

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: El proceso de duelo en un adulto mayor institucionalizado

Alumna: Hartvig, María Micaela

Tutor: Dra. Luisa Acrich de Gutmann

Buenos Aires, 20 de diciembre de 2021

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo General.....	3
2.2 Objetivo Específico.....	3
3. Marco Teórico	3
3.1 Vejez y Envejecimiento	3
3.1.1 Cambios en la vejez	6
3.2 Institucionalización del adulto mayor.....	9
3.3 Duelo.....	12
3.3.1 Fases del duelo	16
3.3.2 El proceso de duelo en un adulto mayor institucionalizado: facilitadores y obstaculizadores	18
3.4 Intervenciones en el proceso de duelo	21
4. Metodología	23
4.1 Tipo de estudio.....	23
4.2 Participantes	23
4.3 Instrumentos.....	24
4.4 Procedimiento	24
5. Desarrollo	25
5.1 Objetivo específico 1: Fase del duelo que se encuentra atravesando el adulto mayor de una institución geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires y cuáles son los facilitadores y obstaculizadores de dicho proceso	25
5.2. Objetivo específico 2: Intervenciones en relación al proceso de duelo llevadas a cabo por la psicóloga de la institución geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires.....	30
5.3. Objetivo específico 3: Evolución del proceso de duelo del adulto mayor -luego de tres meses- a partir de las intervenciones llevadas a cabo por la psicóloga dentro de la institución geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires	34
6. Conclusiones	37
7. Bibliografía	43

1. Introducción

El siguiente Trabajo Final de Integración se realiza a partir de la Práctica Profesional llevada a cabo en una Clínica de Rehabilitación y Geriatría de la Ciudad de Buenos Aires. Esta institución se dedica hace más de 30 años a la atención privada de personas mayores, partiendo de una mirada integrativa de las necesidades de los residentes, haciendo énfasis en la atención médica. En la actualidad cuenta con un total de 42 residentes que ingresan a la institución a través de derivaciones de obras sociales o prepagas. La mayoría de ellos presentan patologías físicas y deterioro cognitivo, mientras que un menor porcentaje de los residentes presentan deterioro cognitivo muy avanzado encontrándose postrados.

La institución está integrada por un equipo interdisciplinario conformado por aproximadamente 65 personas, entre ellas médicos, enfermeras, kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionista, administrativos, personal de limpieza y cocineros; además de la psicóloga incorporada hace un año, quien se encarga de realizar estimulación cognitiva y rehabilitación con el fin de contribuir al bienestar y salud integral de los adultos mayores. Teniendo en cuenta la pandemia mundial, la práctica profesional habilitante se realizó de manera online. Se realizaron encuentros por Zoom con la psicóloga de la institución, profesionales que trabajan dentro de la misma y, a su vez, se mantuvieron encuentros semanales con algunos de los residentes de la institución.

El interés en la temática abordada surge a partir del actual contexto pandémico por COVID-19, lo cual implicó que la institución lleve a cabo diferentes cambios en la organización de sus actividades, para de esa manera garantizar la salud de los residentes quienes son población de riesgo. Sin embargo, en el transcurso del primer año de pandemia varios de los residentes fallecieron a causa del virus. Es por esto que este Trabajo Final Integrador pretende dar cuenta de la vivencia de un residente de la institución ante la pérdida de su compañero de habitación, de juegos, de charlas, con quien compartía el día a día en la residencia. A su vez, resulta relevante conocer la manera en que se trabaja en una institución geriátrica con personas mayores que se encuentran atravesando por un proceso de duelo, dimensionando la capacidad de resiliencia de los adultos mayores, dado que el duelo dentro de instituciones geriátricas es un tema poco tenido en cuenta e investigado hasta el día de hoy.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Analizar el proceso de duelo de un adulto mayor institucionalizado en una residencia geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires y las intervenciones asociadas al proceso de duelo llevadas a cabo por la psicóloga de la institución.

2.2. Objetivos Específicos

1. Describir la fase de duelo que se encuentra atravesando el adulto mayor de una institución geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires y cuáles son los facilitadores y obstaculizadores de dicho proceso.

2. Analizar las intervenciones en relación al proceso de duelo llevadas a cabo por la psicóloga de la institución geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires.

3. Analizar la evolución del proceso de duelo del adulto mayor -luego de tres meses- a partir de las intervenciones llevadas a cabo por la psicóloga dentro de la institución geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires.

3. Marco Teórico

3.1. Vejez y Envejecimiento

La palabra vejez deriva del latín *etos* que significa persona de mucha edad, siendo definida como el tiempo acumulado a lo largo de la vida, independientemente del significado atribuido culturalmente. A lo largo de la historia ha habido una gran cantidad de definiciones de la vejez, sin embargo nunca han sido uniformes cambiando con el pasar de los años (Ramos Esquivel, Meza Calleja, Maldonado Hernández, Ortega Medellín & Hernández Paz, 2009).

En la Antigüedad se mantenían dos concepciones diferentes acerca de la vejez. Por un lado, Aristóteles sostenía que la vejez era una enfermedad incurable que implicaba el deterioro y la ruina (Cardona Arango & Paláez, 2012). Sin embargo, Platón mantenía una concepción más optimista, donde a través de la vejez se lograba el control de las pasiones y el respeto de los demás (Cardona Arango & Paláez, 2012). Durante la Edad Media la vejez fue sinónimo de madurez y experiencia, pero en la Modernidad su significado evolucionó, siendo vista como una amenaza al orden de la Modernidad, donde los conocimientos de las

personas mayores comenzaron a perder importancia frente al conocimiento de los jóvenes, quedando la vejez ligada al confinamiento en sus hogares y a la falta de reconocimiento (Ramos Esquivel et al., 2009). Fue a partir del siglo XX, con el desarrollo de nuevas ciencias como la Gerontología que la vejez volvió a tener una posición relevante, abordada desde un enfoque positivista y enfatizando los aspectos biológicos del envejecimiento (Ramos Esquivel et al., 2009).

Desde una perspectiva del ciclo de la vida, la vejez es conceptualizada como una etapa más dentro del ciclo vital y, por ende, no implica necesariamente una ruptura en el tiempo o el ingreso a una etapa terminal (Cardona Arango & Paláez, 2012). Por su parte, Erikson (1982) define la vejez como el último estadio que atravesamos a lo largo del ciclo vital, el cual inicia a los 65 años y finaliza con la muerte. Durante el transcurso de este último estadio, Erikson (1982) sostiene la antítesis de integridad versus desesperanza. Es decir que la resolución positiva de este estadio permite una experiencia de integridad, un sentimiento de coherencia y totalidad, donde se reconocen las fortalezas, debilidades, y el ciclo vital como único. Por el contrario, ante la finitud del tiempo y la imposibilidad de cumplir sus deseos y arrepentimiento por los errores cometidos aparece la desesperanza, definida como un sentimiento permanente de estancamiento (Erikson, 1982; Hernández Zamora, 2005).

Es decir que la vejez es una etapa del desarrollo del individuo, la etapa final del proceso de envejecimiento (Salverezza, 1998). Por esto, es de gran importancia diferenciar la vejez del envejecimiento, dado que son conceptos que tienden a ser homogenizados, pero no hacen referencia a lo mismo (Alvarado García & Salazar Maya, 2014). De acuerdo a lo planteado por los autores anteriores, el envejecimiento es un proceso dinámico e inherente a todos los seres humanos que inicia en el nacimiento y termina con la muerte. Es un proceso irreversible ya que las personas envejecen a medida que transcurre su propio ciclo vital, caracterizándose por ser un fenómeno extremadamente variable influido por aspectos familiares, sociales, políticos y económicos (Alvarado García & Salazar Maya, 2014; Cardona Arango & Paláez, 2012).

En la actualidad la población mundial está atravesando un proceso de envejecimiento. La gran mayoría de los países del mundo experimenta un aumento de la proporción de personas mayores y se espera que en los próximos años aumente aún más la cantidad de personas mayores de 60 años, produciéndose un cambio histórico en la pirámide poblacional

(Amadasi & Tinoboras, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2015). Se espera que la población mundial de 60 años y más aumente de 900 millones a 1400 millones entre 2015 y 2030, esperándose para el año 2037 un hito en la región, ya que el porcentaje de personas mayores superará en gran medida a la población joven (Huenchuan, 2018). Por su parte, la población de América Latina y el Caribe a partir de la década del 60 ha ido experimentando grandes cambios en la estructura demográfica, produciendo un gran efecto en el crecimiento y estructura etaria de su población (Huenchuan, 2018). Estos cambios en la pirámide poblacional se deben, por un lado, a la caída de la tasa de fecundidad y, por otro lado, al descenso de la tasa de mortalidad debido a los avances de la ciencia, la tecnología y el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los adultos en América Latina, teniendo como resultado que hoy en día las personas mayores representen un mayor porcentaje de la población total (Cardona Arango & Paláez, 2012; Binotti, Spina, de la Barrera & Donolo, 2009).

En lo que respecta al envejecimiento poblacional en la Argentina, hay aproximadamente seis millones de personas mayores de 60 años, por lo que no se podría hacer referencia a una sola vejez debido a que se evidencian distintas trayectorias de vida así como también capacidades y necesidades, por lo que sería más conveniente hablar de vejezes que sean específicas y acordes a las condiciones individuales y sociales de cada persona mayor (Amadasi & Tinoboras, 2016; Rochín Virués, 2019). La gran mayoría de las concepciones que tenemos las personas acerca de la vejez son una construcción cultural que está relacionada a estereotipos unívocos que asocian la vejez con un período de enfermedad y abandono (Cardona Arango & Paláez, 2012). Estos conjuntos de actitudes negativas y estereotipos sobre la vejez constituyen lo que Salvarezza (1998) denomina viejismo, quedando esta etapa de la vida anclada a una visión negativa de soledad y pérdida de habilidades.

Según Amadasi y Tinoboras (2016), se especula que en nuestro país en el año 2025 las personas mayores de 60 años superarán los ocho millones de habitantes convirtiéndose, de esta manera, el envejecimiento de la población en una de las mayores transformaciones sociales del siglo XXI, trayendo cambios no solo en la estructura familiar, sino también en todos los sectores de la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2015). De esta manera, este envejecimiento de la población implica una problemática debido al

desconocimiento general sobre las características propias de esta etapa del ciclo vital, ya que hoy en día no es un privilegio de algunas personas llegar a la vejez, sino el destino de la gran mayoría, por lo que esto implicaría un reto y una serie de ajustes para lograr una inserción a la vida social de los adultos mayores (Rochín Virués, 2019). Siguiendo con lo planteado por este autor, se deberían rediseñar estrategias y proyectos que permitan a las personas mayores llegar a la vejez en las mejores condiciones posibles de salud física, mental y emocional.

3.1.1 Cambios en la vejez

En la vejez, como en todo el proceso de envejecimiento, se experimentan distintos cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales característicos de esta etapa de la vida (Amadasi & Tinoboras, 2016). Sin embargo, antes de hablar de los cambios que se producen en la vejez, es pertinente reconocer que las personas llegan a esa etapa del ciclo vital con distintas experiencias de vida, historia de aprendizajes, diferentes características físicas, fisiológicas y personalidad, habiéndose desarrollado en un contexto socioeconómico específico. Esto indica que el proceso de envejecimiento es diferencial en todos los individuos y asincrónico en sus manifestaciones, siendo altamente variable (Binotti et al., 2009; Fernández-Ballesteros, 2001).

A lo largo del ciclo vital algunas capacidades y habilidades comienzan a disminuir progresivamente, produciéndose cambios en las funciones cognitivas como la memoria, atención, lenguaje, habilidad visoespacial y también en la inteligencia (Amadasi & Tinoboras, 2016; Flores Villavicencio, Rodríguez Díaz, Gonzáles Pérez, Robles Bañuelos & Valle Barbosa, 2020), por lo que es común hablar en esta etapa de declives, los cuales deben diferenciarse del deterioro (Binotti et al., 2009). El declive hace referencia a los cambios normales que tienen mayor probabilidad que se den en la vejez, los cuales no son globales ni generalizados, ya que algunas funciones comienzan a declinar progresivamente a lo largo de toda la vida, otras se mantienen hasta etapas tardías donde comienzan a decaer y, por el contrario, hay funciones que no se deterioran, mejorando con el pasar de los años (Binotti et al., 2009; Fernández-Ballesteros, 2001). En cambio, cuando se habla de deterioro se hace referencia a la presencia de patología, la cual, generalmente, es producida por el desencadenamiento de una enfermedad (Fernández-Ballesteros, 2001).

Normalmente la queja más frecuente que suelen realizar las personas mayores en relación al funcionamiento cognitivo está asociada a olvidos en la vida diaria, que se corresponden con errores benignos normales en la vejez (Flores Villavicencio et al., 2020; Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998). A su vez, la atención presenta un enlentecimiento en el procesamiento de la información y la alteración de los procesos encargados de la selección y vigilancia (Flores Villavicencio et al., 2020), presentándose mayores dificultades a la hora de procesar información simultáneamente y para inhibir estímulos irrelevantes (Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998).

Otros cambios que se dan en la vejez son los producidos a nivel corporal. Con el paso del tiempo aparecen las arrugas, canas, manchas, pérdida de tersura, dejando a la vista un cuerpo diferente al culturalmente establecido como modelo de identificación (Salvarezza, 1998). Como sostiene este autor, si bien no todos envejecemos de igual manera, es probable que la mirada del otro determine la utilización, destino y significado del mismo, ya que ese prejuicio no es solo aceptado por la sociedad, sino que también las personas mayores se identifican con ello.

