



**Universidad
Europea** MADRID

Servicio telefónico de asistencia psicológica en crisis en entornos funerarios

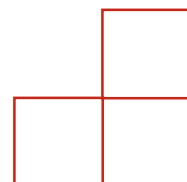
Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Nerea San Cristóbal Soguero
Tutores: Jesús Linares Martín y Sara Liébana Puado

Entregado el 28.02.2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid





Agradecimientos (apartado opcional)

Agradezco a los Servicios Funerarios Albia y al área de emergencias de Psicología Sin Fronteras por aportar sus recursos y poder dar cobertura a un proyecto tan necesario e innovador.

Como no podía ser de otra manera, hago especial mención a las familias por confiarnos uno de los momentos, probablemente, más dolorosos y complicados en su historia de vida.

Por último, a mis dos tutores de trabajo de fin de máster. A Sara, por su tiempo. Y a Jesús, por su dedicación y entrega en todo lo que hace.



Resumen

El duelo es un proceso natural de adaptación y no supone un trastorno en sí mismo, sin embargo, pueden verse afectados múltiples ámbitos en la vida del doliente. Si bien no todas las personas necesitarán atención psicológica, sabemos que en torno al 10% de las personas que sufren la muerte de un familiar desarrollarán un duelo complicado o desadaptativo, asociado este a problemas psicológicos y físicos. Además, la situación vivida de la pandemia por Covid-19 ha dificultado el desarrollo de acompañamiento al final de la vida, reduciendo y modificando los rituales funerarios cuya función es favorecer el inicio del proceso. A partir de esta necesidad se puso en marcha un proyecto de intervención telefónica en crisis ofertada a los dolientes en el contexto de los servicios funerarios, que tuvo una duración de 6 meses y se tradujo en más de un millar de derivaciones. Las reacciones más frecuentes que encontramos fueron: sintomatología depresiva, ansiógena y alteraciones en el sueño acompañados de intensa emocionalidad. En referencia a las técnicas más utilizadas en dicha intervención encontramos la validación, normalización y facilitación de expresión emocional, además del refuerzo de las conductas adaptativas y recursos personales. Esta atención forma parte de la prevención secundaria cuyo objetivo es prevenir complicaciones y promover la salud. Resulta patente la importancia de realizar más estudios para clarificar la necesidad de este tipo de servicios y contribuir a realizar modelos de intervención en crisis específicos.

Palabras clave

Covid-19, dolientes, duelo agudo, duelo complicado, intervención en crisis, muerte, rituales funerarios, servicios funerarios



Abstract

Grief is a natural process of adaptation and is not a disorder in itself, however, multiple areas in the life of the bereaved can be affected. Although not all people will need psychological care, we know that around 10% of people who suffer the death of a family member will develop complicated or maladaptive grief, associated with psychological and physical problems. Furthermore, the situation experienced by the Covid-19 pandemic has hindered the development of support at the end of life, reducing and modifying funeral rituals whose function is to favor the beginning of the process. Based on this need, a crisis telephone intervention project was launched, offered to mourners in the context of funeral services, which lasted 6 months and resulted in more than a thousand referrals. The most frequent reactions we found were: depressive symptoms, anxiety and sleep disturbances accompanied by intense emotionality. In reference to the most used techniques in said intervention, we find the validation, normalization and facilitation of emotional expression, in addition to the reinforcement of adaptive behaviors and personal resources. This assistance is part of secondary prevention whose objective is to prevent complications and promote health. The importance of carrying out more studies to clarify the need for this type of service and to contribute to conduct intervention models in specific crises is clear.

Keywords

Covid-19, mourners, acute grief, complicated grief, crisis intervention, funeral rituals, funeral services

Índice

1. Introducción	6
2. Materiales y métodos	28
• Diseño:	28
• Muestra	28
• Instrumentos y/o Materiales:	32
• Procedimiento:	33
• Análisis estadísticos	33
3. Resultados	34
4. Discusión	39
5. Conclusiones	42
6. Referencias bibliográficas	45
7. Anexos	54

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1	10
Tabla 2	13
Tabla 3	14
Tabla 4	16
Figura 1	29
Figura 2	30
Figura 3	31
Figura 4	35
Figura 5	37

1. Introducción

A lo largo de nuestra historia de aprendizaje y de vida, las personas asistimos a multitud de situaciones que son susceptibles de iniciar un duelo: este es el proceso que se inicia ante una pérdida, de cualquier tipo. El término duelo o procesos de duelo es aplicable a todos aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se activan tras, como decíamos, cualquier tipo de pérdida, como por ejemplo fracasos escolares, situaciones que pueden vivirse como abandono (separación y/o divorcio de la pareja, rechazo parental, etc), problemas a nivel económico, pérdida del trabajo, ser diagnosticado de una enfermedad, conflictos familiares o perder a un ser querido (Florez, 2002). Por lo que, hablar de duelo es hablar de un proceso que vamos a vivir todas las personas en algún momento de nuestra vida.

El constructo “duelo” es subjetivo, multidimensional y complejo, y, como tal, su definición ha sido modificada en múltiples ocasiones a lo largo de los años. Entre las definiciones de duelo encontramos la siguiente “el duelo es un proceso de adaptación natural y autolimitado a una nueva realidad que surge tras una pérdida significativa, real o percibida, con un amplio abanico de manifestaciones que producen un impacto en la salud del doliente” (Rodríguez-Álvaro, 2019, p.4).

Como decíamos, el inicio de un proceso de duelo se puede iniciar ante multitud de sucesos vitales potencialmente estresantes. Sin embargo, en el presente trabajo abordaremos el duelo en dolientes ante la muerte de un ser querido, al ser el colectivo diana para el que se desarrolló este proyecto en entornos funerarios.

Los diferentes sistemas de clasificación de los trastornos mentales han ido incluyendo el concepto duelo en sus distintas versiones. La clasificación internacional de las enfermedades CIE-10 incluye el duelo normal con el código Z63.4 dentro de los factores que influyen en el estado de salud y problemas relacionados con el grupo de apoyo, el duelo normal supondría la desaparición o fallecimiento de un familiar (Gil-Juliá et al., 2008). Por su parte, el manual diagnóstico y estadístico

de los trastornos mentales en su versión DSM-IV-TR incluye el duelo normal V62.82, cuyo código no es atribuible a un trastorno mental, dentro de aquellos problemas que pueden ser objeto de atención médica y lo define como la reacción tras la muerte de un ser querido (American Psychiatric Association [APA], 2003). En este sentido, la última versión publicada del DSM, el DSM-5, modifica ligeramente el término al referirse a este como duelo no complicado dado que, como veremos más adelante, en esta versión sí se incluye un posible diagnóstico en su complicación; además, incluye el factor cultural como fundamental en la duración y expresión de un duelo normal (APA, 2013).

En el estudio del proceso de duelo hay tres conceptos clave: la pérdida, el luto y el duelo (Stroebe et al., 2017). La pérdida (*bereavement*) se refiere al estado objetivo del doliente afectado por el fallecimiento de un ser querido. El luto (*mourning*) es la forma de expresar el duelo, que engloba las costumbres y rituales derivados de las prácticas sociales y culturales. Por último, el duelo (*grief*) es la experiencia emocional que sufre la persona afectada como resultado del fallecimiento de un ser querido, e incluye reacciones físicas, psicológicas, cognitivas y conductuales y sociales. El último es tratado como un síndrome emocional complejo (Stroebe et al., 2017).

Morir forma parte de la vida, todos y todas nacemos sabiendo que, en algún momento, el final de nuestra vida llegará, al igual que la de aquellos que queremos y/o tenemos alrededor. El proceso que aparece tras el fallecimiento de un ser amado, el duelo, es la pérdida de la relación y del contacto con el otro que, a su vez, quebranta el contacto con uno mismo y provoca una fragmentación de la propia identidad (Payás, 2010).

El duelo cursa con manifestaciones a través de aspectos emocionales, sociales, conductuales, físicos, cognitivos y financieros (García Hernández et al., 2021), por lo que el doliente experimentará el sufrimiento derivado de todos ellos. En relación con ello, existe gran variedad de literatura que documenta que, durante los primeros meses de duelo y, especialmente, en personas

con situaciones complicadas de base o circunstancias adversas, se produce un aumento de la morbimortalidad (Rodríguez-Álvaro, 2019).

Para Slaikeu (1996) la muerte de un ser querido supone una crisis de tipo circunstancial, cuya diferencia fundamental con las de tipo vital es que el suceso precipitante no tiene ninguna relación con la edad o etapa evolutiva del individuo que la sufre. Además, este tipo de pérdidas representan un evento estresante en la vida del doliente (Worden, 1982).

En palabras de Montoya Carrasquilla (2003):

En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor es total: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida en su conjunto duele. (p. 1)

Como estamos argumentando, se trata de un proceso de una magnitud enorme, que afectará no sólo a nivel físico y emocional, sino también a la relación que tenemos con los demás y con uno mismo, así como a nivel cognitivo, influyendo en nuestras creencias, presuposiciones y a nuestro mundo interno existencial o espiritual. Desde esta fragmentación, el proceso de duelo tendrá la finalidad de reconstruir la propia realidad del doliente permitiendo con ello sanar el dolor ocasionado por la pérdida (Payás, 2010).

Además, no podemos olvidar que las diferentes creencias y concepciones sobre la naturaleza de la muerte o de la vida después de esta modularán la experiencia personal y grupal (García Hernández et al., 2021), por lo que será fundamental tener en cuenta esta columna vertebral de cada individuo. Si bien la manera de lidiar con la pérdida puede estar más o menos estandarizada, cada cultura tiene su propio enfoque con creencias espirituales, rituales, expectativas y etiquetas

concretas (Cruz et al., 2017). Por lo tanto, se trata de un proceso complejo, heterogéneo, desarrollado y manifestado de múltiples formas y que, por supuesto, está sujeto a variaciones culturales.

Como decíamos anteriormente, el constructo “duelo” ha sido estudiado y modificado en cuantiosas ocasiones. Anteriormente, se trataba como un estado con etapas, fases y tareas por las que tenía que pasar el doliente necesariamente, sin embargo, en la última década, parece haber consenso en considerarlo como un proceso que, aunque con similitudes, cada persona vivirá de forma única (García Hernández, 2012).

En la revisión bibliográfica sobre el duelo realizada por Gil-Juliá et al. (2008) se recoge un resumen de las etapas o fases del proceso de duelo según los autores más destacados (ver tabla 1).

Tabla 1

Resumen de las etapas y fases del proceso de duelo de distintos autores

Lindeman	Parkes y Bowlby	Engel	Kübler Ross	Rando	Neimeyer
Conmoción e incredulidad	Aturdimiento	Conmoción e incredulidad	Negación	Evitativa	Evitación
Duelo agudo	Anhelo y búsqueda	Desarrollo de la conciencia	Ira	De confrontación	Asimilación
Resolución	Desorganización y desesperación	Restitución	Negociación	De restablecimiento	Acomodación
	Reorganización	Resolviendo la pérdida	Depresión		
		Idealización	Aceptación		
		Resolución			

Nota. Fuente: Gil-Juliá et al. (2008).

