

AURORA@ COVID19-EU

ARTICULATING A UNIFIED RESPONSE TO THE COVID-19 OUTBREAK
RECONSTRUCTION AFTER LOSS IN EUROPE

AURORA
@COVID19-EU



Esta publica

ción se ha elaborado en el marco de la acción Cooperación para la innovación y el intercambio de buenas prácticas, KA2 - Asociaciones estratégicas: formación profesional del proyecto "AURORA@COVID19-EU (2021-1-PT01-KA220-VET-000033092)", cuyo objetivo es facilitar una respuesta articulada de apoyo al duelo y al sufrimiento tras la pandemia de COVID-19.

La elaboración de este Manual ha corrido a cargo del DANISH NATIONAL GRIEF CENTRE (DNGC) con la colaboración del equipo de AURORA@COVID19-EU. Si desea hacer referencia a este documento, utilice la siguiente:

Tølbøll, M., Østergaard, T., Nogueira, D., Cunha, C. Soares, J., Venuleo, C., Gelo, O., Tiziana, M., Jodar-Anchia, R., Gamoneda-Larripa, J. & AURORA@COVID19-EU team (2022). *Manual for Psychologists – Articulating a Unified Response to the Covid-19 Outbreak Reconstruction After Loss in Europe*. Maia: UMAIA Press. ISBN 978-989-35689-5-8.

The European Commission's support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents, which reflect the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

INDICE

Prólogo **4**

Acerca de este manual 4

Requisitos profesionales para utilizar el manual 4

Cómo utilizar este manual 4

1.Introducción **5**

2.El duelo en un contexto covid-19 en Europa **8**

Implicaciones para las intervenciones 13

Contexto cultural 14

Italia 16

Portugal 18

España 19

3.Teoría del duelo, reacciones de duelo y niveles de apoyo **22**

Teoría del duelo: breve repaso 22

Entendimiento clásico: sobre la separación del difunto 22

El duelo como fases y tareas 22

La importancia de la teoría del apego para entender el duelo 23

Enlaces continuos: sobre el mantenimiento del vínculo afectivo 24

El modelo de doble proceso 25

Postura contemporánea: Modelos de reconstrucción e integración de significados en un contexto de duelo 26

El duelo en la práctica: cuando las personas se ven afectadas por el duelo 27

Modelo de atención al duelo: niveles de apoyo y competencias 27

Reacciones naturales de duelo 28

El duelo en la fase aguda 29

Reacciones de duelo complicado 30

Factores de riesgo y de protección 30

Duelo que requiere tratamiento especializado 31

4.Consideraciones y propuestas terapéuticas **32**

Alianza 32

Postura relacional y mentalización 33

¿Cómo nos afecta a los psicólogos trabajar con personas en duelo? 34

5.Métodos terapéuticos **35**

Entrevista de evaluación 35

Intervenciones para la prevención de reacciones de duelo complicado 38

Terapia centrada en las emociones para el duelo tras el covid-19 39

Tipos de expresión de las emociones 40
Emoción primaria desadaptativa 42
Emociones secundarias 43
Emociones instrumentales 43
Procesos emocionales en el duelo complicado 43
Cambio de emociones 44
Secuencias emocionales en el duelo complicado 44
Trabajar el duelo con TFE en tiempos de pandemia de COVID-19 46
Comprender y co-construir los principales bloques del duelo 47
Conclusiones 49
Terapia cognitivo-conductual para el duelo tras covid-19 50
Insuficiente integración de la pérdida en la base de conocimientos autobiográficos 51
Creencias globales negativas e interpretaciones erróneas de las reacciones de duelo, ... 54
El uso de estrategias de evitación ansiosas y depresivas 57
Un enfoque terapéutico ecléctico del duelo tras el COVID-19 59
El modelo de doble proceso: El duelo como proceso dinámico y complejo 59
Objetivos específicos de la terapia 62
LA ESCRITURA DE CARTAS COMO MÉTODO EN LA TERAPIA DEL DUELO 62
CRONOLOGÍA 65
EL USO DE LAS FOTOS 66
Terapia de grupo 70
El entorno del grupo 70
Métodos de grupo 71
Terapia en línea 72
Presencia en línea 73
Comentarios finales 75
Apéndice 1 - Otros recursos y lecturas 75
Apéndice 2 - Trastorno de duelo prolongado 76
Apéndice 3 - Entrevista de evaluación 78
Apéndice 4 - Terapia en línea 80
Apéndice 5 - Expresar y compartir emociones a través de las técnicas psicodramáticas en grupo 81
Referencias 87

PRÓLOGO

Acerca de este manual

Este manual fue creado en 2022 como resultado de una colaboración entre la Universidad de Maia - ISMAI/Maiêutica (Portugal), Universita Del Salento (Italia), Universidad Pontificia Comillas (España), Centro Hospitalar e Universitário de São Joao Epe, y The Danish National Center for Grief (Dinamarca). El proceso de colaboración fue dirigido por el Centro Nacional Danés para el Duelo (The Danish National Center for Grief).

La elaboración del presente manual constituye un subproyecto del Proyecto de Investigación-Intervención "AURORA@COVID19-EU: Articular una respuesta unificada a la pandemia Covid-19 Reconstrucción tras la pérdida en Europa", financiado por la Unión Europea - ERASMUS+ (2021-1-PT01-KA220-VET-000033092). El objetivo principal del manual es reforzar los esfuerzos para prevenir el desarrollo de reacciones de duelo complicado en adultos tras la pandemia de COVID-19 que arrasó no solo Europa, sino el mundo entero a principios de 2020 y en adelante. Además, el objetivo de este proyecto es estimular comunidades más compasivas y mejor equipadas a la hora de aceptar y apoyar a las personas en duelo en Europa. Sensibilizar al público en general y reforzar la educación y la información sobre el duelo para promover una sociedad compasiva y preparada para el duelo.

Requisitos profesionales para utilizar el manual

El manual no es una introducción a la psicoterapia en general. Más bien, ofrece una descripción de cómo un clínico experimentado puede abordar intervenciones dirigidas a prevenir el desarrollo de reacciones de duelo complicado en adultos, específicamente en relación con el duelo durante la pandemia de COVID-19. Inspirado y adaptado a partir de trabajos recientes que documentan tratamientos eficaces para las reacciones de duelo complicado (Johannsen et al., 2019), el manual ofrece orientación sobre cómo apoyar y trabajar de forma preventiva con personas en duelo mediante el uso de tres enfoques terapéuticos diferentes. Para utilizar el manual, es necesario ser un psicólogo cualificado/certificado. Además, se aconseja que tenga al menos dos años de experiencia en el trabajo psicoterapéutico y que disponga de un supervisor o un grupo de compañeros profesionales a los que pueda consultar cuando se enfrente a situaciones difíciles.

Cómo utilizar este manual

Este manual es un punto de partida para los/as psicólogos/as interesados en una introducción sobre cómo trabajar con personas en duelo tras la pandemia del COVID-19. El manual proporciona un marco para trabajar con los afligidos, utilizando uno de los tres métodos propuestos. Como lector, primero se le presenta información relevante sobre el duelo durante la pandemia COVID-19 en el sur de Europa y las implicaciones de perder a un ser querido en circunstancias tan extraordinarias. A continuación, el manual ofrece una breve introducción a los aspectos culturales de Portugal, España e Italia de especial relevancia para los retos y efectos específicos de COVID-19 en cada país respectivo. Seguidamente, el manual realiza una breve introducción a la teoría del duelo y cómo se puede utilizar la teoría contemporánea del duelo en la práctica diaria. Por último, proporciona orientación sobre la forma de realizar una entrevista de evaluación y qué buscar cuando se evalúan clínicamente reacciones de duelo complicado.

Este manual ha sido elaborado por investigadores y profesionales de cuatro países europeos. Por lo tanto, la intervención descrita en este manual refleja diferentes posturas teóricas y métodos dirigidos a prevenir reacciones de duelo complicado. Los lectores

de este manual conocerán la terapia cognitivo-conductual, la terapia focalizada en la emoción y un enfoque ecléctico que utiliza la escritura de cartas en el contexto de la terapia del duelo. El manual presenta diferentes herramientas y estrategias, con el fin de atraer a clínicos con diferentes formaciones y experiencias terapéuticas. Además, pretende facilitar la provisión de un tratamiento personalizado a cada persona en duelo con vistas a apoyarles en sus necesidades y retos específicos. A continuación, se incluye una breve sección sobre las consideraciones relativas a la terapia de grupo, así como una sección sobre la terapia en línea. Por último, el manual ofrece al lector otros recursos y bibliografía sobre la intervención en el duelo y el trabajo con el duelo.

Leyendo este manual conocerás:

- El duelo en el contexto de COVID-19 en el sur de Europa
- Teoría del duelo
- Reacción de duelo natural frente al duelo complicado
- Aspectos importantes a la hora de evaluar las necesidades terapéuticas del cliente
- Tres métodos terapéuticos diferentes que pueden aplicarse en la prevención de reacciones de duelo complicado tras COVID-19
- Aspectos que conviene tener en cuenta a la hora de trabajar con personas en situación de duelo en línea o en grupo

1.INTRODUCCIÓN

El brote pandémico del COVID-19 (SARS-CoV2) planteó enormes retos sociales para Europa. Además de los riesgos para la propia vida, representó una gran amenaza para la salud mental, la dinámica social y la justicia social (Organización Mundial de la Salud, 2020). La capacidad humana para afrontar el duelo y la perdida en circunstancias extremas se vio desafiada tanto durante como después de esta crisis pandémica (Moreira et al., 2020).

Los diferentes países europeos se vieron afectados de forma distinta durante los brotes de COVID-19. El número de muertes debidas al COVID-19 ha sido especialmente elevado en el eje meridional de Europa, por ejemplo, en Italia, España y Portugal. Sin embargo, autores como Morgan et al. (2020) sostienen que el número real de víctimas mortales incluye no sólo las muertes debidas al COVID-19, sino también las muertes indirectas registradas durante la pandemia, a consecuencia, por ejemplo, de la falta de acceso a la atención sanitaria como consecuencia de la interrupción global de estos servicios, el aumento de los niveles de estrés y los problemas de salud mental.

Además, las prácticas sociales en torno a la atención a enfermos terminales, la muerte, los servicios funerarios e incluso la eliminación de los cadáveres, se vieron alteradas por un marco de restricciones de emergencia (Lowe et al; Stroebe & Schut, 2021). Es probable que estas restricciones de emergencia hayan afectado negativamente a los procesos de duelo. Además, la pandemia ha afectado especialmente a las personas más vulnerables, empeorando su ya limitado acceso a una adecuada atención sanitaria (mental) y su exposición a riesgos socioeconómicos (Morris et al., 2020). Afrontar el duelo y la pérdida de seres queridos en este contexto se considera especialmente problemático, es decir, teniendo en cuenta la brutalidad añadida del aislamiento social, la disminución de los mecanismos de apoyo social y la disponibilidad de servicios de atención sanitaria (Morris et al., 2020).

A través de las fronteras, hemos sido testigos de la falta de estrategias nacionales y/o respuestas unificadas al duelo y al luto. Esto puede dar lugar a un aumento del número de personas que viven con reacciones de duelo complicado después de COVID-19. Además, es probable que la falta de formación sistemática de los profesionales sanitarios y otros

profesionales haya dado lugar a servicios insuficientes para la atención del duelo en personas que lo padecen (Aoun et al., 2019).

Agentes directos: Todos los profesionales, salvo psicólogos y asesores especializados en duelo, que se reúnen con personas en duelo en el ejercicio de sus funciones profesionales. Por ejemplo, enfermeros, médicos, sacerdotes, directores de funerarias, profesores o bomberos.
Agentes indirectos: Familia, amigos, red social más amplia y comunidad que apoya a las personas en duelo.

En este contexto, el proyecto de Investigación-Intervención AURORA@COVID19-UE pretende facilitar una respuesta unificada y articulada para atender las necesidades de las personas en duelo tras la pandemia COVID-19. Esta asociación de proyectos pretende desarrollar recursos de formación para facilitar la práctica clínica y promover la educación de los agentes directos e indirectos relacionados con la muerte y el morir durante la pandemia COVID-19.

De acuerdo con un modelo de intervención en el duelo que consta de cuatro niveles (véase la página 23), se elaboran manuales de formación para que los distintos profesionales respondan a los diferentes niveles de necesidades, centrándose específicamente en el apoyo en el duelo durante la pandemia de COVID-19.

Para esta Asociación de Cooperación se eligieron organizaciones asociadas de Portugal, España e Italia, que serán los principales difusores y participantes locales cuando se ejecute la fase piloto de implementación en Portugal, España e Italia. El Centro Nacional Danés para el Duelo (DNCG) se unió a este consorcio por ser una organización altamente especializada en la investigación, el tratamiento y la formación en temas relacionados con el duelo.

Combinando conocimientos y esfuerzos, el proyecto AURORA@COVID19-UE reforzará las capacidades locales de formación, prácticas de tratamiento clínico, difusión de la investigación y, en última instancia, contribuirá a establecer comunidades más compasivas para atender las necesidades de las personas en duelo a través de redes locales de profesionales, voluntarios e instituciones.

El presente "Manual de formación para psicólogos" está dirigido a psicólogos que intervienen con personas en riesgo de desarrollar reacciones de duelo complicado durante o después de la pandemia de COVID-19. Antes de la pandemia, alrededor del 10-20% de las personas en duelo experimentan lo que puede denominarse reacciones de duelo complicado, en las que las emociones y las reacciones de duelo no remiten, sino que permanecen en un nivel elevado y debilitante (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). Varios estudios han sugerido que tras la pandemia de COVID-19 este número aumentará significativamente debido al elevado número de estresores añadidos y complicaciones que rodean al duelo durante esta pandemia (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022).

El Manual de formación para psicólogos se redactará en cinco idiomas (inglés, italiano, portugués, español y danés) y estará disponible para su uso no sólo en los países participantes, sino en toda Europa y el mundo, cuando proceda.

El desarrollo de un Manual de Formación para psicólogos incorpora las recomendaciones de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos para el Desarrollo Profesional Continuo.

Para terminar, el desarrollo y la difusión del Manual de Formación para psicólogos representa un objetivo ambicioso para ayudar a mejorar los servicios de atención al duelo, específicamente en el sur de Europa tras la pandemia de COVID-19. Sin embargo, humildemente pensamos que se trata sólo de

un paso inicial. Será necesaria la colaboración continua entre educadores, investigadores, proveedores y clientes en duelo para mejorar nuestra capacidad de comprender y abordar las necesidades de las personas en duelo y promover respuestas compasivas a este.

2.EL DUELO EN UN CONTEXTO COVID-19 EN EUROPA

LA EXPERIENCIA DE LA PÉRDIDA

Estudios recientes sugieren que el escenario COVID-19 puede complicar el proceso de duelo a los dolientes al tener que enfrentarse no sólo al dolor de la pérdida, sino también a otros retos dolorosos que preceden y siguen a la muerte de su ser querido. Esto incluye la imposibilidad de estar cerca y asistir a la persona enferma o de obtener información del personal médico que atiende a su ser querido. Tras la pérdida, surgen otras dificultades como la falta de acceso al apoyo necesario o a los ritos funerarios debido a las políticas de distanciamiento social (Eisma et al., 2020; LeRoy et al., 2020; Zhai & Du, 2020). Un estudio preliminar (Eisma et al., 2021) sugirió un mayor riesgo de duelo prolongado para las personas en duelo por COVID-19 y muertes no naturales (es decir, accidentes), en comparación con el duelo natural (es decir, muertes por enfermedades crónicas). Un estudio más reciente (Breen et al., 2022) comparó las reacciones de duelo en personas que estaban atravesando un proceso de duelo debido a pérdidas relacionadas con el COVID-19 frente a personas en duelo por otras causas, ya sean naturales o violentas, durante este mismo período y destacando que no difieren en sus niveles de síntomas de duelo disfuncional, alteraciones del sentido vital, factores de riesgo y deterioro funcional. Además, independientemente de la causa de la muerte de su ser querido, se observó que los niveles de deterioro funcional de los dolientes en el escenario COVID-19 eran iguales o superiores a los de los grupos de dolientes con reacciones de duelo complicado o trastorno de duelo prolongado antes de la pandemia. De forma similar, otro estudio (Eisma & Tamminga, 2020) iniciado antes del brote de COVID-19 y llevado a cabo durante su propagación, mostró que experimentar una pérdida durante la pandemia provocaba reacciones de duelo agudo más graves que antes de la pandemia.

Resultados de este tipo sugieren que afrontar la pérdida durante en el curso de esta crisis sanitaria puede acarrear consecuencias negativas y persistentes para los dolientes. Las muertes en el momento del COVID-19 pueden considerarse pérdidas traumáticas ya que se produjeron de forma repentina, violenta e inesperada, como en los casos de suicidios, homicidios y desastres naturales (Kristensen et al., 2012); una pérdida traumática de este tipo aumenta el riesgo de un proceso de duelo traumático (Cipolletta et al., 2022), con personas que se enfrentan a dificultades para aceptar la muerte y comenzar el duelo (Torrens-Burton et al., 2022), el alto nivel de incertidumbre (Freeston et al., 2020) y sentimientos de ira y desesperación (Selman et al., 2021). Estos aspectos, junto con el distanciamiento social forzado y las restricciones en las visitas a centros sanitarios y funerales, parecen haber sentado las bases de otra epidemia, la del trastorno por duelo prolongado (Albuquerque et al., 2021).

Los estudios realizados en el sur de Europa (por ejemplo, Aguiar et al., 2020; Cipolletta et al., 2022; Farinha-Silva & Reis-Pina, 2020; Fernández & González-González, 2020; Menichetti-Delor et al., 2021) parecen destacar tres aspectos que se suman a la experiencia traumática del duelo tras el COVID-19. Se trata de la imposibilidad de decir adiós, el carácter desconocido de la muerte, el aislamiento físico y la falta de apoyo social. A saber, la incapacidad de decir adiós, el carácter desconocido de la muerte, el aislamiento físico y la falta de apoyo social, que, entre otros, pueden arrojar luz sobre las razones del aumento en el número de individuos que sufren complicaciones en el proceso de duelo como resultado de la pandemia COVID-19.

NO PODER DESPEDIRSE.

No poder despedirse de un ser querido que fallece, antes y/o después de la pérdida, resultó ser un factor de riesgo de duelo complicado en el escenario COVID-19 (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021). Investigaciones previas revelan que la muerte súbita e inesperada (Kersting et al., 2011; Lundin, 1984), así como carecer de la posibilidad de ver el cuerpo (Chapple & Ziebland, 2010; Merlevede et al., 2004) puede dificultar la toma de consciencia respecto al fallecimiento del ser querido y, en consecuencia, aceptar la pérdida y "dejarlo ir". Por ejemplo, en un estudio multicéntrico realizado con un gran número de familiares de pacientes fallecidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (Kentish-Barnes et al., 2015), se comprobó que los familiares que no tuvieron la opción de despedirse presentaban síntomas de duelo complicado, trastorno postraumático, así como síntomas depresivos en mayor medida que los familiares que tuvieron la oportunidad de despedirse. Durante la emergencia sanitaria COVID-19, las personas perdieron la vida de forma rápida e inesperada, y el virus también afectó a ciudadanos menores de 80-70 años, a los que los medios de comunicación social habían descrito erróneamente como personas sin riesgo. En ocasiones, la rápida progresión del virus hizo sentir a los familiares que no estaban debidamente informados de la gravedad de la situación y que no estaban preparados cuando se produjo la muerte (Menichetti-Delor et al., 2021).

Además, en los hospitales y otros servicios sanitarios se revisaron las políticas de visitas en los entornos sanitarios y se desaconsejó la asistencia de visitantes: los familiares y allegados, por tanto, no podían proporcionar consuelo y acompañamiento emocional a los seres queridos moribundos. El proceso de fallecimiento se produjo en condiciones traumáticas y sin precedentes, con personas que morían en hospitales y residencias de ancianos sin sus familiares a su lado. (Cipolletta et al., 2022). La distancia física del paciente cuando agonizaba o moría hacía que las familias sintieran que no habían hecho lo suficiente, creando sentimientos de culpa y privación (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021; Menichetti-Delor et al., 2021). Por el contrario, la posibilidad de comunicarse con sus seres queridos en el hospital gracias a que las enfermeras sostuvieron el teléfono cerca de la cama marcó una diferencia en la capacidad de las personas para dar sentido a su pérdida y dar forma a la experiencia de haber dicho adiós (Wakam et al., 2020). No poder ver el cuerpo del fallecido aumentó el sentimiento de incredulidad y la dificultad para aceptar la realidad de la muerte. Hernández-Fernández y Meneses-Falcón (2021) refieren cómo las familias pedían al personal sanitario detalles concretos sobre el momento de la muerte y/o pruebas del fallecimiento (por ejemplo, una foto o un objeto personal, el certificado de defunción) para poder estructurar una narración lógica de los hechos y aceptar lo sucedido.

Asimismo, la ausencia de funerales o rituales ante la muerte contribuyó a la vivencia de no poder despedirse. Los funerales representan un componente cultural y religioso crucial en el proceso de duelo (O'Rourke et al., 2011): históricamente, brindan la oportunidad de transmitir amor y respeto por el difunto y de decir "adiós"; marcan una transición en la que la muerte puede realizarse plenamente, pero constituyen también un momento en el que los dolientes dan voz a sus emociones y reciben apoyo social y psicológico por parte de sus redes cercanas (Mortazavi et al., 2021). En Italia, las medidas de cierre decretaron como prohibidas las ceremonias fúnebres y los cementerios permanecieron cerrados en todas partes (Ingravallo, 2020). En España y Portugal los funerales se limitaron respectivamente a tres y diez personas más el oficiante (Aguiar et al., 2020). Se han adoptado medidas similares

en todo el mundo (Burrell & Selman, 2022). En muchos casos, las familias no podían embalsamar y elegir la vestimenta prevista, no se velaba el cuerpo, no se celebraba un funeral adecuado como hubiera sido deseable, es decir, como una práctica cultural que permite a la comunidad en general honrar la vida del ser querido perdido y proporcionar apoyo social a los dolientes. Los velatorios - espacio para llevar a cabo otro ritual importante de acompañamiento a los proceso de muerte en países con una fuerte herencia cristiana como Portugal, España e Italia- no estuvieron disponibles durante largos períodos de tiempo, por lo que los familiares carecieron también del espacio para dar sentido a la pérdida del difunto, recordando su vida, sus hechos y sus historias (Aguiar et al., 2020; Burrell & Selman, 2020; Fernández & González-González, 2020).

LA INCERTIDUMBRE QUE RODEA A LA MUERTE.

La incertidumbre puede definirse como "la incapacidad para determinar el significado de los acontecimientos relacionados con la enfermedad" (Mishel, 1988, p. 225). Hebert et al., 2009, identificaron cuatro tipos de incertidumbre: la *médica*, que se refiere al diagnóstico, el pronóstico y el curso clínico; la *práctica, que* implica tareas que deben completarse antes de la muerte o a preocupaciones relacionadas con el período de duelo (por ejemplo, desde el punto de vista económico/financiero); incertidumbre *psicosocial, que* refleja la preocupación por cómo se modificarán la dinámica y las relaciones familiares como consecuencia de la enfermedad y la muerte; incertidumbre *religiosa/espiritual*, referida a preocupaciones existenciales y cuestiones de significado. Según los autores, los instrumentos más importantes para ayudar a familiares y allegados a afrontar todas estas formas de incertidumbre son una buena comunicación y unas relaciones de confianza entre los cuidadores y los profesionales sanitarios. De este modo, los cuidadores pueden estar "preparados". Por el contrario, la incertidumbre que rodea a la muerte puede aumentar el riesgo de complicaciones en el proceso de duelo: las dificultades para gestionar la incertidumbre se han asociado con un mayor riesgo de duelo prolongado, estrés postraumático y depresión (Boelen et al., 2016). Cuanto más confusa sigue siendo la pérdida, más personas tienen la sensación de no saber realmente si el ser querido está vivo o muerto, ausente o presente, por lo que pueden no ser capaces de procesar la muerte (Boss et al., 2021).

Este sentimiento de incertidumbre se reconoce como una de las principales causas de angustia en los dolientes durante el COVID-19 (Cipolletta et al., 2022; Freeston et al., 2020; Mortazavi et al., 2021). La imprevisibilidad de los síntomas y del curso de la enfermedad, la falta de claridad sobre, por ejemplo, el diagnóstico, las opciones de tratamiento, la información ambigua procedente de distintas fuentes o las lagunas de comunicación con el hospital, suscitaron sentimientos de injusticia y necesidad de claridad sobre lo ocurrido al fallecido (Menichetti-Delor et al., 2021). En particular, la ausencia y/o ineficacia de la comunicación entre el personal sanitario y los cuidadores se señala como un aspecto crítico en la gestión de la muerte durante la emergencia COVID-19: por ejemplo, un estudio realizado en Italia por Testoni y colegas, 2021, tenía como objetivo considerar el proceso de notificación de la muerte entre los médicos (notificadores), los familiares del paciente (receptores) y quienes trabajan entre ellos (enfermeras). Los autores descubrieron que si por un lado, los médicos y las enfermeras informaron sobre dificultades relacionales para apoyar a los familiares de los pacientes, los familiares informaron de sufrimiento relacionado con la ineficacia de los profesionales sanitarios en la comunicación antes y después de la muerte.

No tener la posibilidad de dar sentido a una pérdida repentina, inesperada y traumática, hace que la muerte sea un tema abierto, lo que lleva a la preocupación y la rumiación, por ejemplo, tratar de reconstruir los acontecimientos para entender lo que salió mal (Testoni et al., 2021) y "congelar" el proceso de duelo. La preocupación por el fallecido es uno de los síntomas clave en el diagnóstico de PGD (Killikelly & Maercker, 2017). Esto apoya de nuevo la idea de que el duelo durante la pandemia de COVID-19 aumentó el riesgo de desarrollar reacciones de duelo complicado con el tiempo.

AISLAMIENTO FÍSICO Y FALTA DE APOYO.

El papel del apoyo social como moderador del impacto del duelo en la salud psicológica y el bienestar es bien conocido en la literatura científica (para una revisión, véase Burke y Neimeyer, 2012; Stoebe et al., 2005). Estudios realizados un año después del fallecimiento mostraron cómo contar con el apoyo social de familiares y amigos permite soportar el proceso de duelo sin experimentar depresión o enfermedad fisiológica (Benkel et al, 2009; Bonanno y Kaltman, 2001).

Durante la emergencia del COVID-19, las medidas de distanciamiento físico y cuarentena domiciliaria han obligado en gran medida a las familias a afrontar el proceso de duelo en solitario, sin el apoyo de sus redes sociales, también en el caso de los familiares y amigos no convivientes. Por tanto, algunos de los factores de protección más importantes para adaptarse al duelo y afrontar la muerte de un ser querido, como la implicación familiar, la presencia física, el duelo con otros y la recepción de apoyo social (Lyons & Chamberlain, 2006), han sido negados a las personas en duelo en el escenario COVID-19 (Fernández & González-González, 2020). En algunas entrevistas realizadas entre psicólogos que ofrecen apoyo a la familia en duelo en el norte de Italia (Menichetti-Delor et al., 2021), se informó de que una de las razones del gran sufrimiento vivido era la imposibilidad de hacer el duelo junto con otros: a veces la sensación era que la falta de contacto corporal y abrazos bloqueaba la experiencia física del duelo, obstaculizando, por ejemplo, el llanto en conjunto. Además, las familias también pueden haber experimentado el estigma social en relación con las pérdidas COVID-19 (Albuquerque et al., 2021) que les hizo sentirse aún más abandonados y solos e incapaces de buscar apoyo social a distancia y en un entorno impuesto.

EMOCIONES DESTACADAS EN EL DUELO COVID-19

Como hemos visto, la falta de despedida, la incertidumbre que rodea a las muertes, junto con el aislamiento físico que repercute en la despedida y en los procesos de duelo, sugieren que las personas pueden tener dificultades para encontrar un cierre al duelo. Las mencionadas circunstancias específicas de las pérdidas, como el carácter rápido e inesperado de los fallecimientos, la falta de comprensión clara de cómo murieron los seres queridos y la incapacidad para ver el cuerpo, asemejaron la partida a una **pérdida ambigua**: como dijo, de forma sugerente, un familiar en duelo entrevistado en Madrid (Fernández & González-González, 2020), "sentí que era una especie de secuestro". En efecto, como ocurre en el caso de los desaparecidos, sobre los que nunca se tendrá la certeza absoluta de su muerte, los dolientes durante el COVID-19 pueden tener dificultades para creer que su ser querido está muerto, ya que la incertidumbre, lo repentino, lo imprevisible y la ausencia de rituales, hacen que su pérdida sea también ambigua (Bertuccio & Runion, 2020; Fernández & González-González, 2020; Testoni et al., 2021).

Otros se refieren a este tipo de pérdida como un **duelo privado de derechos** (Albuquerque et al., 2021; Kaur et al., 2022; Kokou-Kpolou et al.,

2020), como un dolor no reconocido o legitimado, que no fue reconocido ni validado socialmente por los demás debido al aislamiento y la falta de apoyo social tras la muerte. Otros explican el duelo en términos de **duelo traumático**, donde las circunstancias traumáticas de la muerte, así como el miedo por la pérdida de otros y de su propia vida, complican la experiencia del duelo. Por ejemplo, los estudios cualitativos del contexto del sur de Europa, basados en las narraciones de los dolientes, destacan cómo a menudo las narraciones presentan rasgos traumáticos típicos que congelan el proceso de duelo y complican las respuestas al mismo (por ejemplo, Cipolletta et al., 2021; Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021; Menichetti-Delor et al., 2021; Mortazavi et al., 2021; Picardi et al., 2021; Testoni et al., 2021).

En general, las circunstancias específicas de la pérdida parecen haber amplificado emociones negativas como la ira, la culpa y la tristeza, muy frecuentes en los relatos de personas en duelo en el contexto de COVID-19 (Albuquerque et al., 2021; Chopra & Arora, 2020).

IRA.
La ira fue una de las principales reacciones ante la pérdida y puede estar relacionada con una serie de circunstancias que caracterizan el escenario COVID-19 (Cipolletta et al., 2022). Los enlutados refieren un intenso sentimiento de abandono por parte del personal sanitario al ser incapaces de ofrecer una comunicación clara sobre lo ocurrido al fallecido y de proporcionar cuidados y una actitud compasiva hacia los pacientes. Describen una sensación de ser simplemente un número a la hora de comunicarse con las autoridades sanitarias, así como en las formas de tratar el cuerpo, lo que crea una sensación de deshumanización. Alguien reprochó a los médicos haber diagnosticado mal al paciente, haberle sugerido la hospitalización o haberle prestado una atención inadecuada. La queja se expresa también hacia la administración sanitaria, incapaz de proporcionar una recuperación a tiempo. La ira también se dirige contra el gobierno, incapaz de contener la propagación de las infecciones y gestionar la emergencia sanitaria (Marinaci et al., 2021).

INCREDULIDAD Y RUMIA CONSTANTE.
La incredulidad llegó con las pérdidas durante el COVID-19, es decir, la sensación de que "no puedo creer que estén muertos" (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021). El carácter repentino de la muerte, la falta de contacto impuesta con la persona justo antes del fallecimiento y la ausencia de un ritual de despedida con el cuerpo han conformado un complejo conjunto de circunstancias que potencian la ambigüedad (Imber-Black, 2020) y dificultan la racionalización de la pérdida. La rumiación se refiere a cuestiones como "qué salió mal", "si se hizo todo lo posible para salvar al ser querido", "qué sintieron y pensaron mientras se enfrentaban solos a la muerte" (Testoni et al., 2021).

CULPA.
La culpa relatada por las personas en duelo (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022; Mencacci & Salvi, 2021; Testoni et al., 2021) está relacionada con el hecho de no haber estado al lado del ser querido, por lo tanto, no haber podido ofrecer ayuda y consuelo emocional y sentirse como si le hubiera abandonado. En algunos casos, la culpa puede surgir del arrepentimiento por haber subestimado la letalidad del virus o del miedo/confirmación de haber infectado personalmente al fallecido.

VERGÜENZA.
El estigma del posible contagio que rodea a una muerte relacionada con el COVID lleva a las personas a ocultar la enfermedad de sus seres queridos o la causa de la muerte para evitar la discriminación; en consecuencia, la posibilidad

de recibir apoyo social se vio aún más mermada (Albuquerque et al., 2021).

ANSIEDAD, ANGUSTIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

A nivel general, la pandemia parece haber desafiado las estrategias de regulación de las emociones, planteando un alto riesgo de desarrollar malestar psicosocial (Di Blasi et al., 2021). Las dificultades para regular el malestar emocional se han relacionado con la gestión de las incertidumbres debidas al miedo a el COVID-19 que, conjuntamente, aumentaron el riesgo de malestar psicológico (ansiedad, depresión y estrés) (Gullo et al., 2022). Más concretamente, se ha argumentado que la presencia de factores estresantes relacionados con la pandemia, como el distanciamiento social y las limitaciones en la disponibilidad y el acceso a una red social, dificulta que los individuos pongan en práctica estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a la pérdida, con la consecuencia de mayores niveles de malestar psicológico y peores resultados de salud mental (Fisher et al., 2022). La ira, la negación, la culpa, la vergüenza, así como la depresión y la ansiedad, son sentimientos de duelo que suelen acompañar a cualquier pérdida, incluidas las muertes reales (Buglass, 2010). Cabe suponer que tales sentimientos se han experimentado con mayor intensidad en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Implicaciones para la intervención

De lo anterior pueden extraerse algunas implicaciones para las intervenciones terapéuticas. Además de una intervención más general sobre el duelo, debería prestarse una atención específica al significado que cada individuo atribuye a los siguientes aspectos: No poder despedirse; el carácter desconocido de la muerte y la falta de apoyo social, que pueden requerir una atención específica en la terapia.

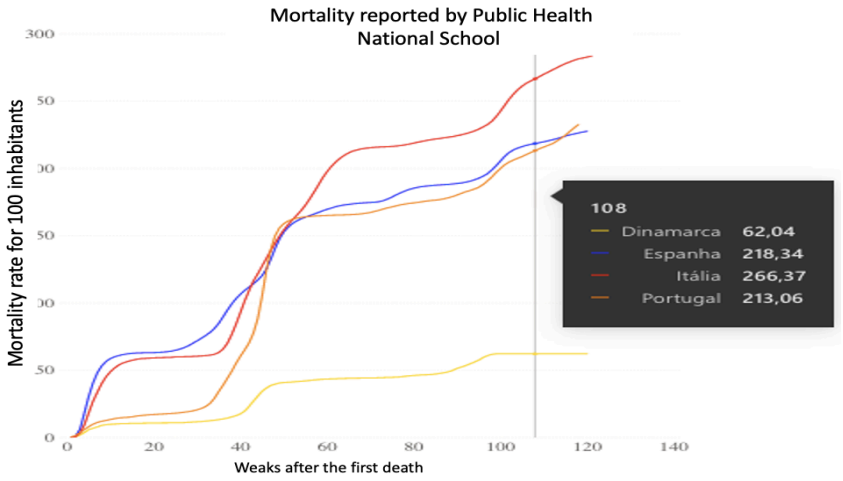
Como ejemplo de cómo se ha enfocado este tipo de intervención, es útil fijarse en el estudio cualitativo de Menichetti-Delor et al. (2021). Este estudio se centró en las llamadas de seguimiento del duelo ofrecidas por una unidad de psicología clínica a las familias de pacientes COVID-19 fallecidos en el hospital. Se identificaron las siguientes necesidades expresadas por las familias durante las llamadas. En primer lugar, la necesidad *de dar sentido* a lo sucedido para "juntar las piezas". La búsqueda de significado es un proceso central en la curación como respuesta al trauma de las pérdidas tanto por muerte como por no muerte e implica una lucha por comprender lo que se ha perdido y cómo construir nuevas vidas (Neimeyer & Sands, 2011). Para ello, es determinante que los dolientes compartan y narren su pérdida, de modo que el relato de la propia experiencia pueda facilitar la búsqueda de sentido y coherencia en dicha experiencia (Neimeyer et al., 2010). En segundo lugar, se informó con frecuencia de la necesidad de *expresar emociones* (como tristeza, ansiedad, ira, pero también anestesia emocional). Dicho proceso se vio dificultado por el aislamiento y, por tanto, por la ausencia de contenedores relacionales. En tercer lugar, la necesidad *de dar el último adiós* y la búsqueda de formas alternativas de acompañar la pérdida y el duelo cuando no se podía organizar un funeral tradicional (por ejemplo, encender una vela, celebrar una ceremonia al aire libre o recopilar canciones, fotos e historias vinculadas al fallecido y/o también experiencias digitales como, por ejemplo, memoriales en línea; véase, por ejemplo, el Memorial del Coronavirus promovido por *Radio Televisión Española:* rtve.es/coronavirus/memorial). La cuarta necesidad principal identificada fue la *de recordar* al fallecido junto con otros familiares y compartir con ellos recuerdos del pasado. Una vez más, este proceso se vio obstaculizado por el aislamiento debido al COVID-19, que llevó a los familiares a experimentar un duelo solitario.

Esto ofrece un ejemplo de cómo abordar los aspectos específicos que han configurado el duelo en el marco de la pandemia COVID-19. Este tema se tratará con más detalle en las secciones de intervención que figuran a continuación.

CONTEXTO CULTURAL

Las distintas situaciones de COVID-19 en los países europeos en términos de muertes directas, justifican una intervención precisa y motivaron el desarrollo de esta Asociación estratégica para la Cooperación entre cuatro países. Mientras que Portugal, España e Italia han tenido más de 280 muertes por cada 100.000 habitantes, Dinamarca ha experimentado menos de 65 muertes. En la siguiente sección se describen el alcance general, las tendencias y los grupos destinatarios afectados en cada contexto.

Figura 1 - Situación comparativa de Covid-19 entre los países socios del Proyecto AURORA



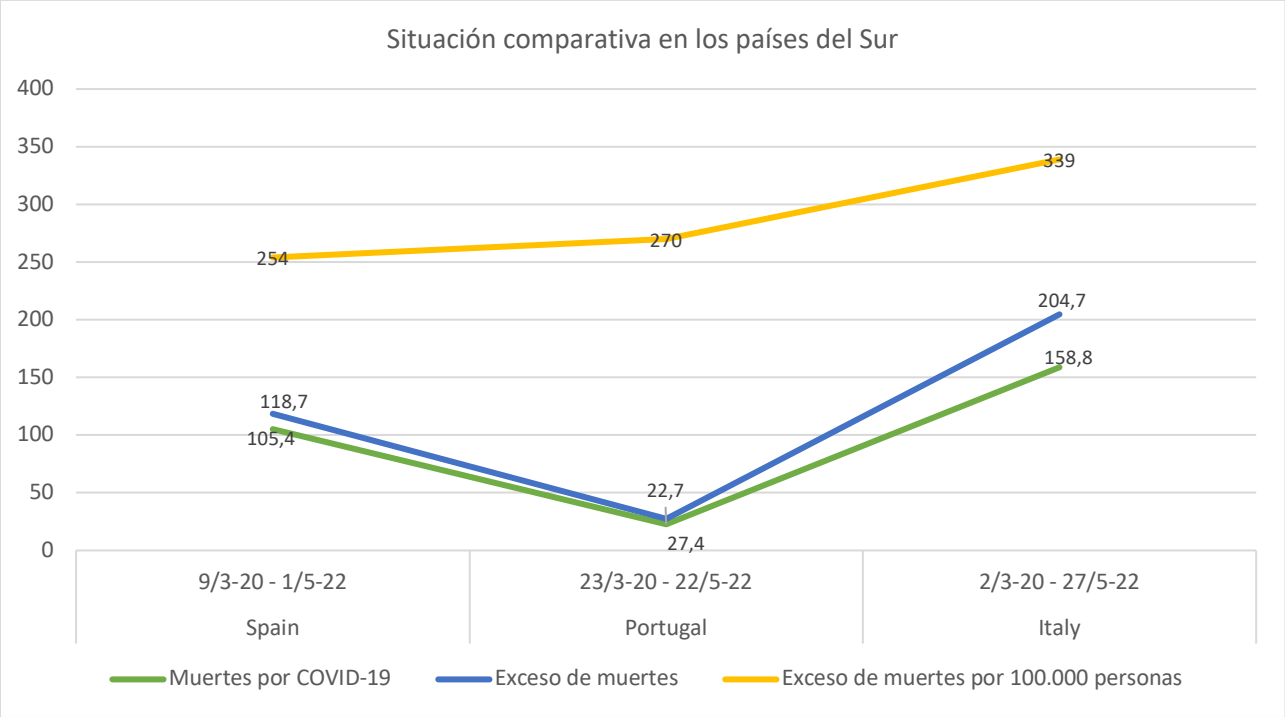
Fuente: https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/epidemiologia-da-covid-19/letalidade-e-mortalidade-entre-paises/

Muchas de las restricciones impuestas para mitigar la pandemia del COVID-19 entraban en conflicto con las prácticas y respuestas colectivas y culturales que se dan en momentos de muerte y en situaciones al final de la vida, como también se ha descrito anteriormente. Las restricciones del COVID-19 aumentan los riesgos de desarrollar reacciones de duelo complicado tras una pérdida, y se espera que repercutan en la salud mental de las personas en duelo (Stroebe & Schut, 2021).

Con el fin de proporcionar una perspectiva comparativa general de los datos nacionales de COVID-19, nos remitimos a la visión global más reciente en un artículo publicado en The Economist titulado "Tracking COVID-19 death across countries" (Seguimiento de la mortalidad por COVID-19 en los distintos países), que se centra en el exceso de muertes y no en el número de víctimas mortales, ya que subestima el número total de víctimas mortales, proporcionando así una visión

general del impacto real en términos de vidas perdidas a causa de la pandemia.[1]

Figura 2 - *Exceso de mortalidad por países*



Fuente: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained

Gráfico 3 - *Número aproximado de enlutados*

A partir de la investigación portuguesa y del modelo estadístico (Albuquerque et al., 2021; Carvalheiro et al., 2021) que calcula nueve dolientes por muerte (Albuquerque et al., 2021; Carvalheiro et al., 2021), el número aproximado de dolientes durante la pandemia de COVID-19 en los tres países es el siguiente:

País	Población total 01/2020	Exceso de muertes	Total aproximado de dolientes
España	47,332,60	118,740	1,068,660
Portugal	10,295,90	27,440	246,960
Italia	59,641,50	204,710	1,842.390

Fuente: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained

[1] "Seguimiento del exceso de muertes por covid-19 en los distintos países: In many parts of world, official death tolls undercount the total number of fatalities", The Economist Oct 20th 2021 (Updated May 13th 2022), HTTPS://WWW.ECONOMIST.COM/GRAPHIC-DETAIL/CORONAVIRUS-EXCESS-DEATHS-TRACKER

Italia

Demografía de
COVID-19 en el contexto italiano

Italia ha sido el segundo país del mundo, después de China, en verse afectado por la pandemia de COVID-19 y en experimentar un número dramático y récord de muertes por COVID-19. Italia ha sufrido un total de 183138 muertes por COVID-19, según el **cuadro de mandos de la OMS sobre el coronavirus (COVID-19)**[1] (diciembre de 2022). La procesión de camiones del ejército que recorren la ciudad de Bérgamo[2] transportando cadáveres desde los hospitales sigue siendo probablemente una de las imágenes más elocuentes y simbólicas de la pérdida, la pena y el dolor vividos durante la experiencia italiana del COVID-19, que también se convirtió en una imagen del miedo sentido a nivel mundial.



Foto: Procesión de camiones del ejército transportando cadáveres en Bérgamo

La población anciana fue el grupo de edad más afectado por las muertes por COVID-19, con una edad media de 80 años (43,6% mujeres, 56,4% hombres) (Istituto Superiore di Sanità, 2021a; Polidori et al., 2020). Las residencias de ancianos experimentaron la mayoría de los brotes con una elevada tasa de mortalidad, especialmente al inicio de la pandemia. Un total de 9154 residentes en residencias de ancianos murieron entre el 1 de febrero y el 5 de mayo de 2020, según los datos de una encuesta nacional iniciada por el Ministro de Sanidad (Gnasso et al., 2022).

En el grupo de edad de menos de 50 años se registraron 1.743 fallecidos COVID-19 positivos, incluidas 440 mujeres menores de 40 años (273 hombres y 167 mujeres de 0 a 39 años) (Istituto Superiore di Sanità, 2021b). Hasta el 82,3% de las muertes se produjeron en hospitales, con casi 500 muertes registradas entre profesionales sanitarios (Istituto Superiore di Sanità, 2021b).[3] Principalmente al principio, pero también a lo largo de la pandemia, faltó personal sanitario, unidades de cuidados intensivos y equipos de protección personal. Esto ocurrió dentro de un sistema sanitario que ya sufría de falta de recursos. El impacto psicológico en los profesionales sanitarios directamente implicados en la respuesta al COVID-19 aún está por descubrir y abordar, aunque ya hay algunos estudios disponibles (Barello et al., 2020; Felice et al. 2020; Marinaci et al., 2020, 2021).

Aunque no existen estudios en Italia sobre el número y las características de los dolientes durante la pandemia de COVID-19, es probable que la alta incidencia entre la población anciana haya dejado en un proceso de duelo principalmente a cónyuges ancianos, hijos adultos y nietos.

[2] Una ciudad del norte de Italia, la primera zona geográfica afectada.

[3] Fallecimientos de profesionales sanitarios entre febrero de 2020 y marzo de 2011. [añada aquí el marco temporal...]: 216 médicos generalistas, médicos de urgencias, médicos de guardia, especialistas ambulatorios, médicos privados, 30 dentistas y más de 90 enfermeros. (Istituto Superiore di Sanità, 2021b).

Las familias de los pacientes hospitalizados se veían privadas de cuidar a sus parientes enfermos, de estar presentes en el momento de la muerte, de ver y cuidar el cuerpo de su pariente fallecido y de realizar ritos funerarios católicos u otras ceremonias. Todas estas condiciones excepcionales -a menudo reunidas o multiplicadas debido a más pérdidas en la misma familia- fomentaron un impacto emocional y psicológico muy fuerte (Menichetti-Delor et al., 2021; Alberto Vito, 2021). Más información en las secciones anteriores.

Atención al duelo - pre y post COVID-19

En Italia, el apoyo emocional y práctico antes y después del COVID-19 es proporcionado generalmente por la familia y la red de amigos. En parte debido a las limitaciones culturales relacionadas con la imagen de la profesión de psicólogo, en Italia no suele ser muy común buscar ayuda profesional para las reacciones de duelo. No existe una respuesta de atención al duelo coordinada a nivel nacional ni directrices nacionales para los psicólogos, y el enfoque científico sobre el duelo y el luto es relativamente limitado.

Existen varias asociaciones de voluntarios, antes y después de COVID-19, para apoyar a los dolientes a través de grupos de autoayuda mutua distribuidos por todo el territorio nacional (http://vivereilmorire.eu/accompagnamento-lutto/elenco-italiano-dei-gruppi-ama-per-lelaborazione-del-lutto/). Representan una valiosa posibilidad de compartir emociones, promoviendo la autoeficacia, evitando el retraimiento social y fomentando la creación de significados (Cipolletta et al., 2022), pero no tienen la experiencia/habilidades para proporcionar una respuesta de intervención para ayudar a los dolientes en situación de riesgo o con reacciones de duelo complicado.

La pandemia dio lugar a varias iniciativas de apoyo a las personas para hacer frente al impacto psicológico general del COVID-19. El Ministerio de Sanidad y Protección Civil ha activado un número gratuito de apoyo psicológico a los ciudadanos, con la colaboración de la Asociación Italiana de Psicología (AIP) - Punto de referencia nacional para los psicólogos que trabajan en universidades e institutos de investigación - que ha establecido la red de los servicios de psicología en las instalaciones universitarias. Psicólogos individuales en la práctica privada, asociaciones profesionales y servicios psicológicos académicos (por ejemplo, Parolin et al., 2021), muchos de los cuales ya no están activos, ofrecieron también servicios gratuitos de apoyo psicológico en línea o por teléfono. Las acciones de apoyo para el duelo llevadas a cabo durante la pandemia parecían ser breves, fragmentadas, organizadas localmente y no centradas específicamente en el duelo.

El calvario de COVID-19 no ha supuesto un cambio significativo en la atención al duelo ni ha dado lugar a una estrategia a nivel nacional. También se presta poca atención al impacto psicológico tras las medidas de distanciamiento físico. Esta es la situación actual a pesar de la escala, el impacto y las condiciones excepcionales del COVID-19 en Italia, y a pesar de que los profesionales reconocen una necesidad general de una atención al duelo más sistemática tras el COVID-19 (Costantini et al., 2020).

Por lo tanto, en primer plano sigue estando la necesidad de una estrategia de duelo coordinada a nivel nacional junto con una respuesta profesional a la atención al duelo tras la pandemia de COVID-19 en Italia.

Portugal

Demografía de COVID-19 en el contexto portugués

Portugal ha sufrido un total de 25.714 muertes por COVID-19 según el **Cuadro de mando de la OMS sobre el coronavirus (COVID-19)** (diciembre de 2022), en su mayoría hombres (52,6%, y 47,4% mujeres). Los ancianos fueron los más afectados por la enfermedad y el mayor número de muertes se produjo entre las personas de más de 80 años.

Atención al duelo - pre y post COVID-19

Antes de 2019 en Portugal, como ocurre en muchos países de Europa, faltaba una respuesta integrada de salud pública para atender a las personas en duelo y también faltaban estructuras de voluntariado para asistir (in)formalmente y proporcionar apoyo a las personas en duelo para salvar las brechas de atención sanitaria y promover una sociedad más compasiva.

En 2019, el gobierno portugués representado por el Departamento del Director de Salud, propuso y aprobó una importante legislación a los efectos de la "Implementación del Modelo de Intervención Diferenciada para Trastornos de Duelo Prolongado". Esto da derecho a las personas en duelo que sufren un trastorno de duelo prolongado al derecho y al acceso a una atención al duelo basada en las necesidades que será identificada e implementada por los profesionales sanitarios del Servicio Nacional de Salud. Esto representa la adopción portuguesa de la inclusión formal por parte de la OMS del "trastorno de duelo prolongado" en la 11ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11.

Se asignaron cinco instituciones nacionales como centros de referencia para prestar atención especializada a los dolientes con reacciones de duelo complicado. Además, se dotó a los clínicos de herramientas de evaluación y directrices para la adecuada intervención a otorgar. A pesar de esta mejora nacional de la prestación de servicios, este marco era anterior al COVID-19 y todavía no se estaba aplicando adecuadamente en el sistema sanitario público debido a la falta de recursos humanos en estas unidades piloto.

Además, alrededor del 60% de los equipos de cuidados paliativos portugueses ofrecen un programa de apoyo al duelo formalmente estructurado a los familiares cuidadores que han perdido a un familiar (Carvalheiro et al., 2021).

Incluso después del COVID-19, la limitada disponibilidad de psicólogos clínicos en el sistema público sigue siendo el problema fundamental de la psicología clínica subvencionada públicamente. En Portugal, de aproximadamente 24.000 psicólogos, sólo 250 trabajan en atención primaria en el Sistema Nacional de Salud, lo que se traduce en una ratio de 2,5 psicólogos por cada 100.000 habitantes (OPP, 2020).

El COVID-19 supuso un cambio brusco e inimaginable en las prácticas habituales del sistema sanitario. A pesar de todas las restricciones y limitaciones impuestas por el COVID-19, la comunidad en general se volvió más alerta y sensible a la importancia de la salud mental, así como a la atención y la asistencia a los dolientes. Muchos de los profesionales han sido capaces de reinventarse y pensar en formas creativas de superar estos obstáculos.

Un ejemplo de reinvención creativa y de unión como profesión unida de los psicólogos clínicos fue la introducción de la línea telefónica de emergencia psicológica, creada como respuesta al COVID-19 por el Sistema Nacional de Salud con la colaboración de la OPP - Asociación Portuguesa de Psicólogos. Esta junta también ha desarrollado muchas directrices y materiales importantes para la intervención del psicólogo en diferentes contextos, y

también una breve directriz para abordar el duelo y las particularidades del duelo en el contexto pandémico https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_luto.pdf

No obstante, y sobre todo teniendo en cuenta el elevado número de personas que acaban de perder a un ser querido, es necesario educar y formar a más profesionales para que puedan responder a esta gran demanda postpandemica.

Datos sobre el duelo COVID-19

Un estudio en línea realizado entre la población general adulta con 929 participantes (Aguiar et al., 2020) afirmó que el 17,9% ha perdido a un ser querido desde el inicio de la pandemia, y el impacto en su salud mental se muestra por la prevalencia del 30,7% de síntomas clínicos de ansiedad, el 10,2% de síntomas depresivos, y el 16,8% con puntuación alta en la escala de duelo prolongado.

Los resultados preliminares de la muestra portuguesa de dolientes del estudio "Duelo y duelo ante la pandemia de COVID-19. Estudio transnacional sobre su impacto en el bienestar" (Barbosa et al., 2022), que informa de una recogida de datos en línea sobre el período comprendido entre enero y octubre de 2021, con un total de 127 participantes en duelo , también apuntan a indicadores similares.[4] Los datos sobre la **salud mental de los participantes en duelo son los siguientes: El 75,6% presenta puntuaciones clínicamente significativas de sintomatología ansiosa** (de ellos el 59,1% en un nivel leve a moderado y el 16,5% con sintomatología grave). El **30,5% de los participantes presentan respuestas** sintomatológicas clínicamente significativas **de estrés postraumático.** En cuanto a la depresión, **el 66,9% presenta niveles clínicamente significativos de sintomatología depresiva** (47,6% de leve a moderada y 19,3% de grave a severa). Por último, los datos sobre reacciones de duelo complicado, el **23,8% de los dolientes** manifiestan sintomatología indicativa de la aparición de un posible trastorno de duelo prolongado. A pesar del sesgo de la recogida de datos (exclusiva online) y también del momento de la recogida durante la pandemia, estas cifras son indicativas de cómo debemos estar preparados para afrontar los difíciles tiempos que se nos avecinan.

España

El impacto de COVID-19 en el contexto español

Según datos del **Cuadro de Mandos de Coronavirus (COVID-19) de la OMS**, 116.658 personas fallecieron en España por COVID-19, desde marzo de 2020 hasta diciembre de 2022. Al igual que en Italia y Portugal, también en España el grupo de edad más afectado por la mortalidad fue el de las personas mayores, y los datos de la primera y la peor oleada revelan incrementos del 55,4% de las tasas de mortalidad entre las personas de 65 a 74 años, y del 75,9% entre las de 74 años.

El duelo en el contexto español antes y después de COVID-19

El COVID-19 la obligación de vivir en soledad el duelo en una sociedad española que valora especialmente el apoyo social de amigos cercanos y familiares (Fernández & González-González, 2020). Los profesionales sanitarios se vieron especialmente impactados por los procesos de duelo traumático (Gilart et al., 2021).

En España no se ha realizado una evaluación profesional de la necesidad de intervenciones

[4]Los encuestados son mayoritariamente mujeres (83,6%) con una edad media de 31 años. La edad media del familiar fallecido era de 71,8 años, y las principales causas de muerte fueron: enfermedades cardiorrespiratorias 19,5%; enfermedad oncológica 36,7%, y enfermedad COVID-19: 10.2%. Sólo el 10% de los participantes reconoce no haber participado en los rituales funerarios de su ser querido.

terapéuticas en duelo para dolientes con reacciones de duelo complicado, pero sí se han realizado algunas adaptaciones desde Instituciones Públicas Sanitarias y Sociedades Privadas para hacer frente a esas necesidades.

La respuesta pública a la pérdida y el duelo tras el COVID-19 sigue apoyándose en la atención primaria, en la que el médico se centra principalmente en los síntomas de ansiedad y depresión, y rara vez utiliza los criterios diagnósticos de duelo complicado o prolongado. La prescripción de psicofármacos (es decir, ansiolíticos y/o antidepresivos) y, con menor frecuencia, la derivación a psicología clínica son la principal respuesta.

El problema fundamental de la psicología clínica subvencionada con presupuestos públicos radica en la escasa disponibilidad de psicólogos clínicos en el sistema público (5,14/100.000 habitantes, diez veces inferior al sistema danés[3]), y los consiguientes retrasos en la derivación (1-9 meses dependiendo de la provincia).

Aunque no se ha producido un cambio fundamental en la respuesta general de atención al duelo tras el COVID-19, se ha producido un aumento significativo de la presencia de psicólogos clínicos en algunas regiones de España. Durante el primer año de la pandemia, el duelo y el luto recibieron una atención especial. Por ejemplo, el Colegio Oficial de Psicología de España, ofreció varias ediciones de cursos de formación para trabajar el duelo (https://www.copmadrid.org/web/formacion/actividades/20211229112306641780/c2210-v-edicion-curso-intervencion-psicologica-procesos-duelo).

Los Colegios Oficiales de Psicología han puesto a disposición de la sociedad diferentes recursos para afrontar el malestar y el duelo creado por la pandemia, por ejemplo, guías de difusión para la población en general y algunos profesionales (ej. https://www.copmadrid.org/web/files/comunicacion/GUIA%20Duelo.pdf), y para miembros de la familia (http://www.infocoponline.es/pdf/GUIA_PARA_FAMILIARES_EN%20DUELO_GT%20Duelo.pdf).

El Ministerio de Sanidad español creó un grupo de trabajo formado por personas de distinta formación: psicólogos, especialistas en medicina de familia y salud comunitaria y médicos especialistas en medicina preventiva y salud pública, así como especialistas en bioética y gestión del duelo que trataron a personas que acababan de perder a seres queridos a causa del COVID-19. Como resultado, se difundieron unas infografías para ayudar a la población a afrontar la pérdida de un ser querido **(**https://eurohealthnet-magazine.eu/materiales-de-apoyo-para-afrontar-el-duelo-en-tiempos-de-coronavirus-en-espana/**).**

El Ministerio de Sanidad y el Consejo General de Psicólogos pusieron a disposición de los familiares de personas enfermas o fallecidas a consecuencia del coronavirus un servicio de atención telefónica. La Cruz Roja también creó un servicio ("Cruz Roja te escucha"), para ofrecer apoyo y acompañamiento psicosocial, especialmente a familiares y amigos de personas gravemente enfermas o fallecidas a causa de la enfermedad provocada por el COVID-19. Una parte importante de la respuesta a las necesidades de las personas en duelo provino de organizaciones benéficas como la "Fundación Mario Losantos del Campo" (https://www.fundacionmlc.org/) o el "Centro de Humanización de la Salud" (https://www.humanizar.es).

A pesar de los esfuerzos realizados para atender las necesidades de los dolientes en estos tiempos sin precedentes, en todos estos países del Sur queda mucho por hacer.

3.TEORÍA DEL DUELO, REACCIONES DE DUELO Y NIVELES DE APOYO

El propósito de esta breve introducción al campo de la investigación sobre el duelo y el luto es ofrecer un conocimiento básico de los principales modelos teóricos explicativos y teorías que han contribuido a conformar o representar la comprensión actual del duelo y la intervención.

TEORÍA DEL DUELO: BREVE RESUMEN

En los últimos cien años se han producido cambios fundamentales en la comprensión psicológico-científica del duelo. Esto tiene importantes implicaciones para el desarrollo del tratamiento contemporáneo del duelo. Este manual presenta una imagen general y, por lo tanto, simplificada del desarrollo de la comprensión del duelo (para una descripción teórica más completa, véase, por ejemplo, Stroebe et al., 2001).

Desde principios del siglo XX, los modelos psicológicos más importantes del duelo han consistido, en primer lugar, en la hipótesis psicoanalítica del trabajo del duelo y, a continuación, en las teorías que exponen distintas fases en el duelo y tareas para su elaboración desde finales de la década de 1960 hasta finales de la década de 1980. En la década de 1990 se produjo un cambio de paradigma en la comprensión del duelo y en la investigación de la intervención con el Modelo de Vínculos Continuos y el Modelo de Proceso Dual de Afrontamiento del Duelo. Estos modelos explicativos han ofrecido diferentes formas teóricas de entender el duelo, por lo que no ofrecen una explicación teórica unificada, ni están todos apoyados empíricamente (Guldin, 2010; 2019). El campo ha sido objeto de importantes debates académicos sobre cómo entender el duelo.

Entendimiento clásico: sobre la separación del difunto

El desapego era la palabra clave central en la comprensión psicoanalítica clásica del duelo (Freud, 1913). La comprensión del duelo de Sigmund Freud se basaba en su teoría del operacionalismo y la economización de la "energía". Según este modelo de duelo, se pensaba que la energía del doliente estaba ligada a un objeto amado que ya no existía, pero que el doliente tenía que liberar energía para seguir viviendo separando, desapegando y liberando sus sentimientos, recuerdos y expectativas del ser perdido. Esta comprensión teórica de la psique condujo al enfoque terapéutico de la catarsis -enfrentarse a las emociones como una necesidad para resolver el duelo- que dominó la comprensión del duelo durante décadas (Freud, 1917; Guldin, 2019; Klass & Steffen, 2018). Este enfoque se ha encontrado con considerables críticas: los estudios empíricos de la hipótesis del trabajo del duelo no han logrado encontrar evidencia de que la confrontación de las emociones del duelo sea necesaria para la recuperación (Archer, 2008 en Guldin, 2019). Como el duelo consiste en múltiples problemas, esta comprensión y metodología del duelo se vuelve demasiado unilateral. El enfoque de la hipótesis del trabajo del duelo sobre el desapego y la separación del fallecido a través del afrontamiento de las emociones del duelo ha cambiado radicalmente en las últimas tres décadas.

El duelo como fases y tareas

A partir de la década de 1960 surgieron una serie de teorías con base psicodinámica sobre las etapas y las tareas del duelo, denominadas teoría de las etapas y teoría de las tareas. Las teorías de las etapas incluyen la teoría de las fases del duelo de John Bowlby (Bowlby, 1980), las cinco etapas de Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross, 2006), las cuatro fases de Johan Cullberg (Cullberg, 2008) y el modelo de tareas de James William Worden (Worden, 2018). La

comprensión del modelo de Freud de desapego y catarsis se encuentra justo detrás de los modelos de fases y tareas, que básicamente consideran que el duelo requiere del trabajo a través de las emociones y hacia una reorganización de la relación de quien se desapega. Al igual que en las teorías de etapas, las tareas se basan en una comprensión del duelo como un proceso interno en el que el doliente debe afrontar y procesar activamente las emociones del duelo a través de una serie de tareas, con el fin de desapegarse y adaptarse a la vida sin el fallecido (Guldin, 2019; Mogensen & Engelbrekt, 2013; Stroebe et al., 2001).

Probablemente, la teoría más significativa de la fase de duelo es el modelo de Bowlby, que se basa en la teoría del apego (Bowlby, 1969; 1973; 1980). La teoría del apego está fuertemente fundamentada empíricamente en estudios observacionales del vínculo entre los niños pequeños y sus madres, así como en los patrones del duelo. Bowlby (1980) describió cuatro fases en el curso del duelo (shock y entumecimiento, anhelo y búsqueda, desorganización y reorganización) que, como proceso individual, reflejan los cambios en la vida cotidiana tras la pérdida. Según Bowlby, el objetivo del trabajo del doliente es una reorganización del apego a lo perdido. Es decir, los modelos de funcionamiento interno del yo/otro que la pérdida ha sacudido se alteran de forma que el doliente sigue apegado al fallecido, mientras que el doliente comienza a volverse hacia la vida cotidiana alterada. De este modo, Bowlby desarrolla aún más la idea de desapego a través de la hipótesis del trabajo del duelo, que ya no es el objetivo final, sino algo con lo que el doliente se relaciona en el proceso de reorganización de los modelos de trabajo internos y los apegos a lo perdido (Bowlby, 1980).

La crítica de los modelos de fases y tareas se dirige principalmente contra la comprensión del duelo que se ha convertido en el principal legado del campo desde Freud, a saber, el requisito de la confrontación y el trabajo activo a través de la liberación de las emociones con el fin de separarse de la persona fallecida. Según Archer (2008), los modelos de fases y tareas tienen un apoyo empírico limitado (Archer, 2008), y Guldin señala que no hay pruebas de que "afrontar la pérdida mediante tareas de duelo redentor promueva la adaptación en todos los afligidos". Por lo tanto, es un problema para el campo del duelo que sea discutible cuándo "trabajar con vistas al desapego" es propicio para un proceso de duelo (Guldin, 2010; 2019).

Los modelos de fases y tareas también son criticados por ser demasiado esquemáticos en su visión del doliente, demasiado rígidos en sus recomendaciones clínicas para los procesos de duelo y la terapia del duelo, y demasiado estrechos en su comprensión etiológica de las reacciones complicadas de duelo. No todos los dolientes pasan por las etapas y tareas en el orden sugerido. El duelo no siempre puede ser descrito y observado empíricamente en términos de etapas particulares o sobre la base de supuestos teóricos particulares, por ejemplo, la necesidad de "una aceptación particular" o la elaboración de la pérdida. Por último, los modelos no dan cuenta de las diferencias culturales en el duelo (Guldin, 2019; Klass y Steffen, 2018; Stroebe et al., 2001).

La importancia de la teoría del apego para comprender el duelo

Las teorías del apego y de las fases del duelo de Bowlby (Bowlby, 1969; 1973; 1980), descritas anteriormente, han tenido un gran impacto en la comprensión general del duelo. Según Bowlby, el apego consiste en la tendencia humana a formar vínculos emocionales estrechos y duraderos con personas concretas que pueden proporcionar protección, seguridad, consuelo y paz (Bowlby, 1988; Broberg et al., 2008). Cuando el vínculo con una

figura de apego especialmente importante se rompe en el contexto de una muerte, puede tener un gran impacto en la persona que queda atrás.

Bowlby subrayó que las cuatro etapas de su teoría del duelo siguen un proceso individual, cuyo orden depende del individuo (Bowlby, 1980). Sin embargo, para atravesar bien el duelo, deben reorganizarse las representaciones internas del otro perdido, del yo en duelo y del vínculo entre ambos. Esto significa que el apego al fallecido debe transformarse y adaptarse a la nueva realidad en la que la presencia física del ser perdido ya no existe. Por lo tanto, no se trata de desapego, sino de reorganización de la relación con el fallecido.

La teoría del apego ha contribuido a orientar la comprensión del campo hacia la visión del duelo como algo único a la luz de la relación con la persona perdida, así como a la luz de la calidad de la relación, es decir, la teoría contribuye a la comprensión de la expresión del duelo en relación con el significado de la persona perdida para el individuo. De este modo, Bowlby también desarrolla una visión particular del impacto que puede tener cuando la calidad de la relación con el fallecido no es óptima.

Enlaces continuos sobre el mantenimiento del vínculo afectivo

La comprensión reciente del duelo sigue el cambio de paradigma del modelo de Continuing Bonds (CB) (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018) y el Two-Process Model of Coping with Bereavement (Stroebe & Schut, 1999). En el modelo CB, el duelo es visto como un proceso de por vida en el que la conexión con lo perdido se mantiene y se convierte en parte de la vida interior del doliente, es decir, la relación se internaliza. La teoría se convirtió en una rebelión contra la interpretación del campo del duelo de la idea de Freud de la separación del fallecido como algo necesario. Según esta teoría, el doliente no necesita desvincularse, sino simplemente remodelar el vínculo con el fallecido. Se mantiene el vínculo emocional con el ser perdido para integrarlo en la narrativa vital y la conciencia personal tomando el sentido de la relación con la propia vida. Esto puede hacerse, por ejemplo, mediante diálogos interiores, recuerdos, visualizaciones y rituales personales. De este modo, una conexión interior viva con el fallecido ayuda a facilitar el duelo y a adaptarse a la pérdida (Guldin, 2019).

La teoría surgió como resultado de que tanto los clínicos como los investigadores empezaron a notar que las personas en duelo que mantenían un contacto interno, quizás espiritual, con la pérdida no desarrollaban reacciones de duelo complicado. Entre los grupos de investigación, una serie de hallazgos concurrentes mostraron vínculos positivos entre el mantenimiento de un vínculo continuo con la pérdida y una mejor adaptación social a la pérdida en las personas en duelo. A partir de ahí, el modelo CB evolucionó como una reacción contraria que superó décadas de defensa de la necesidad de desapegarse y desvincularse del apego a la persona que se ha perdido. La teoría es inclusiva, amplia y se esfuerza por no simplificar los procesos de duelo o las formas específicas en que las personas trabajan con el duelo (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018).

Dos décadas después de que se abriera paso la nueva comprensión del duelo, Klass y Steffen (2018) en una nueva publicación sobre direcciones para la futura investigación e intervención en el duelo sostienen que el vínculo con lo perdido es intersubjetivo: que el duelo es una relación entre el afligido y lo perdido, que está presente y ausente a la vez. La ausencia y la añoranza son en sí mismas una relación con quien solía estar ahí. Así, el duelo se considera una actividad situada y comunicativa, en la que la terapia del duelo

puede proporcionar acceso a la historia de fondo de la relación, permitiendo al doliente restablecer el apego y reconstruir un "mundo" cuyo sentido se ve cuestionado por el duelo. En el trabajo terapéutico, el doliente debe crear e integrar una representación interior equilibrada del vínculo afectivo con el ser perdido, que puede dar lugar a formas individuales de mantener el vínculo con el ser querido. Es una tarea clínica evaluar cuándo la relación del doliente con lo perdido es apropiada y cuándo no lo es, pero siempre que mantener el vínculo emocional parezca útil para el doliente, conduzca a la adaptación y no complique el duelo, se está en el camino correcto (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018).

La teoría ha sido objeto de una amplia investigación (ver más en Klass et al., 1996; Klass & Steffen 2018) y el mantenimiento del vínculo emocional desempeña sin duda un papel importante en el proceso de duelo.

El modelo de doble proceso

El modelo de proceso dual de afrontamiento del duelo identificó dos procesos críticos, o estresores, asociados a la pérdida: el proceso orientado a la pérdida y el proceso orientado a la recuperación. Stroebe y Schut (1999) defendieron una oscilación de importancia crucial, dinámica y reguladora entre los dos procesos. Así, según el modelo, el afrontamiento adecuado y adaptado del duelo consiste en que el doliente, alternativamente y en dosis, se enfrenta a la realidad de la pérdida y a las emociones difíciles, y otras veces pospone, evita y se distrae del duelo, para concentrarse en cambio en las tareas de restablecer la vida sin el ser perdido. Del mismo modo, el modelo percibe las formas patológicas de duelo, por ejemplo, la ausencia de oscilación equilibrada entre la evitación y la confrontación o la intrusión involuntaria como resultado de una pérdida traumática, como una perturbación en el proceso de pendulación (Stroebe & Schut, 1999). Según Guldin (2019) el Modelo de Proceso Dual enfatiza que el duelo es un proceso individual, dinámico y adaptativo que está en constante movimiento dentro de la persona y en relación con el mundo exterior. Así, las circunstancias externas influyen en el proceso de duelo hacia el interior, del mismo modo que los procesos cognitivos internos modulan el duelo hacia el exterior.

El doliente debe ser capaz de alternar y cambiar con flexibilidad entre los dos procesos, que se consideran equivalentes. La intensidad de un proceso en comparación con el otro es individual y depende de la pérdida concreta, y esta posibilidad de matizar la comprensión individual del duelo es el gran punto fuerte del modelo. En el proceso de pérdida, las personas en duelo se distraen de lo restaurativo y se relacionan emocional y cognitivamente con el reconocimiento de la pérdida relacional irreversible. Esto puede ocurrir con respuestas como la añoranza, el sinsentido, la desesperación, la aceptación de la finitud y la remodelación del apego y el significado del fallecido en la representación interior. En el proceso restaurativo, las emociones dolorosas se detienen, y la persona en duelo se relaciona de forma centrada en el problema con cambios vitales concretos y aspectos funcionales de la pérdida, por ejemplo, aprender nuevas habilidades en relación con tareas de las que antes se ocupaba la persona perdida, cambiar ciertos roles, encontrar nuevos confidentes tras la pérdida y crear vínculos más estrechos con otros seres queridos. La elaboración continua de significados sobre la pérdida guía al doliente en la comprensión y el afrontamiento del duelo. El proceso global del duelo está dirigido a integrar la pérdida en la autocomprensión, y cuando el duelo se complica, se entiende en términos de falta de oscilación entre ambos procesos y de activación de los mismos. Si el doliente se

mueve sólo en un proceso, algo se descuidará en el otro.

Postura contemporánea: Modelos de reconstrucción e integración de significados en un contexto de duelo

La literatura emergente trata de incorporar la naturaleza idiosincrásica de la comprensión del duelo, haciendo hincapié en los procesos de construcción de significado que conlleva la experiencia del duelo y que pueden facilitar la posibilidad de crecimiento postraumático una vez integrada la pérdida (Tedeshi & Calhoun, 2004). En este sentido, Neimeyer (2000; 2001 ; 2022) basándose en una perspectiva constructivista, afirma que el duelo es un proceso activo de reconstrucción del significado que ha sido desafiado por la pérdida. Estos modelos utilizan diversos procedimientos/estrategias narrativas, expresivas y rituales para promover el recuento de la pérdida traumática para favorecer la integración de la nueva identidad del superviviente permitiendo, al mismo tiempo, que la historia personal en duelo pueda seguir adelante (Neimeyer, 2022). La Terapia de Reconstrucción del Sentido del Duelo es una terapia constructivista teóricamente consistente que integra la contribución de la teoría del apego, los vínculos continuos y el proceso dual, siendo así técnicamente ecléctica (véase Neimeyer y Sands, 2022).

Alba Payàs y Adrian Chaurand (2019) proponen un método de intervención específico en el asesoramiento en duelo a través de facilitar la continuidad de los vínculos con el fallecido favoreciendo la activación de los recuerdos sobre la relación perdida. Parten de un proceso integrado de reconstrucción de sentido del que emerge una nueva visión personal del mundo tras el trauma. En la génesis del modelo está el principio de que los recuerdos relacionales despiertan estados más equilibrados y menos angustiados al desenfocar al doliente de pensamientos intrusivos relacionados con las circunstancias de la muerte, el embotamiento emocional, la activación somática y los síntomas traumáticos (Boelen y Huntjens, 2008). Estos recuerdos abrumadores relacionados con la muerte deben abordarse mediante intervenciones específicas orientadas al trauma para aumentar las capacidades de autorregulación del cliente (Shear et al., 2011). Para diseñar su modelo integrador de centrarse en la reconstrucción del significado, los autores se basan en modelos cognitivistas y modelos constructivistas sociales, buscando que los afligidos encuentren significado a sus experiencias de pérdida en busca de los beneficios para reubicar la pérdida afligida dentro de una narrativa estructurada que busca hacer el mundo predecible y coherente (Folkman, 2001; Janoff-Bulman, 2010), para acomodar los nuevos significados del cambio en su identidad (Gillies & Neimeyer, 2006), experimentar crecimiento y transformación (Calhoun & Tedeschi, 2014), para mantener un sentido de propósito en la vida, y para asignar valores a la experiencia de la vida después de la pérdida (Hershberger y Walsh, 1990). Todos estos diferentes puntos de vista teóricos, sustentan el modelo y se operacionalizan en técnicas específicas útiles para los clínicos que buscan facilitar el proceso de cambio de sus clientes con sus experiencias idiosincrásicas.

Este breve recorrido sobre la evolución conceptual del proceso de duelo y sus respectivos modelos no es una revisión exhaustiva de todos los enfoques y autores que han desarrollado trabajos en este campo, sin embargo, nuestra elección pretendió dar voz a los enfoques que principalmente sustentan la intervención que presentaremos en secciones posteriores.

EL DUELO EN LA PRÁCTICA: CUANDO LAS PERSONAS SE VEN AFECTADAS POR EL DUELO

Tras una introducción a las concepciones pasadas y contemporáneas del duelo y a las teorías que las sustentan, nos acercamos un paso más a la práctica cambiando el enfoque para observar cómo puede manifestarse el duelo, cómo se desarrollan las reacciones naturales de duelo y qué puede ocurrir cuando las reacciones de duelo se complican y necesitan un tratamiento especializado.

Modelo de atención al duelo: niveles de apoyo y competencias

Empezaremos presentando lo que en un lenguaje más informal se denomina "pirámide del duelo" o "triángulo del duelo", según el país. Se trata de un modelo que ilustra la atención al duelo escalonada y basada en las necesidades, que ya se está aplicando y promoviendo en algunas organizaciones y países europeos.

El modelo se inspira en el enfoque de salud pública basado en la evidencia para la atención al duelo, tal y como ha sido avanzado por NICE (2022), y aplicado al contexto del duelo por Aoun (2020), Aoun y otros (2017; 2018; 2019). El enfoque de cuatro niveles reconoce que, si bien las respuestas al duelo varían de persona a persona, en general, las necesidades de atención al duelo pueden conceptualizarse como una gama que va desde la necesidad de información y apoyo básicos, pasando por apoyo y orientación adicionales y hasta un alto nivel de atención especializada. La Asociación Europea de Cuidados Paliativos utiliza actualmente un enfoque similar (Guldin et al., 2015).

La organización de duelo de Dublín, la Irish Hospice Foundation, ha llevado a cabo un diálogo nacional y ha desarrollado un marco nacional completo en forma de pirámide de duelo para adultos que describe las necesidades, los servicios y las competencias. Como ellos mismos afirman: "Sitúa las necesidades de las personas en duelo en el centro y muestra el apoyo/servicios adecuados y la competencia requerida para satisfacer las necesidades básicas y complejas del duelo".

La red europea Bereavement Network Europe ha ampliado el trabajo de la Irish Hospice Foundation y ha añadido un cuarto nivel adicional de "sociedad" a la pirámide del duelo en reconocimiento de la importancia de la alfabetización social sobre el duelo, la desestigmatización del duelo y el trabajo político que debe desarrollarse e implementarse en el ámbito del duelo. La base del modelo piramidal identifica la importancia de la concienciación, la educación y la información del público en general sobre el duelo, lo que conduce a una sociedad más compasiva. Para más información, visite: https://bereavement.eu/

El modelo de cuatro niveles de atención al duelo, basado en las necesidades, fue promovido y aplicado como estructura en torno a la primera Conferencia Europea sobre el Duelo, celebrada en Copenhague en 2022 por el Centro Nacional Danés para el Duelo, en colaboración con Bereavement Network Europe, la Irish Hospice Foundation y el Instituto de Psicología de la Universidad de Aarhus, con la esperanza de que, con el tiempo, este modelo pudiera convertirse en un estándar ampliamente aceptado por los profesionales, educadores y responsables políticos en materia de duelo, etc., para evaluar y abordar adecuadamente las necesidades, servicios y competencias en materia de duelo en Europa. Para más información, visite: https://eDC2022.dk/

Figura 4 - *La pirámide del duelo presentada en el CGA*



Este enfoque escalonado de la conceptualización de las necesidades de atención en el duelo proporciona una estructura eficaz para organizar y presentar la información sobre las necesidades y los recursos de intervención en el duelo. La terminología de la pirámide del duelo "todos, algunos y pocos" también se refiere a las estimaciones basadas en la investigación de las diferentes necesidades de duelo. Lea más sobre esto en la siguiente sección sobre reacciones de duelo.

Reacciones naturales de duelo

El duelo es un proceso natural y adaptativo. Es un proceso necesario de ajuste tras la pérdida de un ser querido con el que se han establecido lazos afectivos. Los estudios empíricos han demostrado que el duelo es complejo y puede manifestarse en una amplia gama de respuestas emocionales, cognitivas, conductuales y físicas, así como en pensamientos existenciales. En la figura 5 se muestran algunos ejemplos.

Figura 5 - *Ejemplos de reacciones de duelo habituales*

Reacciones emocionales	Reacciones físicas	Reacciones del comportamiento	Reacciones cognitivas	Aspectos existenciales
Shock Anhelo Tristeza Ira Culpa/alivio Miedo Ansiedad Inseguridad Entumecimiento	Problemas de sueño Cambio en el apetito Dolores de cabeza Dolor de estómago Palpitaciones Inquietud física Fatiga	Aislamiento social Dependencia de los demás Evasión Agitación Ansiedad Hiperactividad Ritualización	Dificultad de concentración Alteraciones sensoriales Confusión Rumiación Pensamientos suicidas	Sensación de falta de sentido Pérdida de identidad y confusión Aislamiento Experiencia de injusticia "¿Por qué yo?"

Fuente. Stroebe et al.(2001b) Guldin, 2019

Inmediatamente después de una pérdida, es natural que el duelo agudo esté marcado por emociones fuertes, como la añoranza, la tristeza y la pérdida. Al mismo tiempo, las personas pueden experimentar otra serie de emociones y reacciones que pueden parecer abrumadoras y extrañas, pero que son respuestas típicas a la pérdida, como ansiedad, palpitaciones y alteraciones sensoriales. La experiencia del duelo cambia con el tiempo, es decir, los sentimientos dolorosos y las reacciones abrumadoras disminuyen tanto en intensidad como en duración. Los afligidos empiezan a comprender (y aceptar) la finalidad de la pérdida y a asentarse en la nueva vida sin el fallecido. Los dolientes también encuentran una forma significativa de mantener la relación con el fallecido. Puede decirse que los dolientes consiguen integrar la pérdida y al fallecido en su vida. La mayoría de la gente diría que el

duelo no desaparece, sino que cambia y se integra en la historia de la vida de una persona. Alrededor del 80% de las personas en duelo experimentan este proceso de duelo natural y curativo (Bonanno & Malgaroli, 2020; Lenferink et al., 2020; Nielsen et al., 2019).

Es importante señalar que el proceso de duelo se expresa de forma diferente en cada persona. La respuesta dependerá de la personalidad, la historia vital, el contexto cultural, a quién se ha perdido y cómo se ha perdido.

Duelo en la fase aguda

El momento inmediatamente posterior a una muerte suele estar marcado por emociones intensas como la nostalgia, la tristeza, el vacío, la desesperanza, la ira, etc. La intensidad de estos sentimientos puede resultar extraña tanto para el doliente como para quienes le rodean, por lo que esta experiencia puede resultar aterradora y fuera de lo normal. Para algunos, el duelo agudo se siente como un estado violento y caótico del ser, tal vez más parecido a un estado de shock o crisis. El duelo en la fase aguda no sigue un patrón determinado. Algunos se sentirán abrumados por las emociones y otros serán incapaces de sentir nada debido a la pérdida insondable que han sufrido (Dyregrov & Dyregrov, 2009).

Inmediatamente después de un fallecimiento, las personas en duelo suelen tener muchas exigencias, tareas y consideraciones simultáneas. Es un momento en el que hay que tomar muchas decisiones y, para algunos, se convierte en un momento en el que hay que gestionar diferentes respuestas emocionales e intereses. Cuando, como profesionales, nos encontramos con personas en la fase aguda del duelo, los clientes pueden sentirse sobrecargados y consumidos por la tarea práctica que los dolientes deben gestionar.

APOYO EN LUGAR DE TERAPIA EN LA FASE AGUDA

La intervención terapéutica suele tener un objetivo de desarrollo en mente. Un proceso que a menudo requiere que el cliente se desplace a zonas periféricas de lo seguro y familiar y en las que se cuestionan los mecanismos de defensa y afrontamiento y las comprensiones existentes. En el duelo agudo, la autoprotección es necesaria para acercarse lentamente y adaptarse a la nueva realidad insoportable. La evitación de la realidad de la muerte, así como la inacción para comprender la finalidad de la pérdida, son mecanismos de defensa apropiados en el duelo agudo para evitar sentirse abrumado. Por lo tanto, el aspecto más confrontativo de la intervención en el duelo no será útil en esta etapa del proceso de duelo. Además, en esta fase no sabemos si el doliente se encuentra en un proceso de duelo natural, que será el caso de aproximadamente el 80% de los enlutados (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). Para los afligidos con una reacción de duelo natural existen pruebas de la importancia del apoyo en lugar de la intervención terapéutica directa con confrontación y verbalización (Guldin, 2014).

Por lo tanto, la principal tarea de los profesionales cuando nos reunimos con personas que han perdido a un ser querido en la fase aguda es ofrecerles apoyo más que una intervención terapéutica. Los afligidos pueden encontrarse en un estado caótico, sintiéndose fuera de sí mismos y en caída libre. El profesional puede ayudar al doliente a volver a un lugar más seguro. Una forma de hacerlo es ofrecer lo siguiente (Inspirado en Dyregrov, 2011; Guldin, 2014):

1. Primeros auxilios psicológicos: dormir, comer, reducir los factores de estrés adicionales, quién hace qué, etc.
2. Curiosidad por el contexto y el apoyo social que rodea al doliente
3. Presencia, compasión y atención
4. Escuchar, no actuar ni arreglar
5. El elemento psicoeducativo y la normalización de la experiencia

En la fase aguda del duelo, el doliente suele tener una sensación de irrealidad. Es un mecanismo de defensa natural y saludable

permitiendo que la pérdida y sus implicaciones se comprendan gradualmente. Para muchos será demasiado abrumador tener que asimilarlo todo de golpe y, como profesionales, debemos trabajar teniendo esto en cuenta.

Durante los primeros seis meses después de la muerte, la gama y la intensidad de las emociones y reacciones comenzarán lentamente a encontrar un nivel más natural. El duelo cambia gradualmente con el paso del tiempo, a medida que la mayoría de los afligidos empiezan a comprender y aceptar la finalidad de la pérdida (Bonanno et al., 2008).

Reacciones de duelo complicado

Sin embargo, no todas las personas en duelo experimentan un proceso de duelo curativo. Alrededor del 10-20% experimentan lo que puede denominarse reacciones de duelo complicado, en las que las emociones y las reacciones de duelo no remiten, sino que siguen siendo intensas y debilitantes (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). Es como si la persona en duelo estuviera atrapada, y la respuesta de duelo no evolucionase ni cambiara con el tiempo. Basándose en el Modelo de Proceso Dual (MPD), esto puede verse como una indicación de que la persona en duelo no oscila entre los dos procesos de ajuste de forma adecuada y adaptativa, sino que se encuentra principalmente en uno de los procesos. Como resultado, el duelo no entra en las dosis apropiadas que de otro modo ayudarían a la aceptación e integración de la pérdida, sino que el doliente está abrumado por las emociones (permanece exclusivamente en el proceso orientado a la pérdida) o ha cerrado completamente el duelo y otras emociones (permanece exclusivamente en el proceso de rehabilitación).

Un proceso de duelo complicado puede contribuir a un bienestar deficiente, al deterioro del funcionamiento y a problemas sociales/relacionales, así como a trastornos psicológicos como el duelo prolongado, la depresión y el TEPT (Lenferink et al., 2020; Zisook et al., 2014).

Factores de riesgo y de protección

Hay factores que pueden aumentar el riesgo de reacciones de duelo complicado (Guldin, 2018; Thomas et al., 2014; (ver figura 6). En primer lugar, las personas en duelo pueden tener vulnerabilidades individuales, por ejemplo, un estilo de apego inseguro, enfermedades mentales, baja autoestima, pérdidas previas o abandono en la infancia. Además, puede ser relevante que la relación con el fallecido fuese conflictiva o muy dependiente. Las circunstancias de la muerte también pueden influir, por ejemplo, si la pérdida fue repentina e imprevisible o traumática (accidente, suicidio u homicidio). También es posible que la enfermedad haya sido larga y penosa y que el superviviente, por ejemplo, haya asumido grandes responsabilidades de cuidado. Por último, los grandes cambios sociales y la red de apoyo (o la falta de ella) son un factor importante tras la pérdida (Boelen et al., 2006; Burke y Neimeyer, 2013; Larsen et al., 2018).

Figura 6 - *Ejemplos de factores de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado*

Factores previos a la pérdida	Factores relacionados con las pérdidas	Factores posteriores a la pérdida
• Sexo: Los hombres tienen mayor riesgo de comportamiento suicida tras la pérdida y las mujeres un mayor riesgo de desarrollar depresión y otras	• Relación muy estrecha con el fallecido (por ejemplo, hijo, cónyuge) • Calidad de la relación: la relación era importante para el bienestar y el funcionamiento	• Alta vulnerabilidad • Falta de autoeficacia • Alto nivel de síntomas de duelo a los 6 meses de la pérdida • Experiencia de falta de apoyo de los demás

enfermedades mentales tras la pérdida • Edad: los adultos jóvenes y las personas mayores suelen tener un mayor riesgo • Enfermedad mental previa • Pérdida significativa, trauma o abandono previos • Alto nivel de síntomas de duelo antes de la muerte • Otras pérdidas o factores de estrés concurrentes	del doliente, implicaba cierto grado de dependencia. • Cuando la pérdida fue vivida como traumática • Suicidio, asesinato, accidentes • Cuando la reacción a la pérdida fue violenta, con alta excitación, miedo o evitación. • Tras una elevada carga de cuidados, por ejemplo, hacia la pareja o el padre enfermo	• Soledad emocional tras la pérdida • Otros acontecimientos estresantes concurrentes

Fuente. Guldin (2018); Thomas et al. (2014)

Afortunadamente, también existen factores de protección. La investigación sugiere que un estilo de apego seguro, la experiencia de tener una red de apoyo y buscar y ser receptivo al apoyo pueden ser protectores (Heeke et al., 2017; Levi-Belz & Lev-Ari, 2019). Además, los estudios muestran que si la persona moribunda y su familia recibieron cuidados paliativos/apoyo (por ejemplo, en la sección de paliativos de un hospital), esto puede ser protector (Levi-Belz & Lev-Ari, 2019; Mason et al., 2020). Del mismo modo, las estrategias de afrontamiento que se centran en la resolución de problemas e incluyen la planificación activa de actividades positivas/relajantes, así como el afrontamiento con un propósito espiritual, pueden ser útiles para prevenir un proceso de duelo complicado (Parro-Jiménez et al., 2021).

Duelo que requiere tratamiento especializado

Para el 10-20% de los adultos en duelo que experimentan un curso de duelo más complicado, persistente y debilitante, existen consecuencias negativas graves y duraderas para la calidad de vida, el bienestar y el funcionamiento general del doliente (Shear, 2015; Stroebe et al., 2007). Los dolientes de este grupo pueden necesitar psicoterapia para desbloquear los factores que inhiben el proceso natural y curativo del duelo (Boelen et al., 2007; Shear, 2017). El trastorno de duelo prolongado (Killikelly y Maercker, 2017) es un ejemplo de reacción de duelo, pero hay otros tipos de duelo que requieren tratamiento. Entre ellos se incluyen trastornos como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. La pérdida de un ser querido también puede causar una crisis existencial tan fuerte que las personas pierden el valor de vivir y necesitan ayuda. Para los afligidos con estas reacciones de duelo, una vida segura y significativa parece fuera de su alcance (Neimeyer et al., 2010). Algunos afligidos muestran patrones cognitivos y conductuales inadecuados que tienden a mantener al afligido en el duelo, por ejemplo, en forma de pensamientos que giran constantemente en torno al fallecido, o evitación conductual de cualquier cosa que le recuerde la realidad de la pérdida (Boelen et al., 2007). No es posible demostrar si estos mecanismos causan o mantienen un proceso de duelo atascado. Sin embargo, parecen estar asociados con el agobio emocional, la dificultad para resolver problemas y para dar sentido a la pérdida y a la vida posterior. Como ya se ha comentado, no siempre es el acontecimiento en sí -la muerte- lo que determina que el duelo se convierta en un tratamiento exigente.

A pesar de la enorme discusión de los últimos 40 años sobre la patologización de los procesos de amor y duelo, la OMS y la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) han incluido

recientemente en sus respectivos tratados de salud (CIE-11[8] y DSM-5-TR[9]) el Trastorno de Duelo Prolongado como una nueva condición clínica (Boelen & Lenferink, 2022; Prigerson et al., 2021). Independientemente de la discusión, y dado que esta condición está ahora representada en los respectivos libros de texto que forman parte de la formación básica de los psicólogos, haremos referencia a los respectivos criterios diagnósticos en el apéndice 2, así como proporcionaremos las fuentes para consultas adicionales. Además, como se dijo antes, este manual de formación se centra más en un papel preventivo de los psicólogos que se ocupan de las reacciones de duelo complicado que en un contexto destinado a tratar esta nueva condición en la que deben actuar psicólogos especializados, suponiendo que los psicólogos ya están familiarizados.

4.CONSIDERACIONES Y PROPUESTAS TERAPÉUTICAS

La investigación en psicoterapia ha demostrado que el cliente, el terapeuta, su relación, el método y el contexto de tratamiento contribuyen a la eficacia del tratamiento (Norcross & Lambert, 2019). En esta sección, nos centramos en la alianza terapéutica entre el cliente y el psicólogo, y la postura terapéutica del psicólogo.

Alianza

La alianza terapéutica consta de tres partes: 1) el acuerdo sobre los objetivos terapéuticos, 2) el consenso sobre las tareas terapéuticas, y 3) el vínculo entre cliente y psicólogo. Puede decirse que la alianza constituye una colaboración activa y basada en el consenso (Horvath y Greenberg, 1989; Norcross y Lambert, 2019). La alianza puede fluctuar dentro y entre las sesiones en relación con lo que está sucediendo en la terapia. Para mantener una alianza, es crucial que el psicólogo mantenga una actitud positiva hacia la evaluación honesta del cliente sobre la alianza y responda de manera no defensiva a la negatividad, sino que perciba el desacuerdo como un marcador de que podría ser útil hablar sobre la interacción terapéutica. Tanto el psicólogo como el cliente contribuyen a la alianza, pero la capacidad de crear una alianza es una característica del terapeuta, y aquellos que consiguen formar mejores alianzas con sus clientes logran mejores resultados (Norcross, 2011; Norcross y Lambert, 2019).

La alianza no es lo mismo que la relación terapéutica, aunque a menudo estos términos se utilicen como sinónimos. La relación terapéutica también es importante y consta de muchos otros elementos, por ejemplo, la empatía, que pueden utilizarse para fomentar y alimentar la alianza. Una relación terapéutica segura, o un vínculo seguro, entre el psicólogo y el cliente es una condición necesaria para explorar las experiencias dolorosas con el fin

8 https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder

9 https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314

de reorganizar y revisar las representaciones mentales y facilitar un proceso de duelo (Mikulincer et al., 2013). En los procesos de terapia de duelo, el psicólogo trabaja para establecer la relación/vínculo prestando especial atención a su papel como "base segura" y "refugio seguro" del apego. El psicólogo deja que sus intervenciones de duelo sean guiadas por el tipo específico de patrón de apego del cliente y apoya la regulación del afecto y la mentalización de este.

La relación terapéutica no es un enfoque terapéutico técnico, sino la expresión de una forma específica de encontrarse y relacionarse con el doliente. Al psicólogo le interesa comprender tanto al doliente como un ser humano que experimenta e interacciona en sus propios términos, como comprender el material relacionado con el duelo y comprender y relacionarse con lo que ocurre en el espacio terapéutico, incluidas las propias experiencias y reacciones del psicólogo.

Postura relacional y mentalización

La relación terapéutica es un aspecto fundamental de cualquier intervención psicológica. Sin embargo, la relación terapéutica es especialmente relevante -y puede llegar a ser especialmente desafiante- para los terapeutas que trabajan con clientes en duelo debido al sufrimiento y la angustia que experimentan los clientes. Además, establecer una relación terapéutica puede resultar aún más complicado si el terapeuta tiene una historia personal de pérdida y duelo.

Para desarrollar y gestionar adecuadamente la relación terapéutica con clientes en duelo, los terapeutas deben cultivar una postura relacional caracterizada, entre otras cosas, por lo siguiente:

- *autenticidad* y *congruencia* en el sentido de ser libre y profundamente receptivo a todos los aspectos del propio flujo de experiencia dentro de la relación con el cliente;
- *comprensión empática* y *percepción* de los estados internos (experiencia) del cliente;
- *consideración positiva incondicional* y *aceptación* de quién es el cliente y de lo que está experimentando;
- capacidad de *comunicar* mínimamente la autenticidad/congruencia, la comprensión empática y la aceptación antes mencionadas al cliente (Abass & Town, 2021).

Cultivar esta postura relacional requiere niveles adecuados de mentalización del terapeuta, que es fundamental para la autorregulación y la corregulación, término que podría definirse como la capacidad de percibirse a uno mismo y a los demás caracterizados por estados mentales, es decir, suposiciones, creencias, intenciones y esperanzas (Bateman & Fonagy, 2012). Esta noción pone un gran énfasis en la representabilidad de los afectos, incluso más que de las creencias cognitivas, que crean una relación intersubjetiva (Bateman & Fonagy, 2012). Reconocer el aquí y ahora de las transacciones intersubjetivas que tienen lugar en la intervención clínica como el principal instrumento de cambio (Karterud, 2015).

Sin embargo, la mentalización puede no ser siempre fácil para el terapeuta debido a la gran angustia y sensación de fragilidad que puede experimentar un cliente en duelo. En la medida en que esto último pueda llegar a ser afectivamente amenazante para los terapeutas, éstos podrían enfrentarse a un descenso en sus capacidades de mentalización, con la consecuencia de autoengañarse, distanciándose afectiva y emocionalmente. En este caso, pueden producirse rupturas relacionales que habrá que reparar. Para ello, los terapeutas deberán prestar especial atención a lo siguiente:

Deben considerar que las rupturas relacionales representan una oportunidad esencial de cambio para el cliente (es decir,

una experiencia emocional correctiva) en la medida en que el terapeuta pueda repararlas suficientemente (Abbass & Town, 2021). Para que esto ocurra, los terapeutas deberían ser capaces de:

- reconocer que se ha producido una ruptura relacional siendo sensible a los marcadores de ruptura (para las rupturas de confrontación, por ejemplo, el cliente se queja de falta de progreso o se desvaloriza; para las rupturas de retirada, por ejemplo, el cliente se desentiende verbalmente, presenta incoherencia entre la expresión afectiva y el contenido narrativo, o hace uso de operaciones de refuerzo de la autoestima);
- centrarse y explorar simultáneamente tanto su propia experiencia de ruptura como la del paciente (intentando pasar del sentimiento de ira al sentimiento de decepción y dolor en el caso de rupturas de confrontación; del sentimiento de descontento, rechazo y vulnerabilidad a la autoafirmación y agencia en el caso de rupturas de retirada);

Lo anterior puede proporcionar al cliente una experiencia emocional correctiva. Sin embargo, dado que una ruptura relacional se debe esencialmente a un fallo en las capacidades de mentalización tanto del cliente como del terapeuta, repararla es una tarea muy delicada y requiere que los terapeutas recuperen niveles adecuados de mentalización:

- en caso de rupturas relacionales de leves a moderadas (en términos de intensidad), esto significa mejorar la capacidad (i) de darse cuenta de los marcadores de ruptura en el aquí y ahora de la sesión y (ii) de activar la memoria episódica de rupturas relacionales pasadas en el aquí y ahora de la sesión;
- en caso de rupturas relacionales de moderadas a graves, esto significa (i) activar explícitamente la reflexión durante/mediante (i) la presentación de informes clínicos y (ii) la necesidad de recibir supervisión.

¿Cómo nos afecta a los psicólogos trabajar con personas que han perdido a un ser querido?

Como se mencionó en la sección anterior, crear y mantener una relación terapéutica puede ser particularmente difícil cuando se trabaja como terapeuta con personas en duelo. Esto se expresa en la siguiente cita:

> *"Cuidar tiene un coste. Los profesionales que escuchan las historias de miedo, dolor y sufrimiento de los clientes pueden sentir el mismo miedo, dolor y sufrimiento porque se preocupan. A veces sentimos que estamos perdiendo nuestro propio sentido del yo a favor de los clientes a los que atendemos" (*Figley, 1995, p.1).

Existe el riesgo de que, al trabajar con clientes, cuando el trabajo se considera significativo, precisamente *porque* el trabajo es significativo, resulte difícil dejarlo de lado. La fatiga por compasión, término propuesto por Figley en 1995, inició una línea de investigación psicológica destinada a comprender mejor y poner de relieve la vulnerabilidad psicológica de las personas que cuidan de otras, que han sufrido traumas y sufrimientos.

El aspecto de la fatiga por compasión adquirió especial relevancia durante las crisis de COVID-19, en las que los profesionales se vieron expuestos a una enorme cantidad de trabajo angustioso (Frenza et al., 2020; Serrão et al. 2021, Gilart et al. 2021; Franza et al. 2020). Se han realizado investigaciones sobre el impacto del COVID-19 en los profesionales sanitarios que ponen de manifiesto la angustia emocional que han experimentado y su influencia en el trabajo profesional. Por ejemplo, una encuesta en línea de trabajadores sanitarios italianos mostró que el COVID-19 tuvo un impacto negativo en su estado de ánimo y estilo de vida,

caracterizado por mayores niveles de inquietud, preocupación, soledad, estado de ánimo negativo y menores niveles de felicidad (Mansueto et al., 2021). Aún es escasa la literatura sobre las implicaciones de tales condiciones en la calidad y eficacia del trabajo profesional. Sin embargo, estas consideraciones preliminares sugieren la necesidad de vigilar adecuadamente el estado psicosocial de los trabajadores sanitarios y sus efectos en su labor profesional. En España, por ejemplo, en respuesta a ello, se puso en marcha una iniciativa gratuita para escuchar y apoyar a los profesionales sanitarios (https://sanitarios.noestassolo.es/).

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta al trabajar como terapeuta tras la pandemia es el papel que se le ha otorgado al terapeuta en algunas sociedades. En un estudio de Cipolletta et al. (2021) los investigadores exploraron cómo la intervención de los profesionales sanitarios puede verse obstaculizada por la variedad de perspectivas que los individuos tienen hacia el sistema sanitario en Italia. La conclusión fue que los terapeutas deberían utilizar esto activamente cuando trabajan con individuos en duelo durante el COVID-19. Por ejemplo, siendo conscientes de esto como una posible barrera para el cliente al iniciar la terapia y abordando esto abiertamente y con curiosidad.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un profundo impacto en la vida de todos, incluidos los terapeutas profesionales. Los aspectos presentados en esta sección ponen de relieve que trabajar como terapeuta con personas que han perdido a un ser querido a causa de la pandemia requiere una postura y una concienciación particulares sobre la supervisión tanto de la alianza y la relación terapéutica como de los efectos personales de este trabajo. La supervisión clínica y el control de una carga de casos adecuada son aspectos importantes en el trabajo, que pueden apoyar al terapeuta y ayudarle a equilibrar este papel con éxito.

5.MÉTODOS TERAPÉUTICOS

Como se ha descrito en los apartados anteriores, las investigaciones indican que una gran proporción de las personas que pierden a un ser querido restablecen su vida cotidiana con el apoyo de su familia y sus redes sociales, mientras que una proporción menor de los dolientes experimentan que el duelo no se alivia con el tiempo y que necesitan tratamiento profesional tras la pérdida. Para determinar si el cliente padece un duelo que requiere tratamiento y está motivado para un proceso terapéutico, se recomienda realizar una entrevista de evaluación antes de iniciar la terapia.

ENTREVISTA DE EVALUACIÓN

En la entrevista de evaluación, se lleva a cabo una evaluación psicológica, en la que el terapeuta indaga sobre la historia vital del cliente, y se evalúa el nivel actual de síntomas y funcionamiento del cliente a través de la información facilitada por éste, así como a través de la impresión clínica del cliente y/o mediante el uso de medidas objetivas (véase el apéndice 1). Se hacen preguntas específicas sobre a quién se ha perdido, qué relación tenían, reacciones de duelo, nivel de funcionamiento actual y habitual: funcionamiento en la vida cotidiana, en casa, en las relaciones cercanas, en las actividades sociales, en la educación/trabajo. Véase en el anexo 1 un ejemplo de entrevista de evaluación y una sugerencia de posibles medidas de resultados para evaluar las complicaciones del duelo.

La entrevista de evaluación suele realizarse como muy pronto entre cuatro y seis meses después de la pérdida, ya que antes puede ser difícil evaluar la necesidad de una intervención terapéutica preventiva. Si se remite al doliente

inmediatamente después de la pérdida, puede iniciarse una intervención en crisis, o bien remitirlo a otra intervención en crisis y evaluar posteriormente la necesidad de tratamiento del duelo.

Como ya se ha mencionado, la entrevista de evaluación ayuda al terapeuta a determinar si un cliente corre el riesgo de desarrollar -o ha desarrollado- un duelo complicado y necesita terapia de duelo profesional, o si el cliente tiene un duelo normal que puede apoyarse adecuadamente mediante la ayuda de la familia, las redes y posiblemente otras comunidades voluntarias.

Una revisión bibliográfica sobre factores de riesgo realizada por Burke y Neimeyer (2012) destaca que un proceso de duelo individual se ve influido por la disponibilidad de un apoyo adecuado en la red. En la práctica, vemos que la calidad del apoyo de la red, incluido el apoyo de la familia u otras relaciones significativas, tiene un impacto significativo en la capacidad del cliente para hacer frente al duelo. Algunos de los factores son, por tanto, la familia y la red. Otros factores son el alcance de los cambios externos en la vida cotidiana, que también influyen en el proceso de duelo del cliente. Y otros factores son los recursos y la vulnerabilidad, los síntomas y las características personales del cliente.

Los siguientes factores, extraídos de la investigación, se incluyen en la evaluación global:

Factores de riesgo

En el historial de los clientes:

- Problemas de apego tanto en las primeras etapas de la vida como en la relación con el fallecido.
- Malos tratos y abandono
- Relación de gran dependencia con el fallecido
- Pérdidas anteriores

En el contexto de la enfermedad/muerte:

- Implicación excesiva por una larga enfermedad precedente del fallecido y falta de ayuda en el camino
- Falta de tiempo de preparación antes de la muerte
- Falta de apoyo en la red tras la pérdida
- Cambios importantes en la vida cotidiana tras la pérdida
- Intensidad y duración de las reacciones de duelo
- Experiencias traumáticas y circunstancias ambivalentes

Como se explicó en la sección sobre el duelo agudo, las reacciones esperadas en los primeros meses tras la pérdida pueden ser angustiosas para el cliente, pero no son en sí mismas indicativas de complicaciones del duelo. Por lo tanto, nos fijamos en la intensidad y la duración de las reacciones.

Intensidad

Si las reacciones de duelo no disminuyen con el tiempo y son tan generalizadas que el restablecimiento en la vida cotidiana después de la pérdida se hace difícil, esto puede indicar un duelo complicado a los seis meses de la pérdida.

Ejemplo: un adulto joven puede tener dificultades para socializar con sus compañeros inmediatamente después de la pérdida. Si, varios meses después de la pérdida, el joven sigue siendo incapaz de asistir a la escuela o se ha retirado por completo de la interacción social con sus compañeros, esto puede indicar la necesidad de ayuda profesional.

Duración

Si las reacciones de duelo intenso persisten más de seis meses después de la pérdida, o son persistentemente intensas durante más de seis meses, esto puede indicar un duelo complicado.

Ejemplo: es habitual que una persona en duelo se sienta triste o enfadada de forma regular en el periodo inmediatamente posterior a la pérdida y que tenga problemas para dormir. Si, seis meses después de la pérdida, el doliente sigue sintiéndose triste o enfadado varias veces por semana y tiene dificultades para conciliar el sueño, esto puede indicar un duelo complicado.

De este modo, en la entrevista de evaluación, el psicólogo realizará una valoración cualificada de la necesidad que tiene el doliente de recibir terapia de duelo profesional. El clínico lo hará utilizando el conocimiento de los factores de riesgo, evaluando la intensidad de los síntomas de duelo a lo largo del tiempo, la necesidad de evaluación del suicidio y la flexibilidad mental en torno a la pérdida, así como una impresión clínica de la angustia emocional del cliente y su motivación para iniciar la terapia.

INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE REACCIONES DE DUELO COMPLICADO

En los últimos años se han obtenido más conocimientos sobre la intervención eficaz para las reacciones de duelo complicado. Revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes han encontrado apoyo para la intervención psicológica para adultos en duelo con respuestas de duelo prolongadas o persistentes (Johannsen et al., 2019; Maass et al., 2020; Wagner et al., 2020). En 2020, el DNCG completó una revisión del conocimiento nacional e internacional existente a partir de la investigación (por ejemplo, Johansen et al., 2019) y la práctica sobre intervenciones psicológicas para adultos con reacciones de duelo complicado (Larsen et al., 2020). La revisión dio lugar a varias recomendaciones y sugerencias de intervenciones psicológicas para adultos que sufren complicaciones en el duelo. Encontró indicado el tratamiento psicológico específico del duelo para adultos con reacciones de duelo complicado (es decir, con un alto nivel de síntomas de duelo). "Específico para el duelo" significaba un tratamiento que (a) se centraba en los síntomas del duelo, (b) incluía psicoeducación en relación con el duelo y (c) abordaba los retos asociados a la pérdida, como la evitación, la falta de aceptación y los temas existenciales. En consonancia con estas recomendaciones, este manual presentará una serie de enfoques teóricos y métodos centrados en la reducción de los síntomas del duelo en adultos tras el COVID-19. Se trata de un enfoque de Terapia Focalizada en la Emoción, un enfoque de Terapia Cognitivo-Conductual y un enfoque Ecléctico. Los métodos aquí presentados abordan específicamente aspectos como la falta de aceptación, la evitación y los desafíos existenciales en el duelo. Todos los métodos se describen aquí con vistas a llevar a cabo una terapia individual. No obstante, el enfoque ecléctico también se aplica en la terapia de grupo, pero su estudio queda fuera del alcance de este manual.

Este manual se ha elaborado con el objetivo de prevenir las reacciones de duelo complicado en adultos tras la pandemia de COVID-19. Para centrar la intervención en los aspectos específicos del duelo tras la pandemia, este manual se inspira en lo que hemos aprendido sobre la terapia eficaz del duelo en general (como se ha descrito anteriormente) y en el reciente estudio cualitativo de Menichetti-Delor y colegas (2021) (véase la sección "Implicaciones para la intervención" en la página 9). Este estudio destaca cuatro aspectos que pueden ser especialmente importantes de abordar con personas en duelo como consecuencia de pérdidas por la pandemia.

- En primer lugar, la necesidad *de dar sentido* a lo sucedido para "encajar las piezas".
- En segundo lugar, la necesidad de *expresar emociones* como la tristeza, la ansiedad, la ira, pero también el embotamiento emocional.
- En tercer lugar, la necesidad *de dar el último adiós* y la búsqueda de rituales alternativos para facilitar el cierre, por ejemplo, en lugar de un funeral tradicional.
- En cuarto lugar, la necesidad de identificar formas *de recordar* al fallecido junto con otros miembros de la familia y de compartir con ellos recuerdos del pasado.

Esto ofrece un ejemplo de cómo abordar los aspectos específicos que han configurado el duelo en el marco de la pandemia COVID-19. Este tema se tratará con más detalle en las secciones de intervención que figuran a continuación.

Terapia Focalizada en la Emoción para el duelo tras el covid-19

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) incorpora principios, procesos y técnicas de la terapia experiencial, tradición que abraza el legado de la comprensión profundamente humanista del cambio humano de Carl Rogers y Fritz Perls (Elliott & Greenberg, 2021; Greenberg & Goldman, 2019). Esta perspectiva concibe las emociones como un sistema de señalización fundamentalmente adaptativo que proporciona a las personas información importante sobre sus necesidades y objetivos (Elliott & Greenberg, 2021). En última instancia, las emociones se simbolizan con la creación de significados narrativos en una visión idiosincrásica dialéctico-constructivista del yo (Greenberg et al., 1993).

La TFE propone diferentes principios de cambio de la emoción (Greenberg, 2011): Conciencia de la emoción, expresión de la emoción, reflexión de la emoción, regulación de la emoción y transformación de la emoción (cambiar la emoción con la emoción, cambiar la emoción con una experiencia interpersonal) que pueden definirse como trabajo emocional productivo. Greenberg (2002) destaca "cómo las emociones dolorosas y desagradables pueden promover la curación, ya que impulsan al cliente en una trayectoria de auto-organización saludable que alcanza su culminación en una experiencia significativa, emocionalmente diferenciada e integradora" (p. 10).

El duelo es una transición evolutiva tras la muerte y la pérdida, en la que los procesos narrativos y la reconstrucción del significado desempeñan un papel importante en la curación. De hecho, las pérdidas pueden facilitar el crecimiento personal y poseen un papel central en el cambio terapéutico (Sayar & Hjeltnes, 2021). La TFE ayuda a los clientes a procesar productivamente la tristeza y el dolor emocional (Paivio & Pascual-Leone, 2010; Rosner et al., 2011; Sharbanee & Greenberg, 2022; Kramer & Pascual-Leone, 2015). La forma más plena de duelo implica integrar los aspectos buenos de la relación para poder llevar el amor por el otro después de la pérdida (Elliott & Greenberg, 2021).

Según Larson (2020), este enfoque con los afligidos ayuda a explicar la "paradójica realidad clínica de que el dolor de la pérdida en realidad ayuda a procesar la pérdida, en otras palabras, para cambiar el dolor, hay que experimentar el dolor" (p. 246). Por lo tanto, como el modelo de TFE propone que "la única salida es a través" [del dolor] (Pascual-Leone, & Greenberg, 2007, p. 875), la naturaleza y los principios de este enfoque con apoyo empírico se ajustan a las necesidades de los afligidos facilitando la integración de la pérdida.

A pesar de esta experiencia adaptativa pero dolorosa, la interrupción de la tristeza y el dolor provoca una reacción de duelo complicado. Los clientes pueden ser incapaces de hacer frente a una pérdida importante e incapaces de seguir adelante. A menudo, necesitan aprender a expresar la rabia o la culpa no resueltas para poder seguir adelante. También pueden necesitar desarrollar un sentido más fuerte de sí mismos para creer que pueden arreglárselas sin la otra persona (Greenberg, 2009).

A veces, el duelo puede estar bloqueado por otros estados emocionales, como la culpa (por ejemplo, en procesos autoevaluativos), el miedo o la evitación/bloqueo de la emoción (por ejemplo, en procesos autointerruptivos). A veces, durante el trabajo de duelo y luto, se accede a otros núcleos emocionales de dolor (es decir, emociones primarias desadaptativas) (Sharbanee & Greenberg, 2022) y es necesario sanarlos. En esos procesos terapéuticos, el fallecido desempeñó un papel en los recuerdos emocionales esquemáticos (por ejemplo, ser la única persona que calmó alguna vergüenza profunda) a los que ahora se puede acceder y transformar. Así, la vergüenza, el miedo o la tristeza pueden ser accedidos y transformados (Timulak, 2015) y ayudar a integrar la pérdida.

Aunque se han desarrollado enfoques de TFE para trabajar con el duelo (véase una revisión reciente en Sharbanee & Greenberg, 2022), ésta es una propuesta concreta, innovadora y tentativa que puede adaptarse con clientes específicos en duelo en el contexto particular de la pandemia del COVID-19 y las emociones que desencadena. El acceso y simbolización de las emociones es el proceso terapéutico central en TFE, pero abordaremos esas emociones con tareas experienciales específicas que pueden adaptarse al proceso de clientes concretos. La intervención sigue el enfoque de módulos propuesto en TFE desde una mirada transdiagnóstica (Timulak & Keogh, 2022), ayudando al clínico a estructurar un tratamiento breve para el duelo en el contexto pandémico.

Tipos de expresión de las emociones

La TFE trabaja de forma diferencial con distintos tipos de emociones. Se distingue entre emociones primarias adaptativas, primarias desadaptativas, secundarias e instrumentales (Elliott & Greenberg, 2021).

1.1. Emociones adaptativas primarias

Las emociones adaptativas primarias son la primera reacción ante una situación y movilizan a la persona con tendencias de acción que le ayudan a satisfacer sus necesidades en la situación presente. Por ejemplo, la tristeza ante la pérdida que busca consuelo, el duelo que deja ir lo irrevocablemente perdido, la soledad que busca al otro, el dolor/daño que expresa una herida o un sentimiento de ruptura, el miedo ante la amenaza, la ira ante la violación o la desesperanza que deja ir una necesidad que ya no puede ser satisfecha (Kramer & Pascual-Leone, 2015).

El objetivo terapéutico con estas emociones es ayudar a los clientes a utilizar la información que aportan para guiar su acción. A continuación, veremos algunas de las emociones adaptativas más comunes en el trabajo del duelo.

TRISTEZA

La emoción más importante y dominante en el trabajo con el duelo es la tristeza/duelo ante la pérdida (Paivio & Pascual-Leone, 2010b; Pinto et al., 2021; Rosner et al., 2011). Este estado cognitivo-afectivo es cualitativamente diferente de la tristeza relacionada con la desesperanza (habitualmente secundaria), o de la tristeza relacionada con la soledad (primaria desadaptativa), estando más ligada al sentimiento de pérdida y siendo más claro su objeto de dolor. Como decíamos, se entiende que este tipo de tristeza surge de la separación o de la pérdida y permite elaborar la misma apuntando a la causa del duelo (Greenberg & Paivio, 1997; Pinto et al., 2021). Procesar el duelo y vivir la realidad de la pérdida está íntimamente relacionado con las dos tendencias de acción ordenadas secuencialmente (Paivio & Pascual-Leone, 2010; Pascual-Leone & Greenberg, 2005). La primera tendencia es llorar pidiendo ayuda, buscar consuelo y buscar el objeto perdido. Cuando el llanto de auxilio no funciona, ya sea por una mala respuesta del contexto o una expresión inadecuada del mismo (Timulak & Keogh, 2021), o porque la búsqueda de contacto choca con la ausencia de lo perdido. La segunda tendencia de acción es retraerse y conservar energía para los tiempos difíciles que se avecinan. Es importante comprender que, aunque de carácter relativamente lineal, es natural y de esperar que haya movimiento entre estas dos tendencias y lo que implican.

En el contexto pandémico, Manicheti-Delor y sus colegas (2021) destacaron cómo las familias necesitaban la posibilidad de expresar su tristeza en estos contextos extraordinarios de barreras y contenciones relacionales y emocionales debidas al aislamiento físico. Una encuesta realizada a los dolientes del Reino Unido durante la pandemia informa de intensos sentimientos de tristeza por no poder visitar o despedirse de su familiar moribundo

(Selman et al., 2022). Breen et al. (2021) añaden que la tristeza que emerge de los contextos de pérdida pandémica probablemente perjudicará el funcionamiento de los afligidos, en particular para aquellos que manifiestan angustia por la separación y estrés postraumático.

ENFADO

El enfado es una emoción muy importante en el duelo ya que podría ser una emoción adaptativa primaria que puede facilitar la resolución del duelo (Sayar & Hjeltness, 2021): una vez activada, puede promover la asertividad y evitar los sentimientos intensos y conflictivos encontrando un equilibrio entre ellos.

En ocasiones, el enfado adopta la forma de rechazo del otro (Pascual-Leone y Greenberg, 2007). Por ejemplo, la persona puede culpar al ser querido por no haber tomado medidas de protección contra el COVID-19, o puede culpar a los médicos por no haberse esforzado lo suficiente o no haber proporcionado los cuidados adecuados para evitar la pérdida (Selman et al., 2022). En estos casos, es habitual que este enfado sea secundaria y difumine otras experiencias emocionales primarias, como la tristeza por la pérdida o el miedo a la falta de control ante la muerte.

En otras ocasiones el enfado se manifiesta como un enfado asertivo o protector ante una transgresión de los límites. En este caso, el enfado defiende la autonomía, los propios límites, cuando ha habido un mal trato por parte de los médicos, o normas sanitarias que se viven como profundamente injustas. Este enfado, típicamente adaptativo en primera instancia, cuando es afirmado y validado, guía a la persona y le permite fortalecer el sentido de sí misma (Rosner et al., 2011) y experimentar los beneficios de establecer límites y defender sus necesidades (Sayar & Hjeltness, 2021).

ALEGRÍA NOSTÁLGICA

Abordando ahora los procesos de cambio relacionados con los casos de buen resultado del duelo, es frecuente que los pacientes empiecen a sentir alegría nostálgica al recordar a su ser querido, rememorando momentos significativos y especiales que captan las características únicas de la persona y de la relación. Estas expresiones emocionales de alegría se han encontrado como un predictor de la recuperación de la tristeza del duelo (Bonanno & Keltner, 1997).

Esta emoción adaptativa tiene una cualidad de dulzura con respecto a la tristeza, y son comunes las expresiones de alegría y diversión, como sonreír y reír (Sharbanee y Greenberg, 2022). Estos recuerdos de experiencias positivas pasadas aportan una sensación de vitalidad al yo y de celebración del yo perdido.

GRATITUD

La emoción de gratitud es común en el proceso de duelo, expresando el aprecio por lo bueno recibido del fallecido. Expresar gratitud permite vivir la conexión con la de la relación, perdurando el vínculo a través de saborear y agradecer lo recibido (Sharbanee & Greenberg, 2022). Mientras que el duelo permite aceptar la pérdida, la gratitud permite vivir las nuevas formas de la relación interior al sentir que se han incorporado a uno mismo aspectos que perduran.

COMPASIÓN

La compasión es una emoción clave en el trabajo emocional, es la respuesta adaptativa a la vulnerabilidad (Neff, 2003; Timulak, 2015). Los dolientes experimentan la compasión de otros en su entorno interpersonal y del terapeuta, pero en muchas ocasiones, la compasión surge de uno mismo, al expresar emociones dolorosas, como el duelo. La compasión promueve la tendencia a la acción de consolar, tendiendo la mano para nutrir la

parte dañada y vulnerable, siendo una emoción clave en la transformación (Timulak, 2015) y ayudando a procesar el duelo (Harris, 2021; Sayar & Hjeltnes, 2021; Sharbanee & Greenberg, 2022). Algunas investigaciones destacan el papel protector de la autocompasión en las reacciones complicadas de duelo, ya que promueve la calidad de los vínculos continuos y un funcionamiento global general (Bussolari et al., 2021).

Emoción primaria desadaptativa

Se describen como emociones centrales dolorosas, que la persona siente de forma familiar y algo rígida a lo largo de su vida, constituyendo una vulnerabilidad habitual, y que construyen un sentido deteriorado del yo (una sensación de ser inadecuado, o frágil, típicamente).

En el trabajo terapéutico, buscamos acceder, simbolizar y transformar este tipo de emociones. Las emociones desadaptativas primarias más comunes son la vergüenza ("no soy digno, no lo valgo"), el miedo a la desprotección ("nadie está ahí para mí, estoy solo y desprotegido"), la tristeza/soledad ("anhelo un contacto que nunca llega") (Timulak, 2015).

ABANDONO/TRISTEZA-SOLEDAD
En el trabajo de duelo, a veces aparecen viejas emociones centrales dolorosas, que se ven exacerbadas y desencadenadas por la pérdida y la necesidad y que pueden transformarse. Por ejemplo, la persona puede históricamente haber echado de menos un mayor aprecio, una mayor protección o un mayor afecto por parte del fallecido. Estas emociones de tristeza y soledad vinculadas a esas necesidades tienen una historia anterior a la muerte, y pueden necesitar un tratamiento más prolongado.

En otras ocasiones, la persona fallecida era la única fuente de aprecio, protección o contacto, dejando al doliente en un profundo desamparo. En otros procesos, la persona fallecida era la única fuente de consuelo cuando la persona sentía su dolor nuclear crónico, por lo que el proceso de duelo queda bloqueado por la activación de este dolor que ya no se siente regulado (Gamoneda & Jódar, 2022).

VERGÜENZA/CULPA
Se pueden experimentar sentimientos de inadecuación, autodesprecio y vergüenza cuando los dolientes interiorizan las suposiciones tácitas de la sociedad sobre el dolor y el duelo en cuanto a lo que se espera respecto a la forma "adecuada" de expresar los sentimientos, su duración o incluso su legitimidad. Si estos sentimientos perduran, pueden llevar al doliente al aislamiento y, posteriormente, al aumento de reacciones de duelo complicado. Harris (2021) afirma que la vergüenza crea la necesidad de retraerse, poniendo en peligro el proceso de conexión significativa que más se necesitaba. Otro aspecto importante acerca de la vergüenza es el sentido interno de seguridad que es inhibido y amenazado cuando una dura crítica de sí mismo y el exceso de perfeccionismo conduce a un sentimiento de no ser digno, o que se carece de alguna manera.

En el contexto pandémico, la vergüenza y la culpa solían estar presentes debido a que las personas no podían visitar, consolar y apoyar a sus familiares moribundos (Selman, et al., 2022).

MIEDO/ANSIEDAD
El miedo (en el presente) y la ansiedad (en el futuro) encarnan la señalización de peligro, que nos indica que nosotros o alguien a quien queremos está amenazado (Elliott y Greenberg, 2021). Aunque la naturaleza desconocida de la pandemia de COVID-19 en las primeras fases, así como el número de muertes causadas por la enfermedad, impulsaron estas reacciones adaptativas basadas en el miedo, la sensación

general y continua/crónica de amenaza se convirtió, para algunos individuos, en problemática. Mientras que el miedo nos motiva a escapar de la amenaza o a inmovilizarnos para no llamar la atención, la ansiedad nos motiva a evitar un comportamiento marcado por la preocupación. La necesidad subyacente es la seguridad y está claramente en riesgo para los cuidadores que anticipan los vínculos de apego amenazados por la separación física por pérdida. Aunque la ansiedad anticipatoria puede tener un papel protector ya que evita el contacto con el dolor y el sufrimiento, también impide un procesamiento emocional exitoso y saludable (Timulak & Pascual-Leone, 2014) que puede intensificar las complicadas reacciones de duelo.

La muerte de un ser querido puede experimentarse como algo sin sentido y a veces puede sentirse como una experiencia traumática (Harte et a., 2020), y que ocurra en el contexto pandémico puede aumentar potencialmente la sensación de pérdida traumática (Reitsma et al., 2021). Una experiencia de miedo traumático puede desencadenar la evitación emocional e incluso bloquear el acceso a las emociones dolorosas (véase más adelante cómo tratar los procesos de autointerrupción), lo que puede perturbar el proceso de duelo. Estos esquemas traumáticos basados en el miedo pueden enmarcarse como emociones desadaptativas que deben abordarse en las reacciones de duelo complicado.

Emociones secundarias

Las emociones secundarias son emociones que oscurecen en la conciencia la experiencia de otras emociones primarias. Tapan las emociones anteriores y la persona no es capaz de percibir lo que siente y necesita primariamente. Estas emociones son validadas en terapia, pero en lugar de facilitar la elaboración y expresión de estas emociones, el terapeuta busca profundizar en ellas para acceder a la emoción primaria subyacente, es decir, facilitar la experiencia de la transformación emocional (Elliott & Greenberg, 2021).

La desesperanza, la ansiedad, la irritación que culpa a los demás (encubriendo el dolor nuclear) como una ira de rechazo, son emociones secundarias comunes (Timulak, 2015). Estos procesos emocionales secundarios necesitan ser validados y simbolizados, pero también puenteados para acceder al dolor nuclear. La culpa, la desesperanza, la ansiedad, la incredulidad y la rumiación constante, una "sensación de injusticia y 'protesta de sentido' derivada de la creencia de que las cosas deberían haber sido diferentes" (Sharbanee & Greenberg, 2022, p.5) son emociones secundarias comunes en el proceso de duelo. Esos síntomas secundarios y las estrategias de evitación para afrontarlos son una fuente muy grande de malestar que la persona necesita abordar antes de poder profundizar en las emociones más centrales descritas anteriormente (Timulak & Keogh, 2021).

Emociones instrumentales

Las emociones instrumentales se expresan para conseguir objetivos relacionales, como la tristeza que se expresa para buscar consuelo, o la ira que la persona utiliza para conseguir intimidación y obediencia en los demás. Cuando estas emociones aparecen en el proceso terapéutico, el terapeuta facilita la sustitución de estas expresiones por peticiones honestas y directas de los objetivos que la persona intenta alcanzar (Greenberg, 2011).

Procesos emocionales en el duelo complicado

Las diferentes dificultades psicológicas sintomáticas se entienden en TFE por diferentes procesos emocionales: falta de conciencia emocional, falta de regulación, presencia de emociones desadaptativas o

expresión inadecuada de las emociones en contextos interpersonales (Greenberg, 2011). La TFE distingue entre tipos de duelo basándose en la etiología emocional subyacente, más que en la expresión de los síntomas (Sharbanee y Greenberg, 2022). Así, en el proceso típico o no complicado, el duelo es una emoción adaptativa en torno a la pérdida (Sharbanee y Greenberg, 2022). Sin embargo, en las reacciones de duelo complicado, aparecen otros procesos emocionales, como la culpa (por ejemplo, en el proceso de autoevaluación) o el miedo/emoción de bloqueo (por ejemplo, en el proceso de autointerrupción), que bloquean el duelo natural. A veces, durante el trabajo de duelo y luto, prevalecen otros dolores emocionales centrales (es decir, emociones primarias desadaptativas) y el proceso de duelo también se bloquea.

Cambio de emociones

La TFE propone diferentes principios de cambio emocional (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2011) diseñados para ayudar a las personas a aceptar, expresar, regular, dar sentido y, en última instancia, transformar las emociones difíciles. Otro sello distintivo de TFE es la facilitación de estos procesos emocionales a través de tareas que se proponen cuando aparece un estado problemático específico en el cliente (por ejemplo, el estado de autocrítica se abordaría con la sugerencia de la tarea de diálogo de dos sillas).

El cambio emocional requiere tanto que la emoción primaria desadaptativa sea activada (Warwar, 2005) como que se atienda de forma productiva. El procesamiento productivo implica que el cliente experimente atención consciente y aceptación de la emoción, la exprese de forma congruente, la simbolice con palabras y la experiencia se diferencie, regule y viva con un sentido de agencia (Auszra y Greenberg, 2007). Las emociones adaptativas primarias se experimentan como resultado de este procesamiento productivo, y transforman las emociones desadaptativas previas, a través de la reconsolidación de la memoria (Greenberg, 2021). Como proceso final de consolidación, la codificación de las emociones en la narrativa tiene una fuerte función de *dar sentido*, e inherentemente regular el dolor y hacerlo menos desorientador (Sharbanee & Greenberg, 2022; Kennedy-Moore & Watson, 1999).

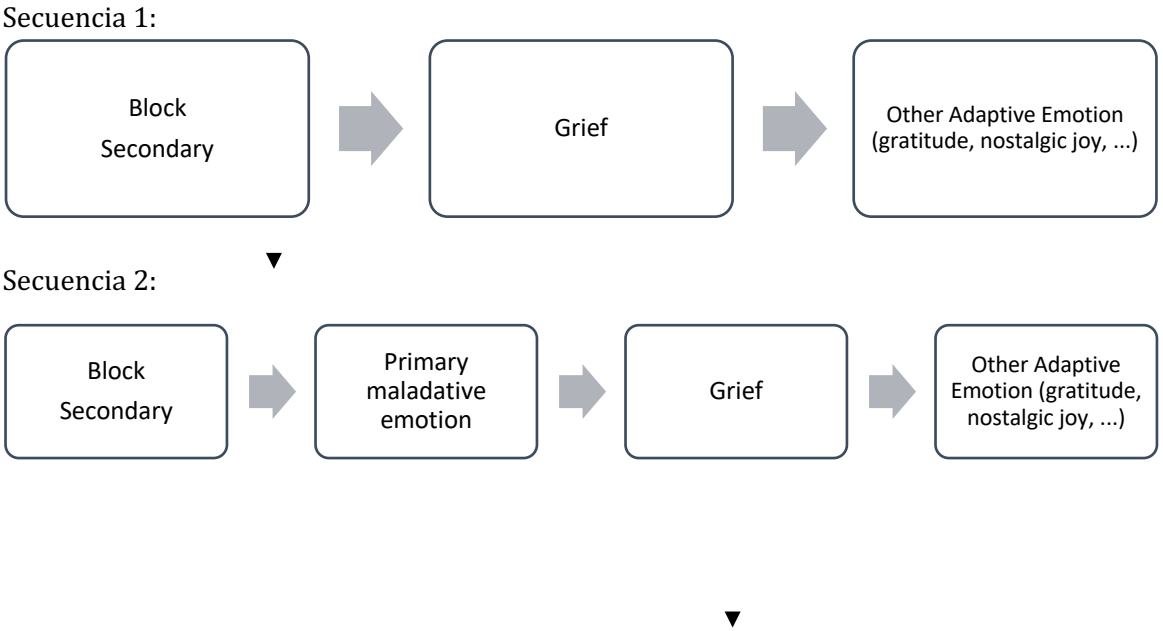
Secuencias emocionales en el duelo complicado

Es importante señalar que, aunque a continuación hablaremos de secuencias, éstas no son equivalentes a las etapas o tareas que proponen otros modelos de duelo. Las secuencias emocionales ocurren momento a momento, inmersas en el trabajo de las diferentes tareas de la sesión y siguiendo el flujo dinámico de procesamiento emocional que es característico de la vivencia del cliente (Sharbanee & Greenberg, 2022). Estas secuencias se presentan de forma lineal, ya que unas emociones suelen preceder y dar lugar a otras. Sin embargo, no debemos olvidar que el curso natural de las secuencias de procesamiento emocional evidenciadas por el experienciar (*experiencing)* del cliente suelen producirse de forma recursiva, ya que los clientes suelen oscilar entre estados emocionales, y en ocasiones se dan pasos hacia atrás, para permitir posteriores pasos hacia delante (Pascual-Leone, 2009).

Podemos entender dos tipos de secuencias en el duelo complicado (véase la figura 7): En la primera secuencia, el proceso central consiste en superar el bloqueo emocional y las emociones secundarias, para poder elaborar plenamente el duelo. Tras la elaboración y expresión de la tristeza y la diferenciación de la rabia y la tristeza (si es necesario), pueden aparecer otras emociones adaptativas, como la compasión, la gratitud, la alegría nostálgica. En

esta primera secuencia, el acceso al duelo es el principal proceso de cambio, un proceso ampliamente observado en la experiencia clínica ("Muchas personas se benefician del duelo abriéndose y dejando fluir las lágrimas" en Sharbanee & Greenberg, 2022, p. 5).

Figura 7. Dos secuencias de emociones en el trabajo de duelo complicado (Sharbanee & Greenberg, 2022)



En la segunda secuencia, se suele acceder al duelo después de trabajar con heridas históricas (es decir, emociones desadaptativas primarias) en las que el ser querido perdido desempeñó un papel. En estas secuencias, tras la validación y superación de bloqueos y reacciones secundarias es necesario trabajar con la vergüenza central, la vulnerabilidad basada en el miedo o la soledad/abandono. Tras el acceso y simbolización de estas emociones primarias, es probable que aparezca el duelo y otras emociones adaptativas (Timulak, 2015), ya que "es ese dolor el que suscita la compasión y alberga los recuerdos de alegría y la gratitud resultante" (en Sharbanee & Greenberg, 2022, p. 8).

Así, "el procesamiento productivo del duelo complicado requiere que los clientes sean guiados desde sus reacciones secundarias, a sus emociones desadaptativas primarias, como la vergüenza, la indignidad, la inseguridad y la vulnerabilidad, y luego a la plena expresión

▼

tanto del enfado asertivo por los fallos del pasado y su dolor por la pérdida, como de su compasión y alegría nostálgica" (en Sharbanee & Greenberg, 2022, p. 10). El progreso a través de esta secuencia de procesamiento emocional se ha asociado con la profundización de la experiencia en sesión (Pascual-Leone & Greenberg, 2007) y con resultados clínicos positivos a través de varios trastornos clínicos y terapias (véase Pascual- Leone & Kramer, 2019, para una revisión). Pinheiro et al. (2021) en un estudio comparativo de un caso de buen resultado y un mal resultado de un ensayo clínico de terapia constructivista para el duelo complicado revelan la facilitación terapéutica del procesamiento emocional durante la terapia. El procesamiento emocional se asocia: a) con el cambio de las emociones desadaptativas relacionadas con el duelo, b) con la capacidad de adaptarse a la nueva vida sin el fallecido basándose en las aportaciones saludables dadas por sus emociones, y c) con

las mejoras generales de los síntomas en el caso de buen resultado.

Trabajar el duelo con TFE en tiempos de pandemia de COVID-19

Aunque se han desarrollado enfoques de TFE para trabajar con el duelo (Sharbanee & Greenberg, 2022), nuestro objetivo aquí es presentar una propuesta innovadora y tentativa adaptada para clientes en duelo en en el contexto específico de la pandemia del COVID-19. La intervención sigue el enfoque de módulos propuesto desde la mirada transdiagnóstica de la TFE (Timulak & Keogh, 2022), ayudando al clínico a estructurar un tratamiento breve para el duelo en los retos específicos del contexto pandémico.

Construir una alianza de trabajo productiva: compasiva, arraigada en la presencia terapéutica y sintonía empática. Estos son los principios básicos de la relación que se construyen sobre la base de una relación genuinamente valiosa con una precisión en la atención y la decodificación de la experiencia del cliente (Elliott & Greenberg, 2021).

Formulación del caso del proceso de duelo en términos emocionales: guiar la terapia hacia el bloqueo central del duelo adaptativo (Shabernee, & Greenberg, 2022, p.10). "...un proceso emocional de bloqueo no resuelto es lo que distingue un proceso de duelo complicado de un proceso de duelo normal" (p.5). Por lo tanto, comprender el bloqueo emocional y transformarlo será el punto crucial para la formulación del caso (véanse las secuencias esbozadas anteriormente).

Escuchar los marcadores (signos de estados emocionales problemáticos en el cliente):

Autocrítica: a veces el bloqueo emocional puede ser una forma interna de crítica (autocrítica). Esta autocrítica puede enfatizar el miedo a haber contaminado al fallecido, a no haber sacado al familiar de la residencia de ancianos, a no poder despedirse, a no poder participar en los rituales, etc.

Proceso de autointerrupción: Proceso de interrupción de la experiencia, a través de pensamientos como "no sirve de nada sentir este dolor" o evitar escenarios "no voy a ir a su barrio, no quiero pasarlo mal, me supera".

Marcadores de asuntos no resueltos: Sensación de duelo incompleto o no expresado, o asuntos no resueltos hacia el fallecido.

Protesta de significado: La persona está atascada, incapaz de procesar una experiencia que ha roto creencias fundamentales.

Reacción problemática: La persona no comprende el significado de sus reacciones y se siente perpleja ante sus emociones.

Presión narrativa relacionada con la pérdida traumática: Hay elementos traumáticos que una persona necesita abordar.

ESCUCHA LOS TEMAS Y LAS EMOCIONES: LA VIVENCIA DEL DUELO EN COVID-19 A TRAVÉS DE LA LENTE DE LA TFE

A) EL CARÁCTER DESCONOCIDO DE LA MUERTE

Diferentes aspectos relacionados con el carácter desconocido de la muerte (como la incapacidad para determinar el significado de los acontecimientos relacionados con la enfermedad, la imprevisibilidad de los síntomas, la falta de claridad sobre las opciones de tratamiento o la gran desinformación general), pueden desencadenar mucha ira y marcadores de protesta de significado (por ejemplo, hacia los médicos y hacia las políticas gubernamentales). Esto requiere una tarea de reconstrucción del significado, para ayudar a los clientes a expresar las especificidades de su pérdida y los significados asociados a ella, acceder y especificar las creencias personales

que fueron violadas y recrear el significado cuando las creencias personales se rompen por las circunstancias implicadas en la pérdida.

Hay que procesar mucha rabia y mucho miedo. La sintonía empática es clave para ayudar a diferenciar estas emociones fuertes e importantes, que pueden aparecer formando una mezcla compleja de miedo e ira.

B) NO PODER DESPEDIRSE

Parte del profundo dolor por la pérdida durante el COVID-19 proviene de no poder despedirse. Algunos clientes muestran una especie de shock y miedo/ansiedad relacionados con la incredulidad. No saber cómo fue enterrado el cuerpo o no tener un recuerdo del contacto con el cuerpo, puede desencadenar esas emociones que necesitan ser simbolizadas y profundizadas mientras se activan. Este proceso promoverá la aceptación de la muerte (Sayar & Hjeltnes, 2021; Sharbanee & Greenberg, 2022).

Algunos aspectos de la experiencia son más traumáticos y abrumadores (por ejemplo, la muerte repentina, sin ataúdes disponibles). Por lo tanto, será clave ayudar a las personas a volver a contar la historia y, al mismo tiempo, centrarse y despejar un espacio (Elliott y Greenberg, 2021) para ayudar a las personas a regular las reacciones emocionales subreguladas y acceder a la experiencia con un sentido de agencia.

C) AISLAMIENTO FÍSICO Y FALTA DE APOYO

Algunas de las experiencias más singulares en la pérdida durante COVID-19 están relacionadas con el aislamiento físico y la falta de apoyo de la persona en duelo. Se esperarán marcadores de vulnerabilidad (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021), cuando los clientes expresen angustia por fuertes sentimientos negativos relacionados con sí mismos (generalmente con desesperanza y sensación de aislamiento). La afirmación empática y el auto-consuelo compasivo son tareas disponibles para facilitar el proceso.

Algunos clientes pueden expresar dolor al imaginar el aislamiento físico y la falta de apoyo que pudo sufrir el ser querido fallecido. Este proceso puede entenderse como un asunto inacabado, y el trabajo en silla ayudará a los clientes a procesar esta herida y este dolor (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021).

Comprender y co-construir los principales bloques del duelo

A veces, el fallecido está vinculado a la emoción desadaptativa primaria, por haber sido la persona despectiva, abandonadora o humillante. En otras ocasiones, el fallecido era la única persona que constituía una fuente de consuelo frente a las emociones dolorosas crónicas. En este caso, el duelo se complica porque la persona se siente más desprotegida ante su propio dolor familiar.

FACILITAR LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

Es muy importante tener en cuenta las habilidades de regulación emocional, ya que el trabajo emocional activo debe facilitarse sólo cuando sabemos que la persona posee habilidades de regulación adaptativa. En caso de abuso de sustancias, autolesiones o procesos muy frágiles, es muy relevante trabajar previamente la regulación emocional (Greenberg, 2011). La alianza terapéutica es la herramienta fundamental que generará un aumento de la competencia de regulación emocional del cliente. Además de la relación, contamos con diferentes tareas que promueven un aumento de la regulación emocional, ante estados problemáticos concretos:

1. Afirmación empática para estados de vulnerabilidad
2. Auto-consuelo compasivo

3. Despejar un espacio

TRABAJAR CON EL SENTIMIENTO DE CULPA Y OTROS SÍNTOMAS COMUNES

Si a través de la sintonía empática no podemos superar las emociones secundarias y los procesos de bloqueo, disponemos de tareas activas que pueden facilitar el proceso. Trabajamos con el diálogo de las dos sillas para trabajar la culpa y otros procesos sintomáticos, que bloquean la elaboración del duelo (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021). En esta tarea, se invita al cliente a representar la voz interna que culpa, induce ansiedad, interrumpe o lanza pensamientos obsesivos o cavilaciones. Una de las ganancias que aporta esta tarea es la experiencia de agencia que tiene el cliente en el proceso de generación de esta sintomatología. Al invitar a la persona a cambiar de silla, las experiencias desadaptativas primarias pueden emerger, simbolizarse y expresarse. En este proceso es muy importante la expresión de las necesidades experienciales a la otra parte del Self, es decir a la otra voz. Esto permite el proceso de transformación en la voz que antes culpaba, interrumpía o asustaba. Emociones adaptativas transformativas pueden emerger en este proceso. TFE ofrece un trabajo de silla diferente para cada proceso:

4. Culpa: trabajo de las dos sillas
5. Auto-preocupación (crisis de ansiedad)
6. Auto-interrupción
7. Rumiación/proceso obsesivo (véase Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021)

TRABAJAR CON LAS EMOCIONES PRIMARIAS

El trabajo en silla con el otro significativo es la tarea más emblemática del trabajo de duelo complicado en TFE (Sharbanee & Greenberg, 2022). En una silla vacía, se facilita la presencia del otro significativo, para que el cliente pueda acceder y expresar las emociones que emergen al estar en contacto con el fallecido (Elliott & Greenberg, 2021). El objetivo es acceder y diferenciar las emociones adaptativas y, si es necesario, trabajar con las emociones desadaptativas primarias. Para ello, si es congruente con la formulación del caso, momento a momento, se suele sugerir al cliente que ocupe la silla del otro, y desde esta posición, escenifique al otro negativo vertiendo su mensaje (por ejemplo, avergonzar o dejar solo) al yo experiencial de la otra silla. Esto facilita, cuando el cliente cambia de silla, el acceso a las emociones nucleares crónicas. En este punto es crucial simbolizar y expresar estas emociones, para que puedan procesarse de forma productiva. En las etapas posteriores de esta tarea, facilitamos la emergencia de emociones adaptativas (Elliott & Greenberg, 2021).

CONSOLIDACIÓN EN LA NARRATIVA:

El proceso terapéutico de acceso a las emociones primarias adaptativas y de transformación de las emociones primarias desadaptativas puede consolidarse en narrativas que reúnen elementos de la historia personal, del pasado y del futuro anticipado, dando lugar a un nuevo sentido de identidad (Cunha et al., 2016). Pero la reflexión y la reconstrucción narrativa requieren previamente que se sienta el dolor del duelo, como abordamos anteriormente.

Cuando la persona siente plenamente su emoción primaria, es capaz de articular la necesidad implícita en ella y se siente con derecho a que se satisfaga esa necesidad o a descubrir lo que ha anhelado. Esta articulación de las necesidades nos permite sentir nuevas emociones adaptativas, normalmente compasión y enfado asertivo. Para decir adiós, tenemos que decir y sentir todo lo que estaba sin articular e implícito en nuestras emociones. Todos los momentos significativos de cambio

están anclados en encuentros experiencialmente vívidos con uno mismo y con los demás, más que en comentarios, interpretaciones o instrucciones terapéuticas, aunque éstas tendrán un papel importante en una fase posterior para la consolidación de una nueva e integrada auto-narrativa (Neimeyer et al., 2009).

En este proceso de consolidación de la elaboración del duelo, construyendo nuevas narrativas identitarias, podemos seguir la tarea de reconstrucción del significado (Elliott & Greenberg, 2021) y la tarea de exploración empática (Elliott et al., 2004).

Conclusiones

Como modelo humanista, de proceso-experiencial, el enfoque de TFE requiere el desarrollo de un entorno relacional específico, caracterizado por un terapeuta que está totalmente presente para el otro y en sintonía con el procesamiento emocional de flujo dinámico que es característico de la experiencia del cliente. La TFE ayuda a los clientes en duelo a desbloquear los procesos interruptivos y a entrar en contacto con las emociones primarias. En este proceso, los terapeutas facilitan el acceso, la simbolización, la expresión y la regulación de las emociones centrales de los clientes. A veces, este proceso implica la transformación de dolores nucleares como el miedo al trauma, la vergüenza o la soledad y el abandono. En la mayoría de los procesos, el terapeuta es testigo del dolor devastador de la pérdida irrevocable que supone la muerte. Sin embargo, los terapeutas también son testigos de los recursos de los pacientes, lo que provoca emociones adaptativas profundas también en el terapeuta: tristeza y compasión ante la vulnerabilidad, alegría ante la curación o admiración ante el despliegue de los recursos que los clientes ponen en marcha y les guían de vuelta a la vida.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL DUELO TRAS EL COVID-19

Es fundamental para el modelo cognitivo que los seres humanos se rijan por procesos cognitivos. Una conceptualización cognitivo-conductual del duelo complicado (DC) presenta tres *procesos centrales* como cruciales para el desarrollo y mantenimiento del DC: a) la integración insuficiente de la pérdida en la base de conocimiento autobiográfico, b) las creencias globales negativas y las interpretaciones erróneas de las reacciones de duelo, y c) el uso de estrategias de evitación ansiosas y depresivas (Boelen et al., 2006b). Estos tres procesos son importantes, ya que cada uno de ellos contribuye a los diferentes resultados clínicos que constituyen el DC. Se supone que una conexión insuficiente entre la realidad de la pérdida y la base de conocimiento autobiográfico abstraído genera síntomas clave del DC como incredulidad, recuerdo involuntario y conducta de búsqueda. Las creencias globales negativas están conectadas con el anhelo, la ira, la culpa y otras emociones asociadas al DC y las interpretaciones erróneas de las reacciones de duelo generan malestar y miedo. El último proceso central, las estrategias de evitación ansiosas y depresivas, alimentan el entumecimiento, el desapego y las dificultades para imaginar una vida significativa (Boelen et al., 2006b; 2007). Esta conceptualización de la DC ofrece un marco para la generación de hipótesis sobre los mecanismos subyacentes a la DC que posteriormente se pueden informar en una intervención terapéutica.

Para el propósito de este manual, utilizaremos esta conceptualización de DC, así como la investigación realizada por el psicólogo holandés Paul Boelen y sus colegas sobre la Terapia Cognitivo Conductual para el duelo complicado desde una mirada transdiagnóstica para tratar a adultos en terapia individual (Boelen et al., 2006b; 2007). Este trabajo constituirá un punto de partida para elaborar sobre cómo la TCC puede ser utilizada para llevar a cabo la terapia con individuos en duelo durante la pandemia de COVID-19 y donde existe la necesidad de trabajar terapéuticamente para prevenir el duelo complicado. Como se presenta en el capítulo 2 de este manual, las circunstancias específicas y las restricciones que rodean la muerte y el morir durante la pandemia de COVID-19 han tenido un gran impacto en la experiencia del duelo y la aflicción en el sur de Europa. Por lo tanto, un enfoque de TCC para prevenir el duelo complicado tras la pandemia, deberá tener en cuenta estos aspectos específicos del duelo en la era COVID-19. Las intervenciones de terapia cognitivo-conductual o TCC, incluida la exposición, la reestructuración cognitiva y la activación graduada, han resultado eficaces para aliviar las reacciones de duelo complicado en investigaciones realizadas antes de la pandemia de COVID-19 (véase Johannsen et al., 2019; Bryant et al., 2017; Currier et al., 2010; Boelen et al., 2007).

Insuficiente integración de la pérdida en la base de conocimientos autobiográficos

Una característica clave del duelo complicado es que a los afligidos se les recuerda constantemente a la persona que han perdido, aunque la separación absoluta y la finalidad de la pérdida parecen irreales y los recordatorios de esta realidad siguen creando dolor y angustia intensos (Boelen et al., 2006b). En la TCC este fenómeno se explica proponiendo que la separación está insuficientemente comprendida e integrada en la base de conocimientos autobiográficos. La información de la pérdida no se ha incorporado a la memoria existente, lo que explica por qué el dolor emocional no remite con el tiempo. Cuando se trabaja para prevenir el desarrollo de duelos complicados, puede ser útil ayudar a los clientes a comprender, aceptar e integrar su pérdida en su base de conocimientos existente y en su narrativa vital. Sin embargo, este aspecto podría resultar especialmente difícil para los afligidos durante el COVID-19. Para muchas personas en duelo, la incertidumbre sobre los acontecimientos que rodearon la muerte fue una característica clave, haciendo que la narrativa de la pérdida fuera particularmente difícil de entender e incorporar al conocimiento existente (Boss et al., 2021). Además, cuando la muerte es traumática, los recuerdos por definición son muy difíciles de incorporar al conocimiento autobiográfico existente (Boelen et al., 2006b), lo que de nuevo sitúa el duelo durante el COVID-19 en riesgo de ser particularmente difícil de procesar (Testoni et al., 2021).

Un aspecto clave de los pacientes que sufren reacciones de duelo complicado es el uso de la evitación como estrategia para mantener a raya los sentimientos dolorosos y la realidad de la pérdida. Por lo tanto, el tratamiento de este aspecto del duelo complicado requiere enfrentarse a la realidad de la pérdida y comprometerse con las señales internas y externas relacionadas con la realidad de la muerte (Boelen et al., 2007). En la TCC, el método utilizado para este fin es la exposición. Cuando se trabaja para prevenir el desarrollo del duelo complicado, los clientes que parecen confiar en el uso de la evitación como estrategia de afrontamiento, podrían beneficiarse de un enfoque similar.

La exposición implica la confrontación (gradual) con estímulos específicos internos y externos relacionados con la pérdida, como

recuerdos, objetos y situaciones, que han sido evitados por el doliente (Boelen et al., 2021). El objetivo es integrar la pérdida en la memoria autobiográfica y aumentar la conectividad en la narrativa vital de la persona. Los ejercicios generales de exposición incluyen que el doliente vuelva a contar las circunstancias de la pérdida, que articule y elabore las consecuencias de la pérdida para sí mismo, el futuro y la relación con el fallecido, y que experimente y exprese la angustia de separación relacionada con esta realidad (Boelen et al., 2021). Las intervenciones y los métodos aplicados en esta fase tienen como objetivo ayudar al doliente a relacionarse y comprender, tanto con el cerebro como con el corazón, que el fallecido ha muerto y no va a volver. El objetivo es poder aceptar la finalidad de la pérdida. En la terapia, es de suma importancia que el psicólogo sea empático y afectuoso y cree un espacio seguro que permita al doliente explorar estos aspectos dolorosos y difíciles (Boelen et al., 2007).

INICIO DE LA INTERVENCIÓN

La terapia de exposición se basa en la noción de que evitar los recordatorios de la pérdida es un factor clave que contribuye y mantiene el duelo complicado y que, para que se produzca la recuperación, es importante que los pacientes se enfrenten gradualmente a estos recordatorios y elaboren las implicaciones de la pérdida (Boelen et al., 2007). Al iniciar la terapia, es importante explicar este razonamiento al doliente, para que comprenda el propósito de la confrontación, a menudo dolorosa. En algunas intervenciones de TCC en el duelo, se pide al doliente que cuente la historia de su pérdida en las primeras sesiones, para que el terapeuta pueda identificar los aspectos de la pérdida que son particularmente angustiosos. Se identifican tanto los estímulos internos, como recuerdos y pensamientos, como los externos, como lugares y personas, que tendían a evitar.

Esta narración inicial de la historia de la pérdida proporciona información sobre los tres núcleos procesados

a) insuficiente integración de la pérdida en la base de conocimientos autobiográficos
b) creencias globales negativas e interpretaciones erróneas de las reacciones de duelo
c) el uso de estrategias de evitación ansiosas y depresivas

Permite al terapeuta crear hipótesis sobre cuáles son los aspectos más críticos en el proceso de duelo y dónde debe centrarse la terapia (Boelen et al., 2006b, Boelen et al., 2007).

En terapia, la exposición imaginaria a temas de conversación relevantes que pueden promover la aceptación de la realidad de la pérdida puede incluir:

CAMBIOS EN LA IMAGEN DE SÍ MISMO Y EN LA IDENTIDAD DE LOS AFLIGIDOS

Las conversaciones en terapia pueden centrarse en cómo se ve ahora la persona en duelo y cómo es su "nuevo yo". Para que la persona en duelo acepte que existe una nueva versión de sí misma, debe aceptar que ha perdido a una persona importante en su vida y, por tanto, aceptar la muerte. Esto podría llevarse a cabo explorando la nueva imagen de sí mismo e identificándose con respecto a las funciones y responsabilidades en la familia o en relación con la red social más amplia. ¿Qué significa pasar de formar parte de una pareja a estar ahora solo en un contexto social? A menudo, las personas en duelo dicen que sienten como si hubieran perdido parte de sí mismas - puede ser útil poner esto en palabras, así como validar esa experiencia. Para las personas en duelo durante COVID-19, puede existir la noción de que la pandemia tuvo un impacto fundamental en sus vidas y en su identidad. A través de la pérdida de un ser

querido, pero quizás también debido a otras pérdidas, por ejemplo, sus trabajos, estabilidad financiera, confianza en las autoridades y cambios en las redes sociales (Kokou-Kpolou et al., 2020), lo que añade un nivel de complejidad a la hora de aceptar un cambio en la imagen de uno mismo.

PLANES Y EXPECTATIVAS DE FUTURO

En terapia, el doliente puede reflexionar sobre los sueños rotos y los planes de futuro, los posibles cambios en las circunstancias económicas y prácticas, y las situaciones en las que el fallecido estará "desaparecido." Hablar del futuro significa aceptar que será un futuro sin el ser querido y, por tanto, aceptar la muerte. También puede ser necesario hablar de "lo que no pudimos hacer", "lo que no nos contaron" y/o los conflictos no resueltos. En el caso del duelo durante la pandemia de COVID-19, muchos perdieron a seres queridos sin mucho aviso ni tiempo para despedirse. Este aspecto de "asuntos pendientes" puede complicar gravemente el proceso de duelo, ofreciendo emociones de culpa por no haber estado al lado del ser querido o de rabia por habérselo impedido (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022; Mencacci & Salvi, 2021; Testoni et al., 2021).

RELACIÓN CON EL FALLECIDO

La terapia puede abordar quién era el fallecido como persona, qué es lo que más se echa de menos y qué es lo que quizá no se eche de menos. Al hablar de la persona y de los recuerdos en pasado, el doliente se enfrenta al presente sin su ser querido. El terapeuta puede preguntar sobre ejemplos de momentos cotidianos y cómo el fallecido puede tener un papel en la vida de la persona en duelo, por ejemplo, a través de rituales, recuerdos, conversaciones con otras personas sobre el fallecido, etc. Reestructurar la relación requiere alguna forma de aceptación y esto puede ser difícil, si el duelo se siente ambiguo debido, por ejemplo, a no haberse despedido del ser querido por las restricciones de la emergencia pandémica. Esto debe reconocerse y quizás un ritual o ceremonia para marcar la muerte en esta etapa posterior, puede ser útil para que el cliente pueda decir el último adiós (Menichetti-Delor et al., 2021).

LAS EMOCIONES DOLOROSAS

Los dolientes que sufren un duelo complicado pueden evitar las emociones dolorosas porque les recuerdan la pérdida. En terapia, las conversaciones pueden centrarse en los sentimientos que perturban al doliente. ¿Cómo los experimenta y cómo puede afrontarlos? ¿Es posible "quedarse" con los sentimientos, esperar y dejar que pasen? ¿Existen emociones que el doliente teme o de las que se avergüenza? ¿Están los sentimientos ligados a recuerdos, temores sobre el futuro, tal vez temas existenciales como la soledad y el sinsentido? Los estudios sobre Los dolientes de la pandemia de COVID-19 revelaron que los niveles más altos de angustia psicológica, como la ira, la culpa y la vergüenza, estaban entrelazados con su visión de la pandemia (Gullo et al., 2022). Si los dolientes pueden comprender mejor sus sentimientos y tener la oportunidad de expresarlos, en lugar de reprimirlos, esto puede ayudar a iniciar un proceso de adaptación posterior.

Para trabajar con estímulos externos como la evitación de lugares físicos, objetos y personas, se puede introducir la exposición in vivo junto con la exposición en imaginación a través de la conversación. Para los afligidos durante la pandemia, esto podría consistir en visitar el hospital donde murió el ser querido o buscar información del personal del hospital que estuvo con el ser querido en las últimas horas. Podría ser visitar lugares que recuerdan a la persona que han perdido y que han evitado. La exposición in vivo puede resultar abrumadora para el doliente, por lo que se recomienda encarecidamente adoptar un enfoque gradual, enfrentándose primero a los aspectos menos

perturbadores y acercándose gradualmente a los lugares y objetos más angustiosos. Hay que mantener un contacto estrecho y "comprobar" continuamente con el cliente que la exposición no le está causando demasiada angustia (Boelen et al., 2006b). Poco a poco, la terapia de exposición debe permitir al doliente comprender y afrontar la realidad de la pérdida e incorporarla a la historia de su vida.

Creencias globales negativas e interpretaciones erróneas de las reacciones de duelo,

Perder a un ser querido puede sentirse como si tu comprensión del mundo se hubiera puesto patas arriba: ya no tiene sentido y tus cimientos existenciales se han tambaleado. Esto puede crear creencias globales negativas sobre uno mismo, los demás y el futuro, que se consideran especialmente críticas en el desarrollo y mantenimiento de las reacciones de duelo complicado. Cuando se trabaja para prevenir el desarrollo de reacciones de duelo complicado, puede ser útil explorar y abordar las posibles creencias negativas e interpretaciones erróneas. Las interpretaciones catastróficas erróneas de las reacciones de duelo contribuyen a que los dolientes sientan pérdida de control, angustia y, como resultado, los dolientes a menudo utilizan estrategias de evitación ansiosa con el fin de minimizar los sentimientos y pensamientos de la pérdida. A su vez, estos dos procesos cognitivos provocan fuertes emociones negativas como la ira, la culpa y el miedo (Boelen et al., 2006b). Durante la pandemia, la adaptación de las creencias globales negativas puede haber sido un reto particular para los afligidos. Muchos sufrieron múltiples pérdidas y factores de estrés. No sólo perdieron a un ser querido, sino también su medio de vida, su fe en las autoridades, su red social, etc. (Cipolletta et al., 2022; Gullo et al., 2022). Para adaptarse a estas pérdidas y a la vida cotidiana sin la persona fallecida, es importante trabajar para restablecer un sentimiento de confianza en uno mismo y en los demás, en la vida y en el futuro, asumiendo la pérdida y aceptando los pensamientos y sentimientos asociados (Boelen et al., 2006).

Mediante la TCC, una forma de trabajar para restablecer la confianza global es a través de la reestructuración cognitiva (RC). La RC tiene como objetivo identificar y desafiar las cogniciones desadaptativas que dificultan la confrontación con la realidad de la pérdida y el compromiso con el futuro, y mantienen las emociones negativas y las conductas de afrontamiento inútiles (Boelen et al., 2006b; Boelen et al., 2021). Las cogniciones desadaptativas incluyen cogniciones negativas sobre uno mismo, el sentido de la vida y el futuro, así como interpretaciones catastróficas erróneas de las reacciones de duelo. Específicamente, después de pérdidas traumáticas (como muchas de las que ocurrieron durante la pandemia COVID-19), se cuestiona el sentido del mundo como un lugar seguro, predecible y en cierto modo controlable (Boelen et al., 2021). El objetivo de la terapia pasa a ser aumentar la confianza en las capacidades de la persona en duelo para afrontar la vida y dominar, por ejemplo, nuevas tareas que el fallecido solía hacer o establecer nuevas relaciones. Además, la terapia puede centrarse en animar al doliente a buscar consuelo en las relaciones con los demás, así como a aceptar las experiencias de fracaso y decepción de amigos y familiares tras la pérdida, para que estas experiencias negativas no creen retraimiento y aislamiento social. El objetivo de la reestructuración cognitiva no es ayudar a los pacientes a pensar en positivo ni convencerles de que sus ideas son erróneas. Por el contrario, el objetivo es ayudar a los pacientes a aceptar que la pérdida ha destrozado algunos aspectos que antes eran certezas y que, es importante alterar las creencias desadaptativas en creencias útiles, que reflejen seguridad, confianza y esperanza

para aceptar la pérdida y seguir adelante (Boelen et al., 2021).

En el primer proceso básico, se introdujo la exposición en imaginación, por la que el doliente empieza contando la historia de la pérdida. La exposición en imaginación es también un aspecto importante de la orientación y el tratamiento de las cogniciones negativas. Al escuchar la narración de la pérdida del doliente, se proporciona información importante sobre las cogniciones negativas en torno al acontecimiento que condujo a la muerte o a la incapacidad para hacer frente a su nueva situación vital (Boelen et al., 2006b). Podría tratarse, por ejemplo, de la responsabilidad exagerada de un familiar afectado por COVID-19 y la consiguiente culpabilidad por haberle causado la muerte (Boelen et al., 2021).

En las sesiones de terapia, el doliente y el terapeuta pueden explorar y abordar las cogniciones y suposiciones negativas que contribuyen a los problemas de autoconfianza, confianza en los demás y visiones negativas de la vida y el futuro. Por ejemplo:

FALTA DE CONFIANZA EN UNO MISMO Y AUTOIMAGEN NEGATIVA
Algunos afligidos piensan y temen no ser capaces de sobrellevar su duelo o la vida sin el fallecido. Creen que no serán capaces de seguir viviendo o de ser útiles a los demás. Además, pueden luchar con sentimientos de dolor que les resultan demasiado abrumadores para afrontarlos.

FALTA DE CONFIANZA EN LOS DEMÁS
La falta de confianza en los demás puede tener que ver con culpar a los médicos y a otros profesionales de la medicina por no hacer su trabajo lo suficientemente bien durante el COVID-19. También puede deberse a episodios decepcionantes con los miembros de la familia y la red. Sentirse olvidados durante la pandemia y que la red no reconozca su pérdida una vez levantadas las restricciones.

FALTA DE FE EN LA VIDA Y ESPERANZAS EN EL FUTURO
Algunas personas en duelo piensan que la vida ya no tiene sentido y que el futuro es sombrío y oscuro. La pandemia puede haber traído múltiples factores de estrés a sus vidas y es difícil ver cómo su vida puede volver a ser buena y tener sentido. Las esperanzas y los planes de futuro estaban ligados a la vida con el fallecido, y esa vida ya no es posible.

En las conversaciones de apoyo, los pensamientos negativos pueden cuestionarse y modificarse mediante el diálogo socrático, la identificación de las distorsiones negativas y el cambio a pensamientos alternativos más útiles.

DIÁLOGO SOCRÁTICO
Se trata de cuestionar los pensamientos negativos e inútiles de forma curiosa e indagadora, de manera que se promueva la reflexión sobre hasta qué punto son verdaderos y útiles. Por ejemplo:

Preguntar sobre las pruebas que apoyan los pensamientos negativos

"¿Qué es, exactamente, lo que te hace pensar que es culpa tuya que __ muriera de COVID? "Dices que nunca volverás a ser feliz, ¿es cierto ese pensamiento? ¿Qué pruebas hay de ello?"

Pregunte sobre las pruebas que van en contra de los pensamientos negativos

"Hablas de que fue culpa tuya que __ muriera. ¿Hay alguna prueba en contra de eso?" "La vida ya no tiene sentido. ¿Hay algo que contradiga ese pensamiento?"

Hacer preguntas sobre lógica

"Estás convencido de que deberías haber estado con __ cuando murió solo en el hospital. Cuéntame un poco cómo podrías haberlo hecho".

"Dices que no puedes contar con nadie, pero también dices que tu hijo ha estado a tu lado todo el tiempo. ¿Tengo razón en ambas cosas?"

DISTORSIONES NEGATIVAS

Las distorsiones cognitivas negativas son patrones de pensamiento que perpetúan ideas erróneas y suposiciones que no son lógicas ni útiles. En las conversaciones con el terapeuta, éste y el cliente examinan juntos si están presentes en los patrones de pensamiento del cliente:

Generalización excesiva: sacar conclusiones generales sobre una base poco sólida.

"Nada puede hacerme feliz ahora"

Personalización: explicar el resultado de una situación basándose en los propios defectos o carencias.

"Es mi culpa que muriera"

Catastrofización: Evaluación negativa extrema de situaciones desagradables

"Me derrumbaré completamente, si me encuentro con alguien que conozco"

Si el terapeuta y el cliente se dan cuenta de la existencia de distorsiones cognitivas negativas, éstas pueden cuestionarse utilizando preguntas socráticas (como se ha indicado anteriormente). Es importante que el terapeuta continúe siendo indagador, curioso y reflexivo, además de comprensivo. El terapeuta debe mostrar aceptación por las distorsiones cognitivas negativas, ya que se desarrollaron como resultado de una experiencia vital demoledora que puso patas arriba las certezas previas de la vida (Boelen et al., 2006b).

IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS

Una vez que se han identificado y discutido los pensamientos o patrones de pensamiento negativos e inútiles, el siguiente paso es ayudar al cliente a encontrar pensamientos alternativos más útiles. Es decir, pensamientos que no mantengan al doliente atrapado en un duelo estancado y sufriente, sino que sean más matizados y que consigan ser a la vez descriptivos de cómo se siente el cliente, pero también esperanzadores. Es importante que las ideas alternativas sean realistas y creíbles. Algunos ejemplos podrían ser:

Antes: "Nunca volveré a ser feliz".

Alternativa: "Todavía estoy muy triste, pero elijo creer que puedo volver a ser feliz algún día"

Antes: "Debería haber evitado su muerte".

Alternativa: "Ojalá hubiera podido hacer más".

Antes: "No puedo soportar vivir sin él".

Alternativa: "Será duro seguir viviendo sin él. Lo haré lo mejor que pueda".

Los pensamientos alternativos se construyen en colaboración entre el cliente y el terapeuta. Puede ser una tarea difícil y es importante no precipitarse. El objetivo es encontrar pensamientos alternativos que sean menos negativos y más útiles. No se trata de pensar más positivamente, sino de encontrar pensamientos realistas, lógicos y útiles para reducir los sentimientos negativos y dar esperanza en el futuro. Con la práctica, el doliente aprende a ser consciente y capaz de

cuestionar los pensamientos y suposiciones inútiles de cara al futuro.

Uso de estrategias de evitación ansiosas y depresivas

Los procedimientos de exposición presentados en secciones anteriores son útiles para que los afligidos se enfrenten a estímulos que hacen que la pérdida sea una realidad y, de este modo, se enfrenten a las estrategias de evitación ansiosa. Cuando las estrategias de evitación ansiosa se manifiestan en un intento de mantener una conexión inalterada con el fallecido, esto puede plantearse en la conversación con el terapeuta. Una hipótesis podría ser que la incertidumbre que rodea a la muerte, la falta de rituales y de apoyo social tras una pérdida durante la pandemia pueden hacer que parezca irreal y aumentar las estrategias de evitación ansiosa (Fisher et al., 2022). Junto con el terapeuta, la persona en duelo puede examinar cuáles pueden ser los efectos a corto y largo plazo de la evitación de la pérdida para el cliente. Por ejemplo, a corto plazo el doliente puede evitar sentir el dolor y a largo plazo, el doliente no consigue adaptarse a una vida sin la persona que ha perdido, con todas las implicaciones que esto puede conllevar (Boelen et al., 2006b). Poco a poco, en un enfoque gradual, se anima al doliente a reducir el comportamiento compulsivo (por ejemplo, no dormir en la cama que compartía el marido fallecido). Reducir los esfuerzos por mantener una relación inalterada con el fallecido muy probablemente causará dolor y sufrimiento al afligido, algo de lo que el terapeuta debe ser consciente y a lo que debe dar cabida en la terapia (Boelen et al., 2006b).

Para las personas en duelo que sufren evitación depresiva, se fomenta la activación conductual que aumenta el estado de ánimo y la calidad de vida (Boelen et al., 2021). Durante la pandemia, el distanciamiento social interrumpió la interacción social y las actividades de ocio, lo que dificultó el acceso de los dolientes al apoyo social, que es un moderador clave del impacto del duelo (Burke y Neimeyer, 2012; Stoebe et al., 2005). Por lo tanto, puede haber una necesidad aún mayor de ayudar a los pacientes a aumentar gradualmente su compromiso con las actividades habituales que ofrecían alegría, significado y satisfacción antes de que se produjera la pérdida. En caso de que la dependencia mutua con el fallecido fuera fuerte, debe hacerse hincapié en la búsqueda de nuevas actividades y en el desempeño de nuevos roles no relacionados con el fallecido. Para ayudar a los afligidos a seguir adelante, se les debe ayudar a tomar conciencia de los valores personales y de los objetivos posteriores que desean alcanzar, y establecer los pasos para conseguirlos (Boelen et al., 2021).

Las actividades podrían incluir:

- Contacto social con amigos y familiares
- Reincorporación al trabajo o a la educación, búsqueda de colaboración en un voluntariado
- Actividades deportivas y de ocio (por ejemplo, clubes y asociaciones)
- Aficiones y otros intereses (por ejemplo, leer, escuchar música, tocar música, salir a pasear, etc.)

El terapeuta puede explicarle que la actividad y el estado de ánimo están relacionados. Es decir, si realiza una actividad que le gusta, normalmente se sentirá mejor y de menos mal humor que si no hiciera nada (por ejemplo, quedarse solo en casa). El terapeuta puede preguntar si el cliente puede reconocer esto a partir de experiencias anteriores.

Al hablar con el cliente sobre la participación en actividades, puede ser útil hablar sobre algunos de los posibles obstáculos que el cliente está experimentando para volver a participar en la vida cotidiana. Estos obstáculos pueden ir desde la falta de energía, los problemas de concentración, la falta de deseo,

la preocupación por hacer frente a la situación o el sentimiento de tristeza, hasta la incertidumbre sobre cómo reaccionarán los demás y el miedo a tener que hablar con otras personas sobre la pérdida. Esto puede reflejar una falta de confianza en los demás, así como suposiciones pesimistas sobre lo beneficioso que será participar en actividades. La vida puede haber cambiado drásticamente como consecuencia de la pandemia y el terapeuta debe animar al paciente para que vuelva a relacionarse con el mundo. Aquí es donde hay que volver a la tarea dos, así como centrarse en adoptar un enfoque de resolución de problemas para los obstáculos. Puede ser bueno empezar poco a poco con actividades manejables y luego ver cómo ver va el progreso y si resulta beneficioso. Por ejemplo, quedar con un amigo a solas antes de volver del todo al club de bridge. O empezar en el trabajo unos días a la semana antes de volver a la semana laboral de forma completa.

Intentar realizar actividades ante una pérdida importante puede considerarse agotador, inútil y trivial. Compréndalo, pero trate de motivar al cliente para que intente realizar actividades de todos modos, como una distracción del dolor y la tristeza, y en un intento de integrar el dolor en la vida futura.

Si el cliente tiene dificultades para pensar en una actividad o no puede enfrentarse a tener que volver a comprometerse, preguntas sencillas como éstas pueden ayudarle:

¿Qué intereses o aficiones tenía antes de que __ muriera?
¿Qué actividades solían hacerte feliz?
¿Qué intereses comparte con otras personas de su red?
Si no te sintieras tan triste y cansado, ¿qué te gustaría hacer?
¿Hay alguien que pueda ayudarte a ponerte en marcha de nuevo?
¿Qué crees que ___ te animaría a hacer?

Algunos clientes creen que necesitan sentirse mejor y tener más energía antes de poder retomar sus actividades, pero en realidad suele ser al revés. Empezar a hacer algo, es decir, iniciar una actividad, por pequeña que sea, puede ayudarles a sentirse mejor.

Como se ha dicho, la estrategia consiste en empezar poco a poco, aumentando así las posibilidades de que la experiencia de la actividad sea positiva. De este modo, se refuerza la confianza del cliente en sí mismo y en los demás, y aumenta el valor para seguir participando. Si la experiencia no es positiva, se puede debatir el motivo y poner en práctica y probar otro ejercicio de actividad.

Los ejercicios de activación conductual tienen lugar entre sesiones y puede ser útil pedir al cliente que escriba cómo le fue. Por ejemplo, el cliente puede escribir una breve descripción de la actividad, cuándo y dónde tuvo lugar, cómo fue y cómo se sintió antes, durante y después de la actividad.

El aumento de la conducta saludable se dirige a los tres procesos centrales, ya que se enfrenta a la irreversibilidad de la separación, genera experiencias que van en contra de las creencias globales negativas y detiene la espiral descendente de la evitación depresiva (Boelen et al., 2006b).

ENFOQUE TERAPÉUTICO ECLÉCTICO DEL DUELO TRAS EL COVID-19

Los métodos eficaces de tratamiento del duelo suelen basarse en la teoría cognitivo-conductual, pero a menudo utilizan un enfoque ecléctico para elegir los métodos y herramientas terapéuticas (por ejemplo, Boelen & Smid, 2017; Bryant et al., 2017; M. K. Shear et al., 2014, 2016; Wagner et al., 2006). Estos métodos y herramientas incluyen la psicoeducación sobre el duelo, por ejemplo, utilizando el Modelo de Proceso Dual de Afrontamiento del Duelo (DPM; Stroebe y Schut, 1999, 2010), la exposición, la reestructuración cognitiva, la activación conductual, la narración del momento de la muerte y la conversación imaginaria con el fallecido.

La siguiente sección se ha inspirado en la intervención terapéutica llevada a cabo en el Centro Nacional Danés para el Duelo (DNCG, siglas en inglés). El DNCG cuenta con más de 20 años de experiencia en la realización de terapias de duelo con niños y jóvenes (hasta los 28 años). El centro hace uso de un enfoque psicoterapéutico ecléctico integrado que consiste en una integración de modelos teóricos y terapéuticos que abordan diferentes áreas del proceso de duelo. En la práctica, la terapia tiende puentes entre los enfoques teóricos DPM, psicodinámico, del apego, narrativo, cognitivo y existencial. También se basa en elementos clave de la terapia basada en la mentalización y la terapia focalizada en la emoción, y se centra en la postura terapéutica. Este enfoque permite abordar cuestiones complejas y adaptar las intervenciones a las necesidades individuales de los clientes.

El Modelo de Proceso Dual (MPD) representa una piedra angular del fundamento teórico específico del duelo de la intervención. También se utiliza activamente en la terapia a través de la psicoeducación. A continuación, se presenta cómo se utiliza el DPM para comprender el proceso de duelo individual y orientar las necesidades de tratamiento. Después de esta sección, seguirá una breve introducción a algunos de los enfoques teóricos más centrales.

El modelo de doble proceso: El duelo como proceso dinámico y complejo

Como ya se ha mencionado, el fundamento teórico específico del tratamiento del duelo se basa en el DPM (Stroebe y Schut, 1999, 2010). De acuerdo con este modelo, los psicólogos adoptan la noción de que el duelo, en su esencia, es un proceso dinámico y complejo. La persona en duelo necesita abordar tanto los procesos orientados a la pérdida como los de restauración para poder ajustarse a la pérdida e integrarla en su vida. Es decir, el doliente necesita, por un lado, afrontar y experimentar los difíciles sentimientos dolorosos asociados a la pérdida; aprender a aceptar que el fallecido ha muerto de hecho; y establecer un nuevo y diferente tipo de vínculo continuo con el fallecido - el trabajo orientado a la pérdida (Stroebe & Schut, 1999). Al mismo tiempo, el doliente debe encontrar la forma de aceptar y adaptarse a los cambios de la vida cotidiana asociados a la pérdida. Eso incluye, entre otras cosas, aprender cosas nuevas; encontrar soluciones a retos prácticos; establecer nuevos roles, identidad y relaciones independientes del fallecido; y continuar su desarrollo personal - el trabajo de restauración (Stroebe & Schut, 1999). El DPM explica que, idealmente, la persona en duelo oscila entre ambos procesos. Proporciona un mecanismo de dosificación que facilita la confrontación de los diversos procesos y desafíos en porciones manejables, de modo que el ajuste global pueda tener lugar poco a poco. En el curso de la terapia, este importante proceso de adaptación a la pérdida se explica a los clientes mediante psicoeducación. Esto tiende a aumentar la comprensión de los clientes de sus propias experiencias, así como señalar dónde pueden haberse atascado en el proceso de duelo. También parece útil que los clientes aprendan

que el duelo no tiene fecha de caducidad, sino que su duelo se hará más manejable con el tiempo.

El hecho de que el duelo tiene lugar en un contexto cultural con normas y expectativas sobre la forma en que uno se aflige, y que esto afecta a la experiencia de duelo, también se aborda explícitamente en el curso de nuestro tratamiento. Obviamente, el contexto personal del cliente, la personalidad del adulto en duelo, el patrón de apego, las estrategias de afrontamiento, los mecanismos de defensa, así como las circunstancias familiares y sociales, también influyen en su trabajo tanto con la pérdida como con los procesos de restauración (Guldin, 2019).

Dentro de esta comprensión del proceso de duelo, los psicólogos trabajan de forma flexible con los clientes, utilizando técnicas terapéuticas de diversos enfoques terapéuticos (véanse los detalles en un apartado posterior) con el fin de, entre otras cosas, fomentar la aceptación de la muerte, facilitar la creación de un vínculo continuo con el fallecido y, al mismo tiempo, ayudar al cliente a funcionar mejor en la vida y establecer relaciones con otras personas de apoyo con vistas a reforzar las esperanzas para el futuro. A continuación, se presentarán brevemente algunos de los modelos psicoterapéuticos más centrales antes de introducir tres importantes áreas de trabajo del duelo dentro de este enfoque.

EL MODELO PSICODINÁMICO

Cuando las experiencias dolorosas y los pensamientos y emociones complejos relacionados con el duelo han sido reprimidos y tal vez excluidos de la conciencia, pueden tener un poder de detención que puede crear diversos problemas intrapsíquicos e interpersonales para los dolientes (Rubin, 1999). La tarea de la terapia consiste en hacer consciente el inconsciente relacionado con el fallecido y el duelo, de modo que los dolientes adquieran una mayor comprensión y puedan acomodar mejor los sentimientos evitados y aceptar la pérdida. Al hacerlo, se da espacio al proceso de duelo. Esto se hace, entre otras cosas, centrándose en las relaciones objetales de la persona, es decir, el modelo de la persona de sí mismo / otro, a través de la atención a la experiencia de transferencia en la terapia, y mediante el examen de los conflictos internos y las defensas en el duelo (Gullestad y Killingmo, 2007; Larsen et al., 2021;).

Con respecto a la perspectiva de las relaciones objetales, los patrones relacionales en los que ha entrado el doliente y las experiencias con otras personas significativas son el centro de la comprensión terapéutica. En la terapia se analiza el significado que el doliente atribuye a la relación con el fallecido, así como los pensamientos y sentimientos asociados a la pérdida. Cuando las personas tienen emociones complejas tras una pérdida (por ejemplo, culpa, vergüenza o ira), es en el modelo psicodinámico donde la terapia de duelo va más allá de la normalización de estas emociones, sino que permite una comprensión más matizada y profunda de los sentimientos de pérdida.

Cuando la terapia incluye el abordaje de experiencias, pensamientos y emociones evitadas relacionadas con el duelo, puede provocar ansiedad y, por lo tanto, despertar defensas. Las defensas, así como los conflictos y emociones subyacentes, se abordan explícitamente en las sesiones de terapia. La intención es intentar desatar estos nudos, a menudo relacionales, y ayudar al doliente a ampliar su conciencia y su narrativa, con el fin de reducir la necesidad de defensa (Larsen et al., 2021; Rubin, 1999). Los sentimientos de ira dirigidos a la inadecuada respuesta gubernamental durante el COVID-19, por ejemplo, pueden exacerbarse en un intento de defenderse de sentimientos más subyacentes y antiguos de impotencia y desamparo que se han desencadenado.

Como ejemplo de trabajo con la experiencia de transferencia en la terapia de duelo, el enfoque psicodinámico utilizará las experiencias de transferencia y contratransferencia para comprender la dinámica personal subyacente del cliente y explorar el impacto de éstas en la respuesta (adaptación) del cliente a la pérdida. Por ejemplo, Rubin (1999) describe situaciones terapéuticas en las que el psicólogo puede experimentar estar en competencia con una persona fallecida idealizada o puede experimentar no "existir" para el cliente, lo que puede utilizarse para comprender la representación mental que la persona en duelo tiene de la persona fallecida, y la función de la persona fallecida para la autoimagen del cliente - y la respuesta a la pérdida (como si quisiera comunicar "mi madre era perfecta, no puedo vivir sin ella, y tú no puedes ayudarme, porque no eres perfecto").

COMPRENDER EL DUELO DESDE LA PERSPECTIVA DEL APEGO

Los patrones de apego adulto pueden definirse como modelos mentales cognitivos, afectivos y conductuales que implican estrategias de regulación del afecto y que se despliegan en las relaciones íntimas cercanas (George et al., 1996; Main et al., 2003). Esto significa que las experiencias infantiles con las figuras de apego conducen a ciertos patrones inconscientes en la atención, las expectativas, la regulación de las emociones y las estrategias de acción en relación con otras personas cercanas.

Las personas con seguridad en el apego están mejor preparadas para afrontar la pérdida porque este patrón les permite tolerar la separación. El proceso de duelo también suele ser menos complicado porque es probable que ellos mismos remodelen el vínculo emocional con el fallecido de forma adaptativa. Por el contrario, el apego inseguro compromete el proceso de duelo. Crea problemas para la forma en que el apego inseguro llega a mantener el vínculo emocional con el fallecido (Kosminsky, 2018; Stroebe et al., 2010). Los clientes con apego inseguro suelen estar marcados por la desconfianza en las intenciones de los demás y tienen una autoimagen más negativa. Tienen una fuerte necesidad de afirmación por parte de los demás o son extremadamente recelosos a la hora de establecer relaciones estrechas, lo que hace que les resulte mucho más difícil construir y mantener una relación terapéutica y establecer un acuerdo sobre los objetivos y las tareas de la terapia (Diener y Monroe, 2011). Por lo tanto, la comprensión del patrón de apego del doliente aporta una clave importante para saber cómo es probable que la persona responda a la terapia y al terapeuta (Levy et al., 2011; Larsen et al. 2021).

En la terapia de duelo basada en el apego, el psicólogo actúa como figura de apego transicional para ayudar al doliente a aceptar y adaptarse a una pérdida significativa. En el proceso terapéutico, se ayuda a la persona en duelo a explorar, experimentar y tolerar los sentimientos de dolor y separación del fallecido. Se abordan los problemas de mentalización de la pérdida, es decir, la capacidad de comprender el estado mental de uno mismo y de los demás. La terapia fomenta la atención flexible tanto a la pérdida como a la vida que queda por delante, para que el doliente comience a comprometerse de nuevo con la vida sin renunciar al vínculo con el fallecido.

En general, los enfoques de la terapia del duelo basados en el apego abordan la historia vital de la persona en duelo y su relación con la persona perdida, en el contexto de una "base segura y un refugio seguro" creados por el psicólogo. Además, el psicólogo permite que los procesos de la terapia sean guiados por el patrón de apego/estrategia de regulación de afectos del cliente y los modelos del yo/otro (Bowlby, 1988; Daniel, 2015; Mikulincer & Shaver, 2013; Stroebe et al., 2010; Larsen et al., 2021).

EL MODELO NARRATIVO

El modelo narrativo se centra en el impacto de la pérdida en la identidad y la auto-narrativa de la persona en duelo. Los procesos narrativos

crean un sentido de significado para el individuo y, por lo tanto, pueden ayudar en el ajuste después de la pérdida (Neimeyer y Milman, 2020; Sayar y Hjeltnes, 2021). Neimeyer y Hooghe (2018) señalan que puede ser difícil "encontrar significado" a una pérdida, especialmente cuando una muerte ocurre prematuramente, o cuando es aterradora o violenta, o si nuestra identidad y seguridad dependían del fallecido -varios de estos factores de riesgo podrían ser relevantes si la muerte ocurrió durante la pandemia de COVID-19. La importancia de la construcción de significados tras el duelo se ve respaldada por un estudio realizado por Menichetti-Delor et al. (2021) sobre las necesidades de las familias de pacientes de COVID-19 que fallecieron en el hospital en Italia.

Según Neimeyer y Hooghe (2018), el intento de ajustarse a la pérdida afirmando o reconstruyendo el significado se produce a través de dos tipos de narración: en primer lugar, la necesidad de relacionarse con la muerte en sí y su significado para los afligidos; y, en segundo lugar, un esfuerzo por acceder a la historia de fondo de la relación de la persona afligida con el fallecido -esto con el fin de aclarar cuestiones inconclusas y (re)crear seguridad de apego (Neimeyer & Hooghe, 2018).

A través de la narración, construimos nuestra identidad poniendo partes de nosotros mismos en un todo significativo que define quiénes somos, quiénes fuimos y quiénes queremos llegar a ser. El narrador atribuye significado a los episodios y los enlaza en una trama, pero las crisis existenciales, la pérdida o los acontecimientos traumáticos pueden conducir a la ruptura narrativa, como en el caso de la pérdida de un ser querido durante el COVID-19 (Riber y Lindvig, 2011; White, 2004). En relación con el duelo, el significado de la pérdida, y la forma en que una identidad o auto-narrativa se ha visto afectada por la muerte, se puede explorar a través de una serie de preguntas que pueden ser revisadas muchas veces en un proceso de duelo con el fin de integrar la experiencia de pérdida en una narrativa coherente: *¿Cómo estás ahora? ¿Puede contarme cuándo murió su pareja? ¿Puede contarme la historia de la vida de su pareja? ¿Qué es lo que ha perdido? ¿Quién es usted ahora? ¿A qué necesitas aferrarte? ¿Te ha aportado algo bueno esta experiencia? ¿Cómo es el futuro que quieres?* (Kosminsky y Jordan, 2016; Neimeyer, 2012).

Objetivos específicos de la terapia

A partir de la revisión anterior de las bases teóricas de la terapia de duelo, podemos definir unos objetivos generales concretos de la intervención ecléctica de duelo. El objetivo de la terapia es crear:

- Una mejor regulación de las emociones y una mejor mentalización.
- Conciencia y capacidad para describir sentimientos, pensamientos y acciones.
- Un afrontamiento emocional: la capacidad de responder a las emociones fuertes de forma adaptativa.
- Oscilación flexible entre los procesos de afrontamiento orientados a la pérdida y los orientados a la recuperación.
- Capacidad para explorar y aceptar la realidad de la muerte.
- Una narración coherente de la pérdida y la identidad propia.
- Una reorganización del apego – Continuing Bond.
- Mejores relaciones/habilidades relacionales.

Ahora pasamos a tres ejemplos que introducen formas más prácticas de trabajar en terapia.

LA ESCRITURA DE CARTAS COMO MÉTODO EN LA TERAPIA DEL DUELO

Desde la década de 1980, la llamada escritura expresiva se ha utilizado y estudiado como método para procesar experiencias estresantes y traumáticas (véase Pennebaker et al., 1988, 1990). Se ha demostrado que tiene un efecto positivo tanto en el bienestar físico como mental (Frattaroli, 2006), en parte debido a

una mayor perspicacia (Pennebaker, 1997), a la confrontación con lo que de otro modo se ha intentado evitar (Frattaroli, 2006; van der Houwen et al., 2010) y a una mayor aceptación emocional de lo sucedido (Baum y Rude, 2013). El trabajo con la escritura expresiva es el precursor del uso de la escritura de cartas en la terapia de duelo e implica la descripción de sentimientos y pensamientos profundos asociados a una experiencia estresante o traumática y a la muerte de una persona importante.

La escritura de cartas como método proporciona un marco sencillo y fácil de usar para el trabajo de duelo. Es una forma de estructurar el trabajo terapéutico que implica tareas para casa, es decir, contemplación entre sesiones, y un método que da al cliente una sensación de control sobre el enfoque de la terapia, ya que es él quien determina el contenido de las cartas. También es un método flexible que, a través del enfoque específico de las cartas, se adapta a las necesidades terapéuticas del individuo.

La tarea de sentarse en casa y reflexionar sobre experiencias, pensamientos y sentimientos en torno a un tema y tener que formular una carta al respecto puede ayudar al cliente a trabajar para estructurar experiencias y sentimientos que, de otro modo, habrían parecido caóticos y desorganizados. Las experiencias traumáticas de los últimos días del ser querido pueden descomponerse y abordarse en porciones pequeñas y menos abrumadoras haciendo que el cliente escriba una serie de cartas sobre distintos temas. Las cartas permiten procesar experiencias individuales y partes más pequeñas, en lugar de tener que enfrentarse a toda la historia de la pérdida a la vez. Con el tiempo, este enfoque en los subelementos de las experiencias puede ayudar a crear una mejor visión de conjunto para el cliente y ayudar a la sensación de aceptación de la pérdida, así como el control sobre su propia historia.

EL MARCO DE LA ESCRITURA DE CARTAS

Las cartas se escriben a la persona que el cliente ha perdido o, en su caso, a otras personas importantes. No importa la extensión de las cartas, sino que sean personales, relevantes y significativas para el cliente. El terapeuta explica que la escritura de cartas se utiliza como herramienta para procesar las experiencias con la pérdida y el duelo, y para evocar sentimientos y pensamientos asociados con haber perdido a una persona importante en sus vidas y el duelo que conlleva. El terapeuta puede explicar que las cartas pueden ayudar a aportar mayor claridad y perspectiva a situaciones que han sido abrumadoras, confusas y traumáticas. También pueden ayudar a separar las emociones, a menudo enmarañadas, del duelo.

La carta se lee en la sesión y, posteriormente, se desarrolla un diálogo entre el cliente y el terapeuta, en el que el terapeuta comenta, examina y hace preguntas sobre lo que el cliente ha dicho. El terapeuta subraya las partes de la carta que le parecen especialmente importantes. El terapeuta puede comentar y reflejar las reacciones emocionales y corporales del cliente durante la lectura y en el diálogo posterior. Es aquí, en la conversación entre el cliente y el terapeuta, donde se desarrolla el trabajo clínico del duelo. Al final del diálogo, el terapeuta y el cliente deciden conjuntamente el enfoque de la siguiente carta, un enfoque que a menudo se acuerda en forma de encabezamiento para la carta de la siguiente sesión.

CONSIDERACIONES AL UTILIZAR LA ESCRITURA DE CARTAS EN UN CONTEXTO CLÍNICO

La escritura expresiva puede facilitar tanto el proceso como los resultados de la psicoterapia, tal y como se ha comentado anteriormente. Da a los clientes la oportunidad de trabajar en privado, controlando su propia dosis de intervención. Es barata y fácil de aplicar. Además, la intervención de escritura expresiva ha demostrado ser factible y tolerable en una variedad de situaciones difíciles, como se ve, por ejemplo, en el programa WET para personas con TEPT (Sloan et al., 2021), en el uso de la narración de cuentos en cuidadores recién afligidos (Barnato et al., 2017), en personas en duelo por muertes relacionadas con las drogas que responden a estímulos de escritura (Thatcher, 2021), y el breve programa "Writing for Recovery" probado en adolescentes afganos refugiados en duelo (Kalantari et al., 2012). Por último, aunque no se ha probado expresivamente, el uso de la escritura expresiva en forma de cartas es factible en el contexto de la terapia de duelo, inferido por su uso repetido a través de tratamientos eficaces para el DGP (por ejemplo, Boelen et al., 2013; Bryant et al., 2017).

Sin embargo, utilizar la escritura de cartas como herramienta clínica también tiene sus limitaciones. Por ejemplo, la escritura expresiva puede provocar angustia y malestar inmediatos (Smyth, 1998). Por lo tanto, algunos clientes pueden optar por detenerse y no completar la tarea de escribir cartas si superan su tolerancia a la angustia emocional. Algunos clientes pueden tener problemas para comprender el valor de escribir cartas a los fallecidos sobre experiencias perturbadoras. En este caso, puede ser útil repasar algunos de los beneficios potenciales que se han tratado anteriormente en esta sección.

También hay que tener en cuenta consideraciones prácticas a la hora de determinar si la escritura de cartas puede ser una buena herramienta para un cliente concreto. Por ejemplo, los clientes con discapacidades de aprendizaje, cognitivas o físicas o con problemas de alfabetización pueden encontrar difícil escribir cartas y pueden carecer de la motivación necesaria para participar en actividades de escritura. Los clientes que poseen un conocimiento limitado de sí mismos y para los que reflexionar sobre sus experiencias es difícil, puede que tampoco se beneficien de las tareas de escritura como las descritas en este documento, y centrarse en explorar el material clínico a través de la conversación tradicional durante la sesión puede ser lo mejor. Finalmente, en algunas situaciones, el cliente puede carecer de tiempo, privacidad en casa o motivación para completar las tareas. Si el terapeuta no puede ayudar al cliente a resolver estos problemas, las tareas de escritura de cartas no son factibles (Larsen, 2022).

CALENDARIO

Otro método utilizado en la DNCG consiste en crear una línea de tiempo con los acontecimientos importantes durante el transcurso de la enfermedad o en torno a la muerte. Esto se utiliza a menudo como marco para la redacción de cartas y se presentará en la siguiente sección.

En terapia, un buen punto de partida para el cliente es completar una línea de tiempo con el fin de obtener una visión general de los acontecimientos que rodearon la pérdida, y la enfermedad cuando sea relevante. Esto se puede hacer al inicio de la terapia o más adelante durante el curso del tratamiento, cuando puede haber una necesidad de una mayor visión general de lo que ha sucedido. Como se ha mencionado, el sufrimiento del duelo durante el COVID-19 se caracteriza por una sensación de confusión, desapego e incertidumbre (Cipolletta et al., 2022; Freeston et al., 2020; Mortazavi et al., 2021). Unir las piezas intencionadamente ayudará a crear una visión general de lo que se sabe y de lo que aún sigue siendo incierto. Esto proporcionará al doliente una narración más sólida de lo sucedido y le ayudará a aceptar racionalmente la pérdida. La línea de tiempo se utiliza además para decidir qué cartas debe escribir el cliente, ya que los acontecimientos señalados en la línea de tiempo indican episodios especialmente difíciles que están complicando el proceso de duelo. La línea de tiempo se utiliza de forma flexible y en función de las necesidades del doliente.

Para algunos clientes, su crianza y su vida hasta la pérdida estuvieron marcadas por la enfermedad, la familia y/o el estrés personal, lo que significó que los recuerdos podían ser fragmentarios e incoherentes, y el sentido de la propia identidad se experimentó como incierto. Durante la pandemia de COVID-19, es posible que no se conozcan los aspectos y acontecimientos que rodearon la muerte, y hacer frente a este "desconocimiento" es una parte importante de la aceptación de la realidad de la muerte (Cipolletta et al., 2022.) Al abrir un diálogo sobre el tiempo que precedió a la muerte del ser querido o sobre la propia muerte, pueden surgir nuevos recuerdos o detalles. También se puede animar a los dolientes a hablar con alguien cercano o a pedir información a los profesionales sanitarios del hospital o de la residencia de ancianos donde murió su ser querido durante la pandemia, para que les ayuden a crear un relato más coherente. La línea de tiempo permite a los dolientes poner en palabras, reflexionar y reconsiderar experiencias, sentimientos y acciones que pueden proporcionar nuevas percepciones y explicaciones de sus propias acciones y reacciones hasta la fecha.

Con una mejor visión de conjunto llega la posibilidad de poder integrar una representación más completa de lo que ocurrió mientras un progenitor estaba gravemente enfermo o falleció (repentinamente). Es importante que la persona se centre en sus propias experiencias de la enfermedad del ser querido cuando trabaje con la línea temporal, en lugar de centrarse en lo que vivió el enfermo. Para muchos ha sido natural prestar más atención a cómo se sentía la persona enferma que a cómo se sentía ella.

La línea de tiempo se elabora en el cuaderno del individuo o en una hoja de papel. Puede diseñarse de diferentes maneras. Algunos hacen la línea de tiempo como una línea o una ilustración. Otros escriben puntos o hacen una lista. Los participantes deciden la forma, pero se les indica que la línea de tiempo puede incluir acontecimientos concretos, así como su significado para la persona. Por ejemplo, los acontecimientos concretos pueden escribirse a un lado de la línea y el significado de los acontecimientos al otro lado de la línea. También se puede optar por escribir acontecimientos concretos en un lado y en el

otro una descripción de lo que ocurrió en su vida durante ese tiempo, por ejemplo, quiénes fueron las personas más importantes en su vida por el aislamiento social, cuándo empezó a reincorporarse a la vida después de la pandemia, etc.

Después de completar la línea de tiempo, quizás como tarea para casa, el cliente habla de la línea de tiempo con el terapeuta. Al principio, el cliente habla de los antecedentes para seleccionar los puntos y de cómo fue hacer la línea de tiempo. Puede ser revelador recordar las circunstancias que rodearon la muerte de un ser querido y puede reactivar las emociones relacionadas con el periodo de enfermedad y los sentimientos que precedieron y rodearon la muerte.

Posteriormente, se profundiza en los puntos formulados por el cliente en la línea de tiempo. Es importante mantener al cliente centrado en su propia experiencia de las circunstancias estresantes. Puede haber experiencias traumáticas que el cliente no haya afrontado, sentimientos graves de impotencia e inadecuación por no haber podido hacer algo cuando el ser querido enfermó o un sentimiento de culpa por no haber estado presente cuando su ser querido falleció solo en el hospital (Cipolletta et al., 2022; Testoni et al., 2021).

El trabajo con la línea de tiempo no tiene que hacerse necesariamente en orden cronológico. Puede haber puntos de impacto que tengan un peso particular y que impidan al doliente sentir la importancia de otros puntos de impacto. Por lo tanto, debe considerarse si sería más apropiado empezar por lo que a los clientes les resulta más difícil y, a partir de ahí, trabajar en los demás puntos.

EL USO DE FOTOS

Otro enfoque a la hora de aceptar la realidad de la pérdida es trabajar en terapia con fotos de la persona fallecida. Inicialmente, el cliente presenta a la persona que ha perdido mostrando y hablando de una foto de la persona al terapeuta. La persona fallecida es el punto central del trabajo terapéutico, por lo que tiene sentido "invitarla" al espacio terapéutico y estar visualmente presente a través de las fotos. En relación con la escritura de cartas, se indica al cliente que mire la foto de la persona fallecida antes de escribir y leer la carta. El propósito de mirar las fotos es, entre otras cosas, crear una sensación de estar "más cerca" y más conectado con la persona fallecida. Trabajar con fotos puede ayudar además a estimular sentimientos, pensamientos y recuerdos que son importantes para el trabajo terapéutico.

Algunos clientes disfrutan mirando fotos y pueden experimentar buenos recuerdos y sentimientos positivos relacionados con el fallecido al relacionarse a partir de las fotos. Otros tienen dificultades para mirar las fotos de su ser querido fallecido. Les resulta difícil afrontar la muerte y las emociones que conlleva. Cuando miran una foto de la persona que ha fallecido, tienen que enfrentarse a la pérdida y sienten el significado del hecho de que el fallecido ahora sólo está en una foto y ya no es una realidad física. En este caso, se puede animar al cliente a que mire la foto brevemente al principio y, después, el terapeuta puede ayudarle con una exposición y habituación gradual a las emociones dolorosas con las que entra en contacto. Algunas personas hablan en presente cuando miran la foto y hablan de su ser querido fallecido. Aquí el terapeuta puede guiar diciendo "era" en lugar de "es". Esto suele experimentarse como una confrontación con una realidad a la que el cliente se resiste, pero puede ser útil para reconocer la pérdida.

El trabajo con fotos tiene como objetivo permitir a los clientes mirar las fotos a lo largo del tiempo, de modo que se conviertan más en una fuente de alegría y conexión que en una

fuente de desesperación y recordatorio unilateral de todo lo que se ha perdido.

A continuación, abordaremos tres aspectos comunes en la terapia del duelo y daremos ejemplos sobre cómo trabajar con la escritura de cartas como método en contextos terapéuticos cuando se trabaja con personas en duelo.

ACEPTACIÓN

La evitación suele estar presente tanto en las reacciones de duelo naturales como en las problemáticas. Como se ha descrito anteriormente en el contexto del DPM, los afligidos alternan entre el proceso orientado a la pérdida y el orientado a la recuperación. Los problemas surgen si el doliente se centra exclusivamente en un proceso y consciente o inconscientemente intenta evitar por completo el otro proceso. Por ejemplo, cuando la persona en duelo se siente tan abrumada por las emociones difíciles que le resulta casi imposible hacer frente a la vida cotidiana. O cuando la persona está tan ocupada "siguiendo adelante" que los sentimientos y pensamientos asociados a la pérdida se cierran y evitan. Aquí es donde la evitación y, en última instancia, la no aceptación de la muerte puede resultar problemáticas a largo plazo.

Esta dificultad para aceptar la muerte puede estar causada y mantenerse debido a una serie de factores. Por ejemplo, la pérdida puede ser tan estremecedora que afrontarla resulte demasiado doloroso y aterrador. Una persona en duelo puede sentirse incapaz de enfrentarse a estas intensas emociones, temiendo perder el control si empezara a enfrentarse a las consecuencias de la muerte. O bien, puede haber una sensación de "asuntos pendientes" que se interponga en el camino de la aceptación, relacionada con la experiencia de que algo no se logró o no se completó o manejó antes de que la persona muriera. Es algo con lo que muchos afligidos, si no todos, se quedan de alguna forma tras la muerte de un ser querido. Esto puede ir acompañado de una serie de reacciones emocionales complicadas, por ejemplo, sentimientos de culpa, rabia y arrepentimiento, así como una tristeza abrumadora por lo que no se consiguió con el ser querido. Como se ha analizado anteriormente en el capítulo 2, el duelo durante la pandemia de COVID-19 ha estado especialmente marcado por los "asuntos pendientes", ya que muchos no tuvieron la oportunidad de despedirse o todavía no han asumido la pérdida porque se desconocen muchos aspectos de la muerte. Por lo tanto, la evitación puede ser un importante aspecto que complique la situación tras el duelo durante el COVID-19.

CREAR UNA NARRACIÓN COHERENTE A TRAVÉS DE LA ESCRITURA DE CARTAS

Una forma de trabajar con la aceptación es a través de la escritura de cartas, que permite al doliente recopilar una narración coherente de la historia de la pérdida, antes y después. Las experiencias de las personas sobre la evolución de la enfermedad de la persona fallecida, cuando fueron trasladadas al hospital y el tiempo que rodeó la muerte de su ser querido suelen describirse como caóticas, confusas y "aparentemente irreales". Este es en gran medida el caso de las personas que perdieron a un ser querido durante la pandemia, donde abundan las historias de familiares queridos que fueron trasladados al hospital y nunca más se les volvió a ver. Muchos aspectos de los últimos días y horas de su ser querido pueden quedar sin explicar, y los clientes pueden tener dificultades para reconstruir la secuencia de los acontecimientos y cuál fue su experiencia en relación con lo sucedido. El hecho de que estas experiencias y acontecimientos significativos fueran tan confusos y difíciles de entender hace que a la persona le resulte difícil relacionarse con lo sucedido, comprenderlo y, en última instancia, aceptarlo (Menichetti-Delor et al., 2021).

El método de escribir cartas puede ser una forma eficaz de trabajar para crear una

narrativa más organizada en torno a la experiencia de la pérdida. Se puede pedir a la persona que escriba una serie de cartas relacionadas con el momento que le pareció especialmente caótico. De este modo, puede desarrollarse una narrativa que se vuelva más clara para el doliente, permitiéndole empezar a comprender y aceptar que la persona a la que ama ha muerto (Larsen et al, 2020).

UNA REORGANIZACIÓN DEL APEGO - VÍNCULOS QUE CONTINÚAN

El concepto de vínculo continuo fue introducido por Klass y sus colegas en 1996. Con ello se produjo un cambio de paradigma en la comprensión del duelo. El duelo se entiende ahora como un proceso que dura toda la vida y que no termina cuando se alcanza la etapa final, se resuelve la última tarea o se rompe el vínculo con el fallecido. Más bien, la pérdida, el duelo subsiguiente y un vínculo significativo continuo con el fallecido deben integrarse en el yo y formar parte de la vida continuada de la persona en duelo. Por lo tanto, el proceso de duelo no consiste en romper el vínculo con el fallecido, sino que la relación debe interiorizarse, de modo que el doliente pueda llevar a la persona imaginativamente consigo en el futuro (Klass et al., 1996; Worden, 2018). La idea de los vínculos persistentes es vista por muchos como una extensión de la idea básica de la teoría del apego. En lugar de mantener la cercanía física con la figura de apego, se crea una cercanía psicológica que puede proporcionar una sensación de tranquilidad (Field et al., 2005). Por ejemplo, para una viuda puede ser tranquilizador pensar en lo que su amado marido le habría aconsejado hacer ante una situación difícil, continuando así su vínculo de una nueva forma.

Cuando la continuidad de los vínculos es el centro del duelo, se intenta fomentar una atención flexible tanto a la pérdida como a la vida que queda por delante, de modo que el doliente comience a comprometerse de nuevo con la vida sin renunciar al apego al fallecido.

REFORZAR EL VÍNCULO CONTINUADO MEDIANTE LA ESCRITURA DE CARTAS

La escritura terapéutica de cartas puede utilizarse como una forma de dar un cierre a una persona y despedirse del fallecido en su forma física, pero también para ayudar a promover un vínculo continuo con el fallecido de forma psicológica, simbólica o espiritual. Escribir directamente al ser querido es una forma de ponerlo al alcance de la mano, permitiendo una comunicación continua, aunque sea simbólica. A menudo, el doliente es capaz de imaginar cómo habría respondido la persona fallecida e incluso puede escribirlo como parte de la carta. Así, se le puede pedir que escriba sobre los problemas, pero también sobre cómo habría podido ayudar la persona fallecida. Si el cliente imagina que la persona fallecida habría respondido con consejos o ánimos, puede ser reconfortante para él que se le recuerde esto y las formas de mantener a la persona fallecida con él en su vida mientras sigue adelante. También se puede animar al doliente a que escriba sobre situaciones en las que echará de menos al fallecido y describa cómo éste estará "presente", por ejemplo, a través de rituales en días especiales (p. ej., cumpleaños y vacaciones), al hablar del fallecido (p. ej., con los nietos), al compartir recuerdos, al crear un legado, etc. (Larsen, 2022).

ESPERANZAS DE FUTURO

Además de trabajar en la aceptación de la realidad de la pérdida y en el establecimiento de un vínculo continuo, otro foco relevante del tratamiento puede ser trabajar para reengancharse a la vida y encontrar esperanza para el futuro. Pensando en el DPM, esta parte del proceso de duelo pertenece al proceso orientado a la restauración. Reincorporarse a la vida cotidiana, como ir a trabajar, ver a los amigos y retomar las antiguas actividades de ocio, puede ayudar a la readaptación a la vida y, posteriormente, a encontrar la esperanza de que una vida y un futuro sin el fallecido podrían

ser posibles. Lo que puede complicar esta reincorporación puede variar de una persona a otra. Por ejemplo, la falta de energía o de ánimo, el sentimiento de culpa por seguir vivo o el miedo a la reacción de los demás. En terapia, es importante explorar qué puede ayudar a motivar a la persona en duelo a retomar su vida anterior, pero también qué puede ser un obstáculo para hacerlo.

CREAR ESPERANZA EN EL FUTURO ESCRIBIENDO CARTAS

En terapia, cuando se utiliza la escritura de cartas terapéuticas para crear un sentimiento de esperanza en el futuro, el objetivo se centra en ayudar al cliente a encontrar formas de participar en actividades significativas y superar las barreras para hacerlo. El terapeuta puede pedir al cliente que escriba una carta sobre los pensamientos y sentimientos asociados al inicio de una determinada actividad. Las cartas pueden utilizarse para explorar formas de abordar la identificación de las fuentes de aprensión y las maneras de abordarlas. Si la vida ha cambiado en varios aspectos tras la pandemia, esto también puede explorarse en las cartas. Qué pensamientos y sentimientos se asocian con el hecho de volver a relacionarse con el mundo, qué le anima quizás y qué le frena. Una vez explorados los sentimientos y pensamientos, el cliente puede llevar a cabo pequeños experimentos conductuales. Un punto de partida podría ser reunirse con un compañero de confianza fuera del trabajo, antes de volver a éste. Después de que el cliente haya completado la actividad, puede ser útil que escriba sobre la experiencia real. ¿Le sorprendió algo de la experiencia? ¿Quizás hubo un segundo en el que casi perdió el valor o sucedió algo que facilitó la experiencia? Si el cliente no pudo empezar a trabajar como estaba previsto o se perdió la sesión de entrenamiento en el club de fútbol, escribir una carta sobre esa experiencia puede ser una forma útil de que tanto el cliente como el terapeuta comprendan mejor lo que les impedía participar en la experiencia significativa. El terapeuta puede, de forma temporal, proporcionar el apoyo y el ánimo que antes proporcionaban la pareja o los padres cuando se enfrentaban a situaciones difíciles.

Otros aspectos significativos con los que trabajar en la escritura de cartas cuando se trata de volver a la vida después de la pérdida, pueden ser las cartas sobre tener que "invitar" a otras personas a la vida de la persona en duelo, es decir, tener que crear nuevas o cambiar viejas relaciones. Por ejemplo, una carta a la madre en la que el joven explica lo que ahora necesita de ella tras la muerte del padre. También pueden ser cartas sobre la identidad de la persona en duelo que ahora es diferente, sobre tener que hacer cosas nuevas sin la pareja fallecida, así como cartas sobre lo que supone para el marido tener que hacer limpieza de las pertenencias más preciadas y la ropa favorita de su difunta esposa, etc. El objetivo es centrarse en las consecuencias relacionales, identitarias y prácticas de la pérdida.

Se trata de una breve introducción a algunos de los aspectos del enfoque ecléctico de la terapia del duelo utilizado en la DNCG. Esta sección se ha inspirado en gran medida en el manual terapéutico de la DNCG sobre grupos abiertos, que se está utilizando actualmente en la DNCG. Para saber más sobre la intervención en duelo para jóvenes de la DNCG y su eficacia, véase Larsen, Guldberg y Kring, 2021; Harresen, Tølbøll y Larsen, 2022.

TERAPIA DE GRUPO

En este manual se han presentado tres enfoques teóricos para trabajar con los dolientes a fin de prevenir reacciones de duelo complicado tras la pandemia del COVID-19. Los tres enfoques se han presentado con vistas a llevar a cabo una terapia individual. Esto es consecuencia del meta-análisis de Johannesen et al. (2019) que encontró, que el efecto de la intervención de duelo fue mayor en la terapia individual que en la grupal. Sin embargo, esto podría deberse a la falta de estudios de ECA de la intervención grupal también y, por lo tanto, aún se necesita más investigación para concluir sobre la eficacia de la terapia individual frente a la terapia grupal.

Históricamente, los grupos de duelo se han utilizado durante décadas como una forma de trabajar con los afligidos, ya que ofrecen oportunidades únicas para la divulgación, la conexión empática, los objetivos compartidos y los ajustes psicológicos, como la disminución de la angustia y la sensación de aislamiento social ante los desafíos de la vida (Davison et al., 2000). También existe la hipótesis de que la terapia de grupo podría ser especialmente beneficiosa para las personas afectadas por la pandemia, ya que es más probable que hayan sufrido en aislamiento y carezcan de entornos sociales en los que expresar y procesar su dolor. Por lo tanto, a continuación, se tratarán brevemente los aspectos específicos que deben tenerse en cuenta al trabajar con grupos de duelo.

En primer lugar, es esencial garantizar una formación profesional adecuada en el trabajo con el duelo y con grupos. Debido a la especificidad de las competencias necesarias para desempeñar las funciones psicológicas y a la complejidad del proceso emocional, se espera que las terapias de grupo sean dirigidas por un clínico experimentado y formado. Un trabajo de este tipo requiere que el terapeuta se enfrente a la intimidad y represente y solicite la actitud reflexivo-analítica en el grupo (Karterud & Bateman, 2012). Además, el instructor tiene que ser capaz de aplicar funciones específicas relacionadas con la gestión de la dinámica de grupo, que tienen sus raíces en el análisis de grupo y la terapia de grupo psicodinámica (Anthony y Foulkes, 1965; Karterud y Bateman, 2012): por ejemplo, el instructor establece las normas del proceso, fomenta la toma de turnos y la interacción del grupo, y promueve el proceso interpersonal del grupo como vehículo para el cambio.

El entorno del grupo

La intervención en duelo tiende a concebirse como un grupo homogéneo. Todos los miembros del grupo sufren una pérdida significativa, con el fin de aumentar las cualidades terapéuticas fundamentales, como las oportunidades de revelación, la conexión empática, los objetivos compartidos y los ajustes psicológicos (es decir, la disminución de la angustia y la sensación de aislamiento social) a los desafíos de la vida (Davison et al., 2000). Las investigaciones indican que la intervención grupal puede ser más eficaz cuando tiene en cuenta el nivel de las reacciones de duelo, las características del duelo, la relación con el fallecido y el contexto de la muerte (Johannesen et al., 2019; Jordan & Neimeyer, 2003). El objetivo principal de la composición del grupo es tratar de crear las mismas oportunidades que aumenten y mantengan la cohesión del grupo. El terapeuta puede apoyar esto con la estructura, las intervenciones y el clima emocional en el propio grupo, así como teniendo en cuenta al grupo en su conjunto a la hora de crear el grupo e integrar a nuevos miembros en el mismo.

Para lograr el reconocimiento en un grupo y, al mismo tiempo, evitar que un participante "destaque" y se sienta solo con su situación de pérdida, algunos estudiosos sugieren que es aconsejable componer el grupo de modo que haya al menos dos personas con el mismo problema, por ejemplo, la pérdida de la pareja, la pérdida tras un suicidio, la pérdida tras una enfermedad, etc.

Al mismo tiempo, el terapeuta no sólo debe esforzarse por lograr la mayor homogeneidad posible en el grupo, sino también prestar atención a que en el grupo se dé cabida a la diversidad, por ejemplo, en la personalidad, en las relaciones y en la forma de afrontar las situaciones emocionales. El grupo es un espejo -un microcosmos social- en el que las personas interactúan de forma ejemplar y pueden aprender de sus retos, resolver conflictos y afrontar sus duelos de forma que se refuerce la cohesión del grupo y se desarrolle el potencial de formar parte de este grupo concreto.

¿Cuántas personas debe haber en un grupo? Al igual que en otros tipos de grupos clínicos, los grupos de duelo, por lo general, se conciben para constituirse con un mínimo de 5 personas y un máximo de 12 para facilitar un compromiso y una comunicación eficaces entre los participantes. La experiencia ha demostrado que, aunque se reconoce que no es lo óptimo, puede ser aceptable dirigir un grupo con 13-14 personas.

El tiempo. Independientemente del tipo de grupo (por ejemplo, grupo de apoyo o terapéutico; dirigido a dolientes sin riesgo de sufrir un trastorno de duelo prolongado o a dolientes en riesgo o con un duelo complicado), los horarios y la duración fijos de las sesiones son un aspecto importante del marco de intervención y proporcionan coherencia, estabilidad y seguridad a los participantes sobre los límites, las fronteras y las oportunidades dentro del entorno del grupo.

Procedimientos de captación. Deben hacer hincapié en atraer a participantes que estén motivados (Schut & Stroebe, 2005). Suelen recomendarse sesiones individuales de screening para los posibles miembros del grupo con el fin de evaluar su idoneidad para el trabajo en grupo. Es decir, su capacidad para trabajar adecuadamente con los demás, así como su nivel de angustia. Los clientes que parecen muy frágiles o traumatizados puede que no reciban la mejor ayuda en un grupo, pero inicialmente requerirán un seguimiento individual más estrecho. Por último, sus objetivos y expectativas para el grupo deben ser ampliamente compatibles con la terapia ofrecida (Neimeyer et al., 2022). Además, es útil solicitar una breve descripción de las circunstancias vitales del entrevistado y de su experiencia de pérdida para adquirir un mayor conocimiento previo de las circunstancias, luchas y fortalezas de los miembros.

Métodos de grupo

Está fuera del alcance de este manual proporcionar un manual para intervenciones en grupo. Los clínicos interesados podrían buscar más información en lo siguiente:

- Hedtke, L. (2012). Grupos de apoyo al duelo: Dando vida a las historias de los muertos. Taos Institute Pub.
- MacNair-Semands, R. R. (2004). Teoría, práctica e investigación de los grupos de duelo. En J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Eds.), Handbook of group counseling and psychotherapy (pp. 518-531). Sage Publications Ltd.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Weideman, R. (2011). Terapias de grupo a corto plazo para el duelo complicado: Dos modelos basados en la investigación. Asociación Americana de Psicología.
- Jordan, J. R., y Neimeyer, R. A. (2012). Técnicas de terapia del duelo: Prácticas creativas para asesorar a los afligidos.
- Darrow, L. S., & Childs, J. (2020). Métodos y herramientas de acción experiencial para la curación del duelo y el trauma relacionado con la pérdida: Vida, muerte y transformación. Routledge.
- Inspiración en el apéndice 5 sobre cómo trabajar el duelo utilizando el psicodrama en grupo. grupo.

TERAPIA EN LÍNEA

En esta sección se abordará brevemente la realización de terapia en línea para personas en situación de duelo. La sección presenta algunos de los aspectos clave de la terapia en línea que hay que tener en cuenta, además de señalar otras lecturas.

Un aspecto que debe tenerse en cuenta a la hora de llevar a cabo una terapia en un entorno posterior al COVID-19, implica el aumento del uso de la telepsicología para proporcionar asistencia profesional (Boelen et al., 2020; Barker & Barker, 2022). Cabe destacar que el formato de prestación en línea, basado en internet o basado en la web abarca una multiplicidad de formas de contacto, desde sesiones totalmente en línea y sincrónicas entre un cliente y un terapeuta, hasta tratamientos mixtos (es decir, que combinan sesiones presenciales con módulos psicoeducativos en línea) o formas asincrónicas de comunicación (como intercambio de correos electrónicos, mensajes, entre otras formas), todas las cuales deben analizarse y compararse cuidadosamente en términos de resultados de eficacia (véase Andersson et al., 2019).

Antes del escenario pandémico COVID-19, los estudios meta-analíticos habían puesto de relieve que este formato de entrega de las intervenciones era en general eficaz y positivo, con una mayoría de clientes que se benefician de este formato, especialmente cuando se compara con una condición de lista de espera; véase, por ejemplo, el meta-análisis de Andersson & Cuijpers (2009), en relación con el tratamiento de la depresión. Sin embargo, los estudios que analizan las perspectivas del cliente o los resultados de las intervenciones por Internet también pueden arrojar resultados contradictorios: por ejemplo, Rozental, et al. (2015) mostraron que algunos clientes experimentaron efectos negativos como resultados de las intervenciones administradas por Internet (alrededor del 9% de los clientes informaron efectos negativos o deterioro), mientras que Treanor (2017) encontró que los clientes experimentaron una importante profundidad relacional y una conexión profunda con sus terapeutas en las intervenciones en línea. Algunas descripciones de los clientes de estos momentos son, por ejemplo, momentos "más allá de las palabras" y "liberadores". Por lo tanto, es mejor ser cauteloso con respecto al estado actual de la evidencia y mantener la conciencia de posibles situaciones menos que ideales o clientes con los que esta puede no ser la modalidad preferida o beneficiosa para la terapia.

Intervenciones en línea y basadas en la web. Un meta-análisis reciente ha demostrado que existen pruebas iniciales sobre la eficacia de las intervenciones basadas en la web para clientes en situación de duelo (Wagner et al., 2020). Todas las intervenciones basadas en la web de la muestra recogida ($N = 7$) seguían un enfoque cognitivo-conductual, y seis de ellas eran manualizadas. Hacían uso de un apoyo terapéutico mínimo, retroalimentación individualizada después de los módulos de tratamiento e incluían tareas para casa enviadas por correo electrónico, tareas de escritura de exposición, módulos de activación conductual y reevaluación cognitiva. Cinco de ellas se derivaron de un ajuste de protocolos para el tratamiento en línea del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los resultados mostraron que todas las intervenciones basadas en la web consideradas mostraron efectos de moderados a grandes (en comparación con los grupos de control) para los síntomas de duelo y TEPT, pero menores para la depresión.

En Italia, se desarrolló una intervención psicológica de grupo basada en una aplicación para teléfonos inteligentes (*"Italia Ti Ascolto"* [ITA] - *"Italia te escucho"*) (Parolin et al., 2021). El objetivo era proporcionar apoyo psicológico a las personas que experimentaban malestar psicológico durante la pandemia de COVID-19 de 2020 en Lombardía (Italia). En términos de reducir rápidamente la angustia emocional, reducir la preocupación por la pandemia y poner en contacto a las personas afectadas con los servicios de salud mental locales y

nacionales. La aplicación ofrece varias salas en línea, cada una con una temática específica; se incluyó una sala temática específica para las personas que experimentaron duelo debido al COVID-19. El grupo de intervención en línea fue impartido durante tres meses por psicoterapeutas profesionales que se sometieron a supervisión semanal. Los resultados de una investigación preliminar muestran una asociación entre las estrategias disfuncionales de regulación de las emociones (supresión expresiva), los síntomas de depresión y ansiedad, los niveles de estrés y la reducción del apoyo social percibido (Parolin et al., 2021). En España se han llevado a cabo iniciativas similares, como la app *Sperantia* (Halty et al., 2020), que ofrece diferentes servicios de psicología cuando los resultados de los cuestionarios del usuario revelan puntuaciones clínicas o da recomendaciones preventivas en caso de niveles subclínicos.

En Portugal, la Línea de Asesoramiento Psicológico SNS 24 se puso en marcha en 2020 mediante una asociación entre la Asistencia Sanitaria Nacional, la Fundación Calouste Gulbenkian y la Asociación Portuguesa de Psicólogos. Más de 148 mil personas, incluidos 9.500 profesionales de la salud, recibieron apoyo relacionado principalmente con problemas y síntomas asociados a la ansiedad, el empeoramiento de la psicopatología previa, la gestión y la adaptación en una situación de crisis. Los psicólogos de este servicio también identificaron la necesidad de derivación al servicio de Triaje, Asesoramiento y Derivación SNS 24, si consideran que la situación del usuario no se ha resuelto dentro de este asesoramiento psicológico breve (https://www.inem.pt/2022/04/06/linha-de-apoio-psicologico-do-sns-24/).

Un aspecto a tener en cuenta es la gestión de la relación terapéutica. En la telepsicología, la relación terapéutica se lleva a cabo en un entorno que para muchos es inusual y diferente de los entornos más tradicionales, con la consecuencia de posibles cuestiones problemáticas en el desarrollo y la gestión de la relación terapéutica. La literatura sobre este tema es todavía escasa (véase Geller, 2021; Poletti et al., 2021; Sucala et al., 2012). Sin embargo, puede ser importante destacar que todos deberíamos, al menos, no dar por sentado que las formas habituales que hemos aprendido para construir y gestionar una relación terapéutica adecuada en entornos vis-a-vis más tradicionales pueden ser igualmente aplicables en entornos en línea. Esto requiere que el terapeuta sea consciente y reflexione sobre su postura relacional en estos entornos. A nivel muy general, aún se desconocen los efectos a largo plazo de este cambio (de la consulta al entorno en línea). Sin duda, parece que muchos profesionales sobrestiman sus competencias a la hora de proporcionar asistencia psicológica en entornos en línea (Sammons et al., 2020).

Presencia en línea

La presencia terapéutica es un proceso que tiene lugar entre el terapeuta y el cliente y está relacionada con su disponibilidad y apertura para ser ambos, momento a momento. Es una forma de estar con el cliente que potencia el hacer y la aplicación de las técnicas en terapia (Geller, 2017).

La teoría polivagal presenta una explicación bioconductual de cómo la presencia terapéutica puede facilitar una sensación de seguridad tanto en el terapeuta como en el cliente (Geller y Greenberg, 2015; Porges, 2017, 2021). Esta teoría argumenta que los mecanismos neuronales comunican la experiencia de seguridad del terapeuta disminuyendo los subsistemas defensivos involuntarios del cliente. La confianza resulta de la sincronización de los ritmos fisiológicos, y los movimientos corporales expresados por el contacto visual y la mímica de los gestos y expresiones del cliente, que facilita la regulación emocional de los clientes, asegurando una sensación de tranquilidad y seguridad que promueve la interacción social.

Figura 8 - Señales corporales para comunicar presencia

Tono de voz prosódico (acentuación, intensidad de la pronunciación)
Inclinación hacia delante
Gestos armoniosos (en espejo)
Postura corporal abierta
Expresión facial armoniosa y tranquila

El terapeuta utiliza su yo y la atención a su conciencia corporal como herramienta para comprender al cliente, así como para entender cómo sus respuestas están facilitando el proceso terapéutico. Es como una antena/radar que permite al psicólogo leer la experiencia, momento a momento, y hacer eco y sintonizar su propia experiencia. El terapeuta busca pistas en la expresión no verbal, escuchando internamente una combinación de a) resonancia con los clientes; b) su comprensión de la historia y los objetivos del cliente; c) sabiduría clínica y teórica. Este es un proceso muy exigente para los terapeutas porque sus recursos internos y su disponibilidad activa están siempre muy movilizados, de ahí su autocuidado, y una práctica de cultivo de la presencia en la vida cotidiana y en las relaciones interpersonales es fundamental para construir las vías neuronales para el entrenamiento de la presencia y para la presencia terapéutica (Geller, 2017).

Durante la crisis pandémica, los psicólogos, especialmente durante la primera oleada del COVID-19, al igual que muchos otros profesionales de la ayuda, se vieron inhibidos de continuar con su práctica clínica en intervenciones presenciales. La telepsicología o la e-salud fue, de repente, la única vía que pudieron utilizar para seguir prestando sus servicios. Aunque algunos ya estaban familiarizados con los servicios en línea, organizaciones profesionales como la American Psychological Association (https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf) o la British Association for Counseling and Psychotherapy (https://www.bacp.co.uk/media/10850/bacp-online-and-phone-therapy-user-guide-feb21.pdf), o en Italia El Consejo Nacional de la Orden de Psicólogos (https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/04/LINEE-DI-INDIRIZZO-PER-LINTERVENTO-PSICOLOGICO-A-DISTANZA-A-FAVORE-DELLA-POPOLAZIONE-NELLEMERGENZA-COVID-19-1.pdf) difundieron algunas directrices para fomentar las buenas prácticas.

Sin embargo, existen algunos retos en el entorno o formato online que pueden interferir con los ingredientes relacionales, como la presencia terapéutica y la profundidad relacional. El principal obstáculo son las dificultades técnicas relacionadas con la conexión en línea, incluida una señal de Internet deficiente que puede confundir al cliente. Otro aspecto importante es la falta de señales no verbales que dificultan la atención a las señales corporales del cliente (Cooper, 2020; Geller, 2020). Cooper (2020) añade la distracción que impone verse en la pantalla y Geller complementa con la contratransferencia de los terapeutas (sus propias ansiedades, miedo a la incertidumbre y procesos de duelo activados por la pandemia) y una mayor fatiga, dado que estar muchas horas en el ordenador facilita la desconexión y el agotamiento del terapeuta.

Sin embargo, los atributos personales y profesionales del terapeuta, como ser auténtico, "mantener los límites" y ser competente, pueden disminuir estas dificultades. Treanor (2017) afirma que la distancia física impuesta por el contexto en línea permitió un diálogo más honesto, y por lo tanto un nivel más profundo de comunicación entre el cliente y su terapeuta, además de la comodidad del encuentro y la facilidad de estar en casa en un lugar seguro para abrazar la profundización emocional de la experiencia al final de la sesión. Consulte el apéndice 4 para obtener más información sobre cómo cultivar la presencia en línea.

En esta sección sobre la terapia en línea se han presentado nuevas investigaciones moldeadas por la pandemia y se han destacado aspectos clave que los terapeutas deben tener en cuenta al trabajar con clientes en un entorno en línea. La terapia en línea, que abarca una multiplicidad de formas de contacto en línea, ofrece la oportunidad de llegar a clientes que, debido a problemas de salud o a limitaciones geográficas o económicas, no pueden reunirse cara a cara con el terapeuta. Por razones de accesibilidad y principios de equidad, la terapia en línea es un aspecto importante a tener en cuenta a la hora de planificar futuros servicios clínicos.

Comentarios finales

Este manual ha sido coproducido con el fin de seguir reforzando las intervenciones terapéuticas para las reacciones de duelo complