenazadas o se rompan, pondremos en marcha conductas que nos acerquen nuevamente al estado original del vínculo a fin de reestablecerlo, pudiendo aparecer como consecuencia el rechazo, la apatía o el desespero (Bowlby, 1980).

Precisamente es debido a su complejidad y a esta amalgama de emociones que surgen de esta experiencia, que se entiende el duelo como un proceso que afecta a la vida de las personas a distintos niveles. Así pues, la persona doliente debe aceptar que esta situación conlleva un cambio y que, ante todo, debe adaptarse a una realidad que no ha buscado y que por supuesto preferiría olvidar o negar (Montuori, 2013) pero que lamentablemente no volverá a ser como antes. En este sentido y de forma general, parece haber un acuerdo entre que no hay una vuelta a la normalidad en el sentido estricto de la palabra, ya que lo que ocurre más bien es un ajuste y una adaptación que inevitablemente habrá cambiado a la persona que ha pasado por el duelo. Es por ello que autores como Weiss (1993) consideran que nuestra personalidad refleja la historia de nuestros duelos.

1.2.1. Tipos de duelo y sintomatología

Al principio de este apartado se hablaba de duelo normal, no patológico o agudo como un proceso natural por el que la mayoría de las personas pasan cuando sufren una pérdida. Este tipo de duelo no se concibe como un problema, pues hablamos de reacciones adaptativas que se inician inmediatamente después, o en los meses siguientes tras la

pérdida del ser querido. Durante este proceso se reconocen síntomas comunes la tristeza, el recuerdo constante de la persona fallecida, insomnio, llanto, falta de atención o dificultad para llevar a cabo las tareas del día (Florez, 2002; Shear et al., 2013). Su duración es variable y puede transcurrir desde los seis meses al año (Flórez, 2002). En este punto, habría que hacer énfasis en que también nos encontraríamos ante este tipo de duelo si encontramos que la persona, tras el fallecimiento de un ser querido, experimenta altos niveles de ansiedad o depresión, ya que es perfectamente normal sentirlos cuando ocurre una pérdida de esta magnitud dado que forma parte de este proceso de adaptación (Losada et al., 2019). En este sentido, como recalca Payás (2012), la mayoría de las personas que han pasado por un duelo importante han sido capaces de adaptarse a la nueva situación con tiempo y apoyo. Es más, la autora insiste en que la mayoría de las personas que pasan por este proceso no necesitan ayuda psicológica para lograr la adaptación.

Para Shear et al., (2013), el proceso por el cual la mayoría de las personas se adaptan a la pérdida se conoce como duelo integrado y añaden que es en este punto donde la muerte del ser querido es llevada con cierto bienestar y satisfacción, lo que da la posibilidad de experimentar nuevamente placer y motivación hacia las actividades realizadas. Los autores señalan que en la mayoría de los casos, el duelo agudo evoluciona de forma natural a un duelo integrado, pero en algunos casos esto no es así, y se produce un duelo complicado. Este tipo de duelo se define como un problema de salud mental, y es donde encontramos unos patrones de comportamiento desadaptativos (Howarth, 2011; Shear et al., 2013), que podrían conducir a la depresión, ansiedad, la pasividad, el aislamiento, la soledad y a la enfermedad (Losada et al., 2019), y que también, por otro lado, está asociado a un aumento de la mortalidad dentro del primer año tras la muerte del ser querido si el vínculo era intenso y al aumento de recursos sanitarios (Payás, 2007; Prigerson et al., 1997).

El duelo es considerado como la principal reacción que ocurre tras la pérdida, pero de este proceso derivan múltiples síntomas y consecuencias que pueden llegar a afectar a la persona de manera no solo emocional o psicológica sino también física (Stroebe et al., 2007), tal y como se puede observar en la siguiente tabla (ver Tabla 1).

Tabla 1
Consecuencias sobre la salud durante el proceso de duelo

-
- Reacciones afectivas: depresión, ansiedad, miedos, culpa, ira, hostilidad, soledad, etc.
 - Reacciones cognitivas: preocupación, rumiaciones, sensación de presencia de la persona fallecida, autoestima disminuida, indefensión, desesperanza, ideación suicida, problemas de concentración o de memoria, etc.
 - Reacciones conductuales: agitación, inquietud, fatiga, hiperactivación, llanto, aislamiento social, incremento del consumo de sustancias (p.ej., alcohol), etc.
 - Fisiológicas o somáticas: pérdida de apetito, problemas de sueño, pérdida de energía, quejas somáticas, etc.
 - Aumento del riesgo de mortalidad (por muchas causas, incluida el suicidio).
 - Síntomas de salud física (función inmune alterada, vulnerabilidad a la enfermedad, dolores de cabeza y dolor general más limitante, mareo, dolor del pecho, mayor número de enfermedades, mayor uso de recursos médicos -incluidos fármacos-, etc.).
-

Nota: Recuperado de “Cuidados, duelo y muerte” de Losada, A., Márquez-González, M., y Pérez, A., 2019 *Desarrollo adulto y envejecimiento: Segunda edición revisada y actualizada* (pp. 263-294). Copyright 2019 de Alianza Editorial, S. A.

1.2.2. Fases del duelo según diferentes autores

Como se decía anteriormente, el duelo es un proceso y como tal, consta de diversas fases o etapas por las cuales pasa una persona cuando fallece un ser querido. A pesar de esto, no se ha llegado a un consenso a la hora de establecer una forma clara y objetiva de delimitar dicho proceso, por lo que existen varios modelos sobre estas etapas/fases (ver Tabla 2) por lo que existe cierta controversia sobre el orden por el que pasan a través de las fases e incluso si se dan estas en su totalidad, ya que no todas las personas atraviesan todas las etapas por un lado, o siguen el orden establecido por otro, debido entre otros

factores por ejemplo, a las diferencias culturales (Stroebe et al., 2007). Actualmente y debido a esta falta de unanimidad, existe un posicionamiento a favor de la idea de que el duelo es un proceso activo y lleno de decisiones, por lo que esta experiencia sería totalmente diferente para cada persona (Moreno, 2002), lo que explicaría que la persona no pasase por todas las etapas o se saltara algunas, ya que serían estas decisiones y el contexto que rodea a dicha persona, las que conformarían esta vivencia individualizada del duelo. Aun así, cabe tenerlas en cuenta debido a su existencia y a que su conocimiento, puede ayudarnos a comprender y actuar de manera más eficaz sobre la persona y, sobre todo, debido a que una mala elaboración o un trabajo insuficiente de una estas etapas puede dar lugar a un duelo complicado (Flórez, 2002).

Tabla 2

Fases del duelo según varios autores/as

Autores/as	Fases
Lindemann (1944)	1.- Shock/incredulidad, 2.- Aflicción aguda, 3.- Reanudación de la vida diaria, 4.- Disminución de la imagen de estar muerto
Engel (1964)	1.- Negación, 2.- Aceptación creciente, 3.- Restitución
Kübler-Ross (1969)	1.- Negación, 2.- Depresión, 3.- Ira, 4.- Negación, 5.- Aceptación.
Horowitz (1976)	1.- Protesta, negación, 2.-Intrusión, 3.- Obtención, 4.- Conclusión.
Schulz (1978)	1.- Inicial, 2.- Intermedia, 3.- Recuperación
Davidson (1979)	1.- Shock e insensibilidad, 2.- Búsqueda y ansiedad, 3.- Desorientación, 4.-Reorganización.
Bowlby (1980)	1.- Embotamiento, 2.- Anhelos y búsqueda, 3.- Desorganización y desesperanza, 4.- Reorganización.
Backer et al. (1982)	1.- Ansiedad, 2.- Ira y culpabilidad, 3.- Desorganización
Martocchio (1985)	1.- Shock e incredulidad, 2.- Anhelos y protesta, 3.- Angustia, desorganización y desesperación, 4.- Identificación, 5.-Reorganización y restitución.
Delisle – Lapierre (1984)	1.- Crítica, 2.- Crucial, 3.- Creadora.
Clark (1984)	1.- Negación e incredulidad, 2.- Aceptación creciente de la pérdida, 3.- Restitución y reparación.
D'Angelico (1990)	1.- Shock / negación, 2.- Ira / depresión, 3.- Comprensión / aceptación

Nota: Recuperado de “Como transcurre un duelo: fases” de Astudillo, W., Pérez, M., Ispizua, A., y Orbegozo, A., 2007, *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa* (pp. 35). Copyright 2007 de Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

- **Las etapas de Kübler-Ross**

Uno de los procesos de elaboración del duelo más conocidos fue realizado por Kübler-Ross (1969). Esta autora, se centra y describe el proceso del duelo que se produce ante la pérdida de una persona significativa. Durante el mismo la persona experimentará diversas reacciones emocionales asociadas a cinco etapas diferentes las cuales transcurrirán de forma secuencial.

La primera de las etapas, de negación, habitualmente ocurre inmediatamente tras la pérdida del ser querido. Esta negación no tiene por qué ser total en el sentido de negar por completo el fallecimiento, sino que puede darse como una pérdida de su importancia o incluso de la visión de la muerte como algo definitivo. Esto es debido, según la autora, a un mecanismo de defensa ante una situación dolorosa.

La segunda etapa, la ira, está ligada a la frustración surgida de la incapacidad de poder modificar la pérdida. En esta etapa es común que la persona busque a alguien a quien culpar y dirigir esta emoción. Los receptores de este enfado pueden ser otras personas, animales, objetos e incluso a sí mismos.

En la tercera etapa, la negociación, aparecen pensamientos y acciones donde la persona intenta, a través de alternativas, realizar un cambio en el fallecimiento del ser querido. Esta fase es la más breve y la más desconocida según la autora.

La cuarta fase, la depresión, conlleva que la persona comience a darse cuenta de la irreversibilidad de la pérdida, lo que genera sentimientos de tristeza y desesperanza, que llevarán a la persona hacia una crisis existencial que llevará a la idea de convivir con la ausencia del ser querido.

En la última fase, la aceptación, las personas comienzan a tener una visión de la pérdida desde una perspectiva de comprensión, más acorde a la realidad, lo que les permite convivir con el dolor emocional junto con la capacidad de volver a disfrutar de lo que le rodea.

- **Las fases de Bowlby**

Por otro lado, Bowlby (1961) y Bowlby (1980), quien estudió las relaciones de separación sobre todo en niños y sus progenitores, basó este modelo del duelo en su propia teoría del apego y encontró que se daban cuatro fases en el proceso de duelo.

El primero, la fase de entumecimiento o shock ocurre inmediatamente después de la pérdida del ser querido. Al igual que en el modelo de Kübler-Ross (1969), se considera que este proceso se pone en marcha como un mecanismo de autodefensa, que permitirá a la persona hacer frente a la pérdida que acaba de ocurrir por no estar preparada para afrontarla. En esta fase, la persona niega la realidad de la pérdida e incluso puede llegar a mostrar indiferencia ante esta, pero también es posible que este estado emocional cambie drásticamente en un breve periodo de tiempo y se sustituya por un estado de tristeza o ira intenso.

La segunda, fase de anhelo y búsqueda, es la más compleja debido a la amalgama de emociones que experimenta la persona, quien muestra conductas y pensamientos dirigidos a la búsqueda y acercamiento con la persona fallecida.

En la siguiente fase, de desorganización y desesperanza, la persona comienza a aceptar la realidad de la pérdida, lo que las lleva a sentimientos de profunda tristeza, por lo que en muchos casos existe la posibilidad de que la persona se aíse y muestre conductas autodestructivas.

Por último, en la fase de reorganización, la persona comienza a comprender a aceptar el cambio que supone la nueva situación sin la presencia del ser querido. Esta fase se caracteriza por comenzar a ver los aspectos positivos que antes no podía debido a la tristeza, por lo que se perciben nuevamente los estímulos positivos y el interés por realizar nuevas actividades. Aunque no se deja de sentir cierta tristeza en ocasiones ante el recuerdo de la persona fallecida, el futuro se afrontará desde una perspectiva más positiva. Bowlby asegura que a este estado se llega tras haber reestructurado los modelos representativos tanto de la persona superviviente como del contexto que le rodea. Hay que destacar que a diferencia del modelo de Kübler-Ross, Bowlby afirmaba que las personas fluctuarán entre las diferentes fases, por lo que en este caso no nos encontraríamos ante una secuencia fija.

- **Las tareas de Worden**

Por último y alejándose del concepto de las fases o etapas, Worden (2013) elabora, basándose en el modelo de Bowlby, una teoría donde cobran importancia las tareas que debe realizar la persona para poder elaborar el duelo de manera correcta.

La primera de las tareas que propone Worden hace referencia a aceptar la realidad de la pérdida. Al igual que en los modelos anteriores, Worden también da cuenta de la negación de la persona al afrontar la realidad de la muerte del ser querido por lo que parte de esta primera tarea por parte del superviviente es la de asumir que la persona que ha muerto no volverá. Aquellas personas que no lleguen a aceptar esta nueva realidad quedarán bloqueadas en esta tarea y esto puede ocurrir de tres formas: negando la realidad de la pérdida, negando el significado de esta o negando la irreversibilidad de la muerte. En el primer caso, la persona superviviente se autoengaña pensando que la persona fallecida no está muerta. En el segundo, la persona superviviente resta importancia a la relación que tenía con la persona fallecida y en el tercer caso, el superviviente tiene la esperanza de poder volver a contactar con el fallecido. Ante esta tarea, según Worden, pueden ayudar los rituales tradicionales tales como los funerales, pues hacen ver que la persona realmente ha fallecido.

La segunda tarea será la de elaborar el dolor de la pérdida. Worden usa el término “dolor” en un sentido amplio, pues incluye tanto el dolor físico como el emocional. En caso de que esta tarea no se lleve a cabo, el dolor se manifestará en forma de síntomas o conductas disfuncionales, lo que prolongará el tiempo en el que se pueda llegar a una correcta resolución del duelo. En esta tarea cobra importancia el entorno social pues se produce una interacción entre este y la persona superviviente ya que, según Worden, la sociedad puede mandar el mensaje de que expresar el dolor es algo negativo, lo que provoca que la persona decida negar sus emociones y por tanto, no trabajarlas de forma adecuada. En lugar de afrontar esta tarea y permitirse sentir el dolor y expresarlo, habrá personas que buscarán negarlo o evitarlo a través de métodos poco recomendables como abusar del alcohol o drogas, idealizar a la persona fallecida o incluso usando procedimientos de detención de pensamientos.

La tercera tarea tratará de adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. Esta tarea tiene en cuenta las diferencias en el contexto de las personas pues el medio al que deben adaptarse diferirá de una persona a otra dependiendo, entre otros factores, a la relación que tenía el superviviente con el fallecido o los diferentes roles que

desempeñaban. Según Worden, las personas no son conscientes de los roles que cumplen en la relación hasta un tiempo después de que la persona fallezca, lo que en muchos casos, conlleva que la persona que sobrevive tenga que adaptarse al medio adquiriendo en el proceso los roles o habilidades que tenía la persona fallecida, lo que puede resultar especialmente complejo cuando el difunto es el/la cónyuge. Esto, sumado a la situación de soledad, hace que trabajar en esta tarea conlleve también adaptarse no solo al medio, sino también al propio sentido de la persona en sí misma. Precisamente uno de los problemas que pueden encontrar las personas que encaran esta tarea tiene que ver con la no consecución de estas metas, lo que tendría como resultado una disminución en su autoestima, al cuestionarse su propia eficacia para elaborar otros roles o adquirir diferentes habilidades. Para Worden, la superación de esta tarea conllevará dar un nuevo sentido al mundo mientras se asumen las exigencias del medio al crear nuevas habilidades de afrontamiento.

La última tarea tendrá como objetivo el recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. La meta de esta tarea requiere que el/la doliente sitúe a la persona fallecida en un lugar importante de su vida y que a la vez pueda disfrutar y continuar viviendo de manera eficaz. Muchas personas, después de la muerte de un ser querido, deciden no querer relacionarse de nuevo tanto a nivel de amistad como de pareja debido que esto supondría para ellos renunciar o incluso traicionar a la persona fallecida. Es en estos casos donde la idea de seguir viviendo cobrará especial importancia ya que implicaría la de, según el autor, volver a amar a otras personas.

Como se ha podido observar, el paso de la perspectiva sobre las etapas que transcurren de manera más o menos fija, a una visión del proceso de duelo como una serie de tareas a realizar por la persona, implica que esta deberá ser más activa a la hora de conseguir adaptarse a la pérdida. Una vez superadas estas cuatro tareas acabaría el proceso de duelo. Worden toma como referencia esta superación cuando el o la superviviente piensa en la persona fallecida sin sentir dolor, aunque aclara que es normal tener una sensación de tristeza al pensar en alguien querido que ha fallecido. También añade que otra forma de ver esta superación es cuando la persona recupera la motivación por la vida y vuelve a disfrutar de esta.

Aunque se han comentado estos tres modelos sobre el proceso de duelo, este tema tiene gran cantidad de bibliografía y muchos autores han propuesto otros alternativos (véase

p.e. Lindemann, 1944; Parkes, 1979; Cohen, Mannarino y Knudsen, 2004 y Neimeyer, 2007, entre otros). Se podría llegar a la conclusión tal y como dicen Martínez y Siles (2010) de que los distintos modelos, en relación a sus etapas, son similares aunque cambien sus terminologías. De manera general, todas estos modelos comparten la idea de que la pérdida de un ser querido conlleva un gran impacto en la vida de la persona, provocando en muchas ocasiones lo que se consideraría un antes y un después tanto en su vida personal, como social y donde se entiende el duelo, para la mayoría de las personas, como un proceso “normal” en el que tras un periodo de intensa actividad emocional sigue una disminución gradual de estos tras la comprensión y aceptación de la pérdida (Howarth, 2011).

A pesar de estas similitudes en las diversas etapas, tal como dice Howarth (2011), encontramos que existe controversia en otros factores como son su duración, su curso y el resultado esperado. Por este motivo, aunque el conocimiento de los modelos anteriormente citados sea relevante, no hay que obviar las variables individuales, familiares, ambientales o culturales.

1.2.3. Factores que influyen en el proceso de duelo

Tal y como se ha ido comentando a lo largo de la lectura, el duelo es un proceso de gran complejidad en el que actúan diversas variables que pueden cambiar el curso de esta experiencia. Estos factores pueden actuar durante todo el proceso y tendrán un efecto en la manera en el que la persona lo desarrolla y concluye, dando lugar a un proceso de duelo relativamente normal, donde se logra la aceptación y comprensión de la pérdida o, por el contrario, derivando a un proceso de duelo complicado en el cual la persona se ha podido estancar en una parte de este, impidiendo que logre su correcta resolución. Por otro lado, la importancia de conocer estos factores proviene de la certeza de que un duelo complicado afecta tanto a la salud mental como física e incluso está relacionado con un aumento del riesgo de mortalidad (Milic, Muka, Ikram, Franco y Tiemeier, 2017; Stroebe, Schut y Stroebe, 2007). A continuación, se detallarán algunos de estos factores que la literatura recoge dividiéndolos en las cuatro categorías generales establecidas por Sanders (1988), incluyendo diversos estudios de diversos autores y autoras y se finalizará, con una imagen bastante ilustradora (ver Figura 1) sobre los mediadores propuestos por Worden (2013), que incluyen múltiples de ellos y que complementan esta experiencia.