Además de esto, en la vejez se dan situaciones conflictivas como la jubilación, la marcha de los hijos, la pérdida de seres queridos, migraciones, enfermedades crónicas e institucionalización (Fernández-Ballesteros, 2001). Estas situaciones hacen que las personas mayores comiencen a perder sus vínculos, influyendo en el progresivo deterioro de la red social lo cual puede generar sentimientos de soledad y aislamiento social (Sluzki, 1998). La red social es definida como un conjunto de relaciones familiares y no familiares que cumplen la función de brindar compañía, apoyo emocional, ayuda práctica y económica, así como consejos, caracterizándose por ser dinámica dado a que se modifica continuamente a partir de la pérdida de ciertos vínculos y la incorporación de otros (Arias, 2015a; Sluzki, 1998). Los vínculos más frecuentes en esta etapa de vida son los hijos, pareja y amigos, constituyendo relaciones sociales que brindan ayuda, lo cual se denomina apoyo social, encontrándose este último asociado a niveles de bienestar altos y estados emocionales positivos (Acrich de Gutmann, 2012; Arias, 2015b).

Si bien la vejez implica la pérdida de vínculos, disminuyendo el tamaño de la red social, se observó que los adultos mayores igualmente incorporan nuevos vínculos durante la vejez y, en muchos casos la inclusión de nuevas relaciones compensa ampliamente a las

primeras, caracterizándose por ser redes amplias y suficientes (Arias, 2015a). Esto se debe no solo a los variados recursos que las personas mayores poseen, sino también al gran potencial para adaptarse a los cambios, ya que la migración o institucionalización pueden ser situaciones de cambio que faciliten la incorporación de nuevos vínculos, lo que permite ver, a su vez, el afrontamiento activo de las personas mayores ante situaciones de pérdidas y dificultades (Arias, 2015a; Arias & Iacub, 2013).

Estos cambios producidos en la vejez, podrían traer como consecuencia que el adulto mayor sufra reacciones afectivas negativas como tristeza, depresión y soledad (Fernández-Ballesteros, 2001). Sin embargo, siguiendo lo planteado por la autora, las personas mayores no experimentan menor felicidad o satisfacción con la vida en comparación con los jóvenes. Diferentes investigaciones llegaron a la conclusión de que en la vejez se experimentan emociones positivas e intensas, altos niveles de satisfacción vital, bienestar y felicidad, habiendo menos experiencias emocionales negativas; por lo que se puede decir que en la vejez se logra un declive en la emocionalidad negativa y una mayor elaboración emocional, madurez afectiva y riqueza emocional, que lleva a las personas mayores a realizar un menor esfuerzo en la regulación de sus emociones (Arias, 2015b; Arias & Iacub 2013; Fernández-Ballesteros, 2001).

Más allá de los declives y los cambios positivos asociados a la vejez mencionados anteriormente, hoy en día sigue existiendo la creencia de que la vejez viene aparejada de enfermedades, con pérdidas tanto de capacidades físicas, cognitivas, como del deseo sexual, quedando esta etapa de la vida anclada al declive, deterioro y pérdida (Cerquera Córdoba & Quintero Mantilla, 2015; Fernández-Ballesteros, 2001). Sin embargo, si bien con el avance de la edad hay una mayor predisposición a que aparezcan problemas de salud, no es correcto reducir la vida de una persona mayor a un conjunto de patologías, siendo hoy en día prejuicioso asociar la vejez con la enfermedad, ya que no solo implica un riesgo personal y social, sino que además las vidas de las personas mayores siguen siendo tan plenas como lo eran en otras etapas de la vida (Iacub, 2012). Por lo que es necesario que la sociedad ofrezca otras maneras de interpretar y transitar la vejez, donde se reconozcan los recursos propios de cada individuo y dones especiales que se mantienen en esta etapa (Amadasi & Tinoboras, 2016; Iacub, 2012).

3.2. Institucionalización del Adulto Mayor

Las residencias gerontológicas representan una alternativa elegida por las familias, la sociedad y el Estado ante la necesidad de asistencia sanitaria, cuidados y alojamiento requeridas por las personas mayores (Dabove, 2014). Las primeras instituciones gerontológicas - denominadas asilos - surgieron con el objetivo de brindar protección social a los miembros mayores de la sociedad que se encontraban abandonados por diferentes motivos (Guevara Peña, 2016). En Argentina, estas instituciones tienen lugar gracias a la consolidación de derechos económicos, sociales y culturales que fueron el motor para el posterior desarrollo de políticas públicas asistenciales que permitieron resolver problemas de subsistencia, manutención y asistencia a personas mayores, apareciendo de esta manera, en el siglo XIX, los primeros organismos privados en brindar atención a las personas mayores y, a partir de 1940 tuvieron lugar las instituciones que prestaban servicios públicos (Dabove, 2014).

Hoy en día la institucionalización de personas mayores ha aumentado debido a distintos factores vinculados entre sí, entre ellos no solo se encuentra el cambio en la pirámide poblacional, sino también la presencia de problemas de salud, deterioro cognitivo, soledad, alto grado de dependencia, aumento en la esperanza de vida, y grandes cambios materiales y culturales en la estructura familiar (Guevara Peña, 2016). Lo cual imposibilitó que algunas familias respondan a las necesidades de sus padres mayores, dado que deben encargarse de sus propios hijos, y a diferencia de otras épocas, la mujer desempeña actividades laborales; por lo que toman la decisión de ingresarlos en una institución (Dabove, 2014; Guevara Peña, 2016).

En la Argentina, según los datos que arroja el último censo, un total de 84.441 personas mayores viven en residencias gerontológicas, siendo estas en su mayoría instituciones privadas (76%) y en menor porcentaje (24%) entidades públicas (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2015). Estas residencias le permiten a la persona mayor abandonar su hogar, ya sea de manera provisoria o definitiva, e ingresar a una institución que cumple la función de hogar sustituto, brindándole acogida y cuidados necesarios que desbordan la capacidad de respuesta familiar (Dabove, 2014; Salvarezza, 1998). Funcionan bajo un marco normativo el cual permite satisfacer las necesidades de alojamiento y cuidado de la población que ha llegado a la vejez, cumplimentando el conjunto de derechos que posee

la persona mayor de vivir con dignidad y envejecer activa y saludablemente (Persons Alesso, Merlo Vijarra & Mozzoni, 2019). De esta manera, la persona mayor cuenta con un conjunto de profesionales capacitados que cuidan y protegen sus derechos, ya que, de acuerdo a los datos establecidos, el 70% de las residencias gerontológicas están integradas por un equipo interdisciplinario conformado por médicos, enfermeros, nutricionistas y kinesiólogos, mientras que tan solo la mitad de ese porcentaje cuenta con psicólogos o terapeutas ocupacionales por dentro de la institución (Billoud 2017; Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2015).

Para algunas personas mayores la institucionalización es una necesidad inexcusable, debido a la presencia de una enfermedad crónica o discapacidad funcional (Salvarezza, 1998). Sin embargo, independientemente de cuál sea el motivo de internación, cuando la persona mayor ingresa a la institución se produce un proceso de voluntariedad resignada, no solo por parte de los adultos mayores, sino también por su familia, debido a que esa decisión es aceptada como la mejor opción posible (Baranys, 2012). En relación a este punto, como afirma la autora, la persona mayor comienza a modificar su personalidad para lograr adaptarse a la institución, lo cual implica una serie de pérdidas dado que debe abandonar su hogar, sus cosas, costumbres y comodidades teniendo que adaptarse a nuevas personas y hábitos. Esta transformación de la rutina diaria y la progresiva adaptación a nuevas reglas implican una ruptura identitaria con su yo anterior, modificándose la subjetividad de la persona mayor a quien le es otorgado el rol de residente (Billoud, 2017).

Es decir que la institucionalización implica la incorporación a un ambiente extraño donde se experimentan pérdidas físicas, de control, económicas, sociales y familiares, así como también un progresivo aislamiento del mundo exterior (Guevara Peña, 2016). Este nuevo ambiente tiene una rutina diaria estandarizada y específica a la que el residente debe adaptarse, perdiendo con ella la percepción de control de los sucesos de la vida cotidiana y de sus capacidades, ya que no puede realizar actividades que llevaba a cabo en su hogar antes de la institucionalización -como cocinar, lavar o barrer-, debido a que las leyes internas de la institución y la rutina diaria niegan, en su gran mayoría, estos acontecimientos dado los riesgos que podrían implicar (Guevara Peña, 2016; Rodríguez Feijoo, 2006). De esta manera, el adulto mayor debe realizar actividades que están programadas de manera rígida por normativas institucionales, que indican la hora para comer, cuándo deben dormir y usar su

tiempo libre (Rodríguez Feijoo, 2006); quedando la vida organizada en una nueva temporalidad construida en este contexto institucional (Billoud, 2017). Sin embargo, según los datos obtenidos en el último censo local, la gran mayoría de las residencias gerontológicas tienen una flexibilización hacia ciertas rutinas individuales. No obstante, a medida que aumenta la tasa de personas con deterioro cognitivo disminuye la posibilidad de tener una rutina diaria más flexible (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2015).

Con la institucionalización se produce un abandono de la singularidad, ya que el ingreso a la misma implica despojarse de la gran mayoría de las cosas, pudiendo atesorar consigo mismos pocos elementos y pertenencias como fotos, recuerdos, libros u otros objetos que tengan un valor especial para el residente y que constituyen su identidad (Billoud, 2017). Como afirma la autora, también disminuye la intimidad y privacidad, dado que las residencias se caracterizan por tener un límite desdibujado entre los espacios personales y los espacios públicos compartidos por residentes y profesionales de la institución. Si bien, la habitación constituye un espacio de protección en relación al contexto institucional, sentido como propio y donde se atesoran pertenencias, generalmente, las habitaciones se comparten con otros residentes lo cual dificulta la intimidad, remitiéndose esta al espacio de la cama y mesita de luz donde el residente puede desarrollar su sí mismo (Billoud, 2017).

Por otra parte, la institucionalización configura una barrera entre el residente y el mundo exterior, debido a que la normativa de la institución, la falta de permisos, o las condiciones especiales de la persona mayor, hacen que sean muy escasos los contactos con el exterior, lo que conlleva la disminución de las relaciones sociales no solamente con sus familiares, sino también con sus amigos y vecinos, alimentando la creencia del aislamiento social (Guevara Peña, 2016). No obstante, el aislamiento, la falta de compañía y encuentro con otros significativos nunca va a ser total, ya que siempre va haber contacto con los demás, por mínimo que este sea (Salvarezza, 1998). En relación a esto, según la información que brinda el relevamiento de datos, el 44% de las residencias gerontológicas impiden que los residentes salgan por sus propios medios, necesitando permisos especiales para esos acontecimientos (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2015). Sin embargo, la institucionalización también es un escenario en el que se pueden dar posibles adquisiciones (Billoud, 2015), surgiendo grandes amistades de ayuda mutua y protectoras entre los residentes (Baranys, 2012), siendo de gran importancia que el adulto mayor

institucionalizado esté en contacto con personas cercanas de su red social, para que de esta manera cuente con el apoyo social y afectivo cuando lo necesite (Rodríguez Feijoo, 2006).

Hoy en día las residencias geriátricas han sufrido un gran cambio como consecuencia de la pandemia por COVID-19. Bajo este contexto las personas mayores se convirtieron en población de riesgo debido a la edad de los residentes y la mayor presencia de comorbilidades, por lo que las instituciones tuvieron que llevar a cabo diferentes medidas para preservar la salud de los residentes, restringiendo las visitas y las actividades grupales, y aislando a los residentes de todo contacto con el exterior (Blanco Tarrío & Blanco Sánchez, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2020). Esta situación de aislamiento puede afectar la salud mental y física de los residentes, encontrándose asociada en mayor medida a deterioro cognitivo, trastornos de estrés postraumático, ansiedad y depresión (Blanco Tarrío & Blanco Sánchez, 2020). Debido a esto, es importante que los residentes sigan en contacto con sus familiares y amigos, reformulando desde la institución la forma de comunicación a partir del uso de las nuevas tecnologías, realizando video-llamadas y comunicándose por medio de las redes sociales o en algunos casos a través de paneles de vidrio (Quezel, Sneibrum, Jauregui, López & Rubin, 2020; Rozenek, Soengas, Giber & Murgieri, 2020).

3.3. Duelo

Como se mencionó anteriormente, la etapa del ciclo vital correspondiente a la vejez es la que más expuesta se encuentra a distintos tipos de duelos (Martínez Sola & Siles González, 2010). La palabra duelo deriva del latín *dolus* que significa dolor, por lo que puede afirmarse que es una experiencia inevitable ante la pérdida de algo o alguien significativo, que conlleva sufrimiento, pero al mismo tiempo puede ser considerada como una oportunidad de crecimiento personal (Gil-Juliá & Ballester, 2008).

Freud (1917), desde la teoría psicoanalítica, define el duelo como una reacción ante la pérdida de una persona o de una abstracción - como la patria, libertad o ideal - que requiere un trabajo de elaboración a través de un proceso paulatino, el cual implica un gasto de tiempo y energía psíquica, a partir del cual la libido investida hacia aquello perdido debe redirigirse hacia otros objetos. Por su parte, desde la teoría del apego, Bowlby (1980b) establece que la pérdida de una persona amada es una de las experiencias más duras por la que el ser humano debe atravesar. Lo considera como la respuesta frente la ruptura de la relación de vinculación,

vivida con intensos comportamientos y emociones, ya que las personas poseen la necesidad de apegarse a otros y establecer vínculos afectivos a lo largo de toda la vida. Por esto, la pérdida de una persona con la que se mantenía un vínculo implica que se ponga en marcha un proceso psicológico, tanto consciente como inconsciente, para hacer frente a la ansiedad por separación (Bowlby, 1980a). En relación a esto, Payás Puigarnau (2010) también define el duelo como la pérdida de alguien o algo valioso con el que se mantenía un vínculo, caracterizándolo como un proceso natural e individual, por lo que es vivenciado de diferentes maneras.

Desde el modelo de afrontamiento, diferentes autores establecen el duelo como un acontecimiento estresante que compromete el bienestar y la salud de la persona, ya que dicha situación excede las posibilidades de respuestas, siendo necesario que se desarrollen nuevas estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984; Yoffe, 2013). El afrontamiento es conceptualizado como el conjunto de pensamientos y conductas que son utilizados para dar respuesta a situaciones estresantes, caracterizándose por ser procesos activos que se modifican a lo largo de la vida para que la persona pueda manejar la situación de la manera más adecuada posible (Lazarus & Folkman, 1984). De esta manera, la expresión de emociones, la rumiación y el recuerdo de la pérdida se corresponden con estilos de afrontamientos orientados a la pérdida y elaboración de la muerte; mientras que el desarrollo de nuevos roles, la reconstrucción de creencias nucleares y el manejo de los estresores del duelo son estilos de afrontamiento orientados a la recuperación, moviéndose entre estilos de afrontamiento de acercamiento a la pérdida y de evitación (Larrotta-Castillo, Méndez-Ferreira, Jaimes, Córdoba & Duque Moreno, 2020; Stroebe & Schut, 2010).

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) no atribuye el duelo a un trastorno mental, incluyéndolo dentro de los problemas adicionales que pueden ser objeto de intervención clínica, definiéndolo como la reacción ante la muerte de una persona. Se caracteriza por un sentimiento de vacío y pérdida, donde la disforia se presenta por oleadas junto con pensamientos asociados a la pérdida, pudiendo presentarse emociones positivas o experiencias placenteras y conservando el autoestima. Esta sintomatología, característica del proceso de duelo normal, presenta grandes similitudes con otros trastornos mentales, por lo que es indispensable establecer un diagnóstico diferencial para no caer en la equivocación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Retomando estas definiciones, se puede definir al duelo como una reacción universal y, por ende, normal que implica una serie de comportamientos, cogniciones y emociones que se dan frente a la pérdida de algo o alguien significativo, expresándose de diferentes maneras dependiendo del contexto sociocultural en el que se desarrolle (Romero, 2013). La duración e intensidad con que sea vivido dicho proceso dependerá de diferentes factores como el tipo de muerte, la edad del duelante, personalidad, estilo de afrontamiento, tipo de vínculo que mantenía con el fallecido y el rol que el mismo ocupaba, entre otros factores influyentes (Romero, 2013). La experiencia de pérdida de un ser querido afecta a la persona en todos los niveles, por lo que es normal que aparezcan emociones de angustia, tristeza, ira y culpa, como así también - a nivel cognitivo - imágenes y pensamientos recurrentes, dificultades en la atención, concentración y memoria, preocupaciones y distorsiones cognitivas (Gil-Juliá & Ballester, 2008). La persona puede manifestar a nivel fisiológico falta de energía, sensación de vacío en el estómago y opresión en el pecho, y llevar a cabo conductas evitativas, de aislamiento, buscar a la persona fallecida o aferrarse a sus recuerdos, pudiendo presentar, a su vez, alteraciones en el sueño y en la alimentación (Gil-Juliá & Ballester, 2008).

Es por esto que no debe conceptualizarse el duelo como una enfermedad que se debe evitar o de la que hay que curarse, sino que es un proceso natural y humano del cual la persona debe reconstruirse (Payás Puigarnau, 2010). Siguiendo con lo planteado por la autora, la mayoría de las personas que sufren la pérdida de un ser querido no requieren ayuda psicológica especializada, sin embargo, en otros casos la experiencia de pérdida es más compleja, por lo que el duelante comienza a tener dificultades para reorganizar su vida y sobreponerse al dolor. En estos casos, el proceso de duelo no sigue su curso normal ya que la sintomatología de malestar psicológico provoca alteraciones en la vida diaria de la persona y en sus relaciones, hablándose de patología del duelo o duelo complicado (Gil-Juliá & Ballester, 2008; Payás Puigarnau, 2010). El duelo patológico se puede dar por el retraso o ausencia del proceso de duelo, o cuando la sintomatología normal se da de manera muy intensa o por un tiempo consideradamente largo, pudiendo haber ideas suicidas asociadas a reunirse con la persona fallecida o síntomas psicóticos (Flórez, 2002).

En relación a este punto Bowlby (1980a) establece dos criterios útiles para diferenciar los duelos saludables de aquellas formas patológicas: por un lado, el tiempo durante el cual se producen los procesos defensivos y, por otro lado, la medida en la que dichos procesos

influyen en el funcionamiento mental de la persona. Según plantea este autor, la manera en que el duelante afronte la pérdida del ser amado determinará el desarrollo de su proceso de duelo, pudiendo de esta manera reconocer la pérdida, el cambio que implica en su vida, modificar modelos representacionales y reformular las metas de su vida; o alimentar las esperanzas que la persona fallecida regrese quedando atado a una situación que no puede resolver (Bowlby, 1980a).

Si bien el proceso de duelo es un fenómeno universal, ya que la muerte es algo natural, cada persona lo vive de manera diferente dependiendo de múltiples factores, y, por lo tanto, cada proceso de duelo va a ser distinto, aunque compartan ciertos aspectos característicos (Yoffe, 2013). En relación a este punto, Salvarezza (1998) plantea que si bien la muerte es un proceso individual también posee una dimensión social, por lo que en la manera en la que una persona se comporte ante la pérdida confluyen las características individuales y el sentido que culturalmente le es atribuido.

Hoy en día, la pandemia que atraviesa la población mundial modificó la forma en que las personas mueren y, por lo tanto, cambió la manera en la que se vive el proceso de duelo (Sánchez, 2020). En este contexto dominado por el miedo al contagio, los duelos se caracterizaron por ser silentes y furtivos, ya que se redujeron y anularon los procedimientos habituales, y donde la familia y allegados no eran informados sobre la evolución del diagnóstico ni de cómo fue el transcurso de los últimos momentos de vida de la persona enferma. Sin poder realizar ritos que permitan despedirse y certificar la muerte, ni ser contenidos por familiares, sintiendo culpa y abandono, donde la persona fallecida pasa directamente a formar parte de la elevada cifra de muertos (Larrotta-Castillo et al., 2020; Sánchez, 2020). En este escenario atípico, el duelo a la distancia - en cuarentena - posee características similares a lo que se denomina duelo por pérdidas inesperadas, donde la muerte se da de manera abrupta, lo cual hace muy difícil procesar la pérdida (Sánchez, 2020). También, en otros casos, se asemeja a un duelo anticipado, donde dicho proceso inicia a partir del diagnóstico de la enfermedad, permitiéndoles a los familiares prepararse para el fallecimiento aún antes de que el paciente haya muerto (Yoffe, 2013). Asimismo, comparte ciertas características con el duelo desautorizado que es definido como un duelo no reconocido o invalidado socialmente, por lo que los sentimientos deben ser reprimidos, semejante a lo ocurrido con la muerte por COVID-19 debido a la ausencia de rituales y

dificultades para acceder a la red de apoyo que le permitan a la familia expresar sus emociones (Sánchez, 2020). A su vez, este tipo de duelo es similar al de un desaparecido, donde hay una sensación de irrealidad y ambigüedad que impiden hacer realidad la pérdida; pudiendo sumárseles otros duelos o duelos anteriores que quedaron sin resolver adecuadamente (Sánchez, 2020).

Estos factores permiten establecer el duelo por COVID-19 como un duelo traumático, dado que en la gran mayoría de los casos se da de manera abrupta, sin tiempo para asimilar la pérdida, sin anticipación y sin poder tener el control de la situación, lo cual genera impotencia, desbordamiento emocional y soledad por la ausencia de contención debido a las restricciones impuestas (Sánchez, 2020). Es decir que tienen un mayor riesgo de desarrollar un duelo patológico aquellas personas que experimentan muertes repentinas, en un contexto catastrófico o que están aislados socialmente (Flórez, 2002).

3.3.1. Fases de duelo

El proceso de duelo se caracteriza por ser activo, ya que ante la muerte de una persona querida el duelante debe realizar un proceso de recuperación denominado trabajo de duelo (Payás Puigarnau, 2010). Esto proviene desde la teoría psicoanalítica, donde Freud (1917) sostenía que la pérdida requería de un trabajo de elaboración a través del cual la persona se debe desprender de los lazos que lo mantienen atado a la persona fallecida. Este trabajo de duelo se organiza en diferentes fases o etapas que no son secuenciales, ya que no hay un corte claro entre ellas, pudiendo haber fluctuaciones entre una fase y otra (Bowlby, 1980b; Cabodevilla, 2007). La organización del proceso de duelo en fases permeables brinda un patrón básico a modo de esquema orientativo que permite identificar la situación en la que se encuentra la persona ante la pérdida (Cabodevilla, 2007).

Diversos autores han conceptualizado distintas etapas o fases del proceso de duelo, compartiendo algunos elementos en común, ya que generalmente van de un estado de shock inicial y finalizan con la reorganización de la persona fallecida (Martínez Sola & Siles González, 2010). En relación a esto, uno de los modelos dinámicos más conocido y empleado es el de Worden (como se citó en Payás Puigarnau, 2010), quien plantea un conjunto de tareas entre ellas, hacer realidad la pérdida, experimentar el dolor, adaptarse al ambiente donde el fallecido no está, colocar al fallecido emocionalmente, donde se recuerde a la persona

fallecida sin exacerbada e intensa reacción afectiva y, de esta manera, seguir con la vida. De esta manera, al realizar un trabajo activo cumpliendo con cada una de las tareas, la persona se adaptará a la ausencia de la persona fallecida, desvinculándose y superando el duelo (Payás Puigarnau, 2010).

Por otra parte, Bowlby (1980a) a partir de estudios realizados con viudas y viudos, establece que el proceso de elaboración del duelo se desarrolla a lo largo de una secuencia de fases que tienen lugar tras la ruptura de un vínculo afectivo. La intensidad de la pena y la duración de cada una de las fases pueden variar debido a la subjetividad de cada persona, sin embargo, permiten mostrar un patrón básico de la elaboración del duelo (Bowlby, 1980b). En sus primeros trabajos presentó tres fases principales del curso del duelo, la fase de *anhelo y búsqueda de la figura perdida, desorganización y desesperación* y la fase de *mayor o menor grado de reorganización*. En posteriores investigaciones modificó su teoría incluyendo una nueva fase, la cual consideró necesaria para complementar sus estudios anteriores ocupando el primer lugar en el proceso de elaboración del duelo; esta fase de *embotamiento* tiene por lo general una duración muy breve, motivo por el cual fue omitida en sus estudios anteriores Bowlby (1980b).

Dicha fase de *embotamiento*, se caracteriza por ser de corta duración, pudiendo durar entre unas horas o semanas (Bowlby, 1980b). Según plantea este autor, en esta primera fase las personas son incapaces de aceptar la noticia de la pérdida, encontrándose aturcidas sin comprender lo que está pasando. Es un estado de shock inicial, un sentimiento de incredulidad de la realidad, por lo que la persona puede paralizarse, o por el contrario, seguir como si no hubiese ocurrido nada; funcionando como un mecanismo protector para elaborar la información recibida (Cabodevilla, 2007). En relación a esto, Salvarezza (1998) establece que la negación es la actitud socialmente más adoptada por las personas ante la pérdida de un ser querido.

Seguida de esta fase, se encuentra la de *anhelo y búsqueda de la figura perdida* que tiene una duración estimada de meses o años siendo caracterizada por la no aceptación de la pérdida, donde el duelante tiende a buscar y recuperar a la persona, interpretando señales o sonidos como indicadores de que el ser querido ha vuelto, o pensar constantemente en esa figura, ya sea de manera consciente o haciéndolo sin darse cuenta (Bowlby, 1980b). Siguiendo lo planteado por este autor, es normal que en esta fase aparezcan emociones como

la tristeza y culpa frente aquellas cosas que no se hicieron o se podrían haber realizado de otra manera. Este conjunto de conductas, tanto motoras como cognitivas, se encuentran ligadas con la conducta instintiva de apego, que tiene la finalidad de buscar proximidad a la figura de apego, por lo que el duelante ante la pérdida de esta figura desarrolla ansiedad por separación como una respuesta normal e inevitable (Bowlby, 1980a; Bowlby, 1980b).

La tercera fase de *desorganización y desesperación* se corresponde a la fase donde la pérdida aparece como real e inevitable. Si bien hay sentimientos de tristeza y angustia, la persona comienza a tener conciencia de la irreversibilidad de la muerte y de que la persona amada no va a regresar (Bowlby, 1980b; Cabodevilla, 2007). Por último, la cuarta fase del proceso de duelo presentado por Bowlby (1980b), es la fase de *mayor o menor grado de reorganización*, donde la persona se va adaptando a vivir sin el fallecido, incorporando nuevos recursos y, a su vez, nuevos vínculos. De esta manera, la persona fallecida comienza a ser recordada sin tanto dolor, con menos emociones negativas e intensas, recuperando aquellos recuerdos alegres y pudiendo incorporarse nuevamente a la vida (Martínez Sola & Siles Gonzáles, 2010).