En este sentido, Stroebe et al. (2017) nos hablan de lo dañino que puede resultar esta expectativa de pasar necesariamente por etapas para quienes no lo hacen. Unido a ello, otros autores consideran más oportuno hablar de tareas en el proceso de duelo, proporcionando un papel más

activo al doliente y no tan pasivo como con las fases o etapas. Este es el caso de, por ejemplo, Worden (2013) y, más actual, Payás (2010).

Esta última autora, psicoterapeuta de duelo desde un modelo integrativo-relacional, mantiene algunas etapas o dimensiones, atribuyendo a cada una de estas unas necesidades (psicológicas, biológicas, emocionales y relaciones, propias de cada persona) que debe ir cubriendo a través de unas tareas. Cuando dichas tareas no se resuelven la autora habla de un duelo complicado. Para Payás (2010) las etapas o dimensiones y sus tareas serían las siguientes:

- Primera etapa (aturdimiento y choque). La tarea consistiría en manejar los aspectos traumáticos de la pérdida.
- La segunda etapa (evitación-negación). La tarea sería disminuir las estrategias protectoras e intensificar la tolerancia al dolor.
- La tercera etapa (conexión-integración). La tarea consistiría en elaborar los aspectos relacionales de la pérdida.
- Cuarta etapa (crecimiento y la transformación). La tarea radica en sustituir los antiguos esquemas por otros nuevos que incorporen el significado emocional de la pérdida como sucede en el crecimiento postraumático.

Es importante añadir que no existe una forma correcta de elaborar el duelo, ya que cada experiencia es única e individual, así como cada persona con su idiosincrasia, y requerirá del apoyo específico necesario y adecuado en cada situación particular (Dominguez-Rodriguez et al., 2021).

Aunque, como hemos descrito, el duelo es un proceso de adaptación natural, en algunas ocasiones las personas experimentan reacciones que se mantienen a largo plazo e interfieren en la vida diaria del doliente, provocando una complicación en el proceso de duelo (Lundorff et al., 2017). Así, la pérdida de un ser querido puede desencadenar en ansiedad, depresión, Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT) o Trastorno de Duelo Complejo Persistente (TDPCP) (Hoffman et al., 2018),



además de un aumento del riesgo de padecer problemas cardiovasculares y cáncer y aumento de conductas de riesgo para la salud como abuso de sustancias y alcohol (Payás, 2010).

Unido a lo anteriormente citado, nos encontramos con mayor riesgo de suicidio en aquellas personas con un trastorno de duelo complicado (Latham & Prigerson, 2004). De hecho, un estudio de 2005 elaborado por Stroebe y colaboradores encontró que aquellos dolientes con síntomas depresivos y soledad emocional tienen un aumento en la ideación suicida, síntomas que, como hemos visto y veremos, tienen probabilidad de aparecer tras la pérdida. Según un informe realizado en 2021 por la Fundación Española para la prevención del suicidio (FSME), hubo 3.941 muertes por esta causa en el año 2020, lo que supone una media de 11 suicidios diarios. Por tanto, se torna fundamental abordar esta problemática e incluir una evaluación del riesgo de suicidio en un proceso de duelo.

En la literatura científica se ha estudiado ampliamente la comorbilidad existente entre el duelo complicado y la sintomatología y trastornos anteriormente citados. Por lo que creemos necesario conocer los factores de riesgo y de protección que dificultan o facilitan un duelo normalizado frente a un duelo complicado. Para ello, hemos optado por los mencionados por Barreto et al. (2012) y que podemos ver en la tabla 2 y 3.

Tabla 2

Factores de riesgo en el proceso de duelo

Personales	Relación con fallecido	Tipo de muerte	Aspectos relacionales	Otros
Juventud o vejez	Juventud fallecido	Repentina o imprevista	Falta de apoyo social y familiar	Duelos previos no resueltos
Estrategias de enfrentamiento pasivas	Apego ambivalente o dependiente	Enfermedad larga	Reducida comunicación con familia y amigos	Pérdidas múltiples
Enfermedad física anterior	Muerte de un hijo, pareja o padre/madre	No ver el cuerpo o muerte incierta	Incapacidad para expresar sentimientos	Crisis concurrentes
Problemas de salud mental anteriores	Bajo nivel de desarrollo familiar	Enfermedad con síntomas sin controlar	Pérdida no aceptada socialmente	Muchas obligaciones

Nota. Fuente: Barreto et al. (2012).

Tabla 3

Factores protectores en el proceso de duelo

Personales	Relación con fallecido	Tipo de muerte	Aspectos relacionales	Otros
Madurez del doliente	Vejez fallecido	Prevista o anticipada	Alto apoyo social y familiar	Duelos previos resueltos
Salud física y psicológica	Apego seguro con fallecido	Enfermedad corta	Buena comunicación con familia y amigos	No antecedentes psicopatológicos
Conductas de autocuidado	No vinculación primer orden	Enfermedad con control sintomático	Capacidad para expresar sentimientos	Crisis concurrentes
Resiliencia	Alto nivel de desarrollo familiar	Conocimiento del pronóstico	Pérdida socialmente aceptada	Muchas obligaciones

Nota. Fuente: Barreto et al. (2012).

Los factores de riesgo pueden propiciar, como decíamos, un duelo complicado. Sin embargo, en este punto, nos encontramos con la dificultad a la hora de su definición y, por tanto, de su

identificación. Brevemente describiremos algunos de los distintos tipos de duelo complicado mencionados en la literatura, así como los criterios designados por el actual DSM-5.

En referencia a los tipos de duelo complicado nos encontramos con distintas clasificaciones: algunos autores diferencian entre duelo complicado y patológico, refiriéndose al primero como un duelo que, o bien no llega a término o se prolonga de forma crónica, y al segundo como un duelo en el que aparecen síntomas psiquiátricos (Girault y Fossati, 2008). Por otro lado, otros autores mencionan otro tipo de duelo, el duelo desautorizado, característico por no estar permitida su expresión en público, ni ser reconocido ni apoyado por el entorno social por diferentes motivos, algunos ejemplos son: pérdida perinatal, familiar fallecido por sobredosis o parejas homosexuales (López García de Madinabeitia, 2011).

A la hora de conceptualizar y asignar un término concreto a la complicación de un duelo nos encontramos con una falta de unanimidad. Así, dependiendo del sistema de clasificación de los trastornos mentales que revisemos, encontraremos un concepto distinto. Para la CIE-11 lo encontramos como Trastorno de Duelo Prolongado (TDP) y para el DSM-5 como Trastorno de Duelo Complejo Persistente (TDCP) (Parro-Jiménez et al., 2021). Aunque las cifras no son exactas, un metaanálisis reciente reveló una prevalencia de alrededor del 10% de TDP en las personas adultas que pasan por un duelo (Lundorff et al., 2017). Según informó en 2021 el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España, en el año 2020 hubo un total de 493.776 defunciones; por lo que, teniendo en cuenta que tras cada muerte lo más probable es que no haya solo un doliente, ese 10% de posible TDP, se traduce en numerosas personas sufriendo multitud de complicaciones.

En el presente trabajo vamos a mencionar los criterios asignados por el DSM-5 por ser la versión más actual publicada del manual de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Es importante añadir que dicho manual incluye el TDCP dentro del apartado de los diagnósticos que requieren mayor investigación. Encontramos los criterios en la Tabla 4.

Tabla 4

Trastorno de duelo complejo persistente

Criterio A: Han transcurrido al menos 12 meses desde la muerte un ser querido

Criterio B: Presenta, al menos, uno de los siguientes síntomas con frecuencia y persiste durante 12 meses en adultos y 6 meses en niños:

1. Anhelo/añoranza persistente
 2. Intensa pena y malestar emocional ante la muerte
 3. Preocupación por el difunto
 4. Preocupación en relación con las circunstancias de la muerte
-

Criterio C: Presenta, al menos, 6 de los siguientes síntomas con frecuencia y persisten durante 12 meses en adultos y 6 en niños:

1. Dificultad para aceptar la muerte
 2. Incredulidad o anestesia emocional ante la pérdida
 3. Recordar al fallecido de forma positiva resulta complicado
 4. Rabia o amargura ante la pérdida
 5. Valoración desadaptativa de uno mismo ante el difunto y su muerte (Ejemplo: autoinculparse)
 6. Evitar recuerdos relacionados con la pérdida
 7. Pensar y desear morir con el objetivo de estar con el difunto
 8. Confiar en las personas resulta complicado desde la pérdida
 9. Percepción de desapego o soledad con otras personas desde la pérdida.
 10. Sentimiento de vacío y no encontrar el sentido a la vida tras el fallecimiento
-

-
11. Reducción del sentimiento de identidad propia
 12. Dificultad en realizar planes futuros y mantenimiento de intereses

Nota: Síntomas del 1 al 6 relacionados con malestar reactiva ante la muerte y síntomas del 7 al 12 relacionados con alteración social y de la identidad.

Criterio D: La alteración ocasiona malestar clínicamente significativo y/o disfunción en el área social, laboral y otras.

Criterio E: Reacción desproporcionada o inconsistente con normas culturales, religiosas o inadecuada a su edad

Especificar si:

Con duelo traumático: Ante circunstancias traumáticas como homicidios, suicidio..etc.

Nota. Adaptada de APA (2013)

Como vemos, puede resultar complicado dar con una definición concreta al proceso de duelo que, por múltiples y variados factores, se complica. Por ello, en la literatura actual, nos encontramos con la idea de agrupar los procesos de duelo en dos grandes categorías: duelo adaptativo y duelo no adaptativo. Desde este momento, incluiremos esta clasificación como una manera de aunar todas las posibilidades.

Para definir estas dos grandes categorías utilizaremos la clasificación que realiza García Hernández et al. (2021) en Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos:

- Duelo adaptativo: proceso por el que avanza el doliente y de forma gradual va integrando la historia del evento de la muerte en su propia narrativa ofreciéndole un significado a la misma.
- Duelo no adaptativo: responde a la incapacidad de dar un significado a la pérdida provocando una prolongación en las manifestaciones derivadas del duelo. Identifican en este grupo el duelo complicado y el duelo traumático.

En este punto se hace imprescindible mencionar cómo la pandemia por Covid-19 ha condicionado fuertemente los procesos de duelo, surgiendo así iniciativas de acompañamiento de las personas dolientes como es la que presentamos.

La pandemia fue declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de Marzo del 2020, lo que generó una modificación de la vida tal y como la conocíamos. Uno de los múltiples ámbitos en los que ha generado cambios es en el psicológico, ocasionando importantes efectos sobre la salud psicológica de la población, entre otros, miedo o ansiedad, reacciones de tristeza y aburrimiento, mayor probabilidad de desarrollar comportamientos adictivos y complicaciones de alteraciones psicopatológicas previas (Chacón-Fuertes et al., 2020).

En lo referente al duelo, Lacasta Reverte y colaboradores en 2020, mencionan algunos factores circunstanciales en situación de Covid-19 que dificultan el proceso de duelo:

- Pérdida súbita o traumática, desenlace rápido e inesperado: Reducción del tiempo de anticipación de la muerte y preparación para la misma. Disminución, por tanto, de la activación de recursos personales y estrategias eficaces.
- Información confusa o desinformación: Creencia de que el familiar no ha sido atendido como necesita.
- Culpa (abandono, no despedida, contagio): Percepción de soledad del enfermo por no haberle podido acompañar.

- Confinamiento, incertidumbre, soledad, reducción de contacto y apoyo sociofamiliar: Malestar emocional grave, reacciones de rabia, amargura y culpabilidad intensas. Dificultad de autorregulación y desbordamiento.
- No acceso a restos mortales
- Reducción de aforo y tiempos de espera para ritos funerarios: Imposibilidad de ver y estar con el fallecido.

Podemos observar grandes similitudes, en este sentido, entre la actual pandemia y los periodos de guerra, donde no poder ver el cuerpo del familiar fallecido o tardar en recuperarlo provocaba una ruptura en la consciencia de la realidad y la finitud de la muerte, viéndose dificultada la elaboración del duelo (Worden, 2013). Así, en una guía de duelo elaborada por el Instituto de Psicoterapia Integrativa Relacional (IPIR), en 2020, el duelo por Covid-19 lo identificaron como un duelo traumático, dada la naturaleza propiamente traumática del estresor Covid-19 y las consecuencias asociadas a esta, entre otras características.

Como vemos, uno de los factores fundamentales en la posible complicación del duelo durante el Covid-19 es la restricción de los rituales funerarios, ya que, entre otras cosas, son ceremonias que nos ayudan a decir adiós (Ortiz Villalobos, 2021). La realización de los rituales ante las pérdidas tiene una gran importancia en el inicio y proceso de duelo, por ello, el trabajo de los servicios funerarios es primordial.

Para conocer el contexto de los servicios funerarios, es importante comprender cómo ha ido cambiando la actitud ante la muerte y la necesidad de estos espacios al efecto en el momento actual. Hasta mediados del siglo XX los fallecidos eran velados en casa, con toda la familia alrededor, incluyendo los menores que lo vivenciaban como algo normal dentro del proceso vital (Gala León et al., 2002). Sin embargo, en las últimas décadas es en el ámbito de los servicios funerarios dónde se realizan los rituales relacionados con la muerte: velatorios, ceremonias religiosas, entierros,

cremaciones (Reyes-Alarcón y Alcívar-Medranda, 2021), donde los familiares disponen del apoyo social y afrontan las pérdidas (Araujo et al., 2021).

Para las sociedades occidentales, como la española, la muerte representa algo negativo puesto que la vida es el componente esencial de su cultura, no siendo así para las sociedades orientales (Torres, 2006), provocando que a la muerte se la tema, rechace y niegue (Gala León et al., 2002). Como vemos, cada cultura moldea el método de afrontamiento y la atribución de significados a las distintas situaciones de vida y muerte. El acto de morir, por tanto, tiene una connotación sociocultural importante, cada cultura se enfrenta a la muerte desde una óptica personal, social y religiosa, ofreciendo respuestas y proporcionando distintos tipos de funerales, prácticas y ritos de duelo (Yoffe, 2014). En nuestro país, debido a la gran variedad sociocultural, esto será uno de los puntos fundamentales a tener en cuenta en los servicios funerarios y, por consiguiente, en la atención psicológica llevada a cabo.

Los rituales funerarios implican importantes funciones psicológicas y sociológicas, son contextos en los que se facilita la canalización de sentimientos que subyacen a la muerte de un ser querido y se establecen lazos de solidaridad y apoyo entre los deudos y sus allegados, pudiendo expresar sus sentimientos relacionados con la pérdida. Además, también implica una función simbólica que dependerá de las creencias y costumbres de cada uno (Torres, 2006). La ceremonia brinda la oportunidad de reflexionar acerca de la vida del difunto y la relación con uno mismo, ayudando a integrar la pérdida (Worden, 2013).

Según Pargament (1997) participar en dichos rituales funerarios permite a los familiares adoptar un nuevo status social como “deudos”, lo que promoverá el inicio del proceso del duelo. Todo ello produce un aumento del bienestar y de la afectividad positiva derivada del apoyo social que disminuye el estrés y refuerza la autoestima, facilitando la aceptación de la pérdida y la despedida, por tanto, ayudando en la recuperación de los deudos (Yoffe, 2014).

Como ya se ha mencionado y, tras explicar las posibles complicaciones que puede sufrir una persona en proceso de duelo e impulsado por la pandemia de Covid-19, se implantó un proyecto de asistencia psicológica en crisis en los servicios funerarios de Albia en toda España con la colaboración de Psicología Sin Fronteras (PSF). Dicho dispositivo surge gracias a la colaboración previa en proyectos de índole psicológica del área de emergencias de PSF con los servicios funerarios Albia. Si bien es cierto que este tipo de atención ya había sido propuesta con anterioridad, fue la situación de crisis sanitaria quien lo impulsó decisivamente.

Para definir el tipo de atención psicológica necesaria en este contexto es importante recordar que la pérdida de un ser querido supone una crisis en la vida del doliente y, por consiguiente, un evento estresante para este. En la interacción entre el individuo y su medio que denominamos estrés intervienen tres aspectos (González de Rivera y Revuelta, 2001):

- Factores externos de estrés: circunstancias y acontecimientos del entorno que exigen un esfuerzo inusual del organismo para adaptarse a ellos.
- Factores internos de estrés: la respuesta que da el organismo de forma automática ante exigencias externas.
- Factores moduladores: variables del individuo y del medio cuya función es modificar la interacción entre los anteriores. Por ejemplo, el apoyo social.

Una crisis, según Slaikeu (1996), es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.” (p. 56)

Algunas crisis desbordan las fronteras de las experiencias cotidianas de la persona o superan las estrategias habituales de afrontamiento, es entonces cuando se hace necesaria la ayuda del experto para alcanzar la recuperación y el equilibrio emocional (Pacheco et al., 2012). Además, si

las crisis no son gestionadas en el tiempo y de la forma adecuada, pueden aparecer dificultades o problemas psicológicos (García, 2003).

Para Lazarus y Folkman (1984) la capacidad de afrontamiento de la persona dependerá de factores personales y situacionales, que van a actuar como mediadores. Como dice Lazarus (1991), “no es la situación dramática lo que tememos, sino la valoración que hacemos de ella” (como se citó en Payás, 2010). Relacionado con esto, los recursos o estrategias de afrontamiento y el apoyo recibido y percibido por parte del doliente serán fundamentales para su posterior desenlace (Echeburúa y Boix, 2007).

No todas las intervenciones en duelo de forma prematura están avaladas por expertos, por lo que, para ello, realizan algunas recomendaciones, como son que la propia persona sea la que pide la ayuda y que existan factores de riesgo de complicación del duelo (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2020). En el dispositivo de asistencia psicológica, eran los dolientes los que solicitaban el servicio voluntariamente.

Algunos autores mencionan que una atención precoz con objetivos preventivos en personas que presenten factores de riesgo puede evitar complicaciones y facilitar un duelo normal (Lacasta Reverte et al., 2020). Por su parte, Litz et al. (2014) nos hablan de la importancia de intervenir de forma temprana, cuando las personas en duelo todavía interactúan con familiares y cuidadores, sin esperar a tener un diagnóstico, momento en el que la mayoría estará más aislada y no buscará ni recibirá la atención que necesita.

Teniendo en cuenta lo anterior, Slaikeu (1996) propone y diferencia entre dos tipos de intervención ante eventos críticos. Por un lado, define la intervención en crisis de primera instancia o primeros auxilios psicológicos y, por otro, la intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis. A continuación, describiremos de forma más exhaustiva dichas definiciones:

- Primera instancia o primeros auxilios psicológicos: su finalidad es la de reducir el malestar, dar apoyo y orientar y facilitar a la persona con los recursos de ayuda.
- Segunda instancia o terapia para crisis: intervención más especializada cuyo objetivo es restaurar el equilibrio emocional de la persona tras la crisis.

Para Echeburúa et al. (2012) la intervención en crisis tras una pérdida afectiva o suceso traumático está inmersa dentro de la prevención secundaria refiriéndose a esta como un apoyo psicológico para aquellas personas que no han desarrollado un trastorno mental pero que, sin embargo, no están sabiendo gestionar el malestar emocional que les provoca. Este mismo autor incluye como acciones preventivas de segundo nivel la promoción de la salud.

Por otro lado, Payás (2010) diferencia entre una intervención en duelo desde la prevención primaria como aquella dirigida a las personas que presentan un principio de duelo no complicado y otra desde la prevención secundaria dirigida a las personas que presentan algún factor de riesgo que puede indicar una complicación en el proceso de duelo. En este caso, como vemos, la atención psicológica proporcionada en el proyecto descrito ha oscilado entre prevención primaria y secundaria, dado que se intervino con aquellas personas que lo solicitaron, pudiendo tener estas factores de riesgo o no.

Para entender mejor la atención psicológica necesaria en estas situaciones, veremos a continuación algunas de las reacciones o manifestaciones estudiadas por distintos autores ante la pérdida de un ser querido y que, por consiguiente, nos encontramos durante las intervenciones con los dolientes.

En “La sintomatología y la gestión de la pena aguda” de Lindemann (1944) describe un patrón de características similares en el duelo normal o agudo.

1. Respuestas de somatización

2. La imagen de la persona fallecida provoca preocupación
3. Sentimientos de culpa en referencia con las circunstancias de la muerte y el difunto
4. Reacciones hostiles
5. Reducción de la funcionalidad en el día a día del doliente
6. Desarrollar comportamientos que tenía el difunto

Por su parte, Kübler-Ross (1969) describe como características normales sentir tristeza, cólera, culpa, ansiedad, soledad, shock, apatía e incluso alivio.

Más adelante, Worden (2013) desarrolla de una manera más exhaustiva las manifestaciones más comunes del duelo:

- 1) Nivel emocional: tristeza, enfado, apatía, angustia, ira, culpa, sentimiento de soledad, abandono, impotencia, insensibilidad, extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual, entre otras.
- 2) Nivel físico: falta de energía o debilidad, vacío en el estómago, boca seca, opresión en tórax/garganta, disnea, palpitaciones, hipersensibilidad al ruido, sentido de despersonalización, entre otras.
- 3) Nivel cognitivo: rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones visuales, auditivas o ambas, dificultad de atención, concentración y memoria, distorsiones cognitivas, ideación autolítica, entre otras.
- 4) Nivel conductual: alteraciones en la alimentación y en el sueño pudiendo desencadenar en insomnio, conducta distraída, aislamiento social, llorar, llevar o atesorar objetos, llamar

y, o hablar del difunto o con él, hiper o hipo actividad, evitar recordatorios del fallecido, intentos autolíticos, entre otros.

Es fundamental conocer dichas manifestaciones normales y ser prudentes en la interpretación de las mismas ya que, de lo contrario, se podría caer en el error de considerar patológicas manifestaciones completamente adaptativas y naturales de este proceso, pues son reacciones normales ante situaciones anormales. A su vez, es importante dar relevancia a las reacciones más extremas como pueden ser la hiperactividad y la hipoactividad, si bien la primera es más llamativa, desde el punto de vista psicopatológico, la atención será más necesaria en la segunda (Campillo Cascales et al., 2004).

Para poder abordar y dar una atención especializada a estas posibles reacciones o manifestaciones tras el inicio de duelo, es importante conocer lo que la bibliografía nos aporta a este respecto. Encontramos algunas recomendaciones en relación a una situación crítica, sin embargo, ha resultado más complicado encontrar recomendaciones concretas para la intervención en crisis ante un duelo.

La mayoría de las intervenciones en crisis conllevan: valoración del impacto causado por el acontecimiento crítico, psicoeducación (información estructurada sobre reacciones normales a corto y largo plazo tras el suceso, sugerencias sobre cómo continuar con las actividades de la vida diaria, e indicaciones de cuándo buscar ayuda especializada), reconstrucción del acontecimiento, conciencia de los recursos de afrontamiento y apoyo social estable (Rodríguez, 2017). De forma más específica, encontramos algunas intervenciones por parte del psicólogo que ayudan a iniciar el duelo como son: la facilitación de la expresión emocional, gestión emocional, desarrollo de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas (Campillo Cascales et al., 2004).

En la literatura, existen algunas recomendaciones en relación con la intervención tras el fallecimiento de un ser querido. Una de ellas es la realizada por Gil-Juliá y colaboradores en 2008,

dirigida a personas que soliciten asistencia ya que perciben no poseer suficientes recursos para afrontar la situación o personas que presentan factores de riesgo de duelo complicado. Dicha intervención tiene como objetivo prevenir la aparición del duelo patológico mediante el apoyo emocional facilitando la elaboración del duelo y la elaboración a la nueva situación. Según estos autores consistiría en (Gil-Juliá et al, 2008):

- Favorecer todo lo que aumente la realidad de la pérdida
- Informar sobre proceso de duelo (manifestaciones normales y finitud de las mismas)
- Clarificar hechos confusos abordando las circunstancias de la muerte
- Expresión de la historia de la relación perdida
- Completar asuntos inacabados
- Refuerzo de elementos adaptativos existentes
- Expresión y elaboración de sentimientos, pensamientos y emociones
- Potenciar la adaptación gradual a la nueva situación
- Identificar ayudas efectivas o su ausencia en familiares y amigos
- Aumentar respuesta de apoyo del entorno social
- Ayudar a establecer una nueva forma de la relación con el fallecido compatible con la realidad presente
- Ayudar en la búsqueda de sentido de la vida y la muerte
- Detección de factores de riesgo que faciliten la aparición de duelo complicado
- Derivación si es necesario a otros recursos

Más específicamente, algunos autores han descrito una serie de principios de intervención en duelo que pueden ser aplicados en situación de emergencia (Fernández-Liria et al., 2006):

1. Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte
2. Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos
3. Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin lo perdido

4. Favorecer la recolocación emocional de la pérdida
5. Facilitar tiempo para el duelo
6. Evitar los formulismos
7. Interpretar la conducta normal como normal
8. Permitir diferencias individuales
9. Ofrecer apoyo continuo
10. Evaluar las defensas y el estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones
11. Identificar posibles patologías y derivar

Para finalizar, es fundamental tener en cuenta algunas particularidades de ciertos colectivos como los niños y niñas, adolescentes y adultos mayores o ancianos.

En cuanto a los menores, es importante tener en cuenta que el proceso de duelo y la comprensión de la muerte son diferentes en cada persona y dependen del momento del desarrollo en el que se encuentran, además de la idiosincrasia de cada cual. Así, es importante conocer que, hasta los 6 años, los menores desconocen el concepto de irreversibilidad de la muerte y, no es hasta los 11-13 años, que empiezan a ser conscientes de que, además, es definitiva y universal. En cuanto a la adolescencia, etapa ya de base complicada, el duelo puede provocar un gran impacto en el cambio de la dependencia a la independencia, pudiendo provocar sentimientos de aislamiento y exclusión de su grupo de iguales (Ortiz Villalobos, 2021).

En relación con el duelo en el adulto mayor Montoya Carrasquilla (2003) identifica algunas diferencias en cuanto al adulto más joven que hace necesaria una atención especial a este colectivo, como son: respuesta emocional generalmente menor, mayor somatización y quejas físicas, tendencia a idealizar a la persona fallecida y al aislamiento social y mayor irritabilidad. Además, suelen necesitar más tiempo en la elaboración del duelo (Echeburúa et al., 2005).

Además, como hemos visto, aunque con particularidades, la elaboración del duelo es igual de importante en estos grupos como en los adultos jóvenes. Es muy importante poder explicar a la sociedad que aquellas actitudes, aunque con intención protectora, de no comunicar o postergar la comunicación del fallecimiento a estos colectivos, puede provocar una complicación en la elaboración del duelo (Rodríguez, 2017). En el caso de los y las menores esta decisión de no comunicación mientras aprecian tristeza y comportamientos alterados en el adulto puede aumentar sus fantasías y pensamiento mágico (Montoya Carrasquilla, 2003).

El presente trabajo ha tenido como finalidad la descripción general del proyecto puesto en marcha entre los meses Febrero y Julio de 2021, así como la realización de un análisis descriptivo de las variables más destacadas: sintomatología y técnicas de intervención en un inicio de duelo.

2. Materiales y métodos

- **Diseño:**

Análisis descriptivo de un programa de intervención en crisis en duelo.

- **Muestra:**

La muestra de este estudio viene derivada de todas aquellas personas que solicitaron, tras el ofrecimiento del servicio por parte de los asesores familiares de los servicios funerarios Albia en todo el territorio español, asistencia psicológica por la pérdida de un ser querido. Las atenciones realizadas se han llevado a cabo a través de llamadas, prácticamente en su totalidad, ya que las circunstancias de la pandemia lo hacían lo más conveniente. Con respecto a esto, un estudio realizado por el Hospital Gregorio Marañón en plena pandemia ha revelado que las intervenciones telefónicas en crisis producen resultados comparables a las presenciales (García-Ontiveros et al., 2020).

Este servicio ofrecido por Albia a los dolientes ha estado activo durante seis meses (febrero a julio de 2021) en los que se han derivado más de un millar de solicitudes de asistencia psicológica, de las cuáles, más de la mitad se han traducido en intervención con familias. Concretamente, como vemos en la Figura 1, en torno a 600 familias recibieron asistencia psicológica y 400 no lo recibieron, en su mayoría por rechazarlo al realizar la llamada o no responder a las varias llamadas estipuladas. Es destacable el agradecimiento de todas las familias al recibir la llamada, tanto si finalmente se beneficiasen de la intervención como si la rechazaban.

Figura 1

Derivaciones realizadas



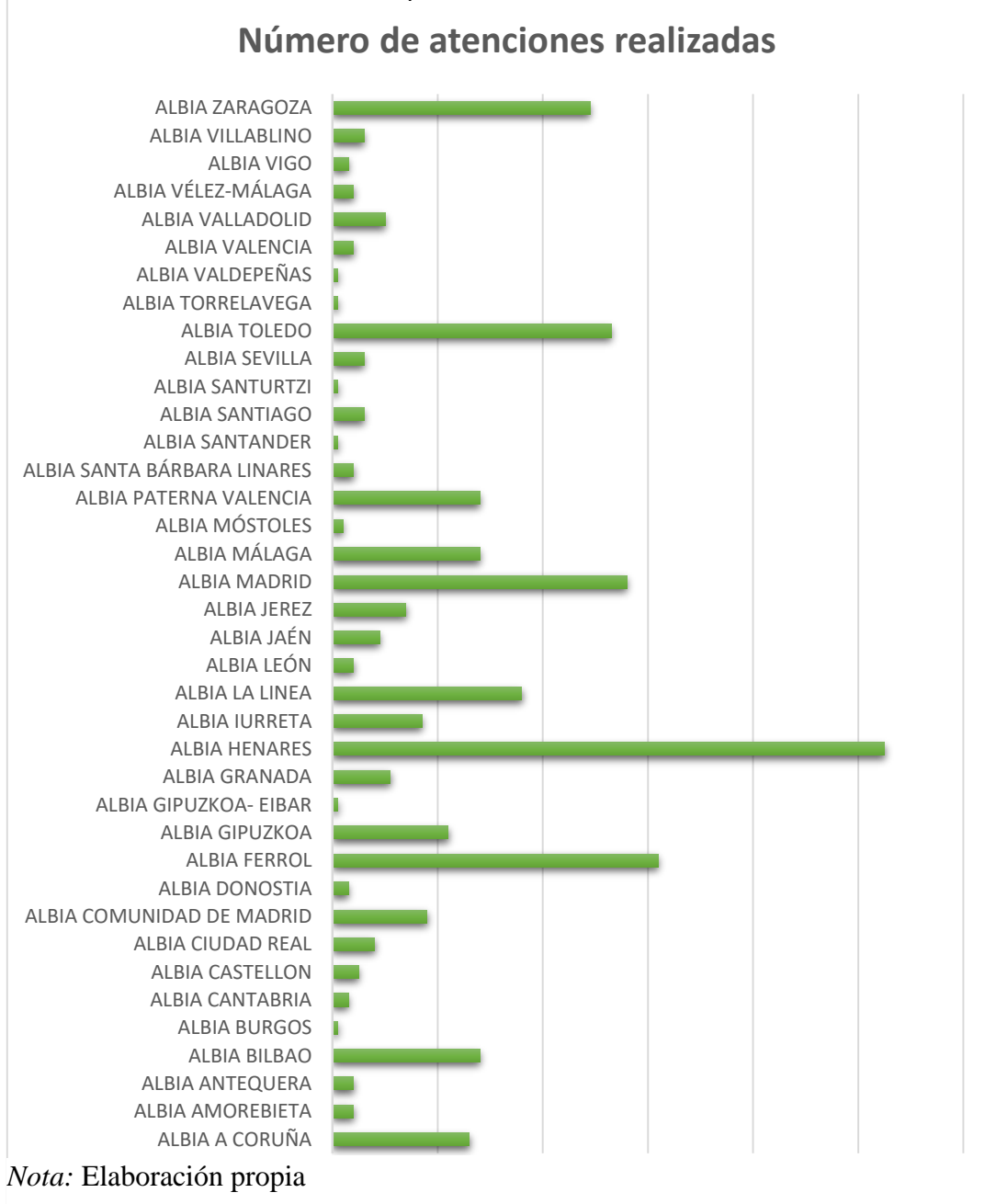
Nota: Elaboración propia

La demanda mencionada de asistencia psicológica ha sido muy variable según el tanatorio de origen siendo Henares, Ferrol, Madrid, Toledo, Zaragoza, La Línea, Bilbao..., los que más demandas de atención a familiares han derivado.

En la siguiente Figura 2 se puede observar un resumen global total del número de unidades de atención realizadas por tanatorio:

Figura 2

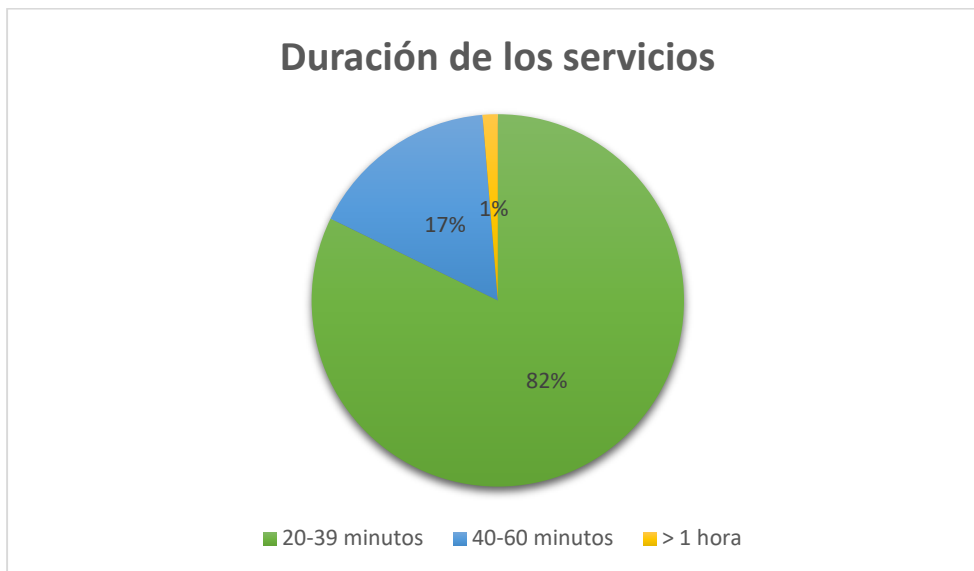
Número de atenciones realizadas por tanatorio



En la Figura 3 observamos como la mayoría de las intervenciones psicológicas realizadas suelen tener una duración de entre 20-39 minutos de media, lo que supone un 82% del total. Sin embargo, alrededor de 100 asistencias han tenido una duración de entre 40-60 minutos, lo que se traduce en un 17%. De forma residual, un 1%, ha superado la hora de atención, traducido en 8 asistencias.

Figura 3

Duración de las intervenciones



Nota: Elaboración propia

En relación con la necesidad de seguimiento, solo 62 familias han precisado de este servicio, lo que supone 10%.

- **Instrumentos y/o Materiales:**

En referencia a los recursos personales, se inició el proyecto con un único psicólogo y, a medida que el servicio iba desarrollándose, se tuvo que aumentar a 15 psicólogas. En relación con los recursos materiales utilizados para este proyecto, únicamente se necesitó disponer de teléfonos móviles para realizar las llamadas, una tabla check list para los asesores familiares del servicio funerario para aportar la información sobre la derivación que enviaban por correo electrónico, y otra a modo de plantilla para las psicólogas donde completaban la información de los casos. En la primera tabla aparecían datos relacionados con el centro de origen de la derivación, datos relativos al doliente (nombre, parentesco, teléfono, observaciones útiles para la psicóloga, horario de preferencia de llamada...) y datos relativos al fallecimiento y circunstancias (fecha y hora del velatorio) (Anexo A). En la segunda aparecían datos relativos al doliente (nombre, género, edad...), datos relacionados con la llamada (fecha, hora, duración, motivo, descripción del caso, seguimiento, derivación...) y, por un lado, sintomatología asociada a un duelo que se inicia y, por otro, las técnicas de intervención en crisis (Anexo B). Para la realización de las dos últimas mencionadas se revisó variada bibliografía.

En cuanto a la sintomatología se eligieron aquellas reacciones coincidentes entre los trabajos de Lindeman (1944), Kubler Ross (1969), Worden (2013) y Martín y Parada (2008), este último no mencionado pero basado en reacciones ante una crisis. La sintomatología que aparece en la plantilla es la siguiente: depresiva, ansiógena, alteración de sueño, emocionalidad intensa, ideación y tentativa autolítica, pensamientos negativos intrusivos, incapacidad de planificar el futuro, proyección catastrofista del futuro, culpa, auto/hetero agresividad, aumento de tóxicos, aislamiento social, desrealización, reacciones bizarras, hipervigilancia, flashbacks y otros.

Para la elección de las técnicas expuestas en la tabla se revisaron diferentes guías: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2020), IPIR (2020), Larroy et al. (2020) y Fernández Márquez (2010) en el que se incluyen técnicas concretas para cada problemática. Para elegir entre

ellas hemos hecho una recopilación de las más mencionadas: facilitación la expresión emocional, contención, validación, legitimación y normalización emociones y síntomas, psicoeducación, afirmación de la capacidad, gestión de pensamientos intrusivos y preocupaciones, técnicas de relajación, desactivación de curva de ira-hostilidad, facilitación de toma de decisiones, identificación y refuerzo de recursos personales y conductas adaptativas, facilitación de integración del suceso, proyección realista de futuro, solución de problemas, estrategias de búsqueda de apoyo social, rutinas, administración del tiempo, planificación actividades agradables, técnicas de distracción, manejo de conflictos y otros.

- **Procedimiento:**

El primer contacto que tenían los dolientes fueron los y las asesoras de los servicios funerarios, que informaban de la posibilidad de contar con un servicio de atención psicológica especializada en crisis y duelo. De esta forma, las personas confirmaban si querían contar con este recurso o abstenerse de él, siendo este el único criterio de inclusión. La derivación con los datos del doliente llegaba a través de un correo electrónico al psicólogo que coordinaba el servicio, el cuál asignaba a la psicóloga que atendería el caso en cuestión. La intervención se realizaba siempre con un plazo máximo de 48 horas desde su derivación.

- **Análisis estadísticos:**

El análisis estadístico realizado ha sido puramente descriptivo para mostrar un primer acercamiento a los datos: frecuencia de aparición y valores generales de la muestra. Para ello, se ha utilizado el programa estadístico Jasp, por su facilidad de uso y ser en abierto. El objetivo es conocer la frecuencias de cada sintomatología y de las intervenciones realizadas. Una vez recogidos y organizados los datos se llevaron a cabo los análisis estadísticos propuestos.



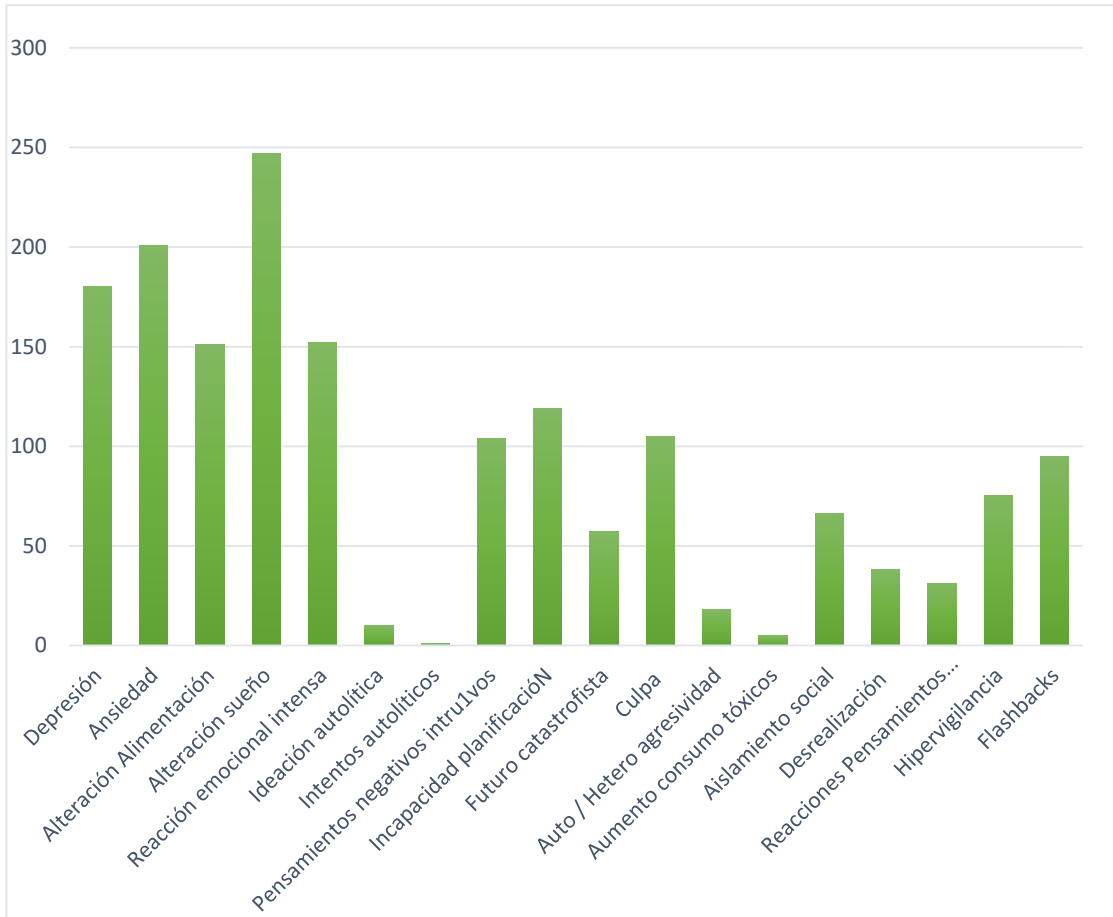
3. Resultados

En referencia a los resultados, como ya se ha comentado, haremos una breve descripción de, por un lado, la sintomatología más frecuente en la atención y, por otro, las intervenciones realizadas al respecto.

En la Figura 4 encontramos la sintomatología asociada al duelo.

Figura 4

Sintomatología tras el duelo



Nota. Elaboración propia

Como podemos observar en la gráfica existe una gran diferencia entre variables en cuanto a su frecuencia de aparición, siendo el primer bloque de 5 las más manifestadas (síntomas depresivos, ansiedad, alteración de la alimentación y del sueño y emocionalidad intensa). El resto de las variables aparecen en un rango parecido, siendo únicamente 3 (ideación e intento autolítico y aumento de consumo de tóxicos) las menos frecuentes con una diferencia notable con respecto a las demás.

La alteración en el sueño es la variable que más frecuentemente aparece en todas las intervenciones, concretamente un 55%, siendo la única en la que se sobrepasa la mitad. En segundo lugar de mayor frecuencia de aparición, nos encontramos con los síntomas ansiógenos y depresivos, de mayor a menor frecuencia respectivamente. Son datos esperados dada la comorbilidad entre duelo y este tipo de reacciones. Los síntomas ansiosos aparecieron en un 45% de las atenciones y, en el caso de los síntomas depresivos, estos aparecieron en un 40%. En siguiente lugar de aparición, nos hemos encontrado que aproximadamente en un tercio de las intervenciones los dolientes experimentaban problemas o alteraciones en la alimentación y reacciones emocionales intensas. Estas cinco primeras reacciones o manifestaciones son las más frecuentes en las personas atendidas.

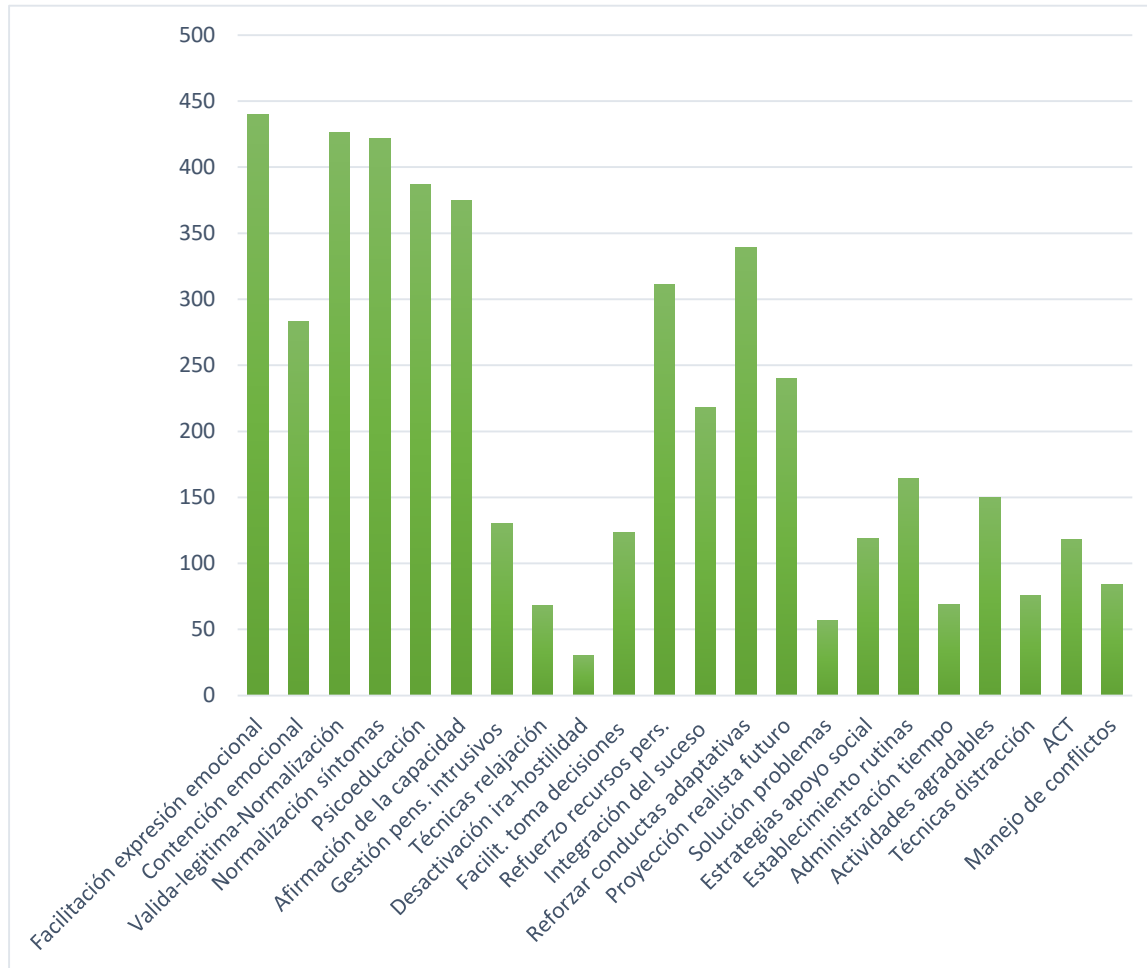
De manera mucho menos frecuente nos encontramos al resto de sintomatología asociada al duelo. Por un lado, contamos con algunas manifestaciones que aparecen en torno a un cuarto de las atenciones realizadas, esto es en un porcentaje que oscila entre 21 a un 26%, encontrándonos en primer lugar la incapacidad de planificación de futuro con un 26%, siguiendo de pensamientos negativos intrusivos como la desesperación o desorganización y culpa con un 23% ambos, para finalizar con flashbacks con un 21%.

El aislamiento social y la hipervigilancia lo encontramos prácticamente con la misma frecuencia, teniendo esta última un 2% más de ocurrencia, un 17%. Otras sintomatologías como son las reacciones o pensamientos bizarros con un 7% de aparición y desrealización con un 8% aparecen, como vemos, con mucha menor frecuencia, siguiendo la auto o hetero agresividad con un 4%.

Para finalizar, nos encontramos con valores muy bajos las siguientes variables: aumento del consumo de tóxicos, ideación autolítica e intentos autolíticos. Encontramos que solo 1% de las personas atendidas presentaban aumento de tóxicos, lo que se traduce en únicamente 5 personas del total. Con respecto a la ideación autolítica nos encontramos con el 2% y en cuanto a la tentativa autolítica únicamente una persona la presentó.

Figura 5

Técnicas utilizadas durante la intervención en crisis en duelo



Nota: Elaboración propia

En referencia a las intervenciones, de igual modo que con la sintomatología, encontramos diferencias notables entre algunas de ellas con respecto a otras.

Las intervenciones más utilizadas en la atención a los y las dolientes son técnicas de facilitación de expresión emocional, validación, legitimación y normalización emocional,

normalización de síntomas superando el 90% de frecuencia en las llamadas, siendo la que más la primera mencionada con un 98%, prácticamente en todas las intervenciones. Le siguen muy de cerca técnicas como la psicoeducación o la afirmación de la capacidad con un 86% y 83% respectivamente, junto con el refuerzo de conductas adaptativas con un 75% de frecuencia. Dichas técnicas suelen utilizarse de forma transversal (Fernández Márquez, 2010).

Por encima de una frecuencia de más de la mitad de las intervenciones pero sin aparecer con tanta frecuencia como las anteriores mencionadas, encontramos técnicas como la identificación y refuerzo de recursos personales y la contención emocional, con un 69% y 63% respectivamente, además de proyección realista de futuro con un 53%. En este sentido, técnicas relacionadas con la facilitación de la Integración del suceso como técnicas narrativas, entre otras, aparecen prácticamente en la mitad de las intervenciones con un 48% de ocurrencia.

Estas son las técnicas más utilizadas por parte de las psicólogas en la intervención en crisis en servicios funerarios Albia durante el proyecto, apareciendo el resto de técnicas en menos de la mitad de las atenciones.

Por otro lado, los datos revelan que, en alrededor de un tercio de las intervenciones, se utilizaron las técnicas gestión de pensamientos intrusivos, facilitación de toma de decisiones, estrategias para buscar apoyo social, establecimiento de rutinas, planificación de actividades agradables y técnicas propias de Aceptación y Compromiso. De las anteriores, las más utilizadas superando el 30% fueron establecimiento de rutinas y planificación de actividades agradables, de mayor a menor.

Las técnicas menos utilizadas, por debajo del 20% de las llamadas, fueron manejo de conflictos, técnicas de distracción, administración del tiempo, técnicas de relación y solución de problemas, de mayor a menor frecuencia de aparición. Es de destacar que las técnicas relacionadas

con desactivación de la ira-hostilidad aparece únicamente en un 7% de las llamadas, traduciéndose este dato en 30 personas.

4. Discusión

En el presente trabajo obtenemos con cierta claridad aquellas manifestaciones que se suceden tras la muerte de un familiar y las técnicas de intervención útiles para las mismas. La característica relevante es que estas reacciones son propias de un duelo agudo, concretamente tras 24-48 horas de la muerte del familiar. Dicha particularidad nos arroja un gran valor a la literatura científica actual dado que, en esta, es difícil encontrar estudios en los que se describa, tanto sintomatología como técnicas intervencionistas de duelo recién iniciado, como en nuestro caso.

Por el contrario, encontramos estudios relacionados con duelo o crisis en general, sin embargo, los análisis que presentan son más demorados en el tiempo, es decir, se realiza la recopilación de los efectos de dichos sucesos tras, al menos, 1 mes después, por lo que la comparación con nuestros datos no será del todo válida. Aun así, incorporamos algunos datos por la relativa cercanía en el tiempo.

El estudio de Rodríguez-Álvaro (2019) en el que se analizan algunas variables derivadas de un duelo normal durante el año posterior al fallecimiento muestra como datos más destacados un 13.6% ansiedad, 11% de insomnio, 10.6% de alteraciones en la alimentación y 1.7% de aislamiento social, entre otros. En comparación con nuestros datos, podríamos inferir una disminución de dichos síntomas con el paso del tiempo.

Dada la reducida cantidad de estudios cuantitativos acerca del duelo agudo, hemos optado por incluir los resultados de algunos estudios que analizan otros eventos críticos, puesto que cualquier crisis, aunque con sus particularidades, podría suponer un cambio en el funcionamiento como lo había hecho hasta el momento, un desequilibrio en el doliente.

Uno de los estudios con los que podemos comparar, si bien no es tan específico en cuanto a su inmediatez en recogida de datos, es el realizado por Miguel-Tobal y colaboradores en el año 2004, en el que analizan de las reacciones y/o consecuencias psicológicas durante el mes siguiente al atentado terrorista del 11-M, en este encuentran un 9.2% de madrileños con ansiedad y estrés y un 6.8 % de síntomas depresivos, así como un 2.2% de insomnio. También encontraron un aumento del consumo de tóxicos.

Es importante añadir, que los resultados obtenidos acerca de las reacciones de duelo en nuestro estudio, se dieron en una situación de pandemia por Covid-19, lo que puede influir significativamente en las reacciones individuales, de grupo y en el proceso de duelo, entre otros, como ya se ha mencionado a lo largo del trabajo. Un estudio realizado en México en el que se analiza el impacto psicológico generado por el Covid-19 a través de un Centro de Atención Telefónica en Crisis revela que, del total de las atenciones, el 48% fueron por el motivo de ansiedad y el 19% síntomas depresivos, encontrando asociación del primero con cambios en la alimentación (Salazar Serrano et al., 2021). Si bien estos resultados nos alarman de un posible estado basal debilitado por la pandemia en el momento en el que se produce la pérdida.

En relación con las técnicas más utilizadas ante una situación crítica y, tras la revisión bibliográfica en bases de datos como Psychinfo, Medline, Pubmed, Google Scholar o Dialnet, podemos decir que no hemos encontrado información suficiente como para poder realizar comparativas con nuestro estudio. Lo que nos recuerda la fundamental importancia acerca de realizar estudios de este tipo ante situaciones de crisis y crear, así, un modelo estandarizado y específico de intervención según el tipo de crisis que se nos presente.

En referencia a la eficacia de este tipo de intervenciones, si bien en nuestro proyecto no se realiza este tipo de análisis por la propia naturaleza del desarrollo del mismo, existen opiniones y estudios diversos. Numerosos autores cuestionan la eficacia de una intervención prematura durante el duelo normal e incluso aludiendo a la posible interferencia en el curso normalizado de este, como,

por ejemplo, en la revisión de estudios cualitativa y cuantitativos realizada por Jordan y Neimeyer (2003), concluyendo la posible iatrogenia. Sin embargo, otros estudios refutan los anteriores e informan de cierta efectividad de este tipo de atención como el de Schut y Stroebe, (2005). El primero está basado en una prevención primaria destinada a toda la población y el segundo está basado en una prevención secundaria destinada a aquellas personas con algún riesgo de complicación. Estos resultados desalentadores, según Payás (2010), pueden ser producto de una intervención sin atender al momento específico de cada doliente, modelos de trabajo poco estandarizados y las limitaciones de dichos estudios.

Es un servicio del que no conocemos histórico previo en este ámbito del duelo y la crisis, por lo que es difícil hablar de su utilidad, sin embargo, encontramos en diferentes estudios la demanda de la sociedad por una atención tras la muerte de un familiar. El estudio realizado por Lacasta-Reverte et al. (2020) en el que se ofrecía atención psicológica en el inicio del duelo, posterior al fallecimiento de un familiar, revela que, únicamente, el 6.9% de las familias y/o los propios profesionales consideraron no ser necesaria. También contamos con datos del servicio de atención psicológica ofrecido por el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid en situación de pandemia por Covid-19 en el que se reportó que un 4% de un total de 10.586 llamadas fueron con motivo de reacciones derivadas del inicio de un duelo (Chacón-Fuertes, 2020). Otro de los servicios puestos en marcha durante la pandemia, el Servicio de Primera Ayuda Psicológica (SPAP), reporta que el 22% de las 15.170 llamadas que recibió fueron de enfermos, familiares de enfermos o familiares de fallecidos, suponiendo este último grupo el 64.5% de los mismos (Berdullas Saunders et al., 2020). Con estos datos podemos inferir la necesidad de la población por contar con un recurso de atención psicológica ante un inicio de duelo.

Los datos mencionados concuerdan con el aumento de derivaciones de forma progresiva que tuvo el servicio, iniciando con 3 derivaciones diarias y aumentando estas a 10-20, provocando el aumento de psicólogas ya comentado anteriormente. Además, es importante añadir que durante el servicio encontramos cantidad de comentarios de agradecimiento de los y las dolientes a los que se

les ha atendido (ver Anexo C). Una vez finalizado el servicio, los dolientes siguieron manifestando el interés, incluso se realizaron atenciones fuera del mismo. Como vemos, se ha generado una necesidad y, por las limitaciones que surgen de la asistencia por vía telefónica, está en proceso la creación de más de una veintena de puestos en plantilla en los tanatorios de la red de servicios funerarios Albia repartidos por España con la colaboración de la dirección de este proyecto. Las funciones, en este caso, se ampliarían pues, con una atención presencial, se podría asistir a los propios trabajadores, formarles en duelo... entre otras.

5. Conclusiones

El fallecimiento de un ser querido puede suponer una crisis en la vida del doliente, iniciándose, tras este, un proceso de integración de la pérdida a través de distintas fases o tareas, conocido como duelo. Como hemos visto, este suceso que incluye reacciones físicas, psicológicas, cognitivas, conductuales y sociales puede ocasionar un deterioro en la vida del doliente si se dan ciertas condiciones en la persona y su entorno (Barreto et al., 2012). Tal deterioro puede traducirse en problemas de ansiedad, depresión, TEPT, ideación y/o tentativa suicida, además de poder derivar en trastorno de duelo complicado o no adaptativo que a su vez correlaciona con las anteriores (Hoffman et al., 2018), sin olvidar el aumento de consumo de fármacos sobrevenido de dicha problemática.

La incidencia y prevalencia del duelo, así como su morbimortalidad asociada hacen del mismo una problemática a la que atender y prevenir. Si bien no hay una forma correcta de pasar por este proceso, son numerosos los factores que pueden suponer una complicación en el mismo y dificultar e interferir en la vida del doliente. Como toda situación crítica y estresante, los factores internos y externos de la persona, así como los factores que modularán los anteriores serán fundamentales para el posterior desenlace (González de Rivera y Revuelta, 2001). Dentro de esta última categoría entrarían los actos realizados en los servicios funerarios, estos rituales cobran importancia por ser actos simbólicos influenciados por cada cultura que facilitan la despedida de los

seres queridos, la integración de la pérdida y el sentimiento de apoyo por el entorno, modulando, por tanto, los factores internos y externos del doliente. Sin embargo, con el inicio de la actual pandemia por Covid-19 estos rituales se vieron reducidos y modificados, provocando un gran malestar y dificultad en el proceso de duelo, influenciado, además, por las consecuencias multidimensionales que provocó y sigue haciendo en la sociedad (Cachón-Fuertes et al., 2020).

En un contexto como este y desde la necesidad apremiante de que los deudos pudieran recibir una primera asistencia psicológica, se impulsó esta iniciativa de incorporar intervención psicológica en crisis ante el duelo, desde los propios servicios funerarios. Esta asistencia sanitaria, como ya se ha mencionado, ha generado dudas sobre su efectividad en diversos estudios, sin embargo, parece haber consenso en que este tipo de atención se tiene que realizar ante personas que lo soliciten y/o tengan factores de riesgo de una complicación en el duelo (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2020). De todas formas, será fundamental seguir trabajando en realizar estudios cuantitativos y cualitativos sobre situaciones de crisis y, particularmente, en duelo, para probar su utilidad, eficacia y efectividad.

La intervención en crisis pretende, con la potenciación y concienciación de los recursos de cada doliente, restaurar el equilibrio emocional que ha quedado tambaleado por el evento estresante, además de mitigar el impacto psicológico asociado al evento, generando una percepción más capacitante del afrontamiento del mismo (Fernández Márquez, 2010). Este tipo de atención tiene el objetivo de prevenir posibles complicaciones tras el fallecimiento de un familiar y promover la salud del doliente, puesto que contribuye a la movilización de recursos propios y a la interpretación de valía para hacer frente a ese estado temporal de desorganización.

Tras llevar a cabo el proyecto a nivel nacional, encontramos que las reacciones atendidas a las familias tienen relación, principalmente, con alteraciones en el sueño, episodios de ansiedad y depresivos, reacciones intensas como shock o ataques de pánico y alteraciones en la alimentación, reacciones manifestadas en situaciones críticas. En relación con las técnicas de intervención

asociadas a dicha sintomatología localizamos algunas utilizadas en prácticamente todas las atenciones como son la facilitación de la expresión emocional, así como su validación, legitimación y normalización, como no podía ser de otra manera en la psicología. Así mismo, también destacan el refuerzo de conductas adaptativas y recursos personales y la afirmación de la capacidad de afrontamiento junto con la psicoeducación, la contención emocional y la proyección realista de futuro, relacionada esta última con, por ejemplo, técnicas narrativas para la facilitar la integración del suceso, como técnicas utilizadas en más de la mitad de las atenciones.

Como se ha argumentado y hemos visto constatado en el aumento de atenciones durante el progreso del proyecto y en los agradecimientos posteriores, además de la gran cantidad de llamadas recibidas a los servicios relacionados con la asistencia en crisis en duelo creados durante la pandemia como SPAP o el creado por el Colegio Oficial de la Psicología en Madrid, parece evidente que la sociedad está demandando este tipo de asistencia psicológica. Para ello, la formación de los profesionales sobre crisis y duelo es fundamental para mejorar la calidad de la atención lo que, a su vez, evita la posible iatrogenia de la que hablan los autores que desaconsejan una intervención temprana (Payás, 2010). Como en todo proyecto, consideramos primordial atender a las posibles dificultades manifestadas por las psicólogas y líneas de mejora tras la puesta en marcha.

En referencia a las limitaciones encontramos, como principal, la ausencia de un modelo estandarizado de intervención en crisis, y específicamente en la intervención en duelo agudo, lo que puede generar duda acerca de la calidad del servicio, si bien se pretendió suplir con profesionales especializadas con formación y experiencia en el ámbito de las emergencias. Por otro lado, la escasez de tiempo en la que se preparó el proyecto por la apremiante demanda provocó que se tuvieran que hacer cambios en el transcurso del mismo. Por ejemplo, una primera premisa fue ofrecer asistencia únicamente a deudos de difuntos por Covid-19 teniéndose que modificar por asistencia generalizada, independientemente del motivo del fallecimiento.

Para finalizar, proponemos como futuras líneas de investigación estudios longitudinales en el que se pueda dilucidar el efecto de la intervención en crisis en duelo, además del desarrollo de un retest y una posible encuesta de satisfacción pasado un tiempo. Por otro lado, creemos fundamental realizar estudios cuantitativos en los que quede constancia de las reacciones ante una situación en crisis por un inicio de duelo y las correspondientes técnicas utilizadas en la intervención consiguiente, pudiendo colaborar en el desarrollo de un modelo de intervención estandarizado que, consideramos, ayudará a mejorar la entidad propia de esta disciplina, así como la calidad de sus intervenciones. Además, tras la necesidad creada en este proyecto, consideramos de gran valor ecológico que, con la posible nueva incorporación de más de una veintena de profesionales de la psicología a los servicios funerarios Albia, se puedan recabar datos para un posterior estudio en el que se analicen los efectos inmediatos de este tipo de intervenciones ante el inicio del duelo tras la muerte de un ser querido.

6. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR*. (4ª ed.). Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. (5ª ed). American Psychiatric Pub.
- Araujo, M., Navarro, S. G., y García-Navarro, E. B. (2021). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 31, S112-S116. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Barreto, P., De la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9 (2-3), 355-368. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Berdullas Saunders, S., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, N., Fernández Hermida, J. R., Santolaya, F., Sanz Fernández, J. y García-Vera, M. P. (2020). El teléfono de asistencia

Psicológica por la Covid-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Revista Española Salud Pública*, 94, 24.

Campillo Cascales, M. J., Rivas Molina, A., Luna Maldonado, A., y Llor Esteban, B. (2004). ¿Qué pueden hacer los psicólogos en una situación de desastre?. *Enfermería Global*, 3(1). <https://doi.org/10.6018/eglobal.3.1.603>

Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J. R., y García-Vera, M. P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la Organización Colegial. *Clínica y Salud*, 31(2), 119-123. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a18>

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2020). *Protocolo de Atención al duelo en la Comunidad de Madrid. Documento de apoyo para los profesionales de la salud para la atención al duelo*. Madrid: Salud Madrid

Cruz, J. I., Reyes, M. A. y Corona, Z. I. (2017). *Duelo: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Manual Moderno

Dominguez-Rodriguez, A., Martínez-Luna, S. C., Hernández Jiménez, M. J., De La Rosa-Gómez, A., Arenas-Landgrave, P., Esquivel Santoveña, E. E., Arzola-Sánchez C., Alvarez Silva, J., Solis Nicolas, A. M., Colmenero Guardián A. M., Ramírez-Martínez, F. R. & Castellanos Vargas, R. O. (2021). A Self-Applied Multi-Component Psychological Online Intervention Based on UX, for the Prevention of Complicated Grief Disorder in the Mexican Population During the COVID-19 Outbreak: Protocol of a Randomized Clinical Trial. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644782>

Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. En Astudillo, W. Casado da Rocha A. y Mendinueta C. (Eds.). *Alivio de las*

situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad (pp. 337-359). San Sebastián: Sovpal.

Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. D., y Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(2), 423-435.

Echeburúa, E., y Boix, A. H. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?. *Análisis y modificación de conducta*, 33(147).

Fernández-Liria, A., Rodríguez-Vega, B. y Dieguez, M. (2006). Intervenciones sobre duelo. En Pérez-Sales, P. (Ed). *Trauma, Culpa y Duelo. Hacia una psicoterapia integradora* (pp. 330-363). Bilbao: Descleé de Brouwer.

Fernández Márquez, L. M. (2010). *Modelo de Intervención en Crisis*. Madrid: Grupo Luria.

Flórez, S. D. (2002). Duelo. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25, 77-85.
<https://doi.org/10.23938/ASSN.0843>

Fundación Española para la prevención del Suicidio (FSME). (2021). *Suicidios España 2020*.
<https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., y Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, (30), 39-50.

García Hernández, A. M. (2012). *La pérdida y el duelo. Una experiencia compartida*. España: Bubok Publishing S. L.

- García Hernández, A. M., Rodríguez Álvaro, M., Ruymán Brito, P., Fernández Gutiérrez, D. Á., Martínez Alberto, C. E., y Marrero González, C. M. (2021). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Revista Ene de Enfermería*, 15(1).
- García, J. C. (2003). *Primeros auxilios psicológicos*. Psicocentro. www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Rivero, R., Ramos, V., y Oblitas Guadalupe, L. (2008). Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud. *CES Psicología*, 1(1), 70-93.
- García-Ontiveros M., Arbulo Rufrancos B., Mallo Caño M., Mayoral Aragón M., García Ramírez M., Muriel Hermosilla A., Holguera Ortiz S., Martín Ruiz J., Delgado Fernández T., Sanz Sebastián S., Ureña Morena M. A., Valencia Agudo F., Parages Martínez A. y Duque Colino F. (2020). Intervención en la crisis COVID-19 del equipo de Psicología Clínica de la Interconsulta del IPS Gregorio Marañón. *Revista Clínica Contemporánea*, 11(3), 1-13. <https://doi.org/10.5093/cc2020a17>
- Gil-Juliá, B., Bellver, A. y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.
- Girault, N., y Fossati, P. (2008). Duelo normal y patológico. *EMC-Tratado de Medicina*, 12(3), 1-8. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(08\)70594-4](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(08)70594-4)
- Gómez Ramírez, R. del P. (2017). Proceso de duelo: meta análisis del enfrentamiento a la muerte suicida desde una perspectiva familiar. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 17(1), 49-64. <https://doi.org/10.18270/chps..v17i1.2147>
- González de Rivera y Revuelta, J. L. Psicoterapia de la crisis. (2001). *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (79), 35-53.

- Hoffmann, R., Große, J., Nagl, M., Niederwieser, D., Mehnert, A., & Kersting, A. (2018). Internet-based grief therapy for bereaved individuals after loss due to Haematological cancer: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-10.
- Instituto de Psicoterapia Integrativa Relacional (IPIR). (2020) *Duelo por Covid-19. Restos terapéuticos en su abordaje*. <http://www.ipirduelo.com>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). *Defunciones ocurridas en España. Año 2020. Datos definitivos*.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
- Jordan J. R. & Neimeyer, R.A. (2003). Does grief counseling work?. *Death Studies*, 27(9), 765-786.
<https://doi.org/10.1080/713842360>
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Buenos Aires, Paidós
- Lacasta Reverte, M. A., Torrijos Zarcero M., López Pérez, Y., Carracedo Sanchidrián, D., Pérez Manrique, T., Casado Sanmartín, C., Rocamora C., Blanco Rosado L., Iglesias Gutiérrez N., Vidal Bermejo E., Trigo Varela D. y Martí Esquitino, J. (2020). Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19: Un duelo diferente. *Medicina paliativa*, 27(3), 201-208.
- Larroy, C., Estupiña, F., Fernández-Arias, I., Hervás, G., Valiente, C., Gómez, M., Crespo, M., Rojo, N., Roldán, L., Vázquez, C., Ayuela, D., Lozano, B., Martínez Bernardo, A., Pousada, T., Gómez, A., Rodrigo, J. J., Florido, R., Vallejo-Achón, M., Sanz, S., ... Pardo, R. (2020). *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de Covid-19 en la población general*.

<https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1484/guia-el-abordaje-no-presencial-las-consecuencias-psicologicas-brote-epidemico-covid19-la-poblacion-general>

- Latham, A. E. & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 34(4), 350-362.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of psychiatry*, 101(2), 141-148.
- Litz, B., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A., Morris, S., Nickerson, A. & Prigerson, H. G. (2014). A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behaviour research and therapy*, 61, 23-34.
- López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo Perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Martín, J. y Parada, E. (2008). Estrés y ansiedad en salvamentos, rescates y auxilios. En Parada, E. (Ed.), *Psicología y Emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia* (pp. 69-91). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H., y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 163-179
- Montoya Carrasquilla, J. (2003). Funeraria San Vicente. *Guía para el Duelo*. Medellín: Editorial.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Ortiz Villalobos, A. (2021). Duelo en infancia y adolescencia y en tiempos de COVID-19. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(1), 3-10.
- Pachecho Tabuena, T., Garrosa, E., López, E. y Robles, J. I. (2012). *Atención psicosocial en emergencias*. Madrid: Síntesis.
- Pargament, K. I. (1997). *Psychology of Religion and Coping. Theory, research and practice*. New York-London: The Guilford Press
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 37(2), 189-201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>
- Payás Puigarnau, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Editorial Paidós. España.

- Reyes-Alcívar, S. K., y Alcívar-Medranda, E. (2021). Covid-19: Ausencia del ritual funerario por la pérdida de un ser querido en las familias afectadas por el coronavirus. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 230-246. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.1991>
- Rodríguez-Álvaro, M. (2019). Impacto del duelo complicado. Una lectura a través del lenguaje del cuidado. *Ene*, 13(3).
- Rodríguez, L. (2017). Encuentros en Psicología. Habilidades terapéuticas en la intervención psicológica en emergencias. *Revista del Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental, Temporada II*, (43), 56-61.
- Salazar Serrano, O., Arreola Romero, F. G., y Encinas Norzagaray, L. (2021). Manifestaciones psicológicas durante los primeros casos de COVID-19 en los usuarios sonorenses del Centro de Atención Telefónica de Intervención en Crisis. *región y sociedad*, 33, e1454. <https://doi.org/10.22198/rys2021/33/1454>
- Slaikue K.A. (1996). *Intervención en Crisis: Manual para Práctica e Investigación*. México: Manual Moderno.
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: an updated overview/Modelos de afrontamiento en duelo: un resumen actualizado. *Estudios de Psicología*, 38(3), 582-607. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: Suicidal ideation in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2178-2180. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2178>
- Shut, H., & Stroebe, M. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement interventions: Determining who benefits. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 140-7.



- Torres, D. (2006). Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. *Sapiens*, 7(2), 107-118.
- Worden, J. W. (1982). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.
- Worden, J.W. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Yoffe, L. (2014). Rituales funerarios y de duelo colectivos y privados, religiosos o laicos. *Avances en Psicología*, 22(2), 145-163. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.182>

7. Anexos

Anexo A

DATOS A RELLENAR POR ALBIA										
SOCIEDAD que solicita la prestación del servicio	CENTRO OPERATIVO	CIF SOCIEDAD	Nombre de la persona a llamar	Parentesco con la persona fallecida	Teléfono contacto	Observaciones para el psicólogo: ¿MOTIVO por el que se selecciona a esta persona para la llamada?	Nombre de la persona fallecida	Fecha del velatorio (Formato: DD/MM/AAAA) (Excel lo transforma automáticamente en DD-mmm)	Hora del velatorio (Formato: HH:MM) (Usar formatos 24h, no AM ni PM)	¿Desea que se le llame en un momento concreto? Indicar fecha y hora

Campus Villaviciosa de Odón
 Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
 28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
 Avenida Fernando Alonso, 8
 28108 Madrid

Anexo B

DATOS A RELLENAR POR PSF												
Caso atendido por: (nombre psicóloga)	Nombre de la persona atendida	Género (Masc., Fem., no binario)	Edad	Localidad	Fecha	Hora	Tiempo de llamada	Unidades de servicio (25-30 minutos por servicio)	Demanda (Ej. Asesoramiento en CMN, pautas de despedida simbólica...)	Necesidad de seguimiento (Si/No)	Derivación a otro recurso (Si/No)	Nombre del recurso

DATOS A RELLENAR POR PSF - SINTOMATOLOGÍA									
Sintomatología depresiva	Sintomatología Ansioígena	Alteración de la alimentación	Alteración del sueño	Reacciones emocionales intensas: embotamiento, pánico, shock..	Ideación autolítica	Intentos autolíticos	Pensamientos negativos intrusivos: desesperación, desorganización..	Incapacidad de planificación de futuro	Proyección futuro catastrofista

DATOS A RELLENAR POR PSF - SINTOMATOLOGÍA								
Culpa	Auto/Hetero agresividad	Aumento consumo de tóxicos	Aislamiento social	Desrealización (sentimientos de irrealidad, despersonalización...)	Reacciones bizarras, sentimientos extraños	Hipervigilancia	Flashbacks	Otros (Indicar)



DATOS A RELLENAR POR PSF - TÉCNICAS											
Facilitación expresión emocional	Contención emocional	Validación, legitimación y normalización de síntomas	Normalización de síntomas	Psicoeducación	Afirmación de la capacidad	Gestión pensamientos intrusivos y preocupaciones	Técnicas de relajación	Desactivación de la curva ira-hostilidad	Facilitación toma de decisiones	Identificación y refuerzo de recursos personales	Facilitación de la integración del suceso (técnicas narrativas ...)

DATOS A RELLENAR POR PSF - TÉCNICAS											
Reforzamiento de las conductas adaptativas	Proyección realista de futuro	Solución de problemas	Estrategias para buscar apoyo social	Establecimiento de rutinas	Administración del tiempo	Planificación de actividades agradables	Técnicas de distracción	Técnicas de aceptación y compromiso	Manejo de conflictos (familiar, trabajo ...)	Otras (indicar)	Observaciones y descripción del caso

Anexo C

“No consideraba que necesitara hablar con ningún psicólogo, pero hablar contigo me ha quitado un peso de encima, es como que ahora respiro mejor”

“Es una situación durísima y tener un profesional que me escuche y me diga que no estoy loca no tiene precio. Ahora sé qué puedo esperar y qué puedo hacer para gestionarlo”

“Qué difícil es vuestro trabajo y qué necesario”

“Qué suerte que Albia piense en las necesidades de las familias”

“Me daba miedo empezar sola en casa, me has acompañado a mover cosas de él que no habría podido hacer sola. Nunca voy a olvidar que sin conocerme me trataras con tanto cariño”

“Es el primer paseo sin ella, pero estás tú”

“Ya no tengo miedo de hablar con mis hijos, no sabía que hablar con una psicóloga fuera a ser tan fácil y me iba a hacer sentir tan bien”

“Han sido demasiadas malas noticias últimamente, me costaba pensar y tenía que tomar decisiones muy importantes. Contar contigo estas semanas me ha ayudado a valorar todas las opciones con claridad y no dejarme llevar por el dolor”

“Nunca olvidaré este regalo de Albia en el peor momento de mi vida”

“Pienso en las familias que no pueden acceder a este servicio, a vosotros. No sabéis lo que ayudáis”

“No os imagináis lo agradecida que me siento con la llamada, no sólo por las explicaciones que tanto me han servido, sino por tu empatía y amabilidad”.