- **Factores biográficos/demográficos**

- *Edad y sexo*

Aunque a priori pueda parecer para muchos que la edad es un factor de riesgo que correlaciona positivamente con la gravedad de los síntomas provocados por un proceso de duelo, en el sentido de que a mayor edad existirá una mayor intensidad en la sintomatología provocada por este proceso, la literatura nos dice todo lo contrario. Estudios realizados por Sanders (1981) y recogidos por Stroebe et al., (2007) muestran que las personas jóvenes son más vulnerables a dichos síntomas que las personas de mayor edad, quienes mostraban una menor intensidad. Sin embargo, las personas mayores veían incrementados de manera significativa la soledad y ansiedad e incluso expresaban sentimientos de desesperanza (Sanders, 1981). Por otro lado, otro problema que mostraban las personas mayores es que en diversos países aumenta el riesgo de mortalidad debido al proceso de duelo a partir de edades avanzadas (Stroebe et al., 2007). En su trabajo, Parkes y Weiss (1983), llegaron a la conclusión de que las personas jóvenes sufrían más el proceso de duelo a nivel psicológico y las personas mayores, a nivel físico; lo que podría deberse, según Sanders (1981), a factores socioculturales ya que las personas mayores cambiarían sus quejas a un ámbito más físico en lugar de psicológicos ya que tendrían una mayor aceptación por parte de las personas que les rodean, por la costumbre de dar una mayor asistencia médica.

Las diferencias de sexo también se hacen patentes a la hora de expresar el duelo, aunque por razones socioculturales. En un estudio realizado por Parkes y Brown (1972), en el cual examinaban los datos sobre salud a hombres y mujeres que habían perdido a sus conyugues, comparándolos con un grupo control, encontraron que los hombres se quejaban de menos síntomas provocados por el duelo tanto en el grupo de estudio como de control, hasta el punto de que las mujeres en el grupo de control mostraron casi los mismos síntomas que los hombres en proceso de duelo. Stroebe y Stroebe (1987), explican lo anterior alegando que los hombres tienden a confiar sus emociones a sus esposas y que, cuando estas fallecen, se cierran en sí mismos debido a la falta de práctica de expresar sus emociones a otras personas. Las mujeres, en el lado contrario, no tendrían tantos problemas para encontrar soporte social que les pueda ayudar en el proceso de duelo. La realidad a este respecto es que han estado saliendo a la luz diversos trabajos que pueden suponer un cambio en esta línea ya según los datos de Stroebe et al., (2007) los

hombres que han perdido a sus conyugues son relativamente más vulnerables a los síntomas del duelo que las mujeres. Por otro lado, y en referencia a la realización de una intervención, los hombres responderían mejor a aquellas que estimulan los sentimientos y las mujeres a aquellas intervenciones centradas en la solución de problemas (Schut, Stroebe, De Keijser y Van den Bout, 1997; Worden, 2013).

Más concretamente, en España, si hacemos una comparación entre edad y sexo, nos encontraríamos que, a partir de los ochenta y cinco años de edad, el número de mujeres dobla al de hombres (1.032.466 mujeres frente al 535.490 de hombres según datos del Instituto Nacional de Estadística, INE, 2020). Este dato nos ofrece una perspectiva por el tipo de problemas que podríamos encontrar y que provienen de costumbres mucho más arraigadas en el pasado que afectan a las habilidades de la persona mayor y que tienen que ver con la forma en la que abordan los problemas de la vida diaria; para los varones, estos problemas se centran en los relacionados con el cuidado del hogar como son el cocinar o limpiar la casa y, para las mujeres, los relacionados con la reparación de cosas de la casa o el manejo de asuntos legales o financieros, ya que según el estudio de Barbero (2006), entre el 70-75% de las personas indicaron que estos problemas complicaron su proceso de duelo.

- *Estatus socioeconómico*

Este factor a menudo rodea el proceso de duelo complicándolo más de lo que es de por sí (Sanders, 1988). Al parecer en aquellos hogares en los cuales el ingreso es reducido, hay una tendencia a disminuir la participación social, lo que en consecuencia conduciría a una mayor probabilidad de tener sentimientos de soledad, ansiedad (Atchley, 1975) o daría lugar a la aparición de más circunstancias estresantes (Morgan, 1976; Sanders, 1980) que agravarían el proceso de duelo. Por otro lado, una recopilación de estudios más actual elaborada Stroebe et al., (2007) en relación a como el proceso del duelo afecta a la salud, indica que el estatus socioeconómico no está relacionado con un deterioro de este, si bien sí estaría relacionado a los recursos materiales de la persona, tales como el dinero o los servicios, pues una carencia de estos sí podrían interferir propiciando un estrés extra.

- **Factores individuales**

- *Personalidad*

Dos variables se han asociado a los resultados relacionados a la salud: la estabilidad emocional y el locus de control (Stroebe y Stroebe, 1987). A este respecto los autores señalan que una buena estabilidad emocional sería un factor protector a la hora de enfrentarse con el estrés que supone el duelo. La percepción de control también supondría un importante moderador de este estrés. Por otro lado, el optimismo, entendido como aquella capacidad de encontrar elementos positivos ante una situación negativa, da la oportunidad de redefinir el problema, lo que supondría un favor protector frente al estrés del duelo (Stroebe et al., 2007; Worden, 2013).

Por último, se señalan los estilos de afrontamiento como uno de los mediadores que afectan al proceso de duelo. Estos estilos irían encaminados a la manera en la cual la persona afronta los problemas en general en el sentido de su capacidad para inhibir sus sentimientos o como se afrontan las situaciones estresantes (Worden, 2013). Entre otros, se proponen como protectores aquellos afrontamientos que buscan la resolución de problemas en cuanto a la puesta en marcha y mantenimiento de estrategias que ayuden al éxito de la resolución (Schneider, Elhai y Gray, 2007; Worden, 2013) y, por otro lado, el afrontamiento emocional activo, relacionado con el optimismo anteriormente comentado, que también tiene como propósito el expresar las emociones en lugar de reprimirlas (Worden, 2013).

- *Salud antes del duelo*

La predisposición de una persona a padecer problemas físicos o psicológicos antes del duelo, incrementaría la probabilidad de que estas condiciones empeoren debido al proceso de duelo (Sanders, 1988). De hecho, Parkes (1985) afirmaba que, debido a la influencia de las emociones sobre las arterias coronarias, personas que padecían problemas del corazón podrían ser más vulnerables a padecer cardiopatías debido a un duelo complicado. Por otro lado, existen estudios que correlacionan el uso habitual de servicios de salud antes de la pérdida, con una mayor propensión a peores resultados en el proceso de duelo (Mor, McHorney y Sherwood, 1986), sobre todo si la persona fallecida se trataba del cónyuge.

- *Ambivalencia y dependencia*

Uno de los aspectos a tener en cuenta es el tipo de relación que tenía con el fallecido/a. Se dan casos en los que la relación se basa en un estilo pasivo/agresivo que tendrá cierta

repercusión en como la persona procesará el duelo, ya que este estilo relacional basado en la ambivalencia podría desembocar en un fuerte sentimiento de culpa en la persona superviviente (Parkes y Weiss, 1983; Sanders, 1988; Worden, 2013), lo cual es una precondition importante para la depresión.

Por otra parte, una relación de dependencia estaría asociada a un mayor riesgo de padecer ansiedad, ya que la persona superviviente deberá realizar por su cuenta todo lo que antes dependía de la persona fallecida (Sanders, 1988). A este respecto, Worden (2013), asegura que de cuantas más tareas dependiera la persona superviviente, mayor sería el esfuerzo adaptativo que tendrá que realizar a diferencia de una persona que con una mayor capacidad para valerse por sí mismo/a.

- **Modo de la muerte**

- *Repentina versus anticipada*

Una de las características de que el ser querido haya muerto de forma repentina es lo impactante que puede llegar a ser para la persona superviviente. Debido a la conmoción de un evento de estas características, el proceso de duelo se suele prolongar (Parkes y Weiss, 1983). De hecho, antes de estos descubrimientos, Parkes (1975), descubrió que uno de los predictores de un duelo complicado en los cónyuges era precisamente el de una muerte repentina o con poco tiempo de anticipación, la cual provocaba retraimiento social, protesta y desconcierto continuo. Estos síntomas fueron llamados por el propio Parkes “síndrome de pérdida inesperada”. Lundin (1984) por otro lado, descubrió que el hecho de experimentar una muerte repentina correlacionaba con padecer más trastornos mentales y físicos que aquellas personas que habían perdido a alguien de forma anticipada.

Actualmente nos encontramos que debido a las condiciones de vida que están teniendo lugar por la situación de COVID-19, se está favoreciendo la aparición de duelos complejos, prolongados y traumáticos a través de lo sorpresivo y repentino de la pérdida. Todo ello, según Velázquez (2020), forma una cadena a la que se suman la incertidumbre sobre lo que ocurrirá, la falta de información, la sensación de impotencia o la soledad tanto en el momento de la pérdida como luego de que ocurra. Este cúmulo de circunstancias derivadas pueden dar lugar a un cambio en el curso normal del duelo haciendo que se complique.

- **Circunstancias después de la muerte**

- *Falta de apoyo social*

La importancia de este factor radica en cómo percibe la persona el apoyo que tiene. Uno de los problemas que suele darse a este respecto es que dicho apoyo ocurre, de forma general, inmediatamente tras la muerte del ser querido, pero tras un tiempo en el cual la persona comienza a salir de la conmoción de la experiencia, puede no encontrar a aquellas personas a las que necesita (Worden, 2013). Al parecer, aquellas personas que perciben un buen apoyo social pueden prevenir los efectos del estrés proveniente del duelo (Schwartzberg y Janoff-Bulman, 1991; Worden, 2013), incluso si este apoyo proviene de un animal de compañía (Akiyama, Holtzman y Britz, 1987; Worden, 2013).

En este sentido, la aparición de la pandemia por COVID-19 también ha agravado esta falta de apoyo social debido al empeoramiento de uno de los problemas que más afectan a las personas mayores como es la soledad, favorecida por la situación de aislamiento y el distanciamiento social, sobre todo a aquellas personas mayores internalizadas en residencias, donde existe la prohibición de las visitas y que, previsiblemente se ha convertido en una fuente extra de aislamiento social y soledad aunque haya ciertos momentos de comunicación por videoconferencia (Pinazo-Hernandis, 2020). Esto a su vez imposibilita la despedida o la organización de rituales, como la celebración de un funeral (Velázquez, 2020). Aunque estas medidas están en cierta medida justificadas por la situación en la que vivimos, no podemos negar el impacto que tienen en las personas que han perdido a un ser querido y ahora encuentran esa falta de apoyo familiar, social o emocional, que agravaría el sufrimiento, por un lado y por otro, la carencia de organizar y llevar a cabo rituales de despedida que, aunque con un significado simbólico, son inherentes de nuestra cultura y que nos sirven para poder dar un último adiós (Hernández et al., 2020); algo que es tan importante a la hora de elaborar el duelo.

- *Crisis concurrentes*

Las crisis concurrentes, también llamadas estresores debilitantes adicionales (Sanders, 1988) pueden ser entendidas tanto como experiencias de múltiples muertes como otros eventos estresores que pueden ocurrir tras el fallecimiento del ser querido tales como la pérdida de empleo o el divorcio (Worden, 2013). Aquellas personas que pasan por múltiples pérdidas tienen un mayor riesgo a padecer más dificultades que aquellos que no (Raphael y Maddison, 1976).

En este caso, la pandemia por COVID-19 puede alterar el proceso duelo a través de este factor. Hay que tener en cuenta que, sin la presencia de la pandemia ya de por sí existe la posibilidad de sufrir varias pérdidas como las mencionadas anteriormente, ahora, en el contexto actual, la aparición del virus ha incrementado la posibilidad de que la persona sufra múltiples pérdidas, sobre todo en el contexto residencial que, aunque como hemos visto no supone un gran impacto para la persona mayor, sí que añade el miedo a la incertidumbre de lo que pueda ocurrir en un futuro.

- **Relación con el fallecido: cónyuge, otros familiares y amistades**

Aunque esta categoría no fue creada por Sanders (1988) hay que tener en cuenta que el impacto de perder a un ser querido y el tipo de relación que se tenía con el/ella, sobre todo si se ha convivido gran cantidad de años y ha formado parte de un tramo extenso de la historia vital ya que supone una experiencia, cuanto menos, dolorosa. Por ejemplo, en personas que han enviudado, se ha constatado que existe un aumento del riesgo de mortalidad en los años siguientes tras el fallecimiento del ser querido (D' Epinay et al., 2010; Thierry, 2000). Tal es así, que autores como Parkes (1972) y Stroebe y Stroebe (1993) hablan del síndrome del “corazón roto”, llamada también miocardiopatía por estrés y caracterizada por ser provocada por situaciones estresantes y emociones extremas. En general, la pérdida del cónyuge en las personas mayores está asociada a peores resultados relacionados con: empeoramiento de la salud, pérdida de peso, aumento del riesgo de padecer enfermedades, discapacidad funcional o un incremento del riesgo a sufrir infarto de miocardio dentro de las veinticuatro horas de la muerte del conyugue (Shear et al., 2013). Por otro lado, aquellas personas que han enviudado en una edad avanzada tienen una gran tendencia a mostrar síntomas depresivos (D'Epina y et al., 2010) y cambios a nivel emocional y social, incluyendo una disminución en la satisfacción y el bienestar y un incremento en el sentimiento de soledad y una tendencia al aislamiento social (Shear et al., 2013).

Aunque no tan extensos y detallados como los estudios realizados a personas mayores que han perdido a su compañero/a de vida, existen también estudios sobre la pérdida de hijos, hermanos u otros parientes y amistades en esta población. En el caso de un proceso de duelo por la pérdida de un hermano, según D'Espinay et al. (2010), la importancia en cuanto a la intensidad en este proceso radicaría en la calidad de la relación y la unidad que se tuviese con dicho familiar. En el estudio realizado por Hays, Gold y Pieper (1997),

encontraron que aquellos adultos mayores que habían perdido a un hermano/a, dieron como resultado una mayor afección funcional y cognitiva en comparación con aquellos que habían perdido a una amistad e incluso calificaron su salud general como peor en comparación con otras personas que habían perdido amistades o cónyuges. Por otro lado, y en este mismo estudio, aquellos que perdieron a alguna amistad tenían mayor sintomatología depresiva que los que perdieron a su hermano/a.

En cuanto al fallecimiento de un hijo/a es interesante conocer el dato de que se ha estudiado sobre todo en la mujer (D' Epinay et al., 2010; De Vries, Davis, Wortman y Lehman, 1997; Moss et al., 2001), por su mayor esperanza de vida. Al parecer, existen pocos estudios dedicados a estudiar el proceso de duelo. En el estudio longitudinal realizado por De Vries et al. (1997), en el que examinaron a nivel nacional en el que examinaron los efectos a largo plazo a aquellas personas mayores (edad promedio de setenta años) que habían perdido a un hijo/a, encontraron un intenso y duradero aumento de la depresión junto con una disminución de la salud con respecto a un grupo control. Por otro lado, tal y como aparece en el estudio de Sequel (2000), ante la muerte de un hijo/a, se acentúa la sensación de vacío y falta de sentido de la vida. Según la autora, la magnitud del dolor y el sufrimiento se vincularía con el amor que se siente.

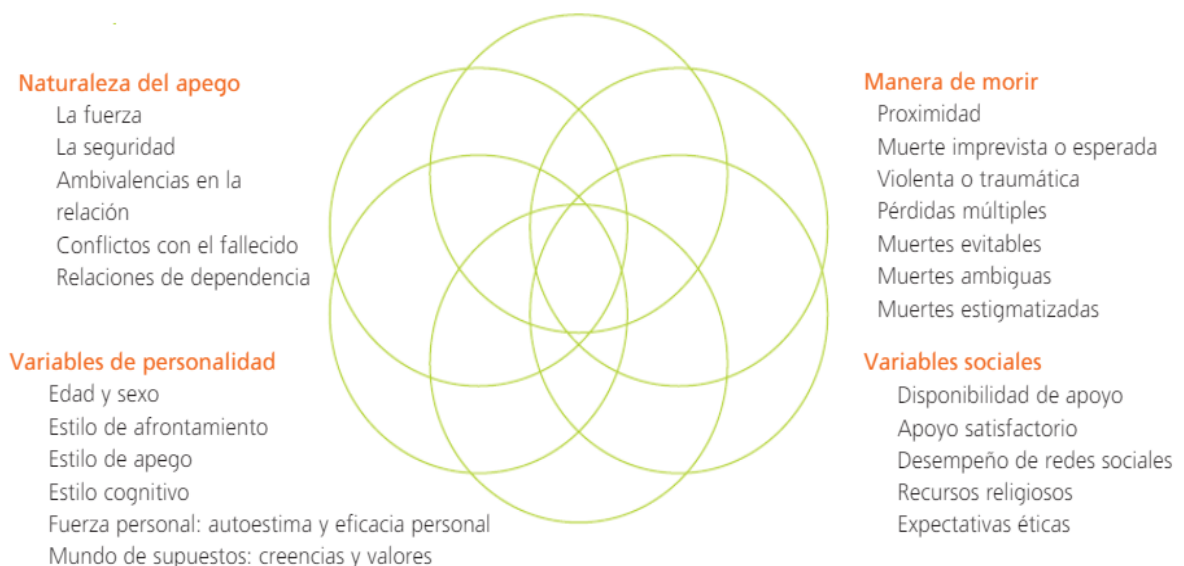


Figura 1: Mediadores que afectan al duelo según Worden (2013).

Nota: Recuperada de “El duelo” de García-Hernández, 2016, *Enfermería Comunitaria II*, pp. 1-18. (https://www.researchgate.net/publication/320258269_El_duelo).

1.2.4. Duelo en personas mayores

Como se comentaba anteriormente, la pérdida de un ser querido implica un fuerte impacto y no cabe duda de que es una de las experiencias más estresoras que pueden ocurrir. Ahora bien, ya hemos visto en el apartado anterior que una de las complejidades de esta experiencia es la cantidad de factores que modifican la misma, pero ¿Cómo viven las personas mayores la experiencia de perder a un ser querido?

La pérdida es una de las constantes en las personas mayores (Flórez, 2002) en comparación con personas jóvenes. Tal es así, que tiene una gran relevancia cuando hablamos de impactos a nivel emocional y la probabilidad de tener que procesar el duelo de diferentes pérdidas ocurridas en un corto plazo de tiempo aumenta (crisis concurrentes), lo que provoca que la persona mayor tenga que invertir gran cantidad de tiempo y energía en elaborar este proceso. Para entender esto, solo tendríamos que ponernos en el lugar de una persona mayor y no sería difícil darse cuenta de que a mayor edad, más tipos de pérdida sucederían: conyugues, hijos/as u otros familiares y amistades. De ahí, que autores como D' Epinay, Cavalli y Guillet (2010), para reflejar esta situación, hagan uso de la palabra “supervivientes”, aunque recalcan su uso mayormente para aquellas mujeres de más de 80 años, pues sobrepasan con diferencia el número de hombres. Es por ello, que un elevado número de procesos de duelo estén relacionados con la muerte del conyugue, siendo esta experiencia de duelo, la más usual y estudiada entre la pérdida de un ser querido en este colectivo (Barbero, 2006; D' Epinay et al., 2010), seguidas del fallecimiento de una amistad o de un familiar no conyugue (Shear et al., 2013). En este sentido, Lund et al., (1993) realizaron un estudio longitudinal con 192 personas que enviudaron de forma reciente y lo compararon con un grupo control. En su estudio, en el que constataron la variedad en las respuestas que podían dar las personas mayores que pasaban por el proceso de duelo, encontraron que la soledad era el principal problema de los cónyuges de mayor edad, seguido de la falta de habilidad para resolver problemas de la vida diaria que generalmente realizaba la persona fallecida. Estos autores llegaban a la conclusión de dar importancia a la necesidad de que sean los propios adultos mayores quienes se hagan cargo de sus estilos de afrontamiento de cara a mejorar su bienestar. Este sentido de autonomía cobra especial relevancia en las personas mayores a través de la cultura de roles de género, sobre todo si estos están muy marcados, por ejemplo, cuando era la mujer la que hacía las tareas de la casa y, tras su fallecimiento, el marido encuentra dificultades para llevarlas a cabo.

Otro aspecto interesante que tratar estaría relacionado con las creencias. En el trabajo de Quintanar-Olguín y García-Reyes-Lira (2010), se encontró que las personas mayores con educación superior dan importancia a la posibilidad de que exista vida después de la muerte independientemente de la creencia personal. Por otro lado, estos autores encontraron los asuntos inconclusos con los fallecidos como una de las fuentes de preocupación más relevantes. De igual manera, también existe cierta preocupación por cómo llega la muerte y relacionado con esto, cierto miedo hacia la enfermedad, el deterioro o el dolor (Sequel, 2000). Por otro lado, Pinazo y Bueno (2004), que investigaron la representación social de la muerte en población de edad avanzada, encontraron que, en comparación a los jóvenes, las personas mayores daban importancia a los procesos de ritualización de la muerte y que además, valoraban su propia experiencia personal como ayuda para aceptar la muerte.

Dentro de este apartado y hasta este punto, hemos visto algunas de las posibles perspectivas que podríamos encontrar ante una persona mayor en duelo. No obstante, existe una gran heterogeneidad en la población adulta mayor a la hora de como afrontará el duelo, por lo que podemos encontrarnos también con personas que lo elaboran con una resolución que les aporta crecimiento y conocimiento personal, el cual demostraban a través del aprendizaje de nuevas habilidades (Lund, Caserta y Dimond, 1993). Es más, en el estudio anterior, aquellos que habían adquirido habilidades encaminadas a la resolución de problemas de la vida diaria informaron de una mayor autoestima, independencia y con mayor capacidad para llevarse bien con los demás. Como conclusión general del trabajo de Lund et al. (1993), estos autores identifican el grado de resistencia, el ingenio y la adaptabilidad que mostraron las personas mayores en su estudio. Señalaron que, aunque un 72% de los participantes informaran que la muerte del ser querido fuese la experiencia más estresante que hubiesen tenido, descubrieron indicadores de fortaleza personal, apoyo social e ingenio, los cuales habían servido a los participantes a enfrentar el proceso de duelo de manera satisfactoria. Señalan también como hallazgo positivo, que el 82% de los cónyuges desconsolados habían incrementado su satisfacción con la vida, su salud percibida, autoestima y el apoyo social que recibían.

Pero el estudio anterior presentado por Lund et al. (1993) no es el único que da cuenta de estos resultados positivos mostrados por las personas mayores. Hay otros que hablan de un alto grado de adaptabilidad mostrado (Barbero, 2006), o concluyen que aquellas personas mayores que participaron en su estudio demostraban ser muy resilientes en el

proceso de duelo (D'Epainay et al., 2010) y que, por otro lado, únicamente en torno al 7% de los adultos mayores desarrollarían la condición clínica de duelo complicado; es por ello, que autores como Dutton y Zissok (2005) remarcan, que la resistencia al dolor provocado por el fallecimiento ser querido, es la norma en las personas mayores más que una excepción, lo que muestra que tienen un gran potencial para hacer frente a este proceso de duelo, a pesar de ser un fuerte impacto en su vida (D'Epainay et al., 2010).

1.2.5. Duelo desde la institución

Como ya se adelantaba en apartados anteriores, muchas personas mayores tienen que vivir esta experiencia de duelo en un contexto de institución residencial y esta, de forma inherente tiene un contexto sujeto a unas determinadas normas que afectarán y modificarán este proceso, al igual que los profesionales que se encuentran trabajando dentro de la misma.

En el estudio de Katz, Sidell y Komaromy (2000), en el que se tomaron como base de la investigación residencias de Inglaterra y entrevistaron a los directores de las mismas. En su estudio encontraron que, con respecto al tema de la muerte en los residentes, los directores de los centros sostenían que, aunque los residentes tomaban el tema de la muerte con aceptación, procuraban ocultar el tema de la muerte a los residentes y esto se argumentaba en base a la creencia de que los residentes respondían mal a la interrupción de la rutina establecida en dichas residencias y buscaban mantener la atmosfera residencial lo más tranquila y “normal” posible.

Por otro lado, con relación a notificar las defunciones y a pesar de que los responsables afirmaban prefería hablar abiertamente sobre la muerte, se observó a través de diversos estudios de caso que existía una variación considerable en las formas en las que se comunicaban y se hablaba sobre este tema; por ejemplo, en la mayoría de las residencias, los residentes eran informados de la defunción de otro de los residentes a través de miembros del personal, en ocasiones no psicológico. Dicha notificación estaba condicionada por las observaciones del director sobre la cercanía entre ambos residentes. En este sentido y en la práctica, muy pocos directores hablaban abiertamente sobre el fallecimiento de otros residentes a pesar de decir que era importante hablar con franqueza sobre la muerte. Uno de los hallazgos más interesantes de este estudio, fue que más de la

mitad de los gerentes reconocieron que, aunque era su responsabilidad ofrecer apoyo al personal, no tenían la preparación adecuada para ayudarlos en el proceso de afrontar la muerte ya que no contaban con las habilidades de asesoramiento necesarias. Debido a estos hallazgos, las autoras discutían en su estudio sobre el hecho de que la mayoría de las personas trabajadoras en entornos residenciales y de hogares de ancianos no tuviesen cualificaciones profesionales ni preparación específica para trabajar con el duelo y la muerte ni siquiera en cuanto a habilidades comunicativas básicas (Katz, Sidell y Komaromy, 2000; Komaromy, Sidell y Katz, 2000). En este sentido, los datos que provienen de España, más concretamente de Vizcaya, un su estudio, Gómez y Medrano (1998) señalan que un 40% de los centros no informaban a los residentes de la muerte de otros residentes (83% en residencias privadas). Es por ello, que precisamente se llega a la conclusión sobre la necesidad de incorporar las necesidades emocionales y prácticas de los profesionales en relación con la muerte y el morir en las residencias y hogares de personas mayores, por un lado, y por otro, la formación en aspectos específicos sobre el duelo.

En cuanto a la falta de especialización de los profesionales a la hora de tratar de forma eficaz el duelo en España, Payás (2012) escribe sobre la falta criterios en cuanto a los modelos de intervención más allá de la empatía o el sentido común. Sobre esto, también comenta que no ha habido una renovación por parte de los profesionales en cuanto a los nuevos conocimientos que han ido apareciendo en la última década de literatura científica sobre diagnóstico, tratamiento e investigación.

Cabe recalcar, por otro lado, la vivencia del duelo en las residencias desde el punto de vista de los propios residentes. En el estudio de Martínez y Siles (2010), se comparaba la vivencia del duelo de los residentes tras el fallecimiento de un familiar o de otro de los residentes. A través de la observación participante y entrevistas a una muestra de seis residentes, encontraron grandes diferencias entre una vivencia y otra. Aunque el número de residentes a los que se siguió fue escaso, algunos de los resultados más notables con respecto al fallecimiento de un familiar fueron: se presenciaron etapas del duelo, se participaron en ritos funerarios, había luto como una forma de manifestación externa y existían signos de duelo como llanto o pérdida de peso, lo que mostraba en este caso que los residentes si experimentaban un proceso de duelo intenso ante el fallecimiento de un familiar, aunque se encontrase en una residencia.

Todo lo contrario se observó cuando el fallecimiento era de otro residente, dando como conclusión que, ante la muerte de un residente, o bien no aparece el proceso de duelo, o bien no es tan intenso. Es interesante recalcar que en este trabajo se menciona como la intervención de la institución afecta a este proceso. Por ejemplo, la institucionalización de la persona mayor suponía un cierto impacto a como se experimentaba esta vivencia en cuanto a los ritos funerarios en el sentido de que ya no participaban en velatorios o funerales. Por otro lado, a pesar de que el luto aparece ante el fallecimiento de un familiar cercano, se daba de forma escasa o nula, ya que las normas del centro no permitían llevarlo durante un tiempo prolongado, lo que, según los autores, afectaban a las costumbres más significativas a nivel cultural de estas personas. En caso de tener que dar la noticia del fallecimiento de un ser querido, en la institución de la que proviene este estudio, se administraban medicamentos tranquilizantes para paliar las reacciones emocionales intensas de ansiedad o tristeza características de la primera etapa de shock. Por último, en general, según los autores, la experiencia del duelo a nivel de reorganización de la vida ocurre en poco tiempo, debido a que la persona doliente se encuentra inmerso en la rutina residencial. Ahora bien, si tenemos en cuenta que actualmente las instituciones residenciales tienen medidas de confinamiento restrictivas debido a la pandemia de COVID-19 por la mayor vulnerabilidad a desarrollar sintomatología de gravedad en las personas mayores, podríamos encontrar una complicación del proceso de duelo debido a elementos provenientes del confinamiento como pueden ser la soledad o la falta de realización actividades que puedan ayudar a este proceso.

Por otro lado, en otro estudio de Gómez y Medrano (1998) realizado con 16 personas mayores residentes, encontraron que los sentimientos más frecuentes ante las muertes son de pena y tristeza (43%), seguido de la falta de sentimientos (31%). Por otro lado, un 37% de las personas, señalaron que las muertes que más les afectaban eran la de los compañeros más allegados, como los que residían en la misma habitación con ellos. A pesar de que una cantidad relevante de las personas que respondieron a la encuesta no expresaron emociones intensas en relación con los fallecimientos (31%), estos seguían expresando su deseo de estar informados sobre las muertes de sus compañeros, lo que hacía pensar a los autores de dicho estudio que existía cierta preocupación por sus compañeros. Aun así, los propios autores reconocen tomar con cautela estos resultados

debido al bajo número de encuestados y apuntaban la falta de estudios en lengua española sobre la actitud sobre la muerte en las residencias.

Por último, en las residencias existe una tendencia a una medicalización del duelo que, según Martínez (2012), se debe a la dificultad entre el diagnóstico del duelo y los síntomas depresivos que son comunes tales como el llanto, la apatía o el insomnio, lo que complica el discernirlos. Esta evaluación se hace más difícil si los dolientes toman medicación antidepressiva.

1.2.6. Intervenciones previas

Teniendo en cuenta lo escrito anteriormente, cabe preguntarse si la realización de una intervención en esta temática es justificable por su utilidad y, en caso afirmativo, en qué sentido lo sería. A este respecto Wittouck et al. (2010), realizaron un meta análisis para comprobar los resultados en diferentes intervenciones tanto a corto como a largo plazo. Dichas intervenciones eran divididas entre aquellas orientadas a la prevención del duelo complicado como a aquellas que trataban el duelo complicado. En este estudio seleccionaron 14 intervenciones que cumplieron los criterios de inclusión de los autores (ocho intervenciones preventivas y seis intervenciones para el tratamiento del duelo complicado). Los autores observaron que las intervenciones preventivas, tras su realización, muestran resultados negativos o no significativos en el seguimiento y argumentaban que esto podía ser debido a la posibilidad de que el dolor prolongado no se puede prevenir o impedir, aunque si tratar. A este respecto aclaran que, a pesar de los resultados de este tipo de intervenciones, no significa que se vea mermada su utilidad y realización. Por otro lado, intervenciones de tratamiento parecían ser eficaces a corto y largo plazo sobre todo en el alivio de la sintomatología del duelo complicado. Esto en comparación entre ambos tipos daba que, a diferencia de las intervenciones preventivas, el efecto positivo de las intervenciones de tratamiento aumentaba significativamente en el tiempo, dando un tamaño del efecto medio tras la intervención y grande en el seguimiento de la misma, es por ello, que debido a sus resultados los autores sugieren que el duelo complicado más que prevenirlo, debe tratarse. A una conclusión parecida llega Gordillo (2008), quien afirma que la intervención el duelo es aconsejable cuando la persona presenta duelo patológico o complicado, mientras que no lo es para aquellas personas que presentan proceso normal de duelo. Otros resultados a los que llegaron

Wirrouck et al. (2011) fue que en las intervenciones que mostraron resultados positivos estaban basados en un modelo cognitivo conductual.

En un estudio más actual, Johannsen et al., (2019) realizaron una revisión sistemática y meta análisis de 31 pruebas controladas y de forma aleatorizada y encontraron que las intervenciones psicológicas eran eficaces para aliviar la sintomatología en personas en duelo. En general, los resultados de las intervenciones mostraron, tras su finalización, un efecto positivo y estadísticamente significativo, aunque con un tamaño del efecto pequeño que duró hasta el seguimiento. Para sacar sus conclusiones, analizaron en dichos trabajos tanto el criterio de deterioro (en base a la sintomatología inicial), como el criterio de duración de tiempo (seis meses después de la pérdida). De forma más detallada, entre los resultados más relevantes de su estudio se encuentran:

- Las intervenciones psicológicas mostraron buenos resultados en síntomas depresivos y estrés post traumático en la post intervención y seguimiento, sin embargo, no hubo efectos estadísticamente significativos en síntomas de ansiedad o relacionados con la salud.
- Aquellos estudios que incluyeron a participantes que habían sufrido la pérdida tras un mínimo de seis meses, mostraron mayores efectos del tratamiento con un tamaño de efecto grande. A este respecto las autoras sugieren que las personas el duelo que cumplen el criterio de duración de seis meses después de la pérdida y que son identificadas con el Inventario de Duelo Complicado Revisado de Prigerson, podrían experimentar una ganancia tras la intervención psicológica.
- Los individuos que mostraban un deterioro debido a una intensa sintomatología inicial no estuvieron asociados a efectos de ganancia tras la intervención.
- Estudios con participantes de mayor edad parecieron producir efectos mayores durante el seguimiento, pero no inmediatamente tras la intervención. Las autoras interpretan a este respecto que los adultos mayores en duelo experimentan un cambio más lento en comparación con los adultos más jóvenes. A este respecto, en el trabajo de O'Connor, Piet y Hougaard (2014), encontraron que los efectos positivos de la intervención no se mostraron hasta cinco meses después tras la realización de esta. De ahí que Johannsen et al. (2019), sugieran realizar evaluaciones más prolongadas en el tiempo en intervenciones para personas mayores.

Por último, en el trabajo realizado por Fuentes, Crespo y Hernando (2015), se realizó un protocolo de intervención psicológica en procesos de duelo patológico y que tenía como objetivo comprobar su eficacia. Dicho trabajo, realizado con personas previamente diagnosticadas con duelo patológico, fue enfocado desde un modelo integrador y en el que se engloban diferentes visiones y técnicas de intervención, entre las que entraban, por ejemplo, las de corte cognitivo-conductual, humanista, psicodinámico o gestáltico. Entre los resultados obtenidos se encuentran los siguientes:

- Mejoró el estado de ánimo, redujo la ansiedad, la tristeza, el insomnio, la esperanza en la recuperación, disminuyó la interferencia del dolor por la pérdida con la vida persona-familiar-social-laboral y aumento la sensación de mejoría.
- Mejoró a nivel de sentimientos (tristeza, enfado, culpa, soledad, insensibilidad, etc.), pensamientos (incredulidad, confusión, preocupación, alucinaciones), conductas (trastornos del sueño, alimenticio, aislamiento social, soñar con el fallecido, etc.) y sensaciones físicas (vacío en el estómago, falta de aire, falta de energía, debilidad muscular, etc.).

A raíz de lo comentado, el presente trabajo tiene como objetivo el tratamiento del duelo complicado en personas mayores que hayan perdido a un ser querido (familiar, amistad o compañero/a de la residencia) durante la pandemia de COVID-19. Esta intervención tendrá lugar en la residencia y se dará a través de una intervención de corte cognitivo conductual y humanista, haciendo uso de un enfoque ecléctico en cuanto a las técnicas que se usarán. Por último, hay que aclarar que la procedencia del título “no somos nadie, cuando lo somos todo”. Esta primera parte de “no somos nadie”, es una frase cuyo uso era frecuente en velatorios y entierros, y aunque hoy en día su uso es menor, muchas personas mayores la siguen reconociendo como una frase cliché en este tipo de eventos, sobre todo aquellos/as que viven en zonas rurales. Sin embargo, aunque aparentemente simple, encierra una filosofía nihilista que simplifica o niega la importancia de la vida y de aquellos que disfrutaban de vivirla. Es por ello que dado que este proyecto se opone a esta simplificación de la vida como tal, se ha añadido la siguiente parte de “cuando lo somos todo”, intentando con ello dar una visión diferente, más esperanzadora.

2. Programa de la intervención

2.1. Destinatarios

Teniendo en cuenta lo anteriormente redactado, esta intervención irá dirigida a aquellas personas mayores de ambos sexos institucionalizadas en residencias y cuyas edades sean a partir de 60 años en adelante y que hayan perdido a alguien querido, tanto familiar, amistad o compañero de residencia, que haya fallecido debido a la pandemia de COVID-19 que ha causado estragos en tantas residencias. Se intentará formar, preferiblemente, un grupo con usuarios que hayan tenido el mismo tipo de pérdida (familiar, amistad o compañero de habitación/residencia), aunque en este sentido habrá flexibilidad. El grupo que se pretenderá formar será de 6 personas para respetar las medidas adecuadas de espacio, de manera que su seguridad esté garantizada. Por supuesto, a cada participante se le informará acerca de la intervención y del propósito de la misma. El grupo formado se organizará teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión incluidos en la tabla siguiente (ver Tabla 3).

Tabla 3

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Personas mayores enfrentando un proceso de duelo por pérdida de un ser querido y cuyas edades sean a partir de 60 años en adelante.	Edad inferior a los 60 años.
Personas mayores que residan en la residencia con un pronóstico de media o larga estancia de manera que puedan asistir a las intervenciones que se realizarán en la misma.	Personas mayores con una estancia corta en la residencia ya que el hecho de que se den de alta, no les permitiría completar la intervención.
Obtención de una puntuación de 30 o mayor en el inventario de duelo complicado de Prigerson revisado, ya que implicaría presencia de duelo complicado.	Obtención de una puntuación inferior a 30 en el inventario de duelo complicado de Prigerson revisado.

Que la duración del proceso de duelo sea de 6 meses o superior.	Que la duración del proceso de duelo sea inferior a 6 meses.
Ausencia de diagnóstico de psicopatologías graves.	Que se haya dado detectado presencia de psicopatologías graves, así como deterioro cognitivo moderado-grave o problemas conductuales asociados a eventos de agresividad.
Que exista una disponibilidad psicológica a nivel de atención y conciencia.	Que la persona presente un estado de choque o se encuentre en situación de sobre medicación que le impida seguir la intervención adecuadamente.
Que los participantes muestren predisposición o interés por participar en la intervención.	Falta de predisposición o interés por realizar la intervención.

En su mayoría, los criterios propuestos admiten cierta flexibilidad. Por ejemplo, si algún participante no cumple el criterio de estancia en la residencia, pero los responsables de esta le permiten seguir asistiendo a la intervención a pesar de no ser residente. O, también, de obtener una puntuación cercana a la que se considera como duelo patológico en el Inventario de Duelo Complicado de Prigerson Revisado.

2.2. Objetivos Generales y específicos

- **Elaborar el duelo de manera satisfactoria**
 - Alcanzar una integración o adaptación del duelo
 - Mejorar la competencia ante el afrontamiento de la muerte

- **Mejorar el bienestar psicológico**

- Disminución de la sintomatología depresiva
- Mejorar autoestima
- Mejorar la satisfacción con la vida
- Mejora de la resiliencia

2.3. Sesiones y duración

Antes de comenzar las sesiones y durante una semana se realizarán a aquellas personas que hayan perdido a un ser querido por la pandemia, la evaluación a través del inventario de duelo complicado de Prigerson revisado, del proceso de duelo que están viviendo para determinar si se trata de un duelo complicado. En caso de serlo, se les explicará y propondrá la intervención en el proyecto, con la intención de conocer su interés a participar en el mismo. Dicha explicación tratará de un resumen general de la intervención en base a los diferentes temas a tratar o de algunas actividades a realizar para que el/la participante conozca como se realizará, así como los aspectos estructurales de la misma: duración, horas, objetivos, etc. Por otro lado, se expondrán algunas de las normas del grupo relativas a su buen funcionamiento, como pueden ser, por ejemplo, aquellas relacionadas con la asistencia y puntualidad, confidencialidad o respeto de los tiempos entre las intervenciones de cada participante, entre otras. Una vez seleccionados los participantes, durante la siguiente semana se les realizarán el resto de las pruebas con el fin de obtener una evaluación antes de comenzar la intervención, de manera que puedan recogerse los datos derivados de las mismas y se pueda identificar, por ejemplo, en que momento del proceso de duelo se encuentra la persona o identificar pensamientos, conductas o situaciones que se están dando en la vida de la persona y que puedan estar impidiendo un proceso normal de duelo. La importancia de esta parte no solo radica en la obtención y evaluación de la información obtenida, sino que las puntuaciones de la pre evaluación se compararán con las puntuaciones de la post evaluación.

En cuanto a la evaluación, si se toma el papel de un facilitador que trabaja de forma externa a la residencia, puede que esta haya hecho la evaluación y selección de participantes a través de los profesionales de los que dispone y únicamente el trabajo del facilitador sea el de llevar a cabo la intervención. Esta situación, aunque es menos probable, puede darse y por ello es tenida en cuenta.

En cuanto a la intervención, a la hora de determinar el número de sesiones se ha tenido en cuenta que un proceso de duelo tiene una duración larga, sobre todo si este es complicado. Es por ello, la intervención tendrá una extensión total de once sesiones, con dos sesiones adicionales de seguimiento a los tres y seis meses tras terminar la intervención, tal y como sugerían Johanssen et al. (2019) en su trabajo. Estas tendrán una estructura básica compartida en cuanto al principio en cuanto al saludo y pregunta sobre cómo se ha encontrado el/la participante a lo largo de la semana, y al final la sesión, sobre hacer una devolución de como ha transcurrido esta y una despedida. Por otro lado, en todas las sesiones se darán 10 minutos de descanso. Las sesiones se harán con una frecuencia de una sesión semanal, lo que dará como resultado de la intervención de casi tres meses. La duración de cada sesión será de una hora y media, a excepción de la novena sesión, que será de dos horas, ya que se realizará el visionado de una película y la última sesión individual, de una hora, debido a que se harán menos actividades y no será necesario una extensión mayor de tiempo. En cuanto al lugar, se procurará realizar en una de las salas de la residencia previamente acondicionada para su realización, sobre todo en lo referente a las medidas de seguridad relacionadas con el COVID-19 y que se comentarán más adelante, así como la disposición de las sillas (formando una “u”) y preparación de otros elementos o materiales (como lecturas, fichas a entregar o visionado de la película) que vayan a usarse durante las sesiones.

Aunque se trata en base de una intervención grupal mixta (sesiones cerradas y abiertas), se pretende que tres de las sesiones sean individuales. La primera de estas sesiones se realizará al inicio y tendrá el objetivo, por un lado, de fomentar una buena relación facilitador-participante. En ella se propondrá una actividad de relajación y se recogerá información desde una narrativa del participante más personal y subjetiva de la experiencia vivida en torno al fallecimiento del ser querido. La segunda sesión individual tendrá lugar en la octava sesión y tendrá el objetivo de ayudar de manera más personalizada ante aquellos problemas o dificultades que la persona ha ido encontrando a lo largo de las sesiones en cuanto a pautas de cuidado o problemas surgidos en el día a día o relacionados con el ámbito social. La última sesión individual también se corresponde con la última sesión de la intervención y tendrá una duración menor (1 hora), en ella se pretende dar una última valoración por parte del facilitador, así como pedir un feedback de la intervención al participante y realizar algunas actividades que den lugar a la finalización de este bloque de intervención.

En cuanto a las dos últimas sesiones de seguimiento se realizarán a los 3 y 6 meses de intervención para comprobar su efectividad y mantenimiento en el tiempo. Para una mejor visualización se incorpora en la siguiente tabla (Tabla 4), dividida por colores, donde se puede observar la diferenciación entre las diferentes fases del proyecto. Cabe resaltar que los meses escritos en la tabla son plenamente orientativos para una mejor exposición de la duración de la intervención.

Tabla 4
Estructura de las diferentes áreas por semanas

Fases	Meses																Julio	Octubre
	Enero				Febrero				Marzo				Abril					
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4		
Selección de participantes																		
Pre-test																		
Sesiones individuales																		
Sesiones grupales																		
Post-test																		
Seguimiento																		

Nota: La “S” hace referencia a semanas.

2.4. Evaluación pre y post intervención

Para realizar la evaluación pre y post intervención se utilizar los siguientes instrumentos:

2.4.1. Inventario de Duelo Complicado de Prigerson Revisado

A pesar de la falta de consenso respecto a los criterios diagnósticos de duelo patológico, con el fin de poder identificarlo y diagnosticarlo a nivel práctico, García et al (2009),

tradujeron al castellano el Inventario de Duelo Complicado Revisado, diseñado por Prigerson, Kasl y Selby (2001). Estos criterios son los que se usan habitualmente, a nivel práctico, a la hora de diagnosticar un duelo patológico. Consta de 36 preguntas divididas en 4 criterios asociados al duelo:

- Criterio A: estrés por la separación que conlleva la muerte
- Criterio B: estrés por trauma que supone la muerte
- Criterio C: cronología y curso del proceso de duelo
- Criterio D: deterioro

Dichos criterios finalizan con una pregunta que confirma si se están cumpliendo. Por ejemplo, en el criterio A encontraríamos *¿Ha fallecido recientemente alguien significativo (responder Sí en A1) para la persona entrevistada?, ¿y ha elegido las respuestas 4 o 5 (Muchas veces o Siempre) en al menos 2 de las 3 preguntas A2?*

En cuanto a las respuestas se pueden encontrar dos tipos: unas que se refieren a la frecuencia con que aparece el sentimiento, emoción, pensamiento, conducta o síntoma (*casi nunca (menos de una vez al mes); Pocas veces (cada mes); Algunas veces (cada semana); Muchas veces (cada día); Siempre (varias veces al día); Ns/Nc*) y otras que se refieren a la intensidad de su aparición (*Nada; Un poco; Algo; Mucho; Muchísimo; Ns/Nc*) y cuya puntuación, dependiendo de si se da un tipo de respuesta u otra, varía desde 0 hasta 6 puntos. Para su corrección, se suman los puntos de las respuestas de cada ítem y se verifican si se cumplen los criterios. Una puntuación mayor o igual a 30 al menos seis meses después del fallecimiento se considera un resultado positivo y se asocia con deterioro, malestar significativo y en definitiva consecuencias negativas para la salud. El inventario es un cuestionario hetero-administrado. Según los análisis psicométricos realizados por García et al., (2009), la adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado Revisado presenta unas adecuadas propiedades psicométricas con buena consistencia interna y una buena estabilidad temporal.

2.4.2. Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte (EBAM)

Creada por Bugen (1980-1981), la escala fue creada para evaluar la competencia ante la muerte entendida como un constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades para afrontar la muerte y también nuestras creencias y actitudes sobre dichas

capacidades tras la formación que impartía el propio autor. En la prueba, de tipo autoadministrada, se pretendía medir los beneficios de una educación sobre la muerte, supervisar si dicha educación es eficaz y se buscaba enfatizar que el afrontamiento es una consecuencia deseable tras una experiencia de educación sobre la muerte. Ha sido validada en España por Schmidt (2007) en diferentes poblaciones entre las que se encuentran aquellas personas que afrontan la muerte y la pérdida de un ser querido. Esta escala está constituida por 30 ítems los cuales se valoran en una escala tipo Likert del uno al siete donde el uno equivaldría a estar *totalmente en desacuerdo* y siete, *totalmente de acuerdo*. La puntuación final se consigue invirtiendo el valor de los ítems 13 y 24 y sumando luego todas las puntuaciones (Schmidt, 2007), lo que daría un resultado mínimo de 30 puntos y máximo de 210 puntos donde los resultados equivaldrían a:

- Valores inferiores a 105 puntos indicarían un afrontamiento inadecuado
- Valores superiores a 157 puntos indicarían un afrontamiento óptimo
- Valores entre 106 y 156 puntos indicarían un afrontamiento normal

Tras el estudio de Schmidt (2007) en el que evaluó el instrumento, llegó a la conclusión de que el EBAM es un instrumento altamente fiable y que se mantiene la fiabilidad inicial y tras el retest de cuatro meses.

2.4.3. Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Fue adaptada a una versión abreviada por Sheikh y Yesavage (1986) para detectar síntomas de depresión en personas mayores y como medida de observar la evolución de los síntomas asociados a la depresión. El cuestionario, validado en España por Martínez, Onís, Dueñas, Albert, Aguado y Luque (2002), es de tipo hetero-administrado y consta de 15 preguntas en las que se le pide a la persona mayor que elija la contestación que más se aproxime a su estado anímico en las últimas semanas. La elección de respuesta es dicotómica, pudiendo elegir entre *sí/no* por lo que la puntuación total puede dar lugar entre 0 a 15, dando un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de si/no que aparece en la derecha. Dependiendo de la puntuación se pueden dar tres casos:

- De 0-5 se considera normal,
- De 6-9 existiría una depresión leve y

- 10 o superior se consideraría como una depresión establecida.

La prueba tiene una duración aproximada de cinco a diez minutos. Tras el estudio de Martínez et al. (2002), se especifica que esta herramienta tiene unos buenos resultados tanto de fiabilidad como de validez.

2.4.4. Escala autoestima de Rosenberg (EAR)

Es una escala que tiene como objetivo la medición global de la autoestima. Es desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) y validada en España por Vázquez-Morejón, Jiménez y Vázquez (2004). La escala, de tipo autoadministrado, incluye diez ítems centrados en los sentimientos de respeto y aceptación de la propia persona con alternativas de respuesta tipo Likert (*muy de acuerdo; de acuerdo, en desacuerdo; muy en desacuerdo*). La mitad de los ítems se enuncian de forma positiva y la otra mitad, de forma negativa. En los primeros cinco ítems, las respuestas se puntúan de cuatro a un punto. De los ítems seis al diez, se invierte la puntuación. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40 puntos. La interpretación de los resultados basándose en la puntuación será la siguiente:

- De 30 a 40 puntos: autoestima elevada. Considerada como normal
- De 26 a 29 puntos: autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla
- Menos de 25 puntos: autoestima Baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.

Tras el estudio de validación de la escala de Vázquez-Morejón et al., (2004), se comprobó tras los resultados que la EAR es un instrumento válido y fiable para la evaluación global de la autoestima.

2.4.5. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Elaborada por Diener et al. (1985) y validada en España por Atienza, Pons, Balaguer y Merita (2002) en personas mayores. Esta escala ha sido construida con el objetivo de

evaluar el bienestar subjetivo con la propia vida de la persona a través del grado de satisfacción global que tiene de esta. La SWLS consta de cinco ítems que evalúan la satisfacción con la vida, entendida como una evaluación global que hacen las personas sobre su vida. La escala de Atienza et al. (2000) difiere de la original en que se presentan, por cada ítem, cinco respuestas tipo Likert (*muy en desacuerdo; más bien en desacuerdo; ni de acuerdo ni en desacuerdo; más bien de acuerdo; muy de acuerdo*) en vez de siete como en la versión original. La puntuación total oscilará entre 5 puntos (baja satisfacción) a 25 puntos (alta satisfacción). Este cuestionario puede autoadministrarse y su duración aproximada es de dos minutos. Según los Diener et al. (1985), la escala presentó una elevada consistencia interna y fiabilidad test retest. En España, ha sido validada para su uso con personas mayores (Pons, Atienza, Balaguer, y García-Merita, 2002), mostrando en esta población una adecuada consistencia interna.

2.4.6. Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC)

Instrumento elaborado por Connor y Davidson (2003) con el objetivo de identificar conductas resilientes de manera temprana en adultos tras los tratamientos psicológicos. Este instrumento ha sido validado en España para personas mayores entre 60 y 75 años por Serrano-Parra et al. (2012). Esta última se diferencia de la original en que consta de 17 ítems y no de 25 y estos, a su vez, no se dividen en 5 dimensiones sino en 3:

- Tenacidad y autoeficacia
- Control personal
- Competencia social

Dichas preguntas se contestan a través de 5 respuestas tipo Likert (*en absoluto; rara vez; a veces; a menudo; casi siempre*). La suma de la puntuación no solo se valora en base a las diferentes dimensiones, sino que la puntuación total será la asignada a la resiliencia de la persona. Dicha puntuación puede ir de 0 a 68 puntos y, aunque no tiene punto de corte, se entiende que cuando más puntuación total, más resiliencia. Por último, Serrano et al. (2012) señalan que, tras su evaluación de la prueba, esta presenta propiedades psicométricas aceptables y proponen que es adecuado su uso para medir la resiliencia en adultos mayores.

2.5. Tipología y orientación de la intervención

El duelo, como un proceso que supone un gran impacto en la vida de la persona, ha sido tenido en cuenta desde diferentes modelos psicológicos, cuyas teorías han dado lugar a distintas técnicas que han sido usadas para ayudar a la mejor resolución de este proceso. El tipo de intervención que se pretende realizar pretende integrar dos perspectivas de amplio uso en la psicología hoy en día: la humanista y la cognitivo-conductual. En el primer caso, la metodología humanista proporciona unos principios de cuidado y respeto centrados en la persona que se consideran primordiales a la hora de tratar con cualquier ser humano y, en el segundo, como se ha visto anteriormente proporciona una efectividad basada en la evidencia de intervenciones realizadas por otros autores. A partir de tomar como base estos dos puntos de vista, se pretende también hacer uso de un eclecticismo técnico a través del uso de diversas técnicas de otras corrientes psicológicas en conjunto con psicoeducación. A este respecto sobre el eclecticismo técnico y siguiendo el mismo planteamiento de Lazarus (2011), cabe resaltar un punto importante en cuanto a la introducción de técnicas de otras disciplinas y es que no se tendrá la intención de introducir técnicas de forma aleatoria y sin sentido, sino que su uso estará justificado siempre y cuando sean efectivos para los objetivos propuestos en esta intervención.

Psicología humanista y enfoque centrado en la persona

Como se ha comentado anteriormente, uno de los enfoques predominantes será el enfoque humanista. Este enfoque, según los principios básicos recogidos desde su fundación en 1961, fecha en la que se constituye la Asociación Americana de Psicología Humanista, destaca los siguientes: autonomía personal y responsabilidad social, búsqueda de sentido, autorrealización, orientación hacia metas y la unicidad de cada ser humano (Imbernón y García-Valdecasas, 2009). Tal y como dicen Quintanar-Olguín y García-Reyes (2010), muchos de los problemas de las personas mayores con respecto al duelo pueden ser tratados desde la perspectiva cognitivo conductual, pero en muchos temas relacionados de forma inherente a la muerte, muchos de ellos se refieren a asuntos inconclusos o problemas existenciales de los que la perspectiva humanista puede dar cuenta. Esta visión será trasladada a la intervención a partir de la perspectiva centrada en la persona. Creada

por Rogers con el nombre de psicoterapia centrada en el cliente (1981), esta forma de trabajo afirma que existe una tendencia inherente en todo ser humano a desarrollar sus capacidades; es por ello, que el objetivo estará muy relacionado precisamente con este concepto de desarrollo y para Rogers, será indispensable una serie de actitudes por parte del facilitador/a descritas a continuación:

- Una de las actitudes referidas por el autor, hace referencia a la **aceptación positiva e incondicional**, entendida como una faceta del facilitador que, a través de la validación de la experiencia de la otra persona, la acepta tal y como es; con respeto. Esta actitud está muy ligada a la tendencia del desarrollo ya que el hecho de aceptar a la otra persona de forma positiva implica la confianza en la capacidad de la otra persona para crecer y decidir de forma responsable su propio camino. Cabe recalcar que la aceptación incondicional, no implica necesariamente la aprobación o el acuerdo, sino que está orientado a la aceptación tanto de los sentimientos positivos de la persona, como de los negativos, entendidos estos últimos como aquellos que la persona ve como anormales o dolorosos.
- Otra de las actitudes hace referencia a la comprensión profunda de la otra persona o **empatía**. Rogers lo define como la capacidad que tendrá una persona de percibir el mundo interior de otra a nivel de significados personales y privados, como si fuera el propio. Implica tratar de comprender, a través de la escucha activa, como ha construido la persona su mundo subjetivo, pero desde la propia visión.
- Por último, Rogers hace referencia a la capacidad de permitirse ser uno mismo; la actitud de autenticidad o **congruencia**. Esta actitud permite al facilitador presentarse como es, atendiendo a sus sentimientos en cada momento de manera que pueda estar abierto a la propia experiencia, atenderla y comunicarla, de manera que pueda establecer así una relación más cercana; de persona a persona.

Perspectiva cognitivo conductual

Este enfoque pone especial atención al aprendizaje y al papel activo de la persona en la construcción de su propio pensamiento y al cómo se generan sus emociones y acciones, por lo que se pide cierto esfuerzo de colaboración por parte de las personas que participen, de manera que aumenten las probabilidades de conseguir buenos resultados (Izal, Márquez, Losada, Montorio y Nuevo, 2003). Su forma de trabajo está delimitada en base

a un estructura previamente elaborada. Autores como Izal et al., (2003) a través de la psicoeducación, el enfoque cognitivo conductual tiene como objetivo el hacer que las personas aprendan estrategias y habilidades que les sirvan de ayuda a la hora de afrontar las diversas situaciones a las que se expongan de la manera más adecuada posible y que estos se mantengan en el tiempo. Para los autores mencionados anteriormente, este enfoque presenta una serie de ventajas para las personas mayores, que se enumerarán a continuación. En un primer lugar, consta de una **filosofía optimista** en relación a la confianza que se tiene en el aprendizaje y el cambio positivo en las personas mayores, sobre todo en referencia a aquellas habilidades relacionadas a la forma de pensar y actuar. Por otro lado, se da especial importancia a la **relación colaborativa** entre facilitador y la persona que asiste a la intervención, de cara a la consecución de la resolución de la problemática, de manera que exista la idea de que no se está solo/a ante el problema. Por último, hacen mención a **la incorporación del respeto y del reconocimiento de la experiencia y conocimiento acumulados de la persona mayor** como otra de las ventajas de este enfoque, argumentando que dentro de la relación colaborativa existen oportunidades para comunicar el respeto hacia el conocimiento y las experiencias vitales acumuladas y que son tan características de este colectivo a través de su integración en la propia intervención. Los autores también hacen mención a otras ventajas de este enfoque en su aplicación a las personas mayores tales como que su estilo psicoeducativo hace más aceptable la intervención a aquellas personas mayores que encuentran difícil reconocer la experiencia del malestar emocional o, que también, resulta atractiva ya que aprenden habilidades que les pueden seguir siendo de utilidad una vez superen la problemática.

En un acercamiento desde este enfoque a la intervención sobre el duelo tomamos como base la premisa de que tanto el trastorno emocional como la sintomatología conductual se mantienen debido a un tipo de pensamiento distorsionado de la realidad y que, para ello, la intervención cognitivo conductual hará uso de técnicas cognitivas, emocionales y conductuales tanto dentro de las sesiones como con asignación de tareas a los participantes una vez estén fuera de las mismas (Malkinson, 2001).

Por otro lado, tal como comenta Boelen (2008), las reacciones ante el duelo complicado desde la teoría cognitivo conductual se explicarían en base a:

- **Insuficiente integración de la pérdida.** Entendido como una diferenciación entre el duelo normal y el duelo complicado, en donde este último se caracterizaría

porque la persona no habría asumido la pérdida del ser querido en su vida, debido a que dicha integración se habría estancado o estaría incompleta. Esto es el resultado de dos efectos. Por un lado, la muerte conlleva un impacto enorme que al mismo tiempo, debido a la cantidad de emociones asociadas a esta, no cesa en hacer que todo recuerde al evento del fallecimiento y al fallecido y, por otro, hace que las emociones relacionadas con el anhelo y la búsqueda, sean más persistentes, tal como predice la teoría del apego de Bowlby (1980) con respecto a las respuestas automáticas asociadas a la separación de un ser querido.

- **Patrones negativos de pensamiento.** Estos patrones están relacionados con los pensamientos que tenemos sobre nosotros, nuestras vidas y nuestro futuro. Según la teoría cognitivo conductual, aquellas personas en duelo complicado difícilmente podrán mantener patrones de pensamiento positivos con respecto a estas áreas. Como escribe Boelen (2008), existen dos categorías importantes a este respecto. La primera tiene que ver con ideas pesimistas sobre la propia persona, la vida y el futuro y, la segunda categoría, incluye pensamientos destructivos sobre las propias reacciones del duelo en el sentido de interpretar de manera catastrófica las experiencias adversas que les ocurren durante este proceso, lo que a su vez, daría lugar a la siguiente reacción.
- **Evitación de la ansiedad y la depresión.** Una de las características de un duelo normal es que las personas que pasan por este proceso pueden confrontar el dolor de la pérdida mientras se adaptan a la nueva vida sin el ser querido y participan en nuevas actividades, lo que los llevará a un mejor ajuste de la situación. En el caso del duelo complicado, las personas a menudo temen sus propias emociones y tienden a evitar todo lo que les pueda producir cualquier tipo de dolor, por lo que pueden llegar a suprimir este tipo de sentimientos e incluso recuerdos.

Algunas de las técnicas que se usarán en diversas sesiones y que pertenecen a diferentes orientación psicológica serían el uso de la reestructuración cognitiva, en la que se trabajen aquellas creencias desadaptativas y que interfieran a la hora de elaborar un correcto proceso del duelo. También se hará un entrenamiento en autoinstrucciones, que pretenderán ayudar mejorar la capacidad de la persona para generar autoverbalizaciones que les ayuden a realizar determinadas acciones o, técnicas de relajación y respiración que ayuden a mitigar la ansiedad o el estrés.

Intervención grupal

Se definirá la intervención grupal como una serie de acciones que son realizadas por todos los miembros del grupo y cuya finalidad será la de facilitar un crecimiento personal en cada uno de los integrantes. Para Rogers (1981), la idea de este tipo de intervención es que el facilitador cree y mantenga un contexto de aceptación y comprensión en el cual cada miembro se sienta seguro/a, lo que dará lugar a que se pueda actuar de forma sincera, expresando actitudes y pensamientos que podrán facilitar, a su vez, a otros miembros del grupo. En este sentido, el autor resalta que el grupo será un recurso de la persona para poder afrontar y solucionar sus propios problemas y que, a su vez, se convierte en un recurso para otra persona que forma también parte del grupo, por lo que cada miembro aprendería el significado de dar y recibir apoyo y comprensión de manera altruista.

Por lo general, este tipo de intervenciones ofrecen, a través de las interacciones entre los miembros, la posibilidad de mejorar el autoconocimiento, la autoestima, las habilidades sociales y las relaciones interpersonales. Por otro lado, y en el caso de las personas mayores, ofrece una retroalimentación sobre problemas específicos de la edad como pueden ser los relacionados con la soledad o el afrontamiento de la idea de la muerte cada vez más próxima (Correa-Palacio, 2016). En este sentido, para Payás (2007), realizar intervenciones de grupales específicos de duelo, promueve que los participantes construyan vínculos de amistad, compartan sentimientos difíciles, normalicen su experiencia y descubran otras formas de vivir y afrontar la experiencia de la pérdida, lo que ayudaría, según la autora, a reducir el aislamiento, reducir los sentimientos difíciles o que recuperen el sentido y control de su propia vida. Por otro lado, se hace hincapié en la creación de ese espacio en el que la persona pueda expresar su dolor abiertamente, lo que les permite no tener que “hacer ver” que están bien, de manera que puedan darse permiso para expresar diferentes emociones como la culpa o el enfado en un ambiente de seguridad y comprensión que llevaría a aumentar la vinculación y la cohesión entre los diferentes participantes validando, de esta manera, su experiencia y dolor (Payás, 2007).

Por otro lado, como dice Payás (2007), la intervención grupal puede realizarse a través de sesiones abiertas o cerradas. Por un lado, en las sesiones abiertas, los diferentes participantes intervienen según el momento de su vivencia, de manera que contribuyen individualmente. En estas sesiones se ofrece un espacio donde cada persona tenga su tiempo para poder expresar sentimientos y pensamientos mientras es escuchado y

validado por el resto de los integrantes. Este tipo de sesiones se caracterizan sobre todo porque no exigen de una preparación previa y la intervención del facilitador toma importancia a la hora de indagar y explorar según el tema que se presenta. Por otro lado, las sesiones cerradas, a diferencia de las anteriores, sí que están planificadas de antemano, por lo que existe una estructura en base a lo que se va a trabajar. Tienen una función terapéutica y educativa, por lo que se suelen hacer estrategias relacionadas con las exposiciones teóricas y técnicas que serán adecuadas según el objetivo propuesto para la sesión. Recalca la autora que por lo general se deben combinar ambos tipos de sesiones de forma alternada. En algunos casos se deberá ser flexible y adaptarse a la realidad del grupo, por lo que en esta intervención se hará uso de una estructura mixta.

Por último, algunas técnicas y estrategias que según González (1999) son propias de intervenciones grupales y desde un enfoque centrado en la persona y serán usadas de manera transversal a lo largo de las diferentes sesiones tienen que ver con el saber escuchar, técnicas de reflejo, que tendrán el objetivo el reconocimiento tanto de pensamientos y sentimientos de los participantes haciendo uso de la repetición verbal, llamar su atención o que se propicie el que se genere un sentimiento de comprensión durante la intervención que incremente las relaciones entre los participantes. También se hará uso de tácticas de aceptación que tendrán el objetivo de expresar aprobación de forma que se fomente la confianza y confort dentro del grupo.

Intervención dentro del contexto COVID-19. Normas de seguridad.

Debido a la alta incidencia de coronavirus que vivimos actualmente, se están dando una serie de circunstancias a tener en cuenta ya que han cambiado todo el panorama en la residencia y, sobre todo el estilo de vida de las personas mayores en las instituciones. Es por ello, que en la mayoría de ellas se están realizando criterios y medidas para que se puedan adaptar a esta nueva situación. Entre estas medidas se encuentra la clasificación dependiendo del tipo de residencia y la sectorización dentro de estas. Esta medida se caracteriza por dividir, por un lado, según el tipo de residencia en diferentes colores según los criterios epidemiológicos que las catalogaría dependiendo de los casos positivos o aparición de brotes no controlado, casos controlados o sin casos de COVID-19 y, por otro lado, dentro de la propia residencia, dividirla nuevamente en colores según el riesgo de contagio donde esta división o sectorización se correspondería a casos positivos entre los

residentes, casos negativos o con riesgo de infección por confirmar por haber tenido contacto con otras personas o por ser nuevos ingresos. Dicha sectorización se recomienda que sea vertical o por plantas.

Los residentes, en este sentido, pueden ser trasladados de una habitación a otra o ser aislados según se confirme o se sospeche un posible contagio. Hay que tener en cuenta que esto puede afectar a la intervención, dado que si se da algún caso que pueda ser sospechoso de contagio y se pone en marcha su aislamiento, la actividad tendría que ser cancelada, pudiendo ser retomada más adelante una vez se tenga el permiso de la residencia en consonancia con las normas establecidas por esta.

Teniendo lo anterior en cuenta, de realizarse la intervención, se deberán tomar una serie de medidas de seguridad al tratarse de un colectivo vulnerable a esta enfermedad y a que dicha intervención será grupal. Dichas medidas, que tendrán el objetivo de disminuir la probabilidad de contagio serán:

- Proveer el espacio de elementos desinfectantes como geles, guantes o mascarillas
- Desinfección y ventilación del espacio antes y después de la intervención.
- Uso de mascarilla obligatorio para toda persona participante, tanto profesional como usuario/a de la residencia que participe en la intervención
- En caso más probable de que la residencia haya dividido, por seguridad, a las personas mayores en grupos de convivencia, se tendrá especial atención a no seleccionar, dentro del mismo grupo de la intervención a personas de distintos grupos de convivencia. Lo mismo ocurrirá con residentes de distintas plantas y sectores. Es decir, se seleccionarán residentes que pertenezcan a la misma planta y al mismo grupo de convivencia para minimizar el riesgo a contagio.
- Especial atención a la zona donde se realizará la intervención. Dentro de lo posible se aconsejaría un espacio amplio o al aire libre, como un jardín en caso de que la residencia tenga acceso a uno.
- Control de la distancia entre los participantes, esto quiere decir que todas las actividades que se realicen en la intervención deberán respetar esta norma. Dicha distancia por norma general está establecida en 1,5 metros.

- En caso de necesitar materiales para la intervención se procurará que sean desechables o, en caso contrario, desinfectados previamente.
- Dotar de información a los participantes sobre cómo evitar posibles riesgos de contagio a través de conductas de higiene.

2.6. Contenido de cada sesión

A continuación, se hará una breve descripción de cada una de las sesiones planteadas en cuanto a desarrollo y actividades a realizar.

2.6.1. Primera sesión

Sesión 1– Individual (1.30 hora)	
Presentación	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación (10 minutos) • Aprendizaje y realización de respiración diafragmática (20 minutos) • Entrevista semiestructurada sobre la vida del participante en relación con el fallecimiento o fallecimientos (50 minutos). • Devolución, tarea para casa y despedida (10 minutos)
Descripción	<p>En esta primera sesión individual con el/la participante se hará, al comienzo, una presentación lo más distendida posible y se realizarán algunas preguntas sobre su estado de ánimo en los últimos días a fin de evaluar su estado.</p> <p>A continuación, se le introducirá en la nueva actividad sobre respiración diafragmática y esta dará comienzo con una sencilla explicación de cómo actúa a nivel físico, de su importancia gracias a sus beneficios sobre la relajación y de cómo se relaciona con otras emociones como la ansiedad o el estrés. Tras finalizar la explicación, el facilitador explicará cómo realizar este tipo de respiración a través del modelado y le pedirá al participante que lo practique junto a él. Cuando logre dominarla se le pedirá que</p>

continúe por su cuenta durante 5 minutos más y al final se le preguntará como se ha sentido y una breve valoración sobre el ejercicio.

Acto seguido, cuando el/la participante esté más relajado/a se le pedirá, a través de una entrevista semiestructurada que hable sobre como era su vida antes, durante y después del fallecimiento de la persona, si había experimentado el fallecimiento de otras personas y que estrategias pudo hacer que le ayudaran, sentimientos y pensamientos que surgieron y en que otras personas se apoyó.

Para finalizar la sesión se hará una breve devolución de lo acontecido durante la sesión y se le pedirá que practique la respiración diafragmática durante unos minutos al día a lo largo de la semana.

Esta sesión tiene como objetivo, en primer lugar, empezar a trabajar con la relajación, de manera que cuando se empiece con las sesiones grupales, conozcan lo básico tanto a nivel didáctico como práctico sobre la respiración diafragmática y su relación con las emociones de ansiedad y estrés. Por otro lado, esta sesión dará un conocimiento más detallado sobre el impacto del fallecimiento de la persona querida para el/la participante y como lo vivió, apoyos que tuvo, que herramientas usó para paliar el dolor tras el fallecimiento y que elementos pueden ser reforzados con respecto a su conducta o pensamientos. También se podrá conocer en qué etapa o fase se encuentra a fin de entender un poco más su proceso de duelo.

Un aspecto importante que ofrece esta sesión y no está relacionado con el duelo del participante es el de crear, desde el principio una base segura empática con el facilitador, de manera que resulte un apoyo desde el principio, dando lugar al establecimiento de una buena relación, es por ello que desde esta sesión se pretenderá reforzar que el/la participante relate su experiencia a través de dar apoyo y comprensión.

2.6.2. Segunda sesión

Sesión 2 – Grupal (1.30 hora)

Conociéndonos

Actividades

- Conociéndonos: acogida del grupo y ejercicio de presentación de cada uno de los miembros del grupo (30 minutos)
- Presentación detallada del proyecto (20 minutos)
- Ejercicio guiado de mindfulness: observación de la respiración. (15 minutos)
- Ejercicio de lectura volver a empezar (15 minutos)
- Devolución, tarea para casa y despedida (10 minutos)

Descripción

Esta primera sesión grupal dará comienzo a través de una cálida entrada por parte del facilitador. Para ello, se les invitará a pasar y sentarse y se les preguntará cómo están y como han pasado la última semana, haciendo de esta, una pauta que se realizará durante todas las sesiones en el saludo inicial. Se busca conseguir, por un lado, que se sientan cómodos y que los/las participantes vean que hay un interés y preocupación por ellos/ellas. Esto tiene, por otro lado, tiene también el objetivo obtener información sobre cómo se han encontrado la última semana tanto física como emocionalmente.

Seguramente los miembros del grupo ya se conocerán debido a que pertenezcan a un grupo de convivencia o a la misma planta de la residencia, pero es imprescindible que se conozcan con más profundidad, sobre todo por el hecho de que compartirán información personal sobre ellos. Para facilitar esta actividad se propondrá una dinámica en la cual cada uno de ellos se presentarán con su nombre y una afición que tengan. El/la siguiente participante, antes de presentarse tendrá que repetir lo que ha dicho el/la participante anterior, de manera que se irá dificultando a medida que avancen los otros participantes. En caso de que algún/a participante no sepa continuar la cadena, el facilitador pedirá la ayuda de otro de los participantes. Una vez terminado este breve ejercicio que servirá para romper el hielo, se pedirá a cada participante que cuente algo sobre sí mismo/a para que el resto lo pueda conocer un poco mejor. En esta primera sesión grupal, como norma de esta actividad, se pedirá que en esta última presentación se abarquen temas como gustos/aficiones, recuerdos positivos, o cualquier tema que no provoque ansiedad o angustia recordándoles que se adentrarán en los temas relacionados con el duelo a partir de la cuarta sesión.

Acto seguido se hará una presentación detallada del proyecto, junto con sus objetivos, normas, sesiones y algunas de sus actividades, pero sin entrar en detalle de estas últimas para evitar que pueda generar ansiedad aquellas actividades que requieran un entrenamiento previo que en esos momentos no tendrán. Para esta actividad se hará uso de un power point que ayude a visualizar todo lo planteado. Durante la explicación se insistirá en que los/las participantes hagan presentes sus dudas a fin de que aclararlas de la mejor manera posible.

A continuación, se realizará un ejercicio de mindfulness que tratará de la lectura de una guía sobre la *observación de la propia respiración* mientras se pone el foco de atención sobre esta. Se les explicará que este ejercicio tiene el objetivo primario el de estar atentos al momento presente y no solo el sentirse relajados. Antes de su realización se les pedirá que se acomoden en la silla, con su espalda recta, pies apoyados en el suelo y los brazos a los lados. Por otro lado, también se les pedirá que hagan uso de la respiración diafragmática aprendida durante la sesión anterior y practicada durante la semana. Para finalizar esta parte se pedirá una breve reflexión compartida sobre cómo se han sentido durante su realización.

Para ir terminando la sesión se realizará la lectura del texto *volver a empezar* del libro “dulces destellos” de Mercè Castro Puig y se finalizará la actividad haciendo una relación, por parte del facilitador, del tema del texto con la idea de crear un nuevo inicio tras el fallecimiento del ser querido.

Por último, se hará un breve resumen y devolución de la sesión y se recordará que sigan practicando la respiración diafragmática durante la semana. A continuación, se les entregará una ficha con la lectura de *cruzar el abismo* del libro “dulces destellos” de Mercè Castro Puig para que la lean fuera de la sesión y se pueda reflexionar sobre ella en la próxima semana. Antes de la despedida, se reforzará la valentía y el compromiso de asistir y participar en el proyecto.

Esta sesión tiene el objetivo de lograr cierta unidad entre los diferentes participantes del grupo. De la misma manera que la sesión anterior ponía parte del foco en la relación con el facilitador, en esta sesión se buscará fomentar las relaciones entre los diferentes participantes. Es por ello que se tratará de hablar de temas más relajados, de manera que puedan conectar entre ellos para que puedan relacionarse de en un sentido más

cercano y con la posibilidad de hacerlo también fuera de las sesiones, lo cual se alentará a lo largo de esta sesión. Es muy importante crear un clima de confianza en el grupo y esta sesión a través de los temas de conversación y actividades pretende crear una zona de seguridad donde poder compartir momentos dolorosos con otras personas que han pasado por lo mismo y a las que existe la posibilidad de conocer de manera más profunda.

2.6.3. Tercera sesión

Sesión 3 – Grupal (1.30 hora)

Entendiendo el COVID-19

Desarrollo de la sesión

- Recibimiento del grupo y resumen de la sesión anterior (10 minutos)
- Lectura y reflexión del texto enviado para casa *cruzar el abismo* (15 minutos)
- Explicación sobre el COVID-19 y normas y consejos para evitar el contagio (55 minutos)
- Devolución, tarea para casa y despedida (10 minutos)

Descripción.

Tras el saludo y resumen inicial de la sesión, se realizará la lectura del texto *cruzar el abismo* para, acto seguido, realizar una reflexión con los participantes sobre su visión del texto y que les puede ayudar con respecto a su experiencia en el duelo.

A continuación, se hablará sobre la pandemia de COVID-19 haciendo un breve resumen sobre su evolución en estos meses a título informativo y se hablará sobre los síntomas que provoca. Por otro lado, también se abordarán las normas y consejos sobre cómo evitar o reducir el riesgo de contagio y se pondrán ejemplos sobre conductas a realizar correctamente a través del modelado, como el uso de la mascarilla o la correcta utilización del gel y como realizar el lavado de manos. Durante el tiempo que dure esta charla se hará uso de un power point y de imágenes y videos que ayuden a su comprensión. Hay que recalcar que, a la hora de explicar sobre la pandemia, no solo se hará desde un punto de vista neutral, sin detenerse en los estragos que ha causado y que

tan bien conocemos, sino que se hará uso de una explicación más esperanzadora sobre los aspectos positivos surgidos de la buena voluntad de la sociedad como pueden ser el apoyo entre diversos colectivos en los momentos más duros y, por otro lado, el efecto medio ambiental que ha tenido la pandemia a través de imágenes. También se alentará a los/las participantes a que enseñen lo aprendido, sobre todo en lo relativo a las conductas de higiene y seguridad, a otras personas como familiares u otros residentes.

Por último, se les entregará un listado de actividades en papel de aquellos aspectos relevantes con el auto cuidado físico, cognitivo o emocional y se explicarán cada uno de ellos y su utilidad. Se les pedirá que apunten cuantas veces a la semana realizan cada uno de ellos ya que se comentará para la siguiente sesión. Por último se les pedirá nuevamente que sigan haciendo uso de la respiración diafragmática.

Esta sesión tiene como objetivo, en principio, dar información verídica y contrastada sobre la pandemia a fin de evitar muchos de los bulos que han ido surgiendo a través de diversos medios y que en muchas ocasiones traen consigo cierto grado de temor. Precisamente por ello, para no indagar sobre los aspectos más negativos de esta pandemia, también se hablará y mostrará aquellos sucesos sucedidos durante este tiempo y que tienen que ver con el carácter más solidario del ser humano. Por otro lado, también se prende que los participantes adquieran hábitos de higiene que les ayuden a evitar el contagio y que, en última instancia, puedan ayudar a otros a adquirirlos. Por último, el listado entregado al final pretende iniciar una serie de pautas de autocuidado que sería interesante que los participantes adquiriesen ciertas rutinas de cara a mejorar su estado personal.

2.6.4. Cuarta sesión

Sesión 4 – grupal (1.30 hora)

Conociendo el duelo

Actividades

- Recibimiento del grupo y resumen de la sesión anterior (10 minutos)

-
- Ejercicio de mindfulness observación de la experiencia privada (20 minutos)
 - Explicación sobre qué es el proceso de duelo (50 minutos)
 - Devolución, tarea para casa y despedida (10 minutos)

Descripción.

Al principio, como cada sesión a partir de esta, se realizará un resumen de lo hablado en la sesión previa. Una vez hecho el resumen y resuelto alguna posible duda, se dará paso a un segundo ejercicio de mindfulness conocido como *observación de la experiencia privada*. Este ejercicio, al igual que el anterior de observar la respiración, se hará a través de una lectura que guiará a los/las participantes de la intervención a su realización y consecución. En este caso, el objetivo es el promover la posición de la persona como observadora de sus propias experiencias privadas, entendidas como pensamientos y emociones, para que no se resista a ellas y simplemente tome una postura de observación. Al igual que en el ejercicio realizado en sesiones anteriores, se les pedirá que empiecen sentándose de forma cómoda en la silla y que comiencen controlando su respiración. Al finalizar se les preguntará una reflexión compartida sobre la utilidad de tomar una posición de observación y apertura ante lo que venga y se reflexionará sobre que utilidades puede tener esta postura de apertura. Se les pedirá también que pongan en práctica esta nueva forma de observación y aceptación de la experiencia en la próxima actividad.

A continuación, se comenzará con a explicar sobre el duelo. En esta actividad que tiene como objetivo comprender el duelo, se hará uso de un power point para explicar aquellos aspectos del duelo como son: duelo como proceso natural pero que puede complicarse, síntomas del duelo desde un punto de vista de normalización y validación o un proceso de duelo no es lo mismo que olvidar al ser querido. Por otro lado, para una mayor comprensión y para que sea más ameno, se visualizarán un par de cortos los cuales explican a través de escenas las diferentes fases del duelo (en este caso el corto a visualizar hablará sobre las etapas de Kübler-Ross) y se hará uso también de un power point que ayude a una mejor visualización. Durante la misma, se animará a los/las participantes que tomen la iniciativa a la hora de preguntar posibles dudas que tengan

y que estén relacionadas sobre lo que se está viendo, sobre todo si eso les ayuda a comprender mejor su propio proceso de duelo.

Por último, se hará una devolución y, aparte de pedirles de nuevo seguir practicando una vez al día la respiración diafragmática, se les hará entrega de una ficha en la que hay escritas una listado de frases relacionadas con el duelo escritas de manera poética y narrativa y se les pedirá que las lean y seleccionen una que consideren que les pueda ayudar a sentirse mejor al recordar al ser querido. Estas frases, se les explicará, tendrán que leerla en el grupo en la siguiente sesión y explicar por qué la han elegido.

Esta sesión tomará un cariz psicoeducativo a la hora de explicar el proceso del duelo. Es por ello por lo que el objetivo será el de conocer aquellos aspectos que rodean a un proceso de duelo. Aunque se pretende dar un repaso sobre lo que rodea a este proceso, se hará énfasis sobre todo en la vivencia de los síntomas del duelo y en su normalización, así como una pequeña visión sobre la posibilidad de llegar a una aceptación del duelo sin olvidarse del ser querido/a a través de nuevas perspectivas sobre este proceso.

2.6.5. Quinta sesión

Sesión 5 – Grupal (1.30 hora)

Compartiendo nuestro dolor

Actividades

- Recibimiento del grupo y resumen de la sesión anterior (10 minutos)
- Ejercicio de Mindfulness observación de la experiencia frente al recuerdo del fallecido (10 minutos)
- Ejercicio de compartir nuestra experiencia (60 minutos)
- Devolución, tarea para casa y despedida (10 minutos)

Descripción

Tras el recibimiento y el resumen de la sesión previa se les pedirá realizar esta actividad de mindfulness conocida como observación de la experiencia frente al recuerdo del fallecido. Esta actividad, al igual que las anteriores se hace con una lectura que guía a

los/las participantes y, aunque en esencia, es muy parecida a la anterior de observación de la experiencia privada, en esta ocasión se introducirá a través de la imaginación y el recuerdo al ser querido. Una vez realizada la lectura-guía, se leerá otro fragmento mientras que se les pide que recuerden de nuevo a la persona fallecida. En este caso la lectura está relacionada con observar los recuerdos que vienen mientras se los trata con gentileza y calma, como si estuviesen observando un paisaje y dejando que lleguen y se vayan sin forzarlos de ninguna manera.

Una vez se hayan calmado y hayan expresado sus emociones, se les pedirá uno a uno que vayan narrando como vivieron la pérdida de su ser querido y que experimentaron, de manera que lo compartan con el resto de los participantes. Tras su narración se les pedirá que lean la frase que eligieron para sí mismos/as durante la semana y expliquen el por qué esa frase les ayuda. Para el resto de las participantes se les pedirá que mientras están escuchando la historia, escriban que elementos positivos (cualidades y valores) resaltarían de la persona que cuenta su narración durante la misma y mientras la contaba. Se les dirá también que lo que escriban lo entregarán al final y será leído en la siguiente sesión.

Una vez hayan terminado de narrar su experiencia y comentar sobre su frase, se les dará las gracias por el esfuerzo y comenzará la devolución por parte del facilitador. En cuanto a la tarea, esta vez se les pedirá que elijan una frase, de la lista entregada anteriormente, pero esta vez, a diferencia de la sesión anterior, será para los demás miembros del grupo, en base a la narración que han escuchado. La instrucción para elegir dicha frase será la de que esta pueda animar a la persona a la que va dirigida y que esté relacionada con la historia que acaban de escuchar. Por último, se les pedirá que elaboren tres listados en los que se recopilarán: elogios que haya recibido a lo largo de su vida, capacidades y fortalezas que el/la participante considere que tiene y elementos que a la persona le hagan sentirse orgulloso de sí mismo/a como pueden ser logros o actitudes ante algún tipo de situación. Estos listados se leerán en la siguiente sesión.

Esta sesión tendrá como objetivo que cuenten a los demás miembros cual ha sido su vivencia del proceso del duelo. A diferencia de la primera sesión en la que se les pedía una visión más temporal (antes, durante y después) a través de una entrevista semiestructurada, se les pedirá, en esta ocasión, que expresen de forma libre su vivencia

y cuenten como lo vivieron de la manera que más conveniente lo crean. Se espera conseguir que puedan compartir y sentir el dolor de la pérdida libremente a sus compañeros/as y se refuerce la idea de que la pérdida ha ocurrido.

2.6.6. Sexta sesión

Sesión 6 – Grupal (1.30 hora)

Hablemos de autoestima y resiliencia

Desarrollo de la sesión

- Recibimiento del grupo y resumen de la sesión anterior (10 minutos)
- Reflexión sobre el ejercicio anterior de elección de frases. (15 minutos)
- Psicoeducación sobre autoestima y resiliencia (55 minutos)
- Devolución, tarea para casa y despedida (10 minutos)

Descripción

Tras el primer punto en el cual se recibirá y se resumirá la sesión anterior donde se recalcarán los puntos más relevantes, se pedirá a los/las participantes que expongan de nuevo una de las frases elegidas para sus compañeros/as. Como se les comentó a los/las participantes anteriormente, la premisa para su elección era que pudiese animar a la persona a la que iba dirigida y se les pedirá que expliquen brevemente el motivo por el cual consideran que les puede animar y también, se les pedirá que lean los elementos positivos que escribieron durante la sesión anterior mientras la persona narraba su historia. Al finalizar esta actividad, se enlazará con la temática de autoestima que dará comienzo a continuación.

A continuación, dará comienzo lo que sería la temática central de la que tratará la sesión, que en este caso sería la autoestima y la resiliencia. Antes de su comienzo se pedirá a los participantes, al igual que en sesiones anteriores, que tomen una participación activa en cuanto a preguntar dudas o pedir una mayor o mejor explicación sobre el contenido que se expondrá. Para su exposición y actividades se contará con una guía realizada en power point y dará comienzo con la lectura de una frase de

Goethe: *El peor de los males que le pueden suceder a una persona es que llegue a pensar mal de sí mismo/a.* Tras su lectura, se enlazará con lo que implica la autoestima y se definirá, a la vez que se diferenciarán los conceptos de autoestima con los de egoísmo y egocentrismo, ya que en ocasiones suele haber cierta confusión. Tras este inicio se explicarán diversos conceptos relacionados con la propia autoestima como son el autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación, autocuidado o el respeto hacia uno/a mismo/a. A continuación, se hará el visionado de un fragmento de la película *Angel-a*, cuya duración es menor a cinco minutos, en el que sucede una breve conversación de carácter emotivo entre los protagonistas y al terminará se tendrá previsto un breve descanso.

Una vez vuelta del descanso, dará comienzo un pequeño ejercicio relacionado con la autoaceptación donde los y las participantes tendrán que escribir en un trozo de papel y de forma anónima, un defecto, que consideren que tienen. Acto seguido, el facilitador pondrá todos los trozos de papel en una pequeña bolsa y los irá sacando y leyéndolos tras la premisa de que tienen que comentar alguna manera de corregirla, desde el respeto. Tras leer una a una, las diferentes notas, expondrá la reflexión de que esas limitaciones podrían tener solución y que en muchas ocasiones serán compartidas con otras personas y se acabará esta actividad con la lectura de la frase de Carl Rogers: *La curiosa paradoja es que cuando me acepto tal como soy entonces puedo cambiar.* A continuación, se pedirá a cada participante que lea las tres listas que elaboró durante la semana y se les realizarán algunas preguntas para que reflexionen sobre cada uno de los listados. Algunas de estas preguntas serían, por ejemplo, sobre cuanto se cree en una escala del 1 al 10 cada elogio y que pasaría si se los creyera todos al 100%, que habilidades, fortalezas o valores les gustaría fomentar y que podría hacer para ello o que valores y habilidades hay detrás de los elementos los cuales está orgulloso/a.

Para terminar este apartado se explicará sobre el concepto de resiliencia apoyándose en aquellos elementos que ayudan a fomentar esta capacidad como pueden ser el punto de vista que se tiene sobre los problemas, viendo estos como oportunidades; hacer uso de un punto de vista objetivo sobre todo a lo que se refiere a problemas de la vida diaria, flexibilidad ante los cambios, desarrollar un buen sentido del humor o apoyarse en otras personas o buscar ayuda cuando lo consideren necesario. Durante la explicación del concepto se hará énfasis en su relación con la autoestima, vista anteriormente.

Para finalizar esta sesión se hará una breve valoración de la misma teniendo en cuenta la actitud y predisposición de los/las participantes y se les hará entrega de un listado con una serie de pautas de autocuidados relacionados con actividades que promueven la salud física o mental y la higiene del sueño entre otras. Tras la entrega se les pedirá que subrayen aquellas que realizan o que las apunten en caso de que algunas de estas pautas no aparezcan en el listado para valorarlas en la siguiente sesión. También se aprovechará para comentarles que es un buen momento para realizar algunas de las pautas de la lista que antes no realizaban.

El objetivo de esta sesión no solo será la de exponer y que conozcan sobre los conceptos comentados durante la descripción sino también que a través de esta sesión se pueda dar lugar a una visión realista y digna sobre si mismos/as mientras aprenden a valorarse positivamente. Todo ello se recalca sobre el punto de vista de autonomía referente a su propio concepto y su valoración. Uno de los elementos los cuales se utilizarán más asiduamente a lo largo de la sesión es el del refuerzo positivo de los/las participantes ante el conocimiento realista de sus capacidades. Por otro lado, se pretende que en base a lo anterior, se fomente una mayor confianza y estima hacia si mismos/as y un mayor orgullo ante sus logros y su propio ser en general.

2.6.7. Séptima sesión

Sesión 7 – Grupal (1.30 hora)

Problemas del día a día

Desarrollo de la sesión

- Recibimiento del grupo y resumen de la sesión anterior (10 minutos)
- Exploración y valoración de pautas de auto cuidado (15 minutos)
- Hablemos sobre el transcurso del día a día (50 minutos)
- Devolución, tarea para casa y despedida (10 minutos)

Descripción

Tras el recibimiento y resumen que dan comienzo a la sesión, comenzará una actividad de exploración en base al listado de pautas de autocuidado entregado en la sesión anterior y que ha ido teniendo el/la participante durante la semana y se comentarán diversos aspectos sobre estas pautas, como, por ejemplo, la importancia de hacerlas a través de una rutina o algunos de los beneficios que pueden obtener al realizarlas.

La actividad anterior se enlazará con la siguiente en la que se hablará sobre el día a día de los/las participantes. En esta parte, no solo se hablará del autocuidado, sino que también se trabajará con las dificultades diarias que han ocurrido tras la pérdida del ser querido que tienen que ver con cuestiones prácticas relacionadas con los nuevos roles o las actividades tanto personales como sociales que tienen que afrontar ahora que no está el ser querido. Se trabajarán pues aquellos recursos sociales y personales que motiven a la persona a adaptarse o modificar esta nueva situación para que pueda seguir con su vida. Para su realización se hará uso, como en sesiones anteriores de elementos de visionado para que ayude a su comprensión. En este sentido se propondrán elementos psicoeducativos basados en la solución de problemas y se recogerán algunos elementos vistos anteriormente sobre resiliencia. Estos elementos tendrán que ver con la orientación hacia el problema en modo de la percepción que se tiene del mismo, la causalidad que se le atribuye (externa o interna) o el compromiso que se tiene para solucionarlo. También se trabajará el cómo definirlos y tratarlos de manera que sea más sencilla la recogida de información. La generación de alternativas y la toma de decisiones también serán parte de la exposición y en este sentido se hará una dinámica donde los participantes tendrán que buscar la solución a diversos problemas planteados por el facilitador y que tendrán relación con algunos problemas del día a día que pueden aparecer. Si se da la ocasión, lo más recomendable en este sentido sería utilizar algunos problemas verbalizados por algunos de los participantes para esta actividad (previa petición de permiso y aceptación por parte del implicado).

Tras una breve valoración de la sesión se les pedirá a los/las participantes que apunten en una hoja aquellos sentimientos que vayan surgiendo a lo largo de la semana ya que en la siguiente sesión se trabajará sobre ellos.

Esta sesión tiene el objetivo, por un lado, de explorar, conocer y asesorar sobre aquellas pautas y rutinas relacionadas con el autocuidado y por el otro, de comprender y trabajar sobre aquellas rutinas o tareas diarias que la persona tiene dificultad en acometer ya

que en el pasado, tenían que ver o hacia la persona fallecida. Aunque se hará un primer trabajo sobre estas tareas en esta sesión, se apuntarán y valorarán por el facilitador en la siguiente sesión individual en caso de que puedan seguir dando problemas.

2.6.8. Octava sesión

Sesión 8 – Grupal (1.30 hora)

Trabajando las emociones

Desarrollo de la sesión

- Recibimiento del grupo y resumen de la sesión anterior (10 minutos)
- Actividad sobre mindfulness de observación de las emociones (10 minutos)
- Trabajar con las emociones (60 minutos)
- Devolución, tarea para casa y despedida (10 minutos)

Descripción.

Tras el recibimiento inicial, se hará un repaso sobre la sesión anterior y se pondrá énfasis en la consecución de las rutinas de autocuidado y actividades diarias habladas el día anterior para, en caso de ser necesario, apuntarlas para trabajar de forma personalizada en la siguiente sesión.

A continuación, tras un ejercicio de mindfulness de observación de las emociones que permitan hacer una breve reflexión sobre estas, se continuará hablando sobre la tarea mandada y que dará pie a una actividad psicoeducativa sobre las emociones, sobre todo aquellas que predominan durante el proceso de duelo. Esta actividad tratará de educar sobre las diferentes emociones en cuanto a su procedencia, control, su utilidad y, también, se tratará de dar pautas para reconocerlas, explorarlas y aprender de ellas a través de diversos ejercicios como autoverbalizaciones positivas, autoinstrucciones, detención de pensamiento o autorregistros. Para esta actividad se hará uso de un power point y algunos videos de corta duración que hagan más ameno su aprendizaje.

Por último, tras la devolución, se les entregará una hoja de autorregistro que abarque la conducta, las emociones y los pensamientos y, se les pedirá que la rellenen durante la semana con aquellas situaciones que les han evocado algún tipo de emoción para verlas en la siguiente sesión, que será individual.

El objetivo de esta sesión es, por un lado, acercar a los/las participantes al conocimiento de sus propias emociones, entendiéndolas y reconociéndolas, así como que comprendan que pueden ejercer un cierto control sobre ellas a través de los ejercicios realizados hasta ahora de respiración o mindfulness y, por otro, facilitar la recogida de información sobre las emociones, de manera que pueda abarcar y trabajar sobre ellas si se ve conveniente en la siguiente sesión individual de manera más personal.

2.6.9. Novena sesión

Sesión 9 – individual (1.30 hora)

Trabajando las emociones, los problemas diarios y la autoestima

Desarrollo de la sesión

- Saludo inicial (10 minutos)
- Trabajo individual adaptado a la persona según aspectos a mejorar relacionados con las emociones, los problemas diarios o las pautas de autocuidado. (70 minutos)
- Devolución y despedida (10 minutos)

Descripción.

Tras la acogida y con los datos recogidos de las últimas sesiones y del autorregistro y, sobre todo las relativas a las emociones y los problemas del día a día se trabajará en esta sesión. Para ello, se determinará en base a lo anteriormente mencionado aquellos aspectos que estén dificultando el proceso al participante. Estos procesos se dividirán en: aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y grupales tal como se habrá ido

recogiendo por el facilitador a lo largo de las sesiones anteriores por el facilitador, ayudado por las valoraciones al final de cada una de las mismas y también por el autorregistro realizado a lo largo de la última semana por el/la participante. Aunque si bien el aspecto grupal no entra como un apartado específico dentro del autorregistro, se ha considerado darle importancia para el buen funcionamiento dentro del grupo. Estos aspectos abarcarán temas como las relaciones que ha tenido el/la participante con familiares, amistades u otros compañeros de la residencia, problemas de autocuidado o relacionados con dificultades del día a día, para los problemas relacionados con las emociones se trabajará de forma más personalizada ayudados con elementos vistos en la sesión anterior y por último, en relación con los aspectos grupales, se trabajará todo lo relacionado con el funcionamiento grupal de las sesiones en caso de que necesite resolver alguna duda que no haya entendido o tenga algún problema relativo a las sesiones con otros compañeros/as. Aunque los problemas presentados pueden ser muy dispares y, por tanto, algunos de ellos difíciles de prever, solo se trabajará con aquellos que puedan ayudar con el proceso de duelo tal y como se ha ido trabajando a lo largo de las sesiones de esta intervención.

El objetivo de esta segunda sesión individual es depurar, de manera personalizada, aquellos problemas que el facilitador haya visto a lo largo de las siete sesiones previas y que considere que puedan estar dificultando la resolución del proceso de duelo o su desarrollo dentro del grupo. Es por ello que se reforzarán y agradecerán aquellas actitudes que precisamente vayan en consonancia con el buen hacer a lo largo de las sesiones.

2.6.10. Décima sesión

Sesión 10 – Grupal (2 horas)

Visionado de la película “el estudiante”

Desarrollo de la sesión

- Saludo inicial (10 minutos)

-
- Visionado de película “el estudiante” (90 minutos)
 - Breve reflexión, tarea y despedida (20 minutos)

Descripción.

Tras el saludo, se visualizará la película “el estudiante”. Antes de comenzar el visionado se pedirá a los/las participantes que vayan anotando, desde su perspectiva, como el protagonista vivencia el proceso de duelo que sufre y como lo afronta hasta considerar que ha completado el proceso de duelo. También, se les pedirá que escriban si creen que el protagonista ha olvidado a su mujer fallecida y, poniéndose en su punto de vista, deberán escribir sobre que creen que siente y piensa este sobre el fallecimiento y su mujer tras la escena final de la película. También, aunque menos relacionado con el proceso de duelo, se pedirá que apunten aquellos aspectos interesantes que vean de la película, tales como su relación con los jóvenes o la idea de entrar a la universidad/hacer nuevas actividades. Se enfatizará en que estos apuntes también serán importantes porque se trabajará con ellos en la siguiente sesión. Al terminar la película, se pedirán aquellos apuntes que no están relacionados con el duelo, como los relacionados con las actividades del protagonista o su relación con otros personajes, etc. Y se pedirá que lean aquellos apuntes relacionados con el duelo, para poder comentarlos y hacer una reflexión sobre ellos y comentarios sobre ellos.

En cuanto a la actividad fuera de la sesión, se pedirá a los participantes que aborden la difícil tarea de escribir una carta de despedida dirigida al ser querido. Esta carta tendrá las siguientes pautas en forma de listado, que se entregará en un papel a parte a los/las participantes y previamente se leerá en alto por el facilitador para aclarar cualquier duda planteada por ellos/ellas: en la carta se explicará al ser querido lo importante que ha sido para el/la participante, las dificultades que ha atravesado para adaptarse a la nueva situación, lo que ha aprendido a lo largo de este proceso y como querrá recordarlo a partir de ahora. Por otro lado, a la hora de escribirla, se especificará que la carta no debe incluir elementos como ataques o faltas de respeto no hacia el difunto ni hacia sí mismo/a. La carta deberá escribirse desde el cariño y debe tener una base de reflexión y despedida. Por otro lado, antes de empezar su escritura, se recomendará que previamente se haya organizado y reflexionado lo que se quiere escribir a través de la expresión de lo que sentía y lo que siente. Esta carta será de extensión libre. Por último,

se les recordará que el objetivo de escribirla es que puedan leerla en la siguiente sesión, una vez estén preparados. En caso de que alguno de ellos/ellas se nieguen sin posibilidad de recapacitar sobre ello, se propondrá leerla a solas junto con el facilitador en la última sesión. Aunque se pedirá y se insistirá dentro de lo posible que hagan un esfuerzo y que preferiblemente la lean junto al grupo.

A través del visionado de esta película y su posterior reflexión se pretende que los/las participantes vean un proceso de duelo a partir de las vivencias de su protagonista. Lo interesante de esta película radica en como este, tras el fallecimiento de su mujer, recompone su vida y logra realizar otras actividades. su visionado, ofrezca una nueva perspectiva de la adaptación al duelo.

2.6.11. Decimoprimer sesión

Sesión 11 – Grupal (1.30 hora)

Buscar un nuevo lugar al ser querido que permita a la persona seguir adelante

Actividades

- Recibimiento del grupo (10 minutos)
- Trabajando el nuevo lugar (60 minutos)
- Feedback de los/las participantes hacia el resto de las participantes (10 minutos)
- Devolución, tarea para casa y despedida del grupo (10 minutos)

Descripción.

En esta intervención se hablará sobre uno de los aspectos más relevante para considerarse que la persona podría estar lista para completar su proceso de duelo y que es precisamente el de encontrar un lugar nuevo dentro de su vida al ser querido, aunque sin el sufrimiento que ha sentido a lo largo de los meses posteriores a su fallecimiento. En este caso la importancia reside en seguir recordando a la persona fallecida, pero desde un ángulo diferente, donde cabe la esperanza por seguir disfrutando de la vida. Esta perspectiva será el inicio de esta actividad. Acto seguido, se leerán los comentarios escritos durante la película de la sesión anterior para reflexionar sobre ellos y fomentar

un debate y nuevas ideas que se podrían hacer. Se finalizará esta parte con la lectura de las cartas de despedida escritas durante la semana y una actividad de reflexión conjunta sobre estas cartas y su significado.

La tarea para fuera de la sesión en este caso será responder a un cuestionario de gustos sobre un listado de actividades. En este caso no se les pedirá que respondan a todos ellos, simplemente que lo lean y evalúen aquellas actividades que consideren que les puedan interesar y que puedan realizar. En este listado se recogen actividades de distinta índole y que pueden realizar en este contexto y dentro de la residencia sin que pueda haber riesgo de contagio. Actualmente, este cuestionario cuenta con más de cien ítems, pero se modificará expresamente para el grupo y teniendo en cuenta los recursos de la residencia y el contexto de la pandemia, por lo que el número de ítems se reducirá en gran proporción.

Para ir finalizando, se pedirá a cada participante que le dedique unas palabras a cada uno de los otros participantes, se pretende a través de esta actividad que valoren el esfuerzo del resto de miembros con palabras de refuerzo, desde el cariño y la comprensión. Y, para terminar, se hará una despedida hacia el grupo, ya que esta será la última sesión grupal, agradeciéndoles su asistencia, esfuerzo y colaboración y recordándoles la última sesión individual. Así como se les pedirá que sigan relacionándose entre ellos si así lo creen conveniente tras la finalización de la intervención.

El objetivo de la sesión es que la persona pueda vislumbra el comienzo de una nueva vida donde el ser querido está ahí, pero sin tener una connotación negativa ante la pérdida, de manera que la persona pueda seguir su vida a través de lo aprendido en las distintas sesiones y de poder descubrir otras posibles actividades que puedan ser de su agrado, si así lo quiere. En este sentido juega también un papel los apuntes tomados de la película vista en la sesión anterior, ya que dará lugar a poder reflexionar sobre temas más generales como las relaciones intergeneracionales o la realización de actividades que la sociedad podría considerar como extrañas a realizar por una persona mayor, de manera que se pueda reforzar la idea de formar nuevas relaciones o realizar nuevas actividades.

2.6.12. Decimosegunda sesión

Sesión 12 – Individual (1 Hora)

Visionado del mensaje familiar y despedida del facilitador a través de la lectura de una carta personalizada

Desarrollo de la sesión

- Saludo inicial (10 minutos)
- Valoración de todas las sesiones y consejos finales como aspectos a mejorar y reforzar
- Lectura de una carta de agradecimiento escrita por el facilitador (personalizada para cada participante)
- Visualización de un video realizado por la familia/miembros del equipo residencial
- Despedida final

Descripción.

Tras el saludo, el facilitador resume y valora toda la experiencia vivida por el/la participante a lo largo de todas las sesiones y reconociendo sus esfuerzos, destaca todos aquellos aspectos destacables que ha mostrado durante toda la intervención. Finalizará esta parte de la sesión con algunas recomendaciones a trabajar y algunos aspectos a mantener.

A continuación, el facilitador leerá y entregará una carta escrita por sí mismo en la que agradezca toda la participación y el empeño mostrado en las sesiones desde una perspectiva personal y cercana.

Acto seguido, se visualizará un video previamente preparado y de carácter sorpresivo para el/la participante en el que aparecerá la familia de este/a o miembros del equipo de la residencia con la que tenga buena relación. Para la realización de este video, se le habrá pedido a estas personas que grabasen un video corto (de entre 3 a 5 minutos) en los cuales se dirijan al participante en tono afectivo, reforzando y valorando su vivencia y superación en este proceso, así como alguna anécdota o experiencia vivida por la familia. Al finalizar el video y dejar unos minutos para que el/la participante se relaje,

el facilitador se despedirá, nuevamente agradeciendo su participación y recordando su disponibilidad ante cualquier problema.

El objetivo de esta sesión será el de hacer una pequeña valoración sobre el paso del participante por la intervención, así como de terminar la esta con un elemento emotivo que refuerce la idea de apoyo que tiene de los familiares o de otras personas de la residencia.

3. Discusión

El objetivo del presente trabajo fin de máster ha sido diseñar una intervención de corte humanista y cognitivo conductual que hiciese uso de un eclecticismo técnico a lo largo las sesiones que la componen. Dicha intervención tiene el objetivo de trabajar con personas que padecen de duelo complicado tras la pérdida de un ser querido (conyugue u otro familiar cercano, amistad, compañero/a de residencia) en un contexto de COVID-19, haciendo uso de su normativa en centro residencial y realizando actividades que las respeten.

En este sentido, esta intervención se justifica precisamente por la experiencia de duelo y el contexto de la pandemia. Aunque la elaboración del duelo sea un proceso que en la mayoría de los casos acaba de manera adaptativa sin necesidad de una intervención (Payás (2012), no podemos obviar de que hay un porcentaje de personas, entre un 8% y un 10% (Payás, 2007), cuyo proceso de duelo se complica, lo que conlleva un empeoramiento de la sintomatología propia de este proceso (Howarth, 2011; Losada et al., 2019; Payás, 2007). Ahora bien, si nos adentramos en un escenario dominado por la pandemia de COVID-19, cabría preguntarse en que medida cambiaría este contexto donde la persona ha perdido un ser querido. Siguiendo esta línea, autores como Velázquez (2020), afirman que uno de los elementos más característicos de esta nueva situación como es el confinamiento favorecen la aparición de duelos complicados, por lo que cabría preguntarse si el porcentaje de personas que lo sufren esta complicación del proceso habría ascendido en este año 2020 en relación con años anteriores, lo que sumaría importancia a la idea de realizar una intervención para tratar esta problemática, sobre todo en un contexto de institución residencial, lugar donde residen miles de personas mayores, quienes han sido entre las más perjudicadas por esta situación debido a que tienen mayor probabilidad de presentar cuadros graves tras el contagio de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2020), dando lugar a una gran cantidad de fallecidos/as. Es por ello que esta intervención se plantea en un contexto residencial, y no solo por el hecho comentado anteriormente, sino porque el tema de la muerte y su tratamiento son todavía en muchos de ellos poco tratados o trabajados (Katz, Sidell y Komaromy, 2000; Payás, 2007).

Aunque no se haya llevado a cabo la intervención desarrollada en este trabajo se esperan mejoras que ayuden a los participantes a llevar a cabo una buena adaptación del proceso de duelo ante la nueva vida sin la persona fallecida. El desarrollo de dicha intervención desde un punto de vista de tratamiento del duelo complicado y no, por ejemplo, desde un visión preventiva tiene que ver con los datos aportados por Wittouck et al. (2010) o Gordillo (2008), donde se refleja que los mejores resultados previenen de este tipo de intervenciones de tratamiento, siendo eficaces tanto a corto como a largo plazo en las sesiones de seguimiento.

Por otro lado, la elección de un formato grupal corresponde al hecho de ofrecer un espacio donde la persona pueda expresar su experiencia sin ser juzgado y dando la posibilidad de reducir esa sensación de aislamiento y soledad, siendo este uno de los mayores problemas de los que se aquejaban aquellas personas que pasaban por este proceso (Lund et al., 1993) por otro lado, también se espera reducir la tensión emocional al compartir sentimientos, creencias o cogniciones al expresarlas en grupo y debido a ello, descubrir que sus respuestas son universales y forman parte de este proceso (Payás, 2007).

En cuanto a la orientación de la presente intervención. Autores como Wirrouck et al. (2011) o Fuentes, Crespo y Hernando (2015) muestran desde sus estudios que la perspectiva cognitivo conductual resulta ser la más eficaz para trabajar en el proceso de duelo. Por ejemplo, desde un estilo psicoeducativo, se pueden aprender estrategias y habilidades que tengan que ver con la resolución de problemas, tanto de manera general como, de forma más detallada, a la hora de resolver problemas de la vida diaria, lo que resulta de especial utilidad ya que este era una de las problemáticas que solían tener las personas mayores (Lund et al., 1993), esto sería complementado a través de la visión de la persona proactiva inherente a este modelo, que busca que sea la propia persona quien trabaje para mejorar su bienestar. Esto, daría como resultado una mayor autonomía en los/las participantes, siendo necesario en muchos casos debido en muchos casos a los roles de género tan marcados a través de la cultura. Por otro lado, este modelo ofrece la ventaja que dichas habilidades y estrategias adquiridas no solo sirvan de ayuda para afrontar determinadas situaciones, sino que estas se puedan mantener a largo plazo (Izal et al., 2003).

Por otro lado, aunque parte de la problemática puede abordarse desde la perspectiva anterior, se plantea que pueden existir diversos problemas relacionados con la muerte en

si misma tales como la angustia a la realidad de la muerte, sea esta propia o de otros/as (Quintanar-Olguín y García-Reyes, 2010). Es por ello, que haciendo uso de una atención centrada en la persona y sesiones individuales donde se puedan abordar dichos temas de forma flexible, aunque estas sesiones estén programadas con diversas actividades o temas a tratar. Estas sesiones individuales también darán la oportunidad de tratar estos temas si la persona los considera demasiado privados o prefiere no compartirlos en grupo.

Debido a la confluencia de esta modalidad y perspectivas en esta intervención se espera que ejerzan un efecto positivo que reduzca el malestar que provoca este tipo de duelo a través de una mejorar de la calidad de vida, autonomía, vida social o autoestima, entre otros (Gordillo, 2008; Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky y Van Heeringen, 2010). Por otro lado y relacionado con la situación de pandemia, se entiende que uno de los problemas que afectan al proceso de duelo y que tiene que ver con un tipo de muerte repentina, es la conmoción de este evento (Parkes y Weiss, 1983), lo que puede empeorar con la desinformación que lo rodea (Velázquez, 2020), es por ello, que se espera que la información realista y objetiva que se pueda reducir el impacto de la incertidumbre o la sensación de impotencia ante esta situación.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo se destaca, precisamente, la que se ha tomado como uno de los núcleos de la intervención y es precisamente que se trabaja de forma específica con aquellas personas las cuales han perdido a un ser querido por la pandemia de coronavirus, lo que puede dificultar la inclusión de un número de participantes con una misma pérdida (hijos, conyugues, compañeros, etc), lo cual, sería lo más adecuado incluir en cuanto a homogeneizar en este sentido a los/las participantes (Payás, 2007), aunque por otro lado, esto también deriva en la dificultad de encontrar participantes, sobre todo en lo que refiere a relación de la pérdida, ya que se asume que exista una mayor probabilidad de encontrar a participantes que hayan perdido debido a la pandemia a otros compañeros de residencia, que a participantes que hayan perdido conyugues, otros familiares u amistades de fuera de la residencia. A pesar de que esto último disminuya la probabilidad de encontrar participantes, puede ayudar a la homogeneización del grupo anteriormente comentada y podría trabajarse con buenos resultados, sobre todo si estos compañeros/as era allegados y residían en la misma habitación que los/las participantes (Gómez y Medrano, 1998). Otra consideración a este respecto y nuevamente relacionado con la pandemia y los criterios de inclusión, es la de los pocos participantes seleccionados en la misma. Se ha dado un número de seis

participantes ya que un menor número de personas es mejor ante un posible contagio. Actualmente el número máximo de participantes son diez personas por grupo, pero debido a la duración de las sesiones y a que sería conveniente respetar los tiempos de cada uno a la hora de hablar de su experiencia, se ha establecido en el número de participantes ya comentado. Una posible solución que serviría a la hora de abarcar un número mayor de usuarios/as sería la de realizar varios grupos atendiendo a la relación con el/la fallecido dentro de lo posible y, por ejemplo, realizar 3 grupos de 6 personas. Sería conveniente recalcar respecto a la duración de las sesiones, de que se teme que una de ellas, la quinta sesión, en la que los/las participantes comparten su experiencia, no sea suficiente para que todos puedan compartirla de manera satisfactoria debido al tiempo reducido de la misma. En este sentido, una posible solución sería o bien dividirla en dos sesiones para que todos tengan un mayor tiempo, o incrementar el tiempo de la sesión. Por otro lado, y en relación con lo reducido del grupo, los datos obtenidos tras las pruebas difícilmente podrán ser generalizables por lo que esta intervención tendría muy baja validez externa, es por ello que una posible solución podría ser la de incrementar el número de grupos como se comentaba anteriormente, aunque en este sentido podría ser de ayuda los datos recogidos desde otras residencias por otros cofacilitadores/as.

Otro aspecto interesante para trabajar pero que no se ha incluido en la intervención es la de incluir a los familiares los/las participantes. Dado que la experiencia de pérdida se produce en un contexto donde los roles familiares y dinámicas intrafamiliares varían luego del fallecimiento del ser querido (Delalibera et al., 2015), habría sido interesante incluirlos dentro de alguna de las sesiones, sobre todo porque suponen una fuente de apoyo fundamental durante el proceso de duelo (Schwartzberg y Janoff-Bulman, 1991; Worden, 2013). El motivo de no incluir alguna sesión para trabajar con los familiares tiene que ver con posibles restricciones que puedan surgir en caso de un rebrote o porque como se comentaba antes, el número máximo de personas por actividad es de 10 personas. Si bien es cierto que a lo largo se trabajan temas que pueden ayudar a mejorar la relación con la familia como pueden ser aquellas actividades relacionadas con la solución de problemas o la asertividad, sería interesante incluirlos de forma directa. Una posible solución ante esta carencia de la intervención podría ser la de, en caso de que la residencia lo permita debido a una mayor flexibilidad, añadir alguna sesión individual donde se pueda hacer un trabajo conjunto familiar/participante o directamente hacer una sesión con ellos en la que se puedan trabajar las relaciones y fomentar un apoyo bidireccional. Otra

solución a este problema y que también podría ser una solución en caso de un rebrote que pusiera en aislamiento a los participantes, sería la de trabajar, entre ellos y con los familiares a través de videoconferencias. Esto traería diversas ventajas a la hora de combatir el aislamiento, el distanciamiento social y la soledad (Pinazo-Hernandis, 2020) provocadas por la situación de confinamiento.

Otro problema derivado de esta situación es la relacionada con otro de los elementos importantes que ayudan en el proceso de duelo y que tienen que ver con la realización de rituales funerarios, ya que estos sirven para poder dar un último adiós al ser querido y ser consciente de la pérdida, algo tan importante en nuestra cultura (Hernández et al., 2020), pero sobre todo, son tan importantes para las personas mayores (Pinazo y Bueno, 2004). En muchos casos y debido a la situación de confinamiento, se imposibilita la organización y asistencia a estos eventos (Velázquez, 2020). Una posible solución es, en caso de que la residencia disponga de una capilla, se podría celebrar un funeral o, en caso de que haya normas restrictivas por las visitas o el desplazamiento dentro de la residencia, se podría realizar, de manera más privada, una pequeña celebración dedicando unas palabras en la cama donde estaba el compañero/a y dejando una carta o una flor en su lugar. Aunque no entra dentro de la intervención como tal, de poder darse el caso, se podría realizar una petición a los responsables de la institución y realizarla en caso de contar con la aprobación y disponer y tras asegurar unas adecuadas medidas de seguridad. Igualmente, en caso de que exista una mayor flexibilidad en cuanto al desplazamiento fuera de la residencia, también se podría optar por organizar una visita al cementerio, involucrando con ello a la familia. Dichas actividades comentadas anteriormente, en caso de poder realizarse, no se incluirían dentro de la intervención en el sentido de incluirlas como sesiones, pero sí que serían muy beneficiosas de cara tenerlas en cuenta ya que, como se comentaba anteriormente promueven una buena adaptación en el proceso de duelo.

Por otro lado, y continuando con la situación anterior donde la intervención grupal tuviese que dejar de realizarse debido a un rebrote o que alguno de los participantes se hubiese contagiado o fuese un posible caso, se podría variar la intervención y realizar únicamente sesiones individuales. Dependiendo de las normas de restricción en la movilidad de los residentes, estas podrían realizarse en una sala situada en la misma planta del grupo de convivencia o directamente en la habitación del participante. En este último caso solo sería necesario una mesa donde escribir si fuese necesario y de un portátil si hubiese necesidad de hacer uso de algún programa para visualizar videos o diapositivas. También

podríamos encontrarnos con que alguno de los participantes no se beneficiase de la intervención y su estado no mejorase. En este caso se plantearía una intervención individualizada como recomienda el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés) donde recomienda intervenciones psicológicas focalizadas en la psicoeducación, la terapia cognitivo conductual basada en el trauma o la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (Velázquez, 2020).

Por último, sería interesante plantear un trabajo a nivel interdisciplinar con los profesionales médicos de la residencia, de manera que se pueda regular, en caso de que sea oportuno, el uso de determinados medicamentos que puedan estar interfiriendo en un correcto diagnóstico y sintomatología del procesamiento del duelo o, que pueda estar limitando los recursos atencionales e impidiendo un buen aprovechamiento de las sesiones, sobre todo, ante el uso de antidepresivos (Martínez, 2012). Además, durante el trabajo conjunto, se podría considerar el acceso a información médica que pueda valorar si la intervención puede estar teniendo algún tipo de impacto sobre la salud de los participantes.

4. Conclusiones y valoración personal

Esta intervención intentar dar un lugar a aquellas personas que han perdido a un ser querido durante la pandemia de COVID-19. Es bien sabido que precisamente las residencias de personas mayores han sido las que más han sufrido debido entre otros factores a que es un colectivo vulnerable a esta enfermedad. Personas mayores que han perdido a compañeros, amistades, cónyuges u otros familiares han visto pasar el tiempo aislados con poca ayuda tras el sufrimiento que ha ocasionado este evento. Aunque, tal y como dicen los datos, la gran mayoría de personas procesa el duelo de forma normal, no podemos olvidar que sigue existiendo un porcentaje de personas cuyos recursos personales o sociales no bastan para poder llevar por buen camino este proceso y esta intervención está pensada para ellos/as.

Una idea recurrente durante la elaboración de esta intervención, que aunque no esté plasmada directamente en apartados anteriores sí que la considero como parte fundamental de la misma, es la de infundir durante toda la intervención y sobre todo al final de la misma, la idea de superación personal que conlleva la adaptación a este proceso. Sobre esta idea de superación personal, me gustaría hacer un breve apunte del motivo de la misma, y es que ya McAddams (2015), dentro del contexto de las historias vitales, y más concretamente su interpretación de acontecimientos significativos, nos habla de las secuencias de redención donde estas se entienden como determinados eventos que, aunque a priori son negativos, son más tarde interpretados por la persona como parte de una gran enseñanza o superación. Esto podría servir plantear la duda de si este evento en la que se pierde a un ser querido podría ser visto como una de esas secuencias redentoras que den lugar a un cambio, para mejor, en la vida de la persona, aunque dicho cambio sea simplemente el de dar comienzo a una actividad que anteriormente no hacía. Aunque el objetivo del trabajo, como ya se ha comentado, está mayormente centrado en la adaptación al proceso de duelo, sería un gran logro si, a través de esta, se pudiese conseguir que la persona mayor amplíe su motivación a realizar diferentes actividades que le resulten placenteras.

5. Referencias

- Akiyama, H., Holtzman, J. M., y Britz, W. E. (1987). Pet ownership and health status during bereavement. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 17(2), 187-193.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) (5ª ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Astudillo, W., Pérez, M., Ispizua, A., y Orbegozo, A. (2007). Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa. *San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos*.
- Atchley, R. C. (1975). Dimensions of widowhood in later life. *The Gerontologist*, 15, 1976-1978.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & Merita, M. G. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72712226>
- Barbero, J. (2006). La muerte de un ser querido. Duelo y adaptación en las personas mayores. *Portal Mayores, Informes Portal Mayores, Lecciones de Gerontología, III*.
- Barreto, P., De la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2013). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2013.v9.n2-3.40902.
- Bohmwald, K., Galvez, N., Ríos, M., y Kalergis, A. M. (2018). Neurologic alterations due to respiratory virus infections. *Frontiers in cellular neuroscience*, 12, 386.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317-340.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss Vol.2. Separation: Anxiety and Anger*. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss, Vol.III: Loss*. London: The Hogarth Press

- Brammer, L. y Shostrom, E. (1978). *Psicología terapéutica*. México: Herrero Hermanos
- Bugen, L. A. (1980-1981). Coping: Effects of death education. *Journal of death and dying, 11* (2), 175-183.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Current Directions in Psychological Science, 4*(5), 151–156. <https://doi:10.1111/1467-8721.ep11512261>
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P, y Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 1225-1233.
- Connor, K.M. y Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- Cheng, S. K., Wong, C. W., Tsang, J., y Wong, K. C. (2004). Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychological Medicine, 34*(7), 1187.
- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., y Franco, M. H. P. (2015). Family dynamics during the grieving process: a systematic literature review. *Ciência y Saúde Coletiva, 20*(4), 1119–1134. <https://doi:10.1590/1413-81232015204.09562014>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Durbán, M. V., Loarte, M. M., Higuera, J. C. B., Maza, R. C., y Fernández, I. S. (2014). Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. *Medicina Paliativa, 21*(3), 91-97.
- Dutton, Y., y Zisook, S. (2005). Adaptation to bereavement. *Death Studies, 29*(10), 877-903.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Siéntase eficaz. European Commission, Socrates-Minerva Program: VITAL-AGELL-Multimedia Course

- Fuentes, J. M. S., Crespo, M. G. S., y Hernando, F. J. V. (2015). *Eficacia de un protocolo de intervención psicológica en procesos de duelo patológico* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, España.
- García, J. L., Reverte, M. L., García, J. G., Méndez, J. M., y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina paliativa*, 16(5), 291-297.
- García, Prigerson, Echeverria, Grandes, Mauriz y Andollo (2002). Adaptación al español del Inventario de Duelo Complicado (IDC). *Medicina Paliativa*, 9(2), 10-1.
- García-Hernández, A. M. (2016). El duelo. *Enfermería Comunitaria II*, 1-18. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/320258269_El_duelo
- Gómez, M. J., y Medrano, J. (1998). La muerte en las residencias de ancianos: actitudes de las residencias y opiniones de los residentes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33(1), 21-26.
- Hays, J. C., Gold, D. T., y Pieper, C. F. (1997). Sibling Bereavement in Late Life. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 35(1), 25–42. <https://doi.org/10.2190/YE89-2GU8-C8U3-MRNX>
- Hernández, M. A., Navarro, S. G., y García-Navarro, E. B. (2020). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con covid-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*.
- Howarth, R. (2011). Concepts and controversies in grief and loss. *Journal of mental health counseling*, 33(1), 4-10.
- Instituto Nacional de Estadística, INE, (2020). Población residente por fecha, sexo y edad. Recuperado de <https://www.ine.es/index.htm>
- Izal, M., Márquez, M., Losada, A., Montorio, I., y Nuevo, R. (2003). Una revisión sobre las intervenciones cognitivo-conductuales en problemas de depresión en la edad avanzada. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(1), 34–45. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(03\)74852-5](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(03)74852-5)
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., y O'Connor, M. (2019). Psychological Interventions for Grief in Adults: A

Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>

Katz, J., Sidell, M., y Komaromy, C. (2000). Death in homes: bereavement needs of residents, relatives and staff. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(6), 274–279. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2000.6.6.9076>

Komaromy, C., Sidell, M., y Katz, J. (2000). The quality of terminal care in residential and nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(4), 192–199. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2000.6.4.8933>

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: The Macmillan Company.

Lang, F. R., y Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 9(2), 315–324. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.9.2.315>

Lazarus, A. A. (1995). Different types of eclecticism and integration: Let's be aware of the dangers. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5, 27-39.

Lazarus, A. A. (2011). *El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. Editorial Desclée de Brouwer.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of psychiatry*, 101(2), 141-148.

Losada, A., Márquez-González, M., y Pérez, A. (2019). “Cuidados, duelo y muerte”: En Triadó, C., Celdrán, M., y Villar, F (2a Ed.). *Desarrollo adulto y envejecimiento: Segunda edición revisada y actualizada* (pp. 263-294). Madrid, España: Alianza Editorial.

Lund, D. A., Caserta, M. S., y Dimond, M. F. (1993). The course of spousal bereavement in later life. *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*, 240-254.

Lundin, T. (1984). Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/da78/629231b05a5ee7ab8bf6086822d687ce5e46.pdf>

- Martínez Sola, Encarnación M^a., & Siles González, José. (2010). El duelo en una residencia de mayores versus en el entorno familiar. *Gerokomos*, 21(2), 62-65. Recuperado en 20 de septiembre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000200003&lng=es&tlng=es.
- Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630. Recuperado en 20 de septiembre de 2020, de https://www.researchgate.net/profile/Rogelio_Luque/publication/240845786_Version_espanola_del_cuestionario_de_Yesavage_abreviado_GDS_para_el_despistaje_de_depresion_en_mayores_de_65_anos_Adaptacion_y_validacion/links/0f3175394bf462c145000000.pdf
- Martínez, S., Borge, E., Ramos, E., y López, R. (2020, mayo). COVID-19 Recomendaciones y adaptaciones en intervenciones en actividades básicas de la vida diaria en la atención a personas con Daño Cerebral Adquirido. Recomendaciones para pacientes y profesionales. *Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral Ceadac - Imserso*. Recuperado de https://ceadac.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guia_d_cacovid1920200521.pdf
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., y Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- McAdams, D. P. (2015). *The art and science of personality development*. Guilford Publications.
- Milic, J., Muka, T., Ikram, M. A., Franco, O. H., y Tiemeier, H. (2017). Determinants and predictors of grief severity and persistence: The rotterdam study. *Journal of Aging and Health*, 29(8), 1288-1307. <https://doi.org/10.1177/0898264317720715>
- Montuori, E. (2013). El duelo visto desde la Teoría del Apego. Recuperado de <https://apra.org.ar/pdf/mayo/montuori.pdf>

- Mor, V., McHorney, C., y Shemood, S. (1986). Secondary morbidity among the recently bereaved. *American Journal of Psychiatry*, 143, 158-163. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.2.158>
- Moreno, M.P. (2002). Intervención en duelo en las diferentes etapas evolutivas. Recuperado de <http://www.psicofundacion.es/uploads/pdf/Intervencion%20en%20duelo.pdf>
- Morgan, L. A. (1976). A re-examination of widowhood and morale. *Journal of Gerontology*, 31. Págs. 687-695. <https://doi.org/10.1093/geronj/31.6.687>
- Neimeyer, R. A., y Ramírez, Y. G. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós. Recuperado de <https://cigaraotuso.net/wp-content/uploads/2019/11/Aprender-de-la-Perdida.pdf>
- O'Connor, M., Piet, J., Hougaard, E., 2014. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on depressive symptoms in elderly bereaved people with loss-related distress: a controlled pilot study. *Mindfulness* 5 (4), 400–409. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0194-x>
- Organización Mundial de la Salud, OMS, (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Parkes, C. M. (1970). The First Year of Bereavement. *Psychiatry*, 33(4), 444–467. <https://doi.org/10.1080/00332747.1970.11023644>
- Parkes, C. M. (1985). Bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 146, 11-17. <https://doi.org/10.1192/bjp.146.1.11>
- Parkes, C. M., y Brown. R. (1972). Health after bereavement: A controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosomatic Medicine*, 34, 449-461. <https://doi.org/10.1097/00006842-197209000-00008>
- Parkes, C. M., y Weiss, R. (1983). Recovery from bereavement. *New York: Basic Books*.

- Payás, A. (2007). Intervención grupal en duelo. Duelo en Oncología. *Sociedad española de oncología médica*, 169-182.
- Puigarnau, A. P. (2016). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional (1.a ed.)*. Ciudad de México, México: Paidós
- Pinazo, S., y Bueno, J. (2004). Reflexiones acerca del final de la vida. Un estudio sobre las representaciones sociales de la muerte en mayores de 65 años. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 14(1), 22-26.)
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2002). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en personas de tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 13(1), 71-82
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., ... y Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American journal of psychiatry*, 154, 616-623.
- Prigerson, HG, Vanderwerker, LC, y Maciejewski, PC (2007). Complicated grief as a mental disorder: inclusion in DSM. *In Handbook of Bereavement Research and Practice: 21 century Perspectives*, Eds. Stroebe M, Hansson R, Schut H. y Stroebe W. American Psychological Association Press, in press.
- Raphael, B., y Maddison. D. (1976). The care of bereaved adults. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*. London: Butterworth
- Río-Valle, J. S. (2007). *Validación de la versión española de la escala 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* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. J., y Groves, M. (2004). Inventario de calidad de vida y salud. InCaVisa: México Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston, EE.UU.: Houghton Miffling

- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973)
- Radio Televisión Española, RTVE, (2020). *Sanidad estima en 27.359 los fallecimientos en residencias durante la epidemia, más de dos tercios con coronavirus*. rtve.es. Recuperado de <https://www.rtve.es/noticias/20200707/sanidad-estima-27359-fallecimientos-residencias-durante-epidemia-mas-dos-tercios-coronavirus/2026023.shtml>
- Sanders, C. M. (1988). Risk Factors in Bereavement Outcome. *Journal of Social Issues*, 44(3), 97–111. <https://doi.org/10.1080/07481180903559196>
- Schmidt, J. (2007) *Validación de la versión española de la escala 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*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Schnider, K. R., Elhai, J. D., y Gray, M. J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 344. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.344>
- Schut, H., J. M. S. Stroebe, De Keijser, y J. Van den Bout, (1997). Cross modality group therapy: Description and assessment of a new program, *Journal of Clinical Psychology*, 52, págs. 357-365. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199605\)52:3<357::AID-JCLP14>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199605)52:3<357::AID-JCLP14>3.0.CO;2-H)
- Schwartzberg, S. S., y Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10(3), 270-288. <https://doi.org/10.1521/jscp.1991.10.3.270>
- Vilches Seguel, Liliana (2000). Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior. *Revista de Psicología*, IX(1),0.[fecha de Consulta 20 de Septiembre de 2020]. ISSN: 0716-8039. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=264/26409106>

- Serrano-Parra, Maria Dolores, y Garrido-Abejar, Margarita, y Notario-Pacheco, Blanca, y Bartolomé-Gutiérrez, Raquel, y Solera-Martínez, Montserrat, y Martínez-Vizcaino, Vicente (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*, 5(2),49-57. [fecha de Consulta 6 de septiembre de 2020]. ISSN: 2011-2084. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2990/299025051006>
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., y Glickman, K. (2013). Bereavement and Complicated Grief. *Current Psychiatry Reports*, 15(11). <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0406-z>
- SheiKh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (1986). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*; 5: 165-72.
- Shoebé, W., y Stroebe. M. S. (1987). *Bereavement and health*. New York y Cambridge University Press
- Stroebe, M. S., y Stroebe, W. (1993). The mortality of bereavement: A review. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, y R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 175-195). New York: Cambridge University Press
- Stroebe, M., Schut, H., y Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Tercero, R. P., y Navarra, D. D. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *FMC*, 17(10), 656-63.
- Thierry, X. (2000). Mortel veuvage. Risques de mortalité et causes médicales des décès aux divers moments du veuvage [Mortal widowhood. Mortality risk and medical causes of death at the various stages of widowhood]. *Gérontologie et Société*, 95, 27-45. Recuperado de <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=14203428>
- Tobías Imbernón, Cristina, & García-Valdecasas Campelo, José. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 437-453. Recuperado en 20 de septiembre de 2020, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200010&lng=es&tlng=pt.

- Triadó, C., Celdrán, M., y Villar, F. (2019). *Desarrollo adulto y envejecimiento: una perspectiva psicológica* (2nd ed.). Alianza Editorial.
- Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., y Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255. Recuperado de https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1
- Velázquez, C. (2020). *Recomendaciones de intervención psicológica con pacientes, familiares y profesionales en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19*. COMUNICACIÓN, 22, 05.
- Wagnild, G., y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
- Weiss, R.S (1993). Loss and recovery. En Stroebe, M., Stroebe W. y Hanson, R.O. *Handbook of bereavement: Theory, research an intervention*. Cambridge University Press
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., y van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>
- Worden, J. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Editorial Paidós
- Yesavage, J.A.; Brink, T.L.; Rose, T.L.; Lum, O.; Huang, V. Adey, M. y Leirer, V.O. (1983): Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Researadi*, 17, 37-39.