3.3.2. El proceso de duelo en un adulto mayor institucionalizado: facilitadores y obstaculizadores

Como se mencionó anteriormente, el duelo es una de las principales temáticas de la vejez, ya que las personas mayores deben resolver múltiples procesos de duelo como el de su independencia, estatus laboral, rol social, declive de sus capacidades, salud y la muerte de familiares y amigos (Flórez, 2002). Actualmente esta temática cobra especial importancia por el contexto a nivel mundial, debido a que la pandemia por COVID-19 afecta mayoritariamente a la población de adultos mayores, siendo considerados población de riesgo y presentando mayores tasas de mortalidad en comparación a otras franjas etarias (Sánchez, 2020). No obstante, a pesar de ser un tema relevante, es muy escasa la literatura existente que aborde de manera específica cómo se desarrolla el proceso de duelo en personas mayores dentro de una institución geriátrica, siendo una temática muy poco investigada hasta hoy en día (Pilkington, 2005).

Diversas investigaciones han demostrado que tras el fallecimiento de un familiar los residentes realizan un trabajo de duelo atravesando las diferentes etapas de dicho proceso y

llevando a cabo distintos ritos como manera de manifestación de la pérdida (Gómez & Medrano, 1998; Martínez Sola & Siles González, 2010). Sin embargo, no todas las personas institucionalizadas atraviesan un proceso de duelo ante la muerte de los residentes, debido a que muchas veces no son identificados como personas significativas (Martínez Sola & Siles González, 2010). Tras la muerte de un amigo o compañero de habitación, los residentes suelen experimentar sentimientos de tristeza y soledad, así como también ausencia de sentimientos, vivenciando la pérdida del residente con menor intensidad que la de un familiar (Gómez & Medrano, 1998). De esta manera, cuando fallece un amigo dentro de la institución geriátrica, este pasa a ser ubicado dentro del historial de pérdidas del adulto mayor; y no solo se da la pérdida de la relación, sino también del rol que la persona mayor desarrollaba dentro de ese vínculo, así como de las actividades y vivencias que compartían juntos (Iacub, 2014). En relación a este punto, el residente se confronta a su vulnerabilidad ante la muerte y sensación de finitud, ya que, generalmente, las personas ingresadas en instituciones terminan falleciendo en ellas (Gómez & Medrano, 1998; Iacub, 2014). Es decir que, esta situación despierta en el residente miedo a su propia muerte y temor a aquello que hay después de la muerte (Salvarezza, 1998).

En su gran mayoría, las instituciones geriátricas ocultan el fallecimiento de los residentes, buscando mantener la rutina institucional; no obstante, los residentes muestran una alta aceptación de la muerte y actitud activa ante ella, manifestando preferir hablar y ser informados sobre dichos temas (Katz, Sidell & Komaromy, 2000). Los residentes se enteran del fallecimiento de sus compañeros a partir de los miembros del personal, por comentarios entre ellos, o por indicios que le permiten sacar la conclusión de que la persona no va a volver más (Gómez & Medrano, 1998; Katz et al., 2000). En menor medida, los directores de la institución geriátrica informan sobre el fallecimiento, evitando dar información sobre la causa de la muerte y la manera en la que se desarrollaron los hechos (Gómez & Medrano, 1998). En relación a este punto, la falta de claridad acerca de cómo fue la muerte dificulta el desencadenamiento de un proceso de duelo normal, así como también las pérdidas inesperadas o traumáticas (Sánchez, 2020). A su vez, la muerte de un residente puede remover sentimientos de culpa o resentimiento asociados a pérdidas anteriores, lo cual aumenta el malestar del proceso de elaboración del duelo (Brenes Zumbado, 2010).

Durante la vejez las manifestaciones afectivas son menos intensas (Flórez, 2002), la cantidad de pérdidas que han atravesado a lo largo de su vida los adultos mayores favorece el manejo de las emociones negativas (Gamo Medina & Pazos Pezzi, 2009). En su gran mayoría las personas mayores institucionalizadas tienden a ocultar sus emociones para no mostrarse angustiados frente a sus familias, siguiendo con la rutina residencial diaria (Martínez Sola & Siles González, 2010). A su vez, muchas veces los profesionales minimizan el impacto que genera la pérdida y medican a las personas mayores ante dolencias psicológicas, obstaculizando el proceso de duelo normal (Robertazzi, 2005).

Por otra parte, la muerte se encuentra acompañada de rituales que tienen la función de despedir al ser querido, recibir el apoyo familiar, facilitar la expresión emocional, aliviando el dolor y demostrando que la pérdida es real (Sánchez, 2020). No obstante, los residentes no participan de velorios, funerales o visitas al cementerio, así como tampoco visten de luto (Bowlby, 1980a; Martínez Sola & Siles González, 2010), siendo este factor considerado como un obstaculizador del duelo, ya que dificulta la elaboración de representaciones mentales de la pérdida (Flórez, 2002). La institucionalización también dificulta el acompañamiento de familiares, generando sentimientos extremos de soledad por más que estén rodeados de residentes y profesionales, conectándose con sus familiares y fallecidos a través de los recuerdos y la imaginación (Brenes Zumbado, 2010; Pilkington, 2005). Estos factores son determinantes en el proceso de elaboración del duelo, ya que la red de apoyo social y contención emocional determinará las actitudes que tome el duelo y la intensidad de los mismos (Salvarezza, 1998).

Otra de las variables que entorpece el proceso de duelo del residente es que el profesional también debe elaborar el duelo por la pérdida de su paciente, por lo que debe realizar un trabajo por medio del cual separe sus emociones de las del doliente, para de esa manera poder facilitar el trabajo de duelo (Virizuela Echaburu, Aires González & Duque Amusco, 2016).

Los adultos mayores no son más vulnerables al duelo, ya que a mayor edad hay una mayor aceptación de la muerte y conciencia de la cercanía de su propia muerte, permitiéndoles dicho evento estresante reconstruir sus vidas con mayor fortaleza, buscando realizar metas con altos grados de bienestar, reconociendo sus propias capacidades y aumentando la confianza en sí mismos (Iacub, 2014). A su vez, diferentes estudios han

demostrado que la resiliencia ayuda a los adultos mayores a superar el fallecimiento de una persona significativa. La resiliencia se define como la capacidad que desarrollan las personas, a pesar de encontrarse expuestas a diferentes situaciones que ponen en juego su integridad, surgiendo a partir de la integración de factores de riesgo y de protección tanto internos como externos (Díaz Castillo, González Escobar, González Arratia & Montero López, 2017).

3.4. Intervenciones en el proceso de duelo

La gran mayoría de las personas que sufren la pérdida de un ser querido no necesitan ayuda psicológica especializada, debido a que el duelo es una crisis vital que puede transcurrir de manera normal (Flórez, 2002; Payás Puigarnau, 2010). Sin embargo, muchas veces el doliente no posee los recursos adecuados, tanto internos como externos, para hacer frente a esa situación (Gil-Juliá & Ballester, 2008), por lo que resulta necesario una intervención psicológica que brinde asesoramiento en el duelo, permitiendo facilitar el proceso de la pérdida y aliviando el sufrimiento (Payás Puigarnau, 2010). Siguiendo con lo planteado por la autora, este asesoramiento no debe confundirse con la terapia de duelo, ya que esta última tiene por finalidad intervenir sobre sintomatología intensa producto de un tipo de duelo complicado.

Generalmente, el proceso de duelo normal no es tenido en cuenta en las instituciones geriátricas, por lo que los psicólogos y personal que trabajan en las mismas no saben cuál es la manera más adecuada de intervenir frente a dichas situaciones (Meichsner, O'Connor, Skritskaya & Shear, 2020). Esto permite ver la falta de desarrollo de investigaciones, criterios consensuados y medidas sensibles al duelo que permitan conocer intervenciones efectivas, para que, de esta manera, frente a la tristeza profunda y dolor por la pérdida, no se recurra como primera opción a medicar a los adultos mayores, utilizando los fármacos solamente en el caso que sí sean necesarios (Romero, 2013; Virizuela Echaburu et al., 2016).

La intervención psicológica se encuentra destinada a explorar los factores que interfieren en la aceptación y adaptación de la muerte, disipar sentimientos de culpa y rabia, potenciar sentimientos de autorrealización, ayudar a desarrollar una actitud de comprensión de sí mismo, de los demás y del mundo, y explorar nuevas perspectivas tras el cambio por el fallecimiento (Virizuela Echaburu et al., 2016). Por otra parte, Worden (como se citó en Gil-Juliá & Ballester, 2008) establece que el individuo debe tener un rol activo en dicho proceso

de duelo, planteando cuatro tareas que la persona debe realizar. Por lo que las intervenciones deberían estar orientadas, en un primer momento, a aceptar la pérdida de la persona fallecida, luego a trabajar con las emociones y el dolor que genera dicha pérdida, lograr la adaptación al medio en el que la persona fallecida ya no está, y, de esta manera, poder recordarla y seguir viviendo (Gil-Juliá & Ballester, 2008).

No hay un modelo de tratamiento de psicoterapia que revele ser más eficaz, por lo que el terapeuta debe considerar los diversos aspectos implicados en el proceso y decidir cuáles principios van a guiar el plan de intervención (Payás Puigarnau, 2010). Debe tenerse en cuenta la singularidad de la pérdida y las necesidades específicas del duelante, evitando llevar a cabo intervenciones precipitadas (Virizuela Echaburu et al., 2016). Una intervención psicológica temprana puede interferir en el proceso natural de recuperación, por lo que dos factores indispensables son la percepción de necesitar ayuda y la movilización del individuo para pedirla (Payás Puigarnau, 2010).

En un primer momento, se debe identificar el nivel de malestar y cómo este influye en su desempeño diario, permitiendo la comunicación de emociones y psicoeducando al duelante a partir de explicarle lo que es esperable que ocurra a lo largo de dicho proceso, permitiéndole dar a entender que el sentimiento de profunda tristeza tiene una finitud (Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, 2020). Resulta fundamental encontrar un tiempo y espacio para brindar soporte emocional a la persona en duelo, escuchando empáticamente, identificando la emoción que subyace en su discurso, las señales no verbales y manifestar la comprensión de su vivencia (Virizuela Echaburu et al., 2016). El duelante, ante la pérdida, puede encontrarse frente a múltiples emociones -tristeza, pena, culpa, rabia- que querrá ignorar como forma de protegerse, pudiendo prolongar el proceso de duelo. Por esto se recomienda la utilización de preguntas abiertas para que se abra a sus emociones, las identifique y las acepte (Virizuela Echaburu et al., 2016). En el contexto donde no tienen lugar los ritos, puede ser beneficioso para el proceso de duelo realizar intervenciones orientadas a recuperar videos, pertenencias del fallecido o generar un espacio que permita recordarlo, así como también escribir cartas a la persona fallecida o a familiares que posibiliten la expresión de sentimientos o pensamientos que quedaron pendientes (Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, 2020). De esta manera, hablar o escribir sobre la vivencia

de duelo permite clarificar sus estados emocionales, permitiendo un cambio cognitivo (Payás Puigarnau, 2010).

Desde una conceptualización cognitiva conductual se busca que la persona realice un procesamiento adecuado de lo sucedido, identifique y modifique pensamientos distorsionados por otros más adaptativos a través de la reestructuración cognitiva y, por último, reemplace las estrategias de evitación por otras que proporcionen un ajuste más adecuado (Romero, 2013). Las intervenciones en el proceso de duelo también se orientan a conocer la historia de duelos anteriores y los estilos de afrontamiento utilizado frente a esas pérdidas, lo cual permite anticiparse a posibles factores de riesgo (Virizuela Echaburu et al., 2016). A su vez, estos autores plantean que se deben conocer aquellas actividades o intereses de la persona, ya que es fundamental que recupere el equilibrio de su vida, y, además, generar intervenciones en la red social del duelante para que cuente con el apoyo social necesario y mantenga relaciones sociales para hacer frente a la pérdida.

Por su parte, Robertazzi (2005), sostiene que el espacio grupal es el más adecuado para el tratamiento del sufrimiento psíquico de las personas mayores, permitiendo expresar emociones de dolor y añoranza, sintiéndose escuchados y comprendidos. A su vez, el grupo de apoyo es fundamental en aquellos procesos de pérdidas repentinas, ya que permiten que los residentes hablen del fallecido, compartiendo recuerdos o historias, el manejo efectivo de las emociones dolorosas, hablar sobre el miedo a la propia muerte, alentar las emociones agradables y actividades de ocio que generen emociones positivas, y, de esa manera, evaluar los riesgos a la cronificación del duelo (Meichsner et al., 2020).

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

Estudio de caso, de tipo descriptivo.

4.2. Participantes

Para este estudio se contó con la participación de una persona mayor que se reside en una Clínica de Rehabilitación y Geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires y con la colaboración de parte del personal de la institución, integrado por la psicóloga, kinesióloga y una enfermera allegadas al residente.

Héctor tiene 83 años, es un hombre muy alto, cálido y prolijo con su imagen. Se encuentra residiendo en la institución hace cuatro años. Ingresó a la institución para acompañar a su esposa, quien tenía demencia tipo Alzheimer, quedándose luego de su muerte, por diferentes complicaciones de salud que impidieron volver a su casa. Perteneció a la clase social media alta y antes de jubilarse trabajaba en el Congreso de la Nación, llevando a cabo actividades relacionadas con el ámbito de la salud. Tiene dos hijos y cuatro nietos de los cuales está pendiente y en contacto. Con su hija mayor, Laura, tiene una relación muy buena y cálida, mientras que con Oscar la relación es más conflictiva producto de sus problemas de adicción.

La psicóloga desarrolla su actividad en la institución hace aproximadamente un año y medio. Anteriormente la institución no contaba con esta disciplina, por lo que, siendo la única psicóloga dentro de la residencia tuvo que crear dicho espacio. Trabaja desde un modelo integrativo buscando el bienestar general de los residentes, realizando rehabilitación y estimulación cognitiva, así como también diferentes talleres y encuentros de ocio y juegos. No solo trabaja con los adultos mayores, sino que también lo hace con los familiares de los residentes y con el personal que trabaja en la institución.

La enfermera se encuentra desempeñando su rol desde hace cinco años. Desde que ingresó a la institución trabajó con Héctor pasando mucho tiempo con él. La kinesióloga, por su parte, trabaja en la residencia hace dos años y actualmente ve a Héctor tres veces por semana realizando actividades de rehabilitación, marcha y estabilidad, ya que al sufrir una neumonía muy fuerte perdió mucha masa muscular, necesitando la ayuda de un andador.

4.3. Instrumentos

Para la recolección de información sobre el proceso de duelo del residente, en primer lugar, se observó un video de presentación del adulto mayor con el objetivo de conocer su vida y saber cuándo y cómo había ingresado a la institución. Por otra parte, se contó con la historia clínica del adulto mayor, haciendo hincapié en su historia, cómo ingreso a la institución, cómo afrontó pérdidas anteriores y cómo afrontó el proceso de duelo.

Por otra parte, se realizaron dos encuentros virtuales por semana con Héctor con la finalidad de conocer cómo era el vínculo con sus compañeros fallecidos y cuáles eran sus emociones, pensamientos y conductas en relación a esto. A su vez, se realizó una entrevista

semidirigida individual a la psicóloga, a la kinesióloga y la enfermera. Tuvo como ejes principales conocer las características del proceso de duelo de Héctor, el vínculo con el residente fallecido y cómo se aborda e interviene desde la institución. Por último, se realizó una segunda entrevista semiestructurada a la psicóloga, con el fin de evaluar el progreso en el proceso del duelo luego de las intervenciones llevadas a cabo.

4.4. Procedimiento

La psicóloga de la institución geriátrica facilitó la historia clínica de Héctor, a través de una video-llamada, junto con un video de presentación del residente, permitiendo un primer acercamiento al adulto mayor. Además se tuvieron 10 encuentros por medio de video-llamadas con Héctor, de una duración de 20 a 30 minutos cada una, coordinadas según disposición del residente y de la psicóloga de la institución. Las cuatro entrevistas semi dirigidas con la psicóloga, kinesióloga y enfermera se realizaron de manera individual a través de video-llamadas, con una duración aproximada de 60 minutos cada una. Se adecuó, de esta manera, la recolección de información al contexto pandémico por COVID-19 vigente al momento de la realización del Trabajo Final Integrador.

5. Desarrollo

5.1. Fase de duelo que se encuentra atravesando el adulto mayor de una institución geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires y cuáles son los facilitadores y obstaculizadores de dicho proceso.

Con la finalidad de dar respuesta al primer objetivo se deberá explicar, en un primer momento, cómo era la relación del adulto mayor con el residente fallecido, para luego describir las manifestaciones que permiten identificar la fase del proceso de duelo que se encuentra atravesando el adulto mayor y hacer referencia a los facilitadores y obstaculizadores de dicho proceso presentes en este caso.

Con respecto a la relación entre los residentes, según lo describe la psicóloga, Alberto era una persona muy “cariñosa, culta y protectora” con las personas de la institución, a la cual Héctor “tomaba como referente”. Desde su ingreso a la institución, Héctor manifiesta haber pasado mucho tiempo junto Alberto, debido a que, como afirma la kinesióloga, por normativa de la institución compartían la mesa del comedor, ya que a que cada residente le era asignado un lugar fijo. Esto concuerda con lo planteado por Rodríguez Feijoo (2006),

quien establece que las instituciones geriátricas funcionan bajo un marco normativo, lo cual lleva a que se mantenga una rutina estandarizada. En este sentido, los residentes, “jugaban a las cartas y juegos de mesa, compartían charlas mientras tomaban mate, escuchaban la radio, miraban todos los partidos de fútbol, veían películas, se juntaban a comer pizza que le mandaba el hijo de Alberto todos los fines de semana” y, también, siguiendo con lo descrito por la psicóloga, Alberto le prestaba plata para recargar el celular así de esa manera podía comunicarse con sus familiares. Si bien compartía mesa con Quique y Ernesto, quienes también fallecieron, la psicóloga establece que la relación entre ellos dos era “mucho más cercana, pasaban mucho tiempo juntos y se los observaba muy compinches”. Por su parte, Héctor define la relación que tenía con Alberto como un vínculo de “compañerismo y amistad”, por lo que formaba parte de su red social, caracterizándose por brindar apoyo social, según lo define Sluzki (1998).

Alberto tenía 102 años cuando falleció por COVID-19 a mediados de agosto de 2020. Con su muerte, Héctor manifiesta haber “perdido un compañero”, ya que era una persona significativa (Martínez Sola & Siles González, 2010), ubicándolo dentro de su propio historial de pérdidas (Iacub, 2014). A su vez, siguiendo con lo establecido por Iacub (2014) perdió el rol que desempeñaba dentro de ese vínculo, las actividades que compartían en la institución y donde tenía sentido de pertenencia, tal como lo manifiesta la psicóloga.

Es decir que la muerte del residente implica que Héctor comience a elaborar un proceso de duelo frente a la ruptura del vínculo de amistad (Bowlby, 1980a). Ante esta pérdida deviene en él lo que define como una “profunda tristeza”, caracterizándola como la sensación de “tener un nudo en la garganta” que le produce “muchas ganas de llorar”. Esto es caracterizado por Gil-Juliá & Ballester (2008) como un dolor inevitable ante el fallecimiento de una persona querida. A su vez, las profesionales entrevistadas, manifiestan que luego del fallecimiento del residente, si bien Héctor “no lloraba” se lo podía percibir “muy triste, apagado, depresivo, encerrado en sí mismo” dado que, como describe la psicóloga, se lo observaba “sentado” con los “hombros inclinados para adelante, las manos cruzadas y con los ojos cerrados”. Estas manifestaciones emocionales negativas son consideradas normales y esperables debido a que afloran producto de la pérdida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Gil-Juliá & Ballester, 2008). Además de esta tristeza aparecen sentimientos de soledad, manifiesta sentirse “muy solo” desde que todos sus

compañeros de mesa fallecieron de manera repentina, hace referencia a que “extraña los momentos que compartían”, dejando “pasar las horas” sin que estas “tengan sentido”; lo cual es característico en las personas mayores que se encuentran institucionalizadas y vivencian la pérdida de un compañero con el que mantenían una relación cercana (Gómez & Medrano, 1998; Martínez Sola & Siles González, 2010).

Sin embargo, la psicóloga lo define como una persona que “no quiere generar problemas” prefiriendo no comentar lo que siente, “encerrándose en sí mismo”. Es decir que es una persona tendiente a ocultar sus emociones, poniéndose una “máscara” para que los demás “no se den cuenta de que está mal” y de esa manera “no se preocupen”, según describe él. De esta manera, la psicóloga manifiesta que, muchas veces, cuando llaman sus hijos él dice que “está bien” - aunque haya sido un día en el que se lo vio muy triste y decaído - o responde de manera “muy escueta” cuando el personal de la institución le pregunta cómo se siente, coincidiendo con lo planteado por Martínez Sola & Siles González (2010). Durante el proceso de duelo el duelo también experimenta emociones positivas o mayormente placenteras (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), presentando “altibajos”, como afirma la kinesióloga, ya que por momentos se lo puede observar “triste” y en otros momentos “muy feliz, participando de los talleres, hablando de sus intereses y hasta bailando tango”. Esto está relacionado con su estilo de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984), el cual oscila entre el contacto con la pérdida y evitación de la misma, predominando el estilo de afrontamiento orientado a la pérdida y elaboración de la muerte (Larrotta-Castillo et al., 2020; Stroebe & Schut, 2010).

Por otra parte, en los encuentros realizados con Héctor no se evidenciaron alteraciones a nivel cognitivo producto de la pérdida de su compañero - como dificultades en la atención, memoria o distorsiones cognitivas -, pero, sin embargo, rememora experiencias compartidas en la institución y, la psicóloga describe que mayormente se lo puede observar “pensante”, ya que “no interacciona con lo demás” prefiriendo estar solo, coincidiendo con lo planteado acerca de las alteraciones cognitivas asociadas al duelo descritas por Gil-Juliá & Ballester (2008). Como establecen los autores, esto se encuentra relacionado con las manifestaciones conductuales que se adquieren ante la pérdida, ya que en los momentos que se encuentra triste se aísla del resto de los residentes, manifiesta que “solo quiere dormir” y, a su vez, esta angustia hace que “pierda el apetito”, afectando su movilidad y vitalidad.

Este conjunto de manifestaciones son características y universales ante la pérdida (Salvarezza, 1998), pero, sin embargo, demuestran la subjetividad del proceso de duelo que atraviesa Héctor (Yoffe, 2013), permitiendo, de esta manera, diferenciar las fases a lo largo de las cuales elabora el duelo por la ruptura del vínculo afectivo con Alberto (Bowlby, 1980a). En un primer momento, cuando se le comunica la noticia del fallecimiento se puede observar a Héctor “paralizado” y “desorientado”, según lo describe la enfermera, lo cual hace referencia al shock inicial tras la repentina muerte establecido por Cabodevilla (2007). A su vez, continuando con lo referido por la kinesióloga y la enfermera, el duelante “actuaba en automático” siguiendo la rutina de la institución, estando “desconectado” de la situación. Estas manifestaciones hacen referencia a la primera fase de *embotamiento* desarrollada por Bowlby (1980b), la cual, generalmente, tiene una duración de días o semanas, donde el residente se paraliza y actúa de manera automática debido a la incapacidad de comprensión de la realidad de la muerte, funcionando como un mecanismo protector que permite elaborar la pérdida (Cabodevilla, 2007). Por otra parte, al momento de realizar la práctica profesional Héctor se encontraba atravesando la tercera fase de *desorganización y desesperación* (Bowlby, 1980a), donde si bien hay sentimientos de tristeza y soledad, deja atrás la negación de la muerte, tomando conciencia de la irreversibilidad de la misma (Bowlby, 1980b; Cabodevilla, 2007), ya que acepta la pérdida como real expresando que su amigo “no iba a regresar”.

En relación a los factores que obstaculizan el trabajo de duelo (Payás Puigarnau, 2010), se debe señalar, en primer lugar, que el proceso de duelo en la institución es “poco tenido en cuenta” y vivido de manera “muy violenta”, según lo descrito por la psicóloga, donde la cama que queda libre es automáticamente ocupada por otra persona, como establecen Meichsner et al. (2020). Esto coincide con lo establecido por la enfermera, ya que por más que Héctor esté triste “no se lo puede dejar en la cama” dado que se intenta “mantener la rutina” como una forma de “no fomentar o agrandar el sufrimiento”, sin darle lugar a la emoción y minimizando la pérdida, similar a lo que ocurre en los duelos desautorizados definidos por Sánchez (2020). También, en los momentos de tristeza aguda, se lo “medica con antidepresivos”, lo cual es contraproducente para el desarrollo normal del duelo en base a lo planteado por Robertazzi (2005). Esto se encuentra intensificado por los duelos silentes y furtivos característicos de la pandemia por COVID-19 (Sánchez, 2020), donde el residente

falleció de “manera inesperada”. Héctor no pudo participar de los ritos fúnebres, ni despedirse, darles el pésame a los hijos de Alberto, expresar sus emociones, ni tampoco recibir contención de sus familiares, lo cual es característico de los procesos de duelos desencadenados en pandemia, según los caracterizan los autores Larrotta-Castillo et al. (2020).

Otro de los factores que dificultan el proceso de duelo es la ausencia de instrucciones concretas al momento de comunicar el fallecimiento (Katz et al., 2000). Ante esto, las profesionales entrevistadas evidencian que Héctor se enteró de la muerte de su amigo “mucho tiempo después a través de hipótesis” y a partir de que una enfermera le dijera: “¿no te enteraste que falleció?”; ya que preguntaba, pero “no obtenía respuestas” porque el criterio que maneja el médico de la institución es “no comentarles las muertes, sino decirles que están derivados”. De esta manera el fallecimiento es ocultado en las residencias geriátricas (Gómez & Medrano, 1998; Katz et al., 2000), dificultando la elaboración de la representación mental de pérdida, generando sensación de irrealidad y ambigüedad, debido a la falta de claridad a la hora de comunicar la pérdida (Sánchez, 2020). A esto se le debe sumar que la psicóloga de la institución también está elaborando el duelo por la pérdida del residente, siendo “un tema muy sensible” para ella, emocionándose cuando habla de ellos por lo que, según lo establecido por Virizuela Echaburu et al. (2016), sus intervenciones se encontrarían limitadas por este motivo. Por último, teniendo en cuenta lo planteado por Brenes Zumbado (2010) y Sánchez (2020), la pérdida de Alberto intensificó en Héctor el dolor por la muerte de su mujer, manifestando “extrañarla y querer estar con ella”, aumentando el malestar y obstaculizando el proceso de elaboración del duelo por la muerte del residente.

Para finalizar, uno de los factores que facilita el proceso de duelo se encuentra relacionado con el manejo de las emociones a un nivel menos extremo (Flórez, 2002), ya que como ejemplifica la psicóloga, si bien Héctor tiene “momentos de tristeza y otros de felicidad” estas manifestaciones afectivas son menos intensas. Por otra parte, las diferentes pérdidas que ha tenido Héctor a lo largo de su vida, como la de sus padres, de su mujer y de su independencia al ingresar a la institución, le permiten lograr una mayor aceptación de la muerte (Iacub, 2014) y una mayor madurez y elaboración emocional (Fernández-Ballesteros, 2001; Gamo Medina & Pazos Pezzi, 2009).

En conclusión, Héctor se encuentra atravesando un proceso de duelo normal por la pérdida de su amigo Alberto. Ante esto devienen alteraciones en el estado de ánimo, cognitivas y conductuales; encontrándose al momento de realizar la práctica profesional en la fase de desorganización y desesperación. En cuanto a los facilitadores del proceso de duelo se hace referencia a la madurez emocional y las experiencias previas de pérdidas; y en cuanto a los obstaculizadores se evidencian las normativas institucionales, la medicación del residente, la pérdida de su esposa, la pandemia, la ausencia de comunicación del fallecimiento y el proceso de duelo de la psicóloga que limita las intervenciones.

5.2. Intervenciones en relación al proceso de duelo llevadas a cabo por la psicóloga de la institución geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires.

Como se desarrolló en el objetivo anterior, Héctor transita un proceso de duelo normal debido al tiempo, la intensidad y la manera en que la sintomatología influye en su cotidianeidad (Bowlby, 1980a; Flórez, 2002). Debido a esto, la psicóloga de la institución no hace referencia a intervenciones específicas propias de la terapia de duelo (Payás Puigarnau, 2010), sino que trabaja sobre aquellos aspectos que considera necesarios para “lograr los objetivos terapéuticos” con la finalidad de facilitar el proceso de duelo. En relación a este punto, al momento de abordar un asesoramiento de duelo es fundamental la percepción de necesidad de ayuda del residente, así como su movilización para la búsqueda de la misma (Payás Puigarnau, 2010). Sin embargo, la psicóloga hace referencia que Héctor tiene la tendencia a no querer dar problemas, por lo que “no mostró la necesidad” de hablar acerca de la muerte del Alberto, pero, en cambio, si se crea un espacio para escucharlo “aparecen cosas” en relación a lo que siente.

De esta manera, a partir de la información que se obtuvo en las entrevistas se pueden distinguir diferentes tipos de intervenciones. Por un lado, se encuentran aquellas que se efectuaron ante la muerte de Alberto, intervenciones que hubiesen podido llevarse a cabo, pero no se realizaron y, por último, aquellas que se realizarían en un futuro.

Una de las primeras intervenciones que llevo a cabo la psicóloga de la institución fue aclarar cómo había sido el fallecimiento de Alberto. De este modo, después de retomar su actividad - dado que se encontraba aislada por contraer COVID-19 - comenzó a “interiorizarse” acerca de lo que sabía Héctor, “tomándose del tiempo necesario” para

preguntarle “cómo se había enterado y qué sentía al respecto”. Luego le explicó cómo “habían sido los últimos momentos de vida” y la causa de su muerte. Si bien esta intervención se dio mucho tiempo después del fallecimiento permitió darle un lugar a la ausencia a partir de un adecuado procesamiento de lo sucedido (Romero, 2013), facilitándole al residente la comprensión de la situación y permitiendo la aceptación de la misma (Gil-Juliá & Ballester, 2008; Virizuela Echaburu et al., 2016). En relación a esto, tanto la enfermera como la kinesióloga expresaron que a la hora de comunicar la pérdida a los residentes la psicóloga posee “las palabras justas, siendo muy amorosa y cuidadosa”, brindándoles también orientación a ellas sobre “cómo y qué decirles” a los residentes cuando preguntan por algún fallecido.

Por otra parte, debido a que Héctor mantenía una muy buena relación con el hijo de Alberto, considerándolo como “un hijo más”, según lo describe la kinesióloga, la psicóloga de la institución los puso en contacto a partir de la demanda de Héctor de “querer expresar sus condolencias”. Esto se dio por medio de un intercambio de mensajes de audio, dado que las medidas implementadas por el COVID-19 aislaban al residente de todo contacto con el exterior (Blanco Tarrío & Blanco Sánchez, 2020), haciendo que se busquen nuevas maneras de comunicación (Quezel et al., 2020; Rozenek et al., 2020). Esta intervención llevada a cabo por la psicóloga estuvo orientada a facilitar la expresión de emociones (Fernández-Ballesteros, 2001), ya que Héctor pudo comunicar su “cariño” y cuánto “extrañaba a su amigo” y, a la vez, le permitió sentirse contenido por el hijo de Alberto, quien “le agradeció por la compañía” brindada todos esos años.

También se trabajó con el duelo por la muerte de su esposa, ya que si bien falleció hace cinco años debido a la enfermedad de Alzheimer, la psicóloga define que todavía hay “situaciones no resueltas” que obstaculizan el proceso de duelo por el fallecimiento de su amigo, como lo establece Brenes Zumbado (2010). De esta manera se mantienen encuentros individuales con el residente, creando un espacio dentro de la rutina institucional donde la psicóloga interviene buscando reconstruir “recuerdos lindos” que el residente tiene de su mujer, para que no quede anclado al dolor de la pérdida, recordándola desde otro lugar con emociones menos negativas (Brenes Zumbado, 2010; Martínez Sola & Siles Gonzáles, 2010) y, de esa manera, le permite a la psicóloga conocer su historia e identificar estilos de afrontamiento (Virizuela Echaburu et al., 2016). A su vez, es un espacio que le permite a

Héctor comunicar sus emociones, sintiéndose escuchado y comprendido (Virizuela Echaburu et al., 2016), ya que la psicóloga describe que en los encuentros individuales que mantiene con Héctor, este puede en “pocas palabras” contar aquello que le pasa, posibilitándole entender que esos sentimientos de “soledad y tristeza” que manifiesta “son normales”. Esto último se refiere a la tarea de psicoeducación que realiza la psicóloga de la institución con Héctor, a partir de explicarle la sintomatología esperable y normal que presenta debido a la reciente pérdida, lo cual permite disminuir la ansiedad y comprender que dichas manifestaciones van a ser menos intensas (Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, 2020).

Siguiendo con lo planteado, la pandemia por COVID-19 implicó que se lleven a cabo diferentes cambios y restricciones dentro de la institución que, sumado al hecho de ser considerados población de riesgo, llevaron a que Héctor exprese tener “temor a morir”, manifestando “no saber para que sigue con vida” si ya perdió a su mujer y sus amigos, siendo este un temor común en las personas mayores ante el fallecimiento de una persona cercana, según lo establecido por Gómez y Medrano (1998) y Salvarezza (1998). Frente esta situación, presente en varios residentes, la psicóloga realizó un taller grupal donde se abordaron temas asociados a la muerte y sobre a lo que le tenían miedo, transmitiéndole tranquilidad frente a las implementaciones por la pandemia ya que la mayoría habían sido vacunados, encontrándose frente a otra situación (Robertazzi, 2005). Con respecto a esto, trabajar en grupo resulta beneficioso para los adultos mayores dado que les permite comunicar sus emociones, sentirse identificados con el dolor del otro (Meichsner et al., 2020) y, también, como ejemplifica la psicóloga, Héctor pudo brindar contención a otro residente que se encontraba muy emocionado, “dejando de lado el rol de paciente” y ayudando a otro que lo necesita.

Por otra parte, la información obtenida en las entrevistas denota diferentes problemas producto de intervenciones que no se llevaron a cabo y, por ende, repercutieron en el proceso de duelo del residente. Una de ellas es la falta de flexibilización de las normativas institucionales ya que, como expresan la enfermera y la kinesióloga, luego de la muerte de sus compañeros de mesa, Héctor se sentó solo durante mucho tiempo, manifestando que le faltaba la compañía de alguien. Sin embargo, ante esta situación la institución, en vez de contemplar el bienestar del adulto mayor e “integrarlo junto con otros residentes”, siguió las normativas que establecen un lugar predeterminado en las mesas, acorde a lo establecido por

Billoud (2017). A esto se le suma la ausencia de un “protocolo” para comunicar el fallecimiento de los residentes, ya que las profesionales entrevistadas manifiestan que “nadie sabía cómo decirles y desde arriba no había una línea a seguir”. En relación con este punto, la psicóloga establece que el médico de la institución es muy “respetado” por Héctor, siendo considerado una “autoridad”, por lo que el residente se hubiera sentido más acompañado y entendido si él mostraba “cierta afinidad hacia el residente, comentándole lo ocurrido y preocupándose por cómo estaba”, debido a que una adecuada comunicación de la pérdida permite generar la idea de que la persona amada ya no está más y, por ende, facilita el proceso de elaboración del duelo (Gómez & Medrano, 1998; Katz et al., 2000).

La psicóloga también refiere intervenciones que, si bien no se llevaron a cabo, podrían “implementarse en un futuro”. Entre ellas define la realización de un “taller grupal”, en el que se recuerde a los residentes fallecidos durante la pandemia como una manera de tenerlos presentes y darles un lugar dentro de la institución de la que formaron parte (Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, 2020). Además menciona que sería de gran importancia mantener encuentros individuales con Héctor donde se trabaje con los “recuerdos” que tiene de Alberto, pudiendo “abrirse emocionalmente” y “descargar” aquellos sentimientos o pensamientos que quedaron pendientes. Estas intervenciones están asociadas a la comunicación de emociones y a la disminución de la emocionalidad negativa a partir del recuerdo de momentos agradables (Meichsner et al., 2020 & Payás Puigarnau, 2010). Sin embargo, debe evaluarse y tener en cuenta el momento en el que se realicen estas intervenciones, ya que una intervención precipitada o en un momento inadecuado en el que el residente esté con un estado de ánimo depresivo, puede interferir con el proceso de duelo normal (Payás Puigarnau, 2010; Virizuela Echaburu et al., 2016).

Con respecto a lo abordado anteriormente, la psicóloga de la institución manifiesta que no ha podido llevar a cabo dichas intervenciones debido a que pasó todo demasiado rápido y se siente afectada por la repentina muerte de varios adultos mayores en la residencia geriátrica (Virizuela Echaburu et al., 2016). Pero, también se debe a la poca información e investigaciones que establezcan cómo abordar esta temática dentro de una institución geriátrica, por lo que muchas veces el personal no sabe cómo desempeñarse ante determinadas situaciones y, mucho menos, en un nuevo contexto por la pandemia mundial (Meichsner et al., 2020; Pilkington, 2005).

En síntesis, las intervenciones asociadas al proceso de duelo de Héctor llevadas a cabo por la psicóloga de la institución están orientadas a facilitar el procesamiento de la pérdida, brindar contención emocional y psicoeducación, así como también facilitar el contacto con el hijo de Alberto para que pueda despedirse, trabajando el duelo por el fallecimiento de su esposa y el temor a la muerte a través de encuentros individuales y espacios de talleres grupales que proveen la escucha y expresión emocional. Por otra parte, se reconocen aquellas intervenciones que no pudieron llevarse a cabo debido a la falta de flexibilidad de las normativas institucionales, la escasa información sobre la temática y la implicación de la psicóloga en el fallecimiento de los residentes, pero no se descarta que se puedan dar en un futuro. Entre ellas se destaca la adecuada comunicación en tiempo y forma del fallecimiento del residente, la integración de Héctor a otros grupos y la realización de un espacio grupal donde los residentes fallecidos sean recordados.

5.3. Evolución del proceso de duelo del adulto mayor -luego de tres meses- a partir de las intervenciones llevadas a cabo por la psicóloga dentro de la institución geriátrica de la Ciudad de Buenos Aires.

Con la finalidad de especificar la evolución del proceso de duelo de Héctor, es pertinente describir los diferentes cambios relacionados a su estado de ánimo, conductas y relaciones sociales, producto de su activo trabajo en la elaboración del duelo, así como también, de las distintas modificaciones llevadas a cabo a nivel institucional.

En relación a los cambios que se produjeron en la institución, la psicóloga manifiesta que la situación actual es “totalmente diferente” a la vivenciada hace unos meses atrás, en donde había gran incertidumbre por lo que iba a pasar, temor por el contagio de las personas mayores, consideradas población de riesgo y aisladas de todo contacto con el exterior, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud (2020). En este nuevo contexto de mayor seguridad, dado que gran parte de la población está vacunada y donde la institución proporciona los cuidados necesarios para garantizar el bienestar general de las personas mayores (Persons Alesso et al., 2019), ingresaron nuevos residentes y personas mayores a rehabilitarse, lo cual, según describe la psicóloga, brindó una “corriente de aire fresco” generando un “movimiento interesante” dentro de la misma. Esto se debe a que los nuevos residentes aportan novedad a la institución rompiendo, en cierta medida, con la rutina

estandarizada a la que el residente se encuentra acostumbrado (Rodríguez Feijoo, 2006), pudiéndose observar a Héctor “atento a los nuevos movimientos e interactuando con nuevas personas”, tal como describe la psicóloga de la institución.

Esta situación hizo que algunos de los nuevos residentes sean asignados a la mesa en la que se encuentra Héctor, mostrándose “entusiasmado” con la situación e interaccionando con nuevas personas, especialmente con Roberto con quién tiene una “mayor afinidad”. Siguiendo con lo descrito por la psicóloga, en este vínculo se puede observar a Héctor en un nuevo rol que no había desempeñado en la institución con anterioridad, ya que él siempre se “sumaba a los planes y lo que proponían las demás personas”, pero en la relación con Roberto mantiene un rol más activo ya que “toma la iniciativa”, proponiendo planes y, de esta manera, comparten mucho tiempo juntos “hablando, jugando a las cartas y mirando partidos de fútbol”.

Es decir que si bien, tras el fallecimiento del residente, Héctor perdió una relación de amistad, modificando su red social y presentando sentimientos de soledad y tristeza (Sluzki, 1998), a través de un activo trabajo en la elaboración del duelo (Freud, 1917), Héctor pudo reconstruirse (Payás Puigarnau, 2010), desempeñando un nuevo rol y ampliando su red social a partir de construir nuevos vínculos de amistad, dentro de la institución, que le brindan compañía (Arias, 2015a; Billoud, 2015). La extensión de su red permite que experimente emociones positivas y un alto grado de bienestar (Arias, 2015a), lo cual concuerda con lo referido por la psicóloga de la institución a lo largo de la entrevista, ya que observa a Héctor “muy contento” y “estable” a partir de estar en contacto con otros residentes.

En relación a esto, la psicóloga también manifiesta que, si bien Héctor no expresa abiertamente sus emociones ni aquello que le pasa, pudo comunicar que “valora” y “se siente bien” de poder reconstruir nuevos vínculos de amistad luego de perder a Alberto, por lo que su capacidad para afrontar esa situación adversa y adaptarse a los diferentes cambios que se fueron presentando (Iacub, 2013) demuestran su alto desarrollo de resiliencia a la hora de afrontar la pérdida (Díaz Castillo et al., 2017).

Por otra parte, la habilitación de las residencias a las visitas hizo que Héctor pueda ponerse en contacto, de manera presencial, con su familia. De esta forma, el residente recibió reiteradas visitas de su hijo menor, pasando tiempo planificando su casamiento, y también visitas de su hija mayor, quien en una oportunidad lo invitó a almorzar, lo cual le hizo “muy

bien” a Héctor, pudiendo observarlo “muy feliz”, “motivado” y “emocionado” por reencontrarse con sus hijos después de bastante tiempo, según lo describe la psicóloga. Estos encuentros con su familia le permiten recibir contención, apoyo social, sentirse escuchado y comprendido por sus hijos, y, a su vez, le permiten realizar actividades de ocio que generan y alientan emociones positivas (Meichsner et al., 2020; Virizuela Echaburu et al., 2016), cumpliendo un papel fundamental en el proceso de elaboración del duelo debido a que van influir en sus manifestaciones y la intensidad de las mismas (Salvarezza, 1998). A su vez, muestra cierta flexibilidad a la hora de comunicarse con sus familiares cuando estos no lo visitan en la institución, poniéndose en contacto con ellos por medio de llamadas telefónicas y video-llamadas (Rozenek et al., 2020). En base a esto la psicóloga refiere que las visitas presenciales de sus hijos y los llamados diarios permiten percibir un notorio “acercamiento” luego de la pandemia, viéndolos más “unidos” y “comunicativos”, lo cual facilita el proceso de duelo del residente, ya que como lo describen Larrotta-Castillo et al. (2020), permite la comunicación de aquello que siente y sentirse contenido y apoyado por su familia.

Si bien Héctor experimenta emociones positivas y altos niveles de felicidad, mostrándose muy alegre por las visitas de sus hijos y la interacción con los residentes que ingresaron a la institución, por momentos también experimenta emociones negativas, mostrándose desanimado y triste (Fernández-Ballesteros, 2001). A través de la entrevista, la psicóloga da cuenta que los sentimientos de tristeza devienen cuando no posee autonomía para moverse por sí solo, ya que debido a un problema de salud sus músculos se debilitaron, debiendo caminar con ayuda de un andador ortopédico. Frente a estos sentimientos de tristeza, surgen pensamientos asociados a “sentirse solo”, de haber “perdido a su mujer y amigo” y manifestando querer volver a su casa, aunque comprende que ya “no puede arreglarse por sí solo” y que estar en la residencia es la “mejor opción”. Estos pensamientos de Héctor, referidos a su residencia, permiten identificar a la institucionalización como un proceso en el que se resigna su propia voluntad y aquello que él desea, ya que la internación es evaluada como la mejor opción tanto por el residente como por su familia, ya que sus hijos no pueden atender sus necesidades y hacerse cargo de su bienestar general (Guevara Peña, 2016).

Es decir que, en base a las manifestaciones establecidas anteriormente, a los tres meses de realizar la primera entrevista con la psicóloga, Héctor se encontraría en la *fase de*

mayor o menor grado de reorganización (Bowlby, 1980b), debido a que pudo poner en práctica nuevos recursos asociados a la interacción social e incorporar nuevos vínculos de amistad, adaptándose al medio en el que Alberto no está presente (Cabodevilla, 2007). Sin embargo, cuando se genera un espacio en donde Héctor puede expresar sus sentimientos, recuerda a Alberto, pero no desde la “melancolía”, sino, más bien, a través de los momentos que compartían juntos, sin tanto dolor y valorando sus logros y avances en relación a ello (Martínez Sola & Siles Gonzáles, 2010). El desarrollo de nuevos roles y el manejo adecuado de la situación estresante de pérdida (Lazarus & Folkman, 1984) permite dimensionar el estilo de afrontamiento orientado a la recuperación (Larrotta-Castillo et al., 2020; Stroebe & Schut, 2010).

En conclusión, a partir de un trabajo activo en su proceso de duelo, luego de tres meses, Héctor atravesaría por la cuarta fase de mayor o menor reorganización planteada por Bowlby (1980b). Si bien, hay sentimientos de tristeza, soledad y añoranza a su mujer y amigo, que aparecen frente a situaciones en la que su autonomía se encuentra limitada, los recuerdos relacionados a Alberto no se encuentran tan asociados a emociones negativas, sino que se lo recuerda desde otro lugar rememorando los lindos momentos. A su vez, a partir de los cambios que se dieron en la institución, pudo ponerse en contacto con sus hijos por medio de visitas, realizando diferentes actividades por fuera de la institución. De esta manera, amplió su red social a partir de las distintas interacciones sociales con los residentes que ingresaron a la institución, en especial con Roberto, con quien entabló una relación de mayor afinidad pasando a compartir muchas horas juntos. Este estilo de afrontamiento orientado a la recuperación de la pérdida permitió que se sienta orgulloso de sus cambios, experimentando emociones positivas y de bienestar a partir de sentirse contenido y escuchado por sus familiares.

6. Conclusiones

A partir de lo expresado en el desarrollo del presente Trabajo Final Integrador y teniendo en cuenta que el actual contexto pandémico ha generado el fallecimiento de muchas personas mayores, más allá de los cuidados llevados a cabo por la institución para garantizar su salud ante el virus (Blanco Tarrío & Blanco Sánchez, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2020), se propuso como objetivo general analizar el proceso de duelo de un residente

mayor institucionalizado y las intervenciones llevadas a cabo por la psicóloga de la institución.

Los objetivos específicos de dicho trabajo pudieron ser cumplidos, de modo que en cuanto al primer objetivo se determinó la fase del proceso de duelo en que se encontraba Héctor luego de la muerte de su compañero (Sluzki, 1998). Al momento de llevar a cabo la práctica profesional, Héctor se encontraba atravesando la tercera fase de desorganización y desesperación (Bowlby, 1980a), presentando manifestaciones en el estado de ánimo asociadas a emociones negativas de tristeza y soledad, demostrándolo a través de sus comportamientos (Gil-Julia & Ballester, 2008; Gómez & Medrano 1998), así como también emociones positivas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), manteniendo un perfil tendiente a ocultar sus emociones al personal de la institución y su familia (Martínez Sola & Siles González, 2010). Además, manifiesta dificultades para dormir y pérdida de apetito (Gil-Julia & Ballester, 2008), predominando un estilo de afrontamiento del duelo orientado a la pérdida (Larrotta-Castillo et al., 2020; Sroebe & Schut, 2010).

A su vez, se pudo identificar diferentes obstaculizadores del proceso de duelo como el duelo por la muerte de su esposa (Brenes Zumbado, 2010), el duelo que atraviesa la psicóloga por el fallecimiento de los residentes (Virizuela Echaburu et al., 2016), y los referidos a la falta de información y capacitación de los profesionales que llevan a que se minimice el proceso de duelo, sin darle lugar a la emoción y medicando al residente frente a los síntomas de angustia (Robertazzi, 2005; Sánchez, 2020), así como también, los asociados al contexto pandémico que desalientan los ritos fúnebres y la contención familiar (Larrotta-Castillo et al., 2020), dificultando la representación mental de la pérdida (Sánchez, 2020). En cuanto a los facilitadores del proceso de duelo, se estableció el manejo de las emociones a un nivel menos extremo (Flórez, 2002) y la madurez emocional producto las pérdidas que ha tenido el residente a lo largo de su vida (Fernández-Ballesteros, 2001).

En relación al segundo objetivo, se logró precisar las intervenciones realizadas por la psicóloga de la institución con la finalidad de facilitar el proceso de duelo del residente (Payás Puigarnau, 2010), llevadas a cabo a través de talleres grupales en los que se abordó el temor a la muerte (Gómez & Medrano 1998), permitiendo la comunicación de emociones, contención e identificación con el dolor de los demás residentes (Meichsner et al., 2020). Además, se realizaron encuentros individuales con Héctor en los que se trabajó con el

adecuado procesamiento de lo ocurrido, facilitando la comprensión y expresión emocional (Fernández-Ballesteros, 2001; Gil-Julia & Ballester, 2008; Romero, 2013), abordando lo referido a la muerte de la esposa del residente y realizando psicoeducación del duelo (Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, 2020; Virizuela Echaburu et al., 2016).

Finalmente, en cuanto al tercer objetivo, habiendo pasado tres meses, se analizó la evolución del proceso de duelo de Héctor, quien demostró resiliencia a la hora de afrontar la situación estresante (Díaz Castillo et al., 2017; Lazarus & Folkman, 1984), manifestando sentimientos de bienestar y felicidad debido a la ampliación de su red social a partir de la incorporación de nuevas amistades dentro de la institución (Arias, 2015a; Billoud, 2015) y por el reencuentro con sus familiares que facilitaron el proceso de duelo, brindándole apoyo social y contención (Meichsner et al., 2020; Virizuela Echaburu et al., 2016). Se identificó un afrontamiento orientado a la recuperación (Larrotta-Castillo et al., 2020; Stroebe & Schut, 2010), donde se recuerda al fallecido sin tanta carga afectiva negativa, transitando la fase de mayor o menor reorganización (Bowlby, 1980b) y evidenciando un proceso de duelo normal (Flórez, 2002).

Con respecto a las limitaciones de este trabajo, se pueden agrupar, por un lado, las que hacen referencia a la teoría, y por otro, las metodológicas. En primer lugar, las limitaciones teóricas están asociadas al poco material bibliográfico sobre el proceso de duelo en el adulto mayor, específicamente en personas mayores institucionalizadas, que permita dar cuenta de la manera en que es vivenciado el duelo en una institución geriátrica y cuáles son las intervenciones pertinentes que repercuten en el accionar del área de la psicología. En relación con esto, debido a la reciente pandemia, también se cuenta con muy poca información sobre el duelo por COVID-19 que ponga en evidencia cuáles son sus manifestaciones que lo diferencian de otros tipos de duelo y, como dicha situación repercute en la vida diaria del adulto mayor institucionalizado.

Por otra parte, una de las más importantes limitaciones metodológicas se encuentra relacionada con la virtualidad en la que se realizó la práctica profesional debido al contexto de pandemia mundial por COVID-19. Si bien el contacto con el residente a través de video-llamadas permitió realizar la práctica, los errores en la conectividad y su poca familiaridad con los dispositivos tecnológicos dificultaron la recolección de datos, debido a que la disposición del adulto mayor no era la misma, presentando muchas veces dificultades para

escuchar o ver la pantalla de la computadora y distrayéndose fácilmente por situaciones que ocurrían en su entorno cercano. Por tal motivo, los encuentros debieron ser programados con una duración de pocos minutos, ya que, a su vez, se requería del auxilio de la psicóloga de la institución - para prender la computadora, conectar los parlantes y asistir ante cualquier desperfecto que pueda haber - quien contaba con escaso tiempo por la gran demanda de su trabajo en la institución, siendo la única profesional de la salud mental. A su vez, la virtualidad dificultó la recolección de datos observacionales, siendo estos de gran importancia dentro del proceso de duelo del residente, ya que permiten detectar las emociones y estados de ánimo del duelo. Si bien, los mismos no pudieron ser identificados por la autora de este trabajo, fueron descriptos por las profesionales de la institución.

Además, la complejidad de la temática abordada y las características del contexto pandémico en el cual el residente se encontraba realizando el trabajo de duelo, dificultando la recolección de manifestaciones sintomatológicas y vivencias propias del residente a lo largo de las distintas entrevistas, pudiéndose, de todas maneras, complementarse con la información brindada por la psicóloga y las demás profesionales de la institución entrevistadas.

Es decir que, debido a la limitada bibliografía existente sobre el proceso de duelo en residencias geriátricas, este trabajo permite brindar un ejemplo, aportando evidencia de cómo vivencia una persona mayor institucionalizada el proceso de duelo por el fallecimiento de un residente que formaba parte de su red social (Sluzki, 1998), brindando información sobre las manifestaciones en todas sus áreas y datos relevantes que permiten caracterizar el duelo en épocas de COVID-19. A su vez, identifica los obstaculizadores y facilitadores propios de su duelo, ya que cada proceso de duelo es único y se vivencia de diferentes maneras, compartiendo ciertas características asociadas a las manifestaciones culturales (Payás Puigarnau, 2010). Asimismo se determinan las intervenciones asociadas al bienestar general del residente que se llevaron a cabo para facilitar la elaboración del duelo a la vez que se evidencian las limitaciones y diferentes problemas con los que cuenta la institución, los cuales permiten pensar en futuras líneas de investigación.

En relación con esto, la falta de investigaciones, criterios especializados y medidas sensibles al duelo se reflejan en el hecho de que en las instituciones no se tenga en cuenta el proceso de duelo de los residentes, medicándolos y siguiendo con la rutina institucional

(Romero, 2013; Virizuela Echaburu et al., 2016). Y, por ende, la falta de formación del personal hace que, frente a dicha situación normal en la vida de las personas, no se sepa cómo proceder, reconociendo errores a la hora de acompañar el proceso de duelo del residente (Meichsner et al., 2020).

En este sentido, cabe preguntarse si podría implementarse en la institución un protocolo específico que se despliegue ante el fallecimiento de un residente, en el que se establezca cuándo, cómo y de qué manera comunicar la pérdida, para que, de esa forma, no se oculte y los profesionales respondan de manera adecuada ante las consultas de los residentes, facilitando el proceso de duelo. Con respecto a este punto, podrían sugerirse encuentros grupales entre los profesionales de la institución con la finalidad de potenciar el bienestar del adulto mayor, ya que lo que percibe un profesional puede clarificar la situación en la que se encuentra el adulto mayor y desencadenar intervenciones específicas, promoviendo la colaboración y el trabajo en equipo. Por otra parte, la vivencia propia de la psicóloga de la institución frente a la pérdida de los residentes y su angustia, interfiere en el asesoramiento del duelo (Payás Puigarnau, 2010). Al respecto, cabe preguntarse cuál sería la adecuada solución a esta situación, pudiéndose recurrir a supervisiones por fuera de la institución que permitan trabajar la angustia y elaborar el propio duelo por el fallecimiento de los residentes, pudiendo de esta manera separar sus emociones del trabajo, y realizar las intervenciones que considera que no pudo llevar a cabo por dicho motivo (Virizuela Echaburu et al., 2016). Además, la institución podría contar con otro profesional de la salud mental, para que de esa manera la psicóloga tratante pueda trabajar en equipo, sintiéndose apoyada y, a partir de eso, se sienta más aliviada dado que la institución cuenta con un gran número de residentes, siendo demasiado trabajo para una sola persona, el cual se intensificó durante la pandemia por COVID-19.

De esta manera, las nuevas líneas de estudio, en consideración de la pasante, podrían encontrarse influenciadas por el contexto pandémico, debido a que la muerte se vivenció de manera diferente a lo habitual, afectando el proceso de duelo de la persona mayor y alterando la organización cotidiana de la residencia. Por consiguiente, una de las líneas de estudio podría estar referida a la investigación de cómo la pandemia por COVID-19 alteró el funcionamiento de las residencias, qué cambios debieron llevarse a cabo y cuáles fueron las consecuencias experimentadas por los adultos mayores, así como también las referidas a la

investigación específica de cómo se vivencia el proceso de duelo en una residencia geriátrica en ese contexto. Además, sería relevante estudiar las diferencias y similitudes entre las vivencias del duelo por el fallecimiento de un residente como las vivencias por el fallecimiento de un familiar del adulto mayor, aportando información que sirva para el posterior desarrollo de formaciones específicas y adecuadas para intervenir facilitando el proceso de duelo del residente.

Otra de las líneas de estudio podría encontrarse orientada al estudio del burnout desarrollado por el personal sanitario de las residencias geriátricas, debido a que la situación actual de pandemia, la falta de información sobre el virus, el confinamiento y el aumento del cuidado de las personas mayores implicó una situación prolongada de mucho estrés que llevó al agotamiento emocional y disminución en el desempeño del personal de salud que trabaja en las residencias geriátricas.

Por último, la futura línea de investigación que más interés despertó en la pasante es la referida al propio proceso de duelo que atraviesa la psicóloga por la muerte repentina de sus pacientes, siendo su angustia y tristeza por la misma una barrera a la hora de abordar temas asociados al duelo. En este sentido, podría ser útil investigar el otro lado del duelo que se vive en las residencias geriátricas, con la finalidad de describir las manifestaciones asociadas al duelo, cómo estas limitan su desempeño y cuáles serían los caminos posibles para abordar dichas complicaciones en el tratamiento del residente.

7. Bibliografía

- Acrich de Gutmann, L. (2012). La Psicogerontología Social y la Evaluación de las Redes Sociales de Apoyo. *ECOS*, 2(1), 17-31. Recuperado de:
<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/842/654>
- Alvarado García, A. M. & Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002
- Amadasi, E. & Tinoboras, C. (2016). El desafío de la diversidad en el envejecimiento: familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto. *Observatorio de la Deuda Social Argentina*. Universidad Católica Argentina. Recuperado de:
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8220>
- Arias, C. J. & Iacub, R. (2013). Las emociones a través del curso vital y la vejez. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 16(1), 01-05.
- Arias, C. J. (2015a). La red de apoyo social: cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 149-172. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/308661906_La_red_de_apoyo_social_Cambios_a_lo_largo_del_ciclo_vital
- Arias, C. J. (2015b). Vínculos de apoyo y emociones en la vejez. En R. Iacub (Ed.), *LARNA-ARGENTINA Seminario de Diversidad Cultural y Envejecimiento: la familia y la comunidad* (pp.141-152). Buenos Aires, Argentina.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ta Edición). Buenos Aires: Panamericana.
- Barenys, M. P. (2012) Los geriátricos, de la institucionalización el extrañamiento. *Revista Kairós Gerontología*, 15(8), 07-24. Recuperado de:
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17077>
- Billoud, L. (2015, julio). La vejez institucionalizada: abordajes teóricos y metodológicos. *XI Jornadas de Sociología Facultad de Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Billoud, L. (2017). Las destituciones sociales en el ámbito institucional: el proceso de reconfiguración subjetiva de adultos mayores institucionalizados. *Revista*

- especializada en Periodismo y Comunicación*, 1(55), 406-424. Recuperado de:
<https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/4257>
- Binotti, P., Spina, D., de la Barrera, M. L. & Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(2), 119-126. Recuperado de: https://www.med.ufro.cl/neurociencia/images/02-2009/binotti_vol4_n2_119-126.pdf
- Blanco Tarrío, E. & Blanco Sánchez, G. (2020). Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 46(1), 26-34. doi: doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.003
- Bowlby, J. (1980a). *La Pérdida Afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1980b). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Brenes Zumbado, Y. (2010). Adultos Mayores Construyendo Procesos de Duelo Adecuados. *Revista de Trabajo Social*, 72, 17-22. Recuperado de:
<https://docplayer.es/69082595-Adultos-as-mayores-construyendo-procesos-de-duelo-adecuados.html>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176. Recuperado de:
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>
- Cardona Arango, D. & Paláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a15.pdf>
- Cerquera Córdoba, A. M. & Quintero Mantilla, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180. Recuperado de:
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/1196>
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (2020). *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general*. Madrid.
- Dabove, M. I. (2014). Las residencias gerontológicas en el derecho de la vejez: panorama normativo en Argentina. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales*,

- 5(2), 173-214. Recuperado de:
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/45793?show=full>
- Díaz Castillo, R., González Escobar, S., González Arratia, N.I., & Moreno López, L.M. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Neurama revista electrónica de psicogerontología*, 4(2), 22-29. Recuperado de:
<https://www.researchgate.net/publication/326188717>
- Erikson, E. H. (1982). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Psicología y envejecimiento: retos internacionales en el siglo XXI. *Psychosocial Intervention*, 10 (3), 277-284. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818268003.pdf>
- Flores Villavicencio, M. E., Rodríguez Díaz, M., González Pérez, G. J., Robles Bañuelos, J. R., Valle Barbosa, M. A. (2020). Declive cognitivo de atención y memoria en adultos mayores sanos. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(1), 65-77.
doi:10.7714/CNPS/14.1.208
- Flórez, S. (2002). Duelo. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(3), 77-85. doi:
doi.org/10.23938/ASSN.0843
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- Gamo Medina, E. & Pazos Pezzi, P. (2009). El duelo en las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 455-469. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019649011>
- Gil-Juliá, B. & Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, (5)1, 103-116. Recuperado de:
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A>
- Gómez, M. J. & Medrano, J. (1998). La muerte en las residencias de ancianos: actitudes de las residencias y opiniones de los residentes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33(1), 21-26. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia>
- Guevara Peña, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12(1), 138-151. doi:
10.18041/entramado.2016v12n1.23110

- Hernández Zamora, Z. E. (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 79-100. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80270206>
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Chile: Libros de la CEPAL.
- Iacub, R. (2012) *El poder en la vejez: entre el desempoderamiento y el empoderamiento*. Pami: Buenos Aires.
- Iacub, R. (2014). Los duelos en la vejez. Ficha de la Catedra Psicología de la Tercera Edad y Vejez: Buenos Aires. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/305210363_Los_Duelos_en_la_vejez
- Katz, J., Sidell, M., & Komaromy, C. (2000). Death in homes: bereavement needs of residents, relatives and staff. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(6), 274-279. doi: 10.12968/ijpn.2000.6.6.9076
- Larrotta-Castillo, R., Méndez-Ferreira, A., Jaimes, C., Córdoba, M. & Duque Moreno, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 52(2), 179-180.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Martínez Sola, E. M. & Siles González, J. (2010). El duelo en una residencia de mayores versus en el entorno familiar. *Gerokomos*, (2)21, 62-65. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_
- Meichsner, D. F., O'Connor, D. 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*. doi:10.1016/j.jagp.2019.12.010
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2015). *Residencias de Larga Estadía para Adultos Mayores en Argentina: Relevamiento y Evaluación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2020). Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estadía en el contexto de la Covid-19: orientaciones provisionales. Organización Mundial de la Salud.
- Payás Puigarnau, A. (2010). *Las Tareas del Duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Persons Alesso, L., Merlo Vijarra, M., A. & Mozzoni, A. (2019). Regulación de residencias de larga estadía en la provincia de Córdoba. Análisis a la luz de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores. *Revista Argumentos*, 9, 78-95 doi: 10.5281/zenodo.3722615
- Pilkington, F. B. (2005). Grieving a Loss: The Lived Experience for Elders Residing in an Institution. *Nursing Science Quarterly*, 18(3), 233-242. doi:10.1177/0894318405277525
- Quezel, M., Sneibrum, A., Jauregui, R., López, V. & Rubin, R. (2020). Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría para el manejo de personas que viven en residencias de larga estancia sobre COVID-19. *Revista Argentina de Gerontología y Geriátría*, 34(1), 25-34. Recuperado de: http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2020/04/RAGG_04_2020-25-34.pdf
- Ramos Esquivel, J., Meza Calleja, A. M., Maldonado Hernández, I., Ortega Medellín, M. P. & Hernández Paz, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, (11), 47-56. Recuperado de: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Robertazzi, M. (2005). La psicoterapia de grupos en la crisis vital de la edad avanzada. *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*, (5), 131-146. doi: <https://doi.org/10.18682/pd.v5i0.457>
- Rochín Virués, D. M. (2019). Trabajo psicológico con adultos mayores: el reto para la vejez digna. *Revista Amazónica*, 24(2), 54-72. Recuperado de: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/6747/4743>
- Rodríguez Feijoo, N. (2006). Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. *Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de*

- Investigación en Psicología del Mercosur* (pp. 519-522). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Román Lapuente, F. & Sánchez Navarro, J. P. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de psicología*, 14(1), 27-43.
Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31111>
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, (10)3, 377-392. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43456
- Rozenek, M., Soengas, N., Giber, F. & Murgieri, M. (2020). COVID-19 en adultos mayores: ¿corresponde usar la misma definición de caso? *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, 34(1), 3-6. Recuperado de:
http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2020/04/RAGG_04_2020-3-6.pdf
- Salvarezza, L. (1998). *La Vejez: Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez, T. (2020). Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por la pandemia de COVID-19. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718179>
- Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gidesa.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *OMEGA*, 61(4), 273-289. doi: 10.2190/OM.61.4.b
- Virizuela Echaburu, J. A., Aires González, M. M. & Duque Amusco, A. (2016). Intervención familiar en duelo. *Sociedad Española de Oncología Médica*, 155-168.
Recuperado de:
<https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo13.pdf>
- Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Revista UNIFE*, 21(2), 129-153. Recuperado de:
<http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/2/Laura%20-Yoffe.pdf>