



Trabajo Fin de Grado

Programa de reestructuración cognitiva y bienestar psicológico para personas mayores en proceso de duelo conyugal

Cognitive restructuring and psychological well-being programme for elderly people in the process of marital bereavement

Autora

Marieta Pavón Díaz

Director

Raúl López Antón

Grado en Psicología

Curso 2021-2022



DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Justificación teórica.....	4
3. Objetivos.....	9
4. Destinatarios.....	10
5. Localización.....	10
6. Metodología.....	10
6.1.Instrumentos.....	11
6.2.Cronograma y programación detallada de sesiones.....	11
7. Recursos: humanos y materiales.....	15
7.1.Presupuesto.....	16
8. Evaluación.....	16
9. Resultados esperados.....	17
10. Conclusión.....	18
11. Referencias.....	19
12. Anexos.....	22

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Resumen

La población mayor es un grupo de edad que se identifica por la acumulación de pérdidas, entre ellas la muerte de los seres queridos. La muerte puede provocar un duelo agudo, que es una reacción adaptativa y común entre los seres humanos.

Sin embargo, entre el 10% y 34% de las personas desarrollan un duelo complicado debido a diversas circunstancias. Además, se ha estudiado que la tercera edad es población de riesgo, teniendo 50% de probabilidades más de morir debido a esta situación.

En vista de las carencias de programas de intervención centrados en personas mayores que sufren de duelo conyugal, el presente trabajo tiene como objetivo el proporcionar un programa lo más completo y efectivo posible, basado en la reestructuración cognitiva y trabajando aspectos íntimamente relacionados con el bienestar de la persona: autoestima, autoconcepto, apoyo interpersonal, expresión de emociones y sentimientos, crecimiento personal y planificación del futuro.

El objetivo principal del programa es proporcionarle a la persona herramientas para vivir de forma sana y adaptativa su duelo, evitando por tanto que derive en patología.

Palabras clave: personas mayores, ancianos, duelo complicado, duelo, reestructuración cognitiva, bienestar psicológico, programa de intervención.

Abstract

Elderly people are an age group identified by the accumulation of losses, including the death of loved ones. Death can provoke acute grief, which is an adaptive and common human reaction.

However, between 10%-34% of people develop complicated grief due to various circumstances. Furthermore, it has been studied that elderly people are a population at risk, being 50% more likely to die due to this situation.

In view of the lack of intervention programmes focused on elderly people suffering from marital bereavement, the present work aims to provide the most complete and effective programme possible, based on cognitive restructuring and working on aspects closely related to the well-being of the person: self-esteem, self-concept, interpersonal support, expression of emotions and feelings, personal growth and planning the future.

The main objective of the programme is to provide the person with the tools to live their grief in a healthy and adaptive way, thus preventing it from turning into pathology.

Keywords: older people, elderly people, complicated grief, bereavement, cognitive restructuring, psychological well-being, intervention programme.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

El aumento de la esperanza de vida ha convertido las sociedades occidentales en poblaciones cada vez más envejecidas (OMS, 2021), por lo que los estudios acerca de este grupo de población han ido aumentando considerablemente. Algunos de esos estudios, se centran en aspectos importantes del ciclo vital. Durante la etapa de la adultez tardía, o coloquialmente llamada *de la tercera edad*, son comunes la acumulación de pérdidas, bien por envejecimiento o por enfermedad, pues se da el fallecimiento del cónyuge, padres, amigos e incluso de los hijos. De acuerdo con los datos obtenidos del último trimestre de 2020, el Instituto Nacional de Estadística (INE) refleja en sus datos que 2.917.800 representan el número de personas viudas en España. De entre ellos, el 80% son mujeres (2.331.200) (Aznarte, M. T. D,2022).

La muerte de un ser querido desencadena un duelo agudo el cual varía en intensidad y duración dependiendo de factores tales como el motivo de la muerte, cercanía con la persona, cultura...(Meichsner, O'Connor, Skritskaya, & Shear, 2020). Tal y como acabamos de comentar, el duelo forma parte de los procesos vitales más comunes entre la población envejecida. Del total de la población española, unos 4.5 millones de personas pasan por un proceso de duelo anualmente (Fuentes, Crespo, & Hernando, 2015) lo cual supone que un 10% de nuestra población está anualmente pasando por este proceso.

Bourgeois (1996) define el duelo como un conjunto de reacciones psico-afectivas y comportamentales que suceden tras la pérdida por fallecimiento de un ser querido. Meichsner, O'Connor, Skritskaya y Shear (2020) definen el duelo como una “respuesta natural a la muerte de un ser querido y puede entenderse como la "forma que adopta el amor tras la pérdida de un ser querido" y que incluye una amplia gama de manifestaciones emocionales, cognitivas conductuales y fisiológicas”. El proceso de duelo normal suele tener una duración entre 6 y 12 meses (García-Campayo, Tazón Ansola, & Aseguinolaza Chopitea, 2011).

Según Kübler Ross (1969), el proceso de duelo se compone de 5 etapas por las que la persona atraviesa: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Generalmente suelen darse en orden cronológico, aunque no es estrictamente necesario. Cuando el duelo no culmina en la fase de aceptación, el riesgo de derivar en un duelo complicado aumenta (Cabodevilla, 2007). Pese a que se identifiquen estas “5 etapas del duelo”, tal y como comentan Kübler Ross y Kessler (2005), no se trata de un proceso lineal ni de una serie de paradas que la persona deba atravesar obligatoriamente, sino que sirven como referencia para ayudar a identificar los distintos sentimientos, emociones y situaciones que puede estar experimentando la persona, pudiendo llegar a pasar varias veces por una misma fase antes de

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

llegar a la última (Parkes, 1998). Estas etapas no sólo pueden darse después de la muerte de un ser querido, sino también en situaciones en las que la persona cuidadora vive una situación en donde el cónyuge se ve inmerso en una enfermedad terminal o degenerativa. Su duelo comienza mucho antes de que la persona fallezca y es lo que los autores llaman duelo pre-muerte o *“pre-death grief”* en inglés (Meichsner, O'Connor, Skritskaya, & Shear, 2020). La experiencia clínica nos dice que este tipo de duelo anticipado es común en la tercera edad donde suele darse mayoritariamente en cuidadores de personas con demencia (MacCourt, McLennan, Somers, & Krawczyk, 2017; Vilajoana, 2017).

Aunque haya elementos comunes durante un proceso de duelo, se trata de un proceso único e individual que depende de muchos factores como el género, personalidad, situación económica, aspectos socioculturales, etc.

Las dimensiones individuales que se ven afectadas durante el proceso de duelo son (Cabodevilla, 2007; Shear, Muldberg y Periyakoil2017):

- Física: se refiere a las reacciones fisiológicas que se producen tras la pérdida y que están íntimamente relacionadas con el estrés. Entre ellas encontramos: alteraciones en la alimentación y el sueño, sensación de ahogo, pérdida de energía y cansancio e inquietud.
- Emocional: todos los sentimientos que el individuo siente: culpa, tristeza, rabia, soledad, nostalgia...
- Conductual: los cambios de comportamiento tras el fallecimiento, como pueden ser la falta o sobre actividad, conductas desadaptativas (consumo de alcohol, tabaco) o adaptativas (ejercicio, búsqueda de apoyo).
- Cognitiva: pensamientos rumiantes, confusión, pérdida de concentración...
- Social: todo lo que tiene que ver con la interacción interpersonal. Es común que los individuos en duelo tiendan a aislarse y dejen de realizar actividades con sus amistades o allegados.
- Espiritual: se replantean las propias creencias religiosas y se busca un sentido para la vida y la muerte.

Sin embargo, el proceso de duelo puede verse prolongado en duración e intensidad, hasta convertirse en una situación desadaptativa del individuo interfiriendo en su vida diaria. Entre las características que definen al duelo patológico están: pensamientos rumiantes acerca de la persona fallecida, imposibilidad de rehacer su vida, emociones intensas como rabia, culpa o tristeza, conductas de riesgo tales como el consumo excesivo de alcohol u otras drogas, etc.(Cabodevilla, 2007).

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), reserva un apartado y lo define como *Trastorno de duelo complejo persistente*. Para diagnosticarlo, la persona debe presentar los criterios que pueden ver en la Tabla 1 (Anexo 1), siendo algunos de ellos: “*incapacidad de recordar al fallecido de manera positiva, valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o su muerte, deseos de morir para poder estar con el fallecido...*” (APA, 2014; pp 789-792)

En relación a ello, algunos de los predictores para el desarrollo de un duelo complicado son (Camacho, 2018; Reverte, & Rodríguez, 1998):

- Factores relacionales: posible relación de dependencia con el fallecido, sentimientos ambivalentes no resueltos, adaptación al nuevo rol del individuo
- Factores circunstanciales: causa de la muerte y duración del proceso de fallecimiento, recuerdo doloroso del proceso
- Factores personales: ancianidad o juventud del fallecido, estilo de apego, escasez de intereses propios, duelos anteriores no resueltos, historial de otros trastornos mentales como depresión o ansiedad
- Factores sociales: ausencia de una red de apoyo o falta de apoyo percibido, tipo de relación con la familia del fallecido, situación económica deficiente, estar en responsabilidad de otra persona (ej.: hijos, familiares, persona con discapacidad...)

Entre el 10 y el 34% de las personas que sufren una pérdida por fallecimiento desarrollan un duelo patológico y aumenta el riesgo de muerte (principalmente por eventos cardíacos y suicidio), por lo que las personas viudas tienen un 50% más de probabilidades de morir prematuramente durante el primer año tras el suceso (García, Petralanda, Manzano & Inda, 2005; Rodríguez-Álvaro, 2019).

La tercera edad, y la muerte del cónyuge, constituyen claramente factores de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado.

En el presente estudio de Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard, & O'Connor (2017) tras la realización de una revisión sistemática y un meta análisis se destacó la prevalencia de que 1 de cada 10 personas en duelo presentará síntomas de duelo complicado, además de estar relacionado con la edad, sugiriendo que las personas mayores tenían más probabilidades de desarrollar un duelo patológico. Así mismo, según Kersting et al. (2011), las personas que habían perdido a su cónyuge por fallecimiento, presentaban la segunda tasa de prevalencia de duelo complicado más alta (hasta un 20,3%), por encima de la pérdida de un progenitor o hermano.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Además, el duelo se relaciona fuertemente con los episodios depresivos (Corruble, 2013). De hecho, el riesgo de depresión en los viudos/as se multiplica por cuatro en el primer año y casi la mitad presenta ansiedad generalizada o crisis de angustia. La ansiedad y el duelo complicado son algunas de las consecuencias que podemos encontrarnos ante esta situación. También aparecen otras consecuencias como el abuso de alcohol y el aumento del consumo de psicofármacos, ya que en muchas ocasiones, el duelo patológico es resistente a ellos (Rosenzweig, Prigerson, Miller, & Reynolds III, 1997). También, la viudedad se ha visto relacionada con la precipitación de deterioro cognitivo y el aumento de la demencia en personas mayores (Davidow, Zide, Levin, Biddle, Urizar, & Donovan, 2021).

A pesar de los alarmantes datos, la literatura no ofrece intervenciones estandarizadas sobre el duelo en personas mayores. Sí que encontramos artículos dirigidos a la población en general e incluso algunos están dirigidos a profesionales sanitarios y en la forma en la que es recomendable actuar con pacientes en luto (Sanz González, 2013). Estos artículos no dirigidos específicamente a la población mayor, ponen de relieve que, al proponer una intervención con una persona o personas en duelo, se debe tener en cuenta tres aspectos fundamentales: la aceptación de la realidad de la muerte, la creación de un futuro significativo y con metas, además de la posibilidad de ser feliz, y por último reafirmar la conexión y el significado que se tiene con la persona fallecida (Shear, Muldberg, & Periyakoil, 2017).

Algunas de las intervenciones en duelo que podemos encontrar dirigidas a la población en general son las que se basan en la *Terapia de duelo complicado* (TDC) (complicated grief therapy) y las basadas en la *Terapia Cognitivo-Conductual* (TCC). La TDC es una de las intervenciones más estudiadas y más utilizadas hasta la fecha (Iglewicz, Shear, Reynolds III, Simon, Lebowitz, & Zisook, 2020). Sienta sus raíces en la teoría del apego, la terapia interpersonal (TIP) y la terapia cognitivo-conductual (Wetherell, 2012). Tiene como objetivo propiciar herramientas y ayuda a la persona para que acepte y afronte la pérdida, al mismo tiempo que se adapta a la vida sin la persona fallecida. El principio básico de esta terapia consiste en aceptar la naturalidad y adaptabilidad del proceso de duelo, que en los casos de duelo complicado, está siendo bloqueado (Shear, & Gribbin Bloom, 2017). Los pilares fundamentales de la TDC son la escucha activa y la psicoeducación.

Los aspectos centrales en los que se basa esta terapia son (Iglewicz et al., 2020; Meichsner, O'Connor, Skritskaya, & Shear, 2020): (a) Comprensión y aceptación del duelo, (b) Gestión de las emociones dolorosas, (c) Planificación de un futuro significativo, (d) Fortalecimiento

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

de las relaciones, (e) Contar la historia de la muerte, (f) Aprender a vivir con recuerdos (g) Establecer una conexión duradera con los recuerdos de la persona de la persona fallecida Por último, sus técnicas están enfocadas en los síntomas de los recuerdos dolorosos intrusivos y la evitación conductual (Wetherell, 2012).

Por otro lado, la Terapia Cognitivo Conductual trabaja a partir de las creencias previas del individuo acerca de la muerte, y, a partir de la psicoeducación, trata de modificar dichos pensamientos desadaptativos además de ofrecer nueva información acerca de dicho proceso (Cruz, Corona, & Portas, s.f.). Además, la TCC propone como última fase, dotar de herramientas de afrontamiento y autorregulación para así graduar el impacto de la pérdida e integrarla de una forma sana y adaptativa. Este tipo de corriente parece haber obtenido resultados positivos en el tratamiento en duelo complicado, y se reflejan tanto en los análisis obtenidos a corto plazo como en los seguimientos a largo plazo (Romero, 2013).

Además de las terapias mencionadas hasta ahora, existen una serie de factores en los que es necesario prestar atención e intervenir, ya sea por su implicación directa con el proceso de duelo o por su relevancia en la vida del individuo.

Uno de los factores íntimamente relacionados con la pérdida de un ser querido ha sido la disminución del bienestar psicológico. Según el modelo teórico de Ryff de 1989, el bienestar psicológico se basa en un conjunto de siete variables que son vitales en la vida del individuo: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Ortiz Arriagada, & Castro Salas, 2009). Estas 7 variables tienen como finalidad integrar la realidad vivencial del individuo (presente, pasado y futuro) además de favorecer la identificación personal y el desarrollo de unas relaciones interpersonales satisfactorias.

En general, podemos encontrar diferencias en cuanto a bienestar social entre adultos institucionalizados y no institucionalizados, teniendo en cuenta diferentes variables. Un estudio que comparaba el bienestar de la persona mayor de grupo institucionalizado (centros residenciales para mayores) y otro no institucionalizado encontró que los ancianos institucionalizados percibían de manera más positiva el apoyo formal y obtenían puntuaciones más elevadas en autoestima social (valoraban más las relaciones interpersonales y la amistad, así como que eran capaces de iniciar y mantener dichas relaciones). De manera contraria, obtenían puntuaciones más bajas en autoestima familiar (percepción de sí mismos en la esfera familiar) (Cava y Musitu, 2000). Además de ello, se ha demostrado que las personas mayores institucionalizadas puntuaciones más bajas en autoconcepto, autoestima en general y concretamente en autoestima interpersonal (Antonelli, Rubini, & Fassone, 2000).

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Musitu, García y Gutiérrez (1991, como se citó en Esteban, & Jaimes, 2018) “mencionan que el autoconcepto es la percepción que tiene la persona de sí misma en base a la observación de sus capacidades y limitaciones y que le permite tener un sentido de la propia identidad”, y siguiendo al hilo de las investigaciones, presenta su relevancia en las personas de la tercera edad, concretamente en las que están institucionalizadas.

Otro de los factores que ha ido cobrando importancia ha sido la interpretación cognitiva de la pérdida. Ésta se basa en la teoría cognitiva social, destacando la importancia de la autoevaluación, en la cual se compara el estado actual de la persona con el resultado real obtenido y el resultado deseado. Además, el éxito o el fracaso en la consecución de un objetivo deseado influye en la percepción de la autoeficacia del individuo a la hora de afrontar una situación. La autoeficacia se define como la confianza que tiene cada persona para sentirse capaz de superar las adversidades y está íntimamente relacionada con la autoestima (González-Celis Rangel, & Lima Ortiz, 2017; Mesa-Fernández, Pérez-Padilla, Nunes, & Menéndez, 2019). Varios estudios han demostrado que, en el duelo, la autoeficacia ha resultado ser especialmente relevante, y se ha asociado a un mayor bienestar, una menor angustia emocional y una mayor salud física percibida (Fancourt, Finn, Warran, & Wiseman, 2019), debido a que tiene una función protectora ante las conductas dañinas para la salud (como por ejemplo el tabaquismo, sedentarismo, consumo de alcohol), la regulación emocional y la promoción de la actividad física (Mesa-Fernandez et al., 2019).

Por lo expuesto anteriormente, y en vista de las carencias de programas específicos centrados en mayores de 65 años detectadas en la revisión bibliográfica realizada, el objetivo de este proyecto es la propuesta de un programa de intervención enfocado al duelo conyugal en personas mayores; este programa será lo más completo y efectivo posible ya que reunirá todos los aspectos más relevantes de cada una de las propuestas mostradas durante la justificación teórica.

Objetivos

El objetivo principal es fomentar la mejora de la vivencia del duelo de una manera sana, evitando que derive en patología.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Mejorar la autoestima y el autoconcepto como base del progreso terapéutico
- Fomentar la reflexión y verbalización sobre la pérdida del ser querido y valorar su presencia en el momento presente.
- Dotar de herramientas para trabajar y desarrollar la resiliencia
- Mejorar la aceptación de los sentimientos, emociones y pensamientos propios.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

- Reforzar la autoestima interpersonal mediante la toma de conciencia sobre el apoyo real disponible en el entorno
- Trabajar la mejora en la adaptación a la vida sin la persona fallecida mediante la reflexión sobre los planes de futuro.

Además, trataremos de cubrir los siguientes objetivos secundarios basados en nuestra experiencia clínica personal del mismo grupo de edad.

- Ayudar a saber reconocer la identidad personal y retomar actividades personales satisfactorias
- Desmitificar el proceso de duelo para ofrecer una visión más realista e individualizada

Destinatarios

Esta intervención tiene varios destinatarios.

De forma directa, los beneficiarios de este programa son personas institucionalizadas en una residencia de mayores con edades comprendidas entre los 65 y 95 años, de ambos sexos.

Para la participación en el programa, vamos a tener en cuenta varios criterios de inclusión y exclusión para la selección de los participantes. Criterios de inclusión: que hayan sufrido la pérdida del cónyuge hace como mínimo 3 meses (según la escala del Inventario de Texas), que tengan habilidades lecto-escritoras, que no presenten un deterioro cognitivo >3 (en la Escala de Deterioro Global), que cumplan con los criterios de las escalas que se les pasará al comienzo del programa (*baseline*) y que proporcione su consentimiento para su participación en el mismo. Los principales criterios de exclusión van a ser: que presente algún otro trastorno mental que pueda interferir en la sucesión del programa y que no muestre motivación por la participación en el mismo.

Por otro lado, de forma indirecta, tanto el entorno familiar y social se verán favorecidos tras llevar a cabo el programa, así como el personal del centro de mayores.

Todo el protocolo deberá haber sido aprobado por el CEICA (Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón), y todos los participantes deberán otorgar su consentimiento informado por escrito.

Localización

Las sesiones del programa de intervención se llevarán a cabo en la residencia de mayores Elías Martínez Santiago de Zaragoza (C/ Consejo de Ciento, 23).

Metodología

El programa se va a realizar de forma que se obtengan puntuaciones *pre-test* y *post-test*, con el objetivo de confirmar si el programa ha sido eficaz y ha cumplido sus objetivos.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Instrumentos

Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD): se trata de un cuestionario autoadministrado, compuesto por 21 ítems con los cuales se evalúan 5 categorías distintas. La escala es tipo Likert, a mayor puntuación mayor intensidad de duelo. Mide tanto el comportamiento del pasado como los sentimientos actuales. Su traducción al castellano ha obtenido una validez y fiabilidad equiparable al original (García, Petralanda, Manzano, & Inda, 2005). La escala original fue diseñada por Faschingbauer (1981).

Mini examen cognoscitivo (MEC): originalmente fue elaborado por Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang bajo el nombre de Mini-Mental State Examination (MMSE) en 1975. Está especialmente dirigida a la población mayor (+65 años) con la finalidad de una detección rápida del deterioro en funciones cognitivas. Evalúa varias áreas: orientación temporal y espacial, fijación, atención y cálculo, memoria a corto plazo, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo. Dada su amplia utilización en la residencia de mayores donde llevaremos a cabo el programa, compararemos la puntuación del MEC con la Escala de Deterioro Global de Reisberg.

Escala de Bienestar Psicológico: originariamente la escala fue elaborada por Carol Ryff. Más adelante D. van Dierendonck propuso una escala basada en esta misma pero que contaba únicamente con 39 ítems (que es la que vamos a utilizar). Estos 39 ítems se agrupan en 6 categorías: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. Podemos encontrar dicha escala en castellano por Díaz et al. (2006).

Escala de Autoestima: elaborada por Rosenberg, es la escala más común para la evaluación de la autoestima. Consta de 10 ítems enunciados tanto positiva como negativamente, en escala tipo Guttman, aunque también se ha realizado en tipo Likert, que es la que utilizaremos en el programa (Rosenberg, 1965). Su traducción al castellano ha sido validada (Vázquez-Morejón Jiménez, Jiménez García-Bóveda, & Vázquez Morejón, 2004).

Autoconcepto Forma-5 (AF-5): se trata de un cuestionario que consta de 30 ítems, entre los cuales se evalúan diferentes áreas del individuo (social, académica/profesional, emocional, familiar y física). Es un cuestionario de fácil aplicación y corrección, elaborado por García y Musitu (1999).

Cronograma y programación detallada de sesiones

En este programa vamos a realizar un total de 13 sesiones. Algunas de ellas se harán de forma individual y otras en grupo. Para las sesiones en grupo es importante destacar que serán como máximo de 10 personas (si hubiese más nos plantearíamos realizar dos grupos de

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

participantes), y que la disposición grupal será en círculo, para fomentar la participación y escucha activa de todos.

Cada sesión tendrá una duración de aproximadamente una hora y tendrá una periodicidad de 2 sesiones por semana, con un total de 6 semanas (la última semana haremos 3 sesiones).

En la Tabla 1 (Anexo 2) se expone el cronograma de las sesiones, con los temas a tratar en cada una de ellas.

Sesión 0. Baseline (individual)

Objetivos: pasar las escalas correspondientes a los posibles participantes del programa y obtener sus respectivas puntuaciones. De esta forma, hacemos cribado de los integrantes del programa y procedemos a hacer el *pre-test*.

Sesión 1. Presentación (grupal).

Objetivos: dar a conocer el programa que vamos a llevar a cabo, destacando la importancia del mismo. Comentar las expectativas que se tienen sobre el mismo. Proporcionar una reflexión teórica sobre lo que es y supone un proceso de duelo.

Dinámica de presentación: cada uno debe de hablar sobre un objeto que lleve consigo, explicar al grupo por qué lo lleva y qué le hace sentir. Gracias a esta dinámica conseguiremos crear un clima de confianza y participación donde puedan sentirse cómodos.

Hablamos del duelo: ponemos en común aquello que sabemos sobre el duelo y proporcionamos una definición del mismo, ayudando a identificar las diferentes *fases* que lo componen.

Carta para mi yo futuro: trabajamos las expectativas a partir de una carta que escribirán los participantes a su “yo del futuro”.

Sesión 2. Autoestima y autoconcepto (grupal).

Objetivos: ayudar a conocer cuáles son las cualidades que poseen, empoderar sus fortalezas y definir sus límites. Trabajar la autoestima y el sí mismo, es decir, crear un espacio de reflexión introspectiva.

Cualidades y habilidades propias: fomentamos la autorreflexión a partir de una dinámica de autoestima (Anexo 4).

Percepción/realidad: a partir de la dinámica anterior todos los participantes colaboran en resaltar cualidades de los demás ayudando así a la mejora de la autoestima. Nos ayudamos de la dinámica “Doy, comparto, entrego” explicada en el Anexo 4.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Sesión 3. Autoestima y autoconcepto (grupal).

Objetivos: dotar de herramientas para la mejora de la comunicación hacia uno mismo, trabajar la confianza y reflexionar sobre nuestras capacidades.

Comunicación: presentamos la base teórica del *diálogo interno*. Fomentamos la importancia de la reflexión personal y de la comunicación positiva en segunda persona. Hablarnos desde el respeto y la serenidad, sobre todo ante situaciones adversas. Saber qué debemos mejorar y cuándo felicitarnos.

Confianza, fortalezas y debilidades: dinámica explicada en el Anexo 5. Gracias a esta dinámica favorecemos que se den cuenta de que en otras ocasiones han podido superar situaciones adversas que en ese momento creían no poder con ello. Mejoramos por tanto el autoconcepto que tienen de sí mismos y la autoestima.

Sesión 4. Identidad personal (grupal).

Objetivos: se trata de ayudarles a reflexionar acerca de quienes son de manera individual, como personas únicas que son y también de cómo eran con su pareja, es decir, qué papel desempeñaban.

Hablemos del pasado: trabajamos el “yo de antes” a partir de una dinámica explicada en el Anexo 6. Se trata de animar a los participantes a que vuelvan a realizar dichas actividades reconfortantes en la medida de lo posible o encontrar nuevas.

Cuidador: ponemos en común el papel del cuidador. Reflexionamos sobre las dificultades por las que pasa y la fortaleza para seguir adelante. Destacamos la importancia de salir de esa “*identidad impuesta*” para volver a la realidad de uno mismo.

Sesión 5. Identidad personal (individual).

Objetivos: de forma individual proporcionamos un espacio para que puedan reflexionar junto al profesional sobre sus propias cualidades e identidad.

¿Quién soy yo?: favorecemos la reflexión sobre cómo es la persona en sí misma y cómo era con el cónyuge antes. Encauzar de nuevo su vida hacia sus intereses y necesidades propias. Utilizamos la dinámica de las 20 frases explicada en el Anexo 7.

Sesión 6. Resiliencia (grupal).

Objetivos: proporcionar introspección y un espacio de calma.

Relajación visual: trabajar herramientas para la evasión. Proporcionamos un momento de calma e introspección. Técnica desarrollada en el Anexo 8.

“Gafas rosas”: escribir o hablar sobre las cosas sencillas y buenas que tiene la vida. Sirve como automotivación. Primero pondremos algunos ejemplos introductorios para ir entablando conversación y debate en el grupo.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Sesión 7. Sentimientos, emociones y pensamientos (grupal).

Objetivos: proporcionar un marco teórico sobre los temas a tratar en esta sesión, para así ayudar a una fácil identificación de los mismos

Teoría: introducción a una base teórica acerca de la definición y ejemplos de sentimientos y emociones.

Dinámica “los sentires”: dinámica explicada en el Anexo 9.

Sesión 8. Sentimientos, emociones y pensamientos (grupal)

Objetivos: proporcionar herramientas para la identificación de los pensamientos intrusivos, su gestión y forma de comunicación con el entorno.

Pensamientos intrusivos: a partir de lo aprendido en la sesión anterior, hablamos de los esquemas cognitivos que predominan en nuestro día a día, identificando pensamientos intrusivos disfuncionales relacionados con los sentimientos y emociones hablados anteriormente. Esta sesión se enlaza con la de *Identidad y Autoestima*, al estar íntimamente relacionado un concepto con el otro (todos ellos forman parte de un esquema de causa y consecuencia mutua). Nos ayudamos de la dinámica “Tiro, arrojo, abandono”, explicada en el Anexo 10.

Herramientas de expresión: les facilitamos herramientas para la comunicación de todo lo trabajado en las sesiones 6 y 7, pretendiendo mejorar las relaciones interpersonales, incluyendo entre ellas las familiares. Complementamos con la dinámica “Necesito, pido, deseo” explicada en el Anexo 10.

Sesión 9. Reconciliación con el fallecido (grupal)

Objetivos: proporcionar un momento de reflexión acerca del fallecido para así integrar y fomentar la aceptación de la pérdida.

Caja de los recuerdos: se les pedirá en la sesión anterior que traigan algún objeto o pertenencia que haya sido o que les recuerde al cónyuge fallecido. El objetivo es crear una caja de los recuerdos y que compartan en grupo diferentes aspectos sobre lo que les hace sentir o recuerdos que quieran compartir con los demás participantes. Esa caja les ayudará a que en momentos futuros puedan acudir a ella como espacio seguro del recuerdo.

Sesión 10. Apoyo: entorno social y familiar (grupal)

Objetivos: poner en relevancia la esfera social en la que se encuentra el individuo para que sepa identificar fuentes de apoyo cercanas y de confianza.

Apoyo real vs apoyo percibido: introducción en base a la teoría.

¿A quién identificamos dentro de nuestra esfera social?: creación de forma individual de nuestro “árbol social”, identificando todas aquellas personas importantes que forman parte

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

de nuestra vida. Dinámica explicada en el Anexo 11.

Sesión 11. Planes de futuro

Objetivos: trabajar objetivos a corto y largo plazo, poniendo en relieve las expectativas previas que se tenía del programa y las actuales.

Expectativas: retomamos la *carta a mi yo futuro* de la sesión 1 para compararla con lo que han estado viviendo en el programa, además de trabajar las expectativas que se tengan ahora una vez finalizado el mismo.

Objetivos personales: ponemos en común, a partir de todo lo que hemos trabajado, de objetivos que tengan los participantes a corto plazo y a largo plazo, propiciando un alcance de los mismos de manera progresiva y realista (nos apoyamos en la dinámica “*Árbol de objetivos*” explicada en el Anexo 12. Trabajamos a partir de la interpretación cognitiva y la motivación.

Sesión 12. Final

Objetivos: finalizar el programa poniendo en común los aspectos trabajados más importantes, así como tener una visión global del proceso de duelo más adaptativa.

Conclusiones: resumimos de manera conjunta, los aspectos más relevantes que hemos trabajado en el programa

Evaluación: se pedirá a los participantes que evalúen el programa a partir de una encuesta (explicada en el Anexo 13), además de proponer aspectos a mejorar y sugerencias.

Seguimiento: se valorará hacer un seguimiento tras el programa con una periodicidad de aproximadamente 3 meses según se crea conveniente

Sesión 13. Post test

Objetivos: en esta última sesión se repetirán las escalas pasadas en la sesión de *baseline*, con el objetivo de comprobar si ha habido un cambio significativo en las puntuaciones.

Recursos

Los recursos necesarios para el programa los dividimos en dos categorías: humanos y materiales.

Recursos humanos

- Personal del centro del departamento de psicología, en este caso, una psicóloga. En caso de realizar este programa en otro centro que no es el citado anteriormente, sería necesario una persona graduada en psicología y una persona del centro residencial que conozca a los participantes.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

- Una persona auxiliar del centro por si surgiese algún problema o petición de algún residente.

Recursos materiales

Instalaciones

- Aula (del centro de la residencia, lejos de ruidos y distracciones externas, por ejemplo, utilizar una sala de la zona “Hogar” de la residencia).
- Mesas
- Sillas

Material fungible

- | | |
|--|--|
| - Folios | - 1 caja pequeña de cartón para cada participante |
| - Posits de colores | - Rotuladores |
| - Cartulinas de tamaño DIN-A4 y DIN-A2 | - Cintas adhesivas de colores |
| - Fichas dinámica “Los sentires”, “Frasas incompletas y “¿Quién soy yo?” | - Un teléfono móvil (se puede utilizar el de la psicóloga) |

Presupuesto

El presupuesto total del proyecto está estimado en las siguientes cantidades: presupuesto de la psicóloga, a 40€/h, 90 min/sesión, total de 13 sesiones, 19,5h en total, precio final: 780€; presupuesto de personal auxiliar por 25€/h, 19,5h en total; precio final: 487,5€; precio de alquiler de la sala para terapia grupal, a 15€/h y 19,5h en total: 292,5€; precio de alquiler de despachos a 20€/h, 19,5h; precio final: 390€; presupuesto aproximado del material fungible necesario: 50€.

Por tanto, el coste total sería de aproximadamente 2.000€, sin incluir gastos de luz en los espacios físicos.

Evaluación

Para la evaluación del programa, utilizaremos una evaluación mixta, para favorecer la eficacia y objetividad. Ésta consiste en que el programa será evaluado tanto por las personas implicadas en el programa (evaluación interna) (ej.: participantes, equipo de implementación) como por personas externas a él (ej.: personal del centro, trabajadores de Albertia (empresa encargada de la gestión de la residencia)). Gracias a la evaluación interna, se conseguirá disminuir la reactancia de los participantes y posibilitará una mayor influencia sobre el programa, pudiendo así realizar las modificaciones y mejoras oportunas durante la puesta en marcha del mismo.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Además, se realizará una evaluación temporal durante el programa, dividiéndose en 3 momentos clave:

- *Antes de la puesta en marcha del programa:* se evaluará la planificación, viabilidad de los objetivos y el cronograma del programa, así como los resultados previos de las escalas (pre-test).
- *Durante la puesta en marcha:* se llevará a cabo lo que se denomina como “Evaluación de procesos”. La evaluación se realizará mediante pequeñas preguntas a los participantes además de al personal del centro cercano a los mismos. Se evaluará la implementación, gestión, rendimiento y participación de las personas, además de un registro que se realizará en cada sesión sobre las impresiones obtenidas del profesional que implanta el programa.
- *Tras la finalización del programa:* se realizará la “Evaluación de resultados”. Para empezar, los participantes rellenarán una encuesta de satisfacción, el cual será un cuestionario con un conjunto de preguntas que se especifican en el Anexo 13, y se llevará a cabo en la sesión nº11. Así mismo, como se ha explicado previamente, en la última sesión (nº12) se volverán a pasar la batería de escalas pasadas en la *baseline*, para posteriormente comparar los resultados obtenidos y evaluar la efectividad del programa.

Resultados esperados

Tras la finalización del programa, se espera que se cumplan los objetivos que se comentaron al comienzo del mismo.

En primer lugar, esperamos mejorar la transición durante el proceso de duelo, evitando que derive en un duelo complicado, propiciando por tanto una vivencia sana y adaptativa. Como base a ello, pretendemos haber proporcionado información acerca del mismo desmitificando ideas preconcebidas.

Pretendemos conseguir una mejora en varias esferas del individuo, como la autoestima, el autoconcepto y la identidad personal, así como dotar de herramientas para fomentar la reflexión y verbalización de la pérdida, identificando los sentimientos y pensamientos relacionados, además de ser capaces de modificarlos.

Todo ello, al haber trabajado generalmente de forma grupal, esperamos haber mejorado las relaciones interpersonales entre los participantes y con ello, una mejora de la comunicación y de la expresión, además de haber creado un espacio seguro y de confianza.

Se espera que los participantes adquieran una visión realista de su círculo de apoyo más íntimo en el que puedan sustentarse ante esta complicada situación.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Además, confiamos que tras haber trabajado todo lo anterior, los participantes consigan crear la posibilidad de un futuro donde prioricen su salud, sus intereses y su bienestar, aceptando la muerte del cónyuge como un suceso inevitable que forma parte del ciclo vital.

También, esperamos que tras la efectividad del programa éste se lleve a cabo no solo con personas de la residencia, sino con personas que acuden al *Centro de día*, además de extenderlo a otras residencias.

Por último, gracias al programa, queremos aumentar la conciencia y la investigación acerca de este grupo de edad, así como servir de proveedores de conocimiento.

Conclusiones

Tras la explicación del programa, cabe destacar la importancia de este tipo de iniciativas y de la creación de programas enfocados a la tercera edad. Además, el duelo es muchas veces silenciado debido al tabú que conlleva la palabra muerte. Por ello, es también importante crear espacios seguros de reflexión para la expresión de las emociones y sentimientos ante estas situaciones.

También poner en relieve, la importante labor que hacen los grupos de apoyo. Estas interacciones entre iguales, como ocurre en este programa, hacen posibles una comunicación mucho más efectiva, más personalizada y emocional, además de reducir el aislamiento. Asimismo, al tratarse de grupos institucionalizados, se hace significativo contar con el apoyo de personas que comparten gran parte de su día a día, integrando a ello la esfera familiar.

La mayoría de las personas en proceso de duelo no requieren de atención especial para superar dicha situación, ya que es una reacción adaptativa y natural del ser humano, sin embargo, como vimos previamente en la justificación teórica, el 10% de la población tiene el riesgo de sufrir un duelo complicado (Lundorff et al., 2017). Sumado a ello, las personas mayores tienen varios factores de riesgo que hacen que tengan más posibilidades de sufrirlo.

Gracias a este programa, conseguimos que este grupo de personas consigan aceptar la pérdida, así como la recuperación de su identidad, todo ello al trabajar la autoestima y el autoconcepto. También cobran especial relevancia la reestructuración y la interpretación cognitivas.

En definitiva, el programa recoge los aspectos más relevantes trabajados en duelo, pero de esta forma enfocados a la tercera edad y al fallecimiento del cónyuge.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana
- Antonelli, E., Rubini, V., & Fassone, C. (2000). The self-concept in institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*, 20(2), 151-164.
- Aznarte, M. T. D. (2022). Las parejas de hecho ante la pensión de viudedad. *Revista de Estudios Jurídico Laborales y de Seguridad Social (REJLSS)*, (4), 105-129.
- Bourgeois, M. L. (1996). *Le deuil: clinique et pathologie*. Presses universitaire de France.
- Bourgeois, M. (2013). Deuils compliqués. *European Psychiatry*, 28(S2), 40-41.
doi:10.1016/j.eurpsy.2013.09.103
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30, 163-176.
- Camacho, D. (2018). *Predictores de la culpa en el duelo complicado* [Tesis Doctoral, Universidad Camilo José Cela] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=285583>
- Cava, M. J., & Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(4), 215-221
- Corruble, E. (2013). Deuil et dépression. *European Psychiatry*, 28(S2), 41-41.
- Cruz, J.I., Corona, I.Z., & Portas, J.C. (s.f.). *Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de Duelo Complicado* [Archivo PDF]. <https://docero.mx/download/terapia-cognitivo-conductual-en-el-manejo-de-duelo-complicado-x2j8evq3ye?hash=265bdb98c1a403e14da705d09edc28cb>
- Davidow, J. B., Zide, B. S., Levin, L. L., Biddle, K. D., Urizar, J. C., & Donovan, N. J. (2021). A Scoping Review of Interventions for Spousal Bereavement in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(3), 404-418
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Esteban, R. F. C., & Jaimes, M. E. B. (2018). Análisis psicométrico de la Escala de Autoconcepto AF5 de García y Musitu en estudiantes universitarios de Tarapoto. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 34(2).
- Fancourt, D., Finn, S., Warran, K., & Wiseman, T. (2019). Group singing in bereavement: effects on mental health, self-efficacy, self-esteem and well-being. *BMJ Supportive & Palliative Care*.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

- Faschingbauer, T.R. (1981). *Texas Revised Inventory of Grief manual*. Houston: Honeycomb Publishing
- Fuentes, J. M. S., Crespo, M. G. S., & Hernando, F. J. V. (2015). *Eficacia de un protocolo de intervención psicológica en procesos de duelo patológico* [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca, España]. <https://gredos.usal.es/handle/10366/128812>
- García, J. G., Petralanda, V. L., Manzano, M. T., & Inda, I. G. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención primaria*, 35(7), 353-358.
- García, F., & Musitu, G. (1999). *Autoconcepto forma 5*. Madrid: Tea.
- García-Campayo, J., Tazón Ansola, P., & Aseguinolaza Chopitea, L. (2011). Manejo del duelo en atención primaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, 1-18.
- Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds III, C. F., Simon, N., Lebowitz, B., & Zisook, S. (2020). Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and Anxiety*, 37(1), 90-98.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343.
- Kübler-Ross E. (1969) *On Death and Dying*. Macmillan.
- Kübler-Ross, & Kessler, D. (2005). *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. (2002). *MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149.
- MacCourt, P., McLennan, M., Somers, S., & Krawczyk, M. (2017). Effectiveness of a grief intervention for caregivers of people with dementia. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 75(3), 230-247.
- Meichsner, F., O'Connor, M., Skritskaya, N., & Shear, M. K. (2020). Grief before and after bereavement in the elderly: an approach to care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(5), 560-569.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (4 de octubre de 2021). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

- Ortiz Arriagada, J. B., & Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25-31.
- Parkes, C. M. (1998). Coping with loss: Bereavement in adult life. *BMJ*, 316(7134), 856-859.
- Reverte, M. A. L., & Rodríguez, E. D. G. (1998). El duelo en cuidados paliativos. In *Libro de Resúmenes del 2º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Santander (pp. 112-117).
- Rodríguez-Álvaro, M. (2019). Impacto del duelo complicado: Una lectura a través del lenguaje del cuidado. *Ene*, 13(3).
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2/3), 377.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61(52), 18.
- Rosenzweig, MD, MPH, A., Prigerson, PhD, H., Miller, MD, M. D., & Reynolds III, MD, C. F. (1997). Bereavement and late-life depression: Grief and its complications in the elderly. *Annual review of medicine*, 48(1), 421-428.
- Sanz González, M. (2013). *Duelo complicado: relación de ayuda enfermera*. [Trabajo fin de Grado, Universidad de Cantabria]
<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/3130>
- Shear, M. K., & Gribbin Bloom, C. (2017). Complicated grief treatment: An evidence-based approach to grief therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(1), 6-25.
- Shear, M. K., Muldberg, S., & Periyakoil, V. (2017). Supporting patients who are bereaved. *BMJ*, 358.
- 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.
- Vilajoana, J. C. (2017). *Duelo anticipado en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer y otras demencias* [Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona]
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158505>
- Wetherell, J.L. (2012) Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 159-166, DOI: 10.31887/DCNS.2012.14.2/jwetherell

Anexo 1. Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5)

Tabla 1

Criterios diagnósticos para el Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5)

A.	El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.
B.	Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido. 2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte. 3. Preocupación en relación al fallecido. 4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte.

C.	Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo: <p>Malestar reactivo a la muerte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Importante dificultad para aceptar la muerte. 2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida. 3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido. 4. Amargura o rabia en relación a la pérdida. 5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., autoinculparse). 6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido; en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido). <p>Alteración social/de la identidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido. 8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento. 9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte. 10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido. 11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).
D.	Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida.
E.	La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento
F.	La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad.

Anexo 2. Cronograma de las sesiones**Tabla 2***Cronograma de sesiones*

Sesiones	Tema	Contenidos
Sesión 0 (individual)	Baseline	<ul style="list-style-type: none"> - Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) - MEC - Rosenberg/AF-5 - Escala de Bienestar de Ryff - AF-5
Sesión 1 (grupal)	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del programa - Objetivos - Participantes - Expectativas - Definición y fases duelo - Conclusiones
Sesión 2 (grupal)	Autoestima y autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> - Cualidades y habilidades propias - Percepción/realidad
Sesión 3 (grupal)		<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación hacia uno mismo - Confianza - Fortalezas y debilidades - Conclusiones
Sesión 4 (grupal)	Identidad personal	<ul style="list-style-type: none"> - Hablamos del pasado - “¿Quién soy yo?”
Sesión 5 (individual)		<ul style="list-style-type: none"> - Cuidador: tener conciencia de las propias necesidades - Vuelta a la rutina - Conclusiones
Sesión 6 (grupal)	Resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> - Relajación visual - “Gafas rosas” - Conclusiones
Sesión 7 (grupal)	Sentimientos, emociones y pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría sobre sentimientos y emociones - Identificación de lo anterior
Sesión 8 (individual)		<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos predominantes - Herramientas de expresión - Validación y aceptación - Comunicación - Conclusiones
Sesión 9 (grupal)	Reconciliación con el fallecido	<ul style="list-style-type: none"> - Caja de los recuerdos - Conclusiones

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Sesión 10 (grupal)	Apoyo: entorno social y familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo real vs. apoyo percibido - ¿A quién identificamos dentro de nuestra esfera social? - Herramientas de comunicación - Conclusiones
Sesión 11 (grupal)	Expectativas de futuro	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas actuales - Objetivos personales (interpretación cognitiva) - Conclusiones
Sesión 12 (grupal)	Final	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas actuales - Conclusiones generales - Evaluación del programa - Conclusiones - Seguimiento
Sesión 13 (individual)	Post test	<ul style="list-style-type: none"> - Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) - Rosenberg/AF-5 - Escala de Bienestar de Ryff - AF-5

Notas: en esta tabla se exponen el número de sesiones totales que se llevarán a cabo en el programa junto con los temas principales de las mismas

Anexo 3.**Dinámica 1. Autoestima**

Para esta dinámica vamos a utilizar únicamente un teléfono móvil que bien puede ser el del psicólogo/a que imparte el programa.

Se les explica a los participantes que una persona va a tener que describir a un personaje famoso (que se le enseñará por el móvil) y los demás van a tener que adivinar quién es. La clave de este ejercicio es que no se le va a enseñar a la persona ningún famoso, sino que se le pondrá la cámara interna del móvil a modo de espejo para que la persona tenga que describirse a ella misma.

Gracias al ambiente familiar de la residencia, donde se conocen todos, va a resultar muy útil esta dinámica.

Dinámica 2. Doy, comparto, entrego.

Para esta dinámica vamos a necesitar una cartulina tamaño DIN-A2 y otra DIN-A4, además de posits de colores. Escribiremos arriba de la cartulina DIN-A2 el nombre de la dinámica (Doy, comparto, entrego), mientras que en la de tamaño folio escribimos “aptitudes positivas que tengo y comparto con el grupo, y les entregamos a los participantes los posits. El objetivo es que cada persona escriba algo que pueda aportar al grupo, resaltando así sus cualidades positivas (ej.: optimismo, comprensión, cariño, etc.). Fomentamos trabajar la autoestima y el autoconcepto.

Anexo 4. Actividad “*Frases incompletas*”

Poner en común “pequeños éxitos”, es decir, situaciones de las que nos hayamos sentido orgullosos. Fomentamos la reflexión a partir de las “Frases incompletas”.

Las “Frases incompletas” serán trozos de papel que repartiremos a los participantes de manera aleatoria donde cada uno tendrá una frase que deberán completar y compartirla con el resto.

Algunas frases incompletas:

- Cuando estuve en.....me sentí.....pero al final pude solucionarlo.....
- Estoy orgulloso/a de....porque....
- En una ocasión no pude....porque....pero al final pude solucionarlo...

Anexo 5. Hablemos del pasado

Fomentamos la reflexión individual sobre aquellas cosas que les gustaba hacer o qué les hacían sentir bien, por sencillas que sean, antes de que el cónyuge falleciera o se pusiera enfermo. Ponemos ejemplos para que les sea más fácil la reflexión: salir a dar un paseo, hacer punto, quedar con los amigos...

Cada uno tiene que hablar sobre una situación en concreto y compartir aquello que le hacía sentir. Animar a que vuelvan a realizar dichas actividades en la medida de lo posible.

Debemos tener en cuenta la limitación que supone estar en una residencia de mayores, puesto que hay algunas de dichas situaciones que no se van a poder llevar a cabo, al menos de la misma manera, o que por envejecimiento ya no pueden hacer. Se trata de buscar alternativas y promover la reflexión de nuevas situaciones gratificantes.

Poner en común algunas de dichas actividades y proponerlas al centro.

Anexo 6. ¿Quién soy yo?

Con la dinámica de las 20 frases, ayudamos a la persona a reflexionar acerca de su identidad y de los rasgos que la definen.

Se trata de administrarlo de forma escrita o bien de forma oral.

Se trata de un folio en blanco con la frase “Yo soy...” 20 veces. Una vez finalizada la dinámica, repartimos a la persona su propia ficha para que pueda revisarla cuando lo necesite y quiera a modo de recordatorio.

Anexo 7. Relajación visual

Existen muchas formas de realizar la relajación visual, algunas de ellas tratan de narrar un paisaje conocido por todos, uno inventado o incluso que cada uno se imagine su “espacio seguro y de calma” mientras nosotros les guiamos por él. Siempre indicaremos a los participantes de hacerlo teniendo una postura cómoda en el asiento, espalda recta y palmas de las manos sobre los muslos, ojos cerrados y piernas sin cruzar.

Este ejercicio no durará más de 10 minutos.

Aquí dejo un ejemplo de una forma posible de hacerlo:

Lo primero que vamos a hacer es centrarnos poco a poco en nuestra respiración...inspiramos por la nariz y expiramos por la boca (así durante 4 veces aproximadamente)...sentimos como vamos llenando nuestros pulmones...y los vamos vaciando (4 veces más).

Ahora imaginamos que estamos en un lugar conocido, un lugar que nos sintamos cómodos y tranquilos... Intentamos visualizarlo con detalles, ¿que vemos?, ¿hay gente a nuestro alrededor?¿si los hay, quiénes son?... Sentimos la luz que hay en ese sitio y las sensaciones que nos produce, ¿hace frío o calor? sentimos cómo la sensación térmica nos acaricia la piel. Ponemos el foco de atención en nuestras piernas y manos...sentimos que nos pesan...
(continuación propia)

Tras la realización de la relajación, poner en común cómo nos hemos podido sentir

Anexo 8. “Los sentires”

Repartimos la ficha de “los sentires”, en donde estarán escritos los sentimientos y las emociones que solemos encontrar en situaciones de duelo (ejemplo más adelante).

De forma grupal, lanzamos la pregunta de con qué palabra de esas se sienten más identificados, intentando discernir entre las emociones del momento y los sentimientos duraderos.

Con esta dinámica se pretende que tomen consciencia de aquello que es pasajero (ej.: rabia) y lo que es más estable en el tiempo (ej.: optimismo). También es bueno que las personas del programa sientan que no son los únicos que están pasando por ello y que no se sientan culpables por sentir aquello que están sintiendo (ej.: puede que tras una larga y dolorosa enfermedad, tras la muerte del cónyuge, la otra persona sienta alivio, no por la muerte en sí, sino por el fin del sufrimiento de su pareja. Ante estos sentimientos, muchos se pueden llegar a sentir culpables o avergonzados).

Tras comentar dichos sentimientos y emociones, ponemos en común diversas estrategias que se pueden llevar a cabo (tanto adaptativas como desadaptativas) para gestionar las “emociones negativas” (no hay emociones negativas o positivas, sino que algunas producen respuestas más adaptativas que las otras, no existe el término de bueno/malo . En la misma ficha de los sentires habrá un apartado para este ejercicio, donde ya habrá escritos algunas de estas tácticas. El objetivo es entender cuáles de ellas resultan perjudiciales para la persona y cuáles de ellas son más adaptativas, tratando de ver de qué manera podemos mejorarlo.

Ejemplo ficha “*Los sentires*”:

A continuación, una lista de algunos de los sentimientos y emociones con los que puedes sentirte identificado. ¿Sabrías diferenciar entre aquellos que son más estables en tu vida y aquellos que son más pasajeros?

- Culpabilidad
- Vergüenza
- Alivio
- Tranquilidad
- Soledad
- Alegría
- Optimismo
- Rabia
- Miedo
- Odio
- Desesperanza
- Tristeza

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Ahora vamos a comentar algunas de las estrategias que llevamos a cabo cada uno para gestionar los malos:

- Respetarme y aceptar todas mis emociones
- Salir a tomar el aire un poco
- Fumar/beber alcohol
- Hablar con personas de confianza
- Comer más de la cuenta aun sin tener hambre
- Desconectar viendo la televisión o leyendo
- Pensar en el origen de lo que estoy sintiendo

Anexo 9**Dinámica 1. “Tiro, arrojó, abandono”**

Para esta dinámica vamos a necesitar una cartulina tamaño DIN-A2 y otra DIN-A4, además de posits de colores.

En la cartulina tamaño folio escribiremos “actitudes negativas que quiero dejar aquí” y en la otra, arriba, “Tiro, arrojó, abandono”.

El objetivo es que cada persona escriba en uno o varios posits los sentimientos, emociones o pensamientos que quiere apartar de su vida (ej.: culpa, rabia, no sentirse válido, etc.).

De esta manera, fomentamos la reflexión personal y propiciamos a que aparten de manera simbólica todo aquello que interfiere en su vida, al menos por un momento.

Dinámica 2. “Necesito, pido, deseo”

En esta dinámica necesitaremos dos cartulinas (una tamaño DIN-A4 y otra tamaño DIN-A2), varios posits grandes de colores y varios rotuladores.

En la cartulina tamaño folio escribiremos “actitudes en el grupo” y en la otra, arriba, “Necesito, pido, deseo”.

Se trata de que cada participante escriba en uno o varios posits, las actitudes que le gustaría que tuviesen sus compañeros del centro o incluso sus relaciones sociales/familiares fuera de la residencia (ej.: sentirse escuchado, valorado, priorizado, apoyado, etc.).

Propiciamos de esta manera poner en práctica la identificación de necesidades, de sentimientos, emociones y de pensamientos, además de fomentar el uso de técnicas de comunicación efectivas.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Anexo 10. Árbol social

Necesitaremos una cartulina (tamaño DIN-A4) y unos rotuladores. Podemos utilizar también pegatinas y cintas adhesivas de colores, al gusto de los participantes, para decorar la cartulina (ejercitando así la creatividad y motricidad fina).

En esta dinámica se trata de que cada una de las personas participantes piense en su círculo social y familiar y escriba el nombre de cada una de esas personas, identificando aquellas en las que confía y puede encontrar apoyo. Se trata de crear un “árbol genealógico” pero formado por el círculo de apoyo cercano de la persona.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Anexo 11. Árbol de objetivos

En una cartulina (DIN-A4), cada persona creará una línea temporal imaginaria. Se trata de que cada uno escriba encima de su línea temporal los objetivos que quiere alcanzar a corto y largo plazo, colocándolos de manera priorizada sobre la línea.

El objetivo es propiciar una ayuda visual sobre aquellas metas que quieren alcanzar.

Después de que cada uno la haya elaborado, se pondrá en común entre todos los participantes.

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

Anexo 12. Evaluación del programa**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA**

(Valoración anónima)

Instrucciones: la participante va a tener que responder del 1 al 4 algunas de las siguientes preguntas, donde 1 es nada adecuado y 4 bastante adecuado, teniendo la posibilidad de añadir una breve explicación de su respuesta con el fin mejorar el programa.

1. ¿Qué le han parecido los temas trabajados en las sesiones?

1 2 3 4

Justificación _____

2. ¿Considera que has adquirido estrategias para resolver posibles inconvenientes futuros?

1 2 3 4

Justificación _____

3. ¿Cuáles son los contenidos que le han parecido más interesantes y útiles?

4. ¿Qué otros contenidos le gustaría haber trabajado?

5. ¿Le ha parecido adecuado realizar las sesiones en grupo? ¿Hubiese querido realizar las sesiones de forma individual?

1 2 3 4

Justificación _____

6. ¿Le ha parecido adecuado el número de sesiones?

1 2 3 4

Justificación _____

DUELO CONYUGAL EN PERSONAS MAYORES

7. ¿El programa ha cumplido sus expectativas? Si no es así, ¿podría explicarnos brevemente el por qué y posibles aspectos que le gustaría haber trabajado?

8. Valora del 1 al 10 su satisfacción hacia el programa: _____

9. Déjanos si considera oportuno comentarios respecto al programa, tanto positivos como negativos:

Gracias por su valoración y participación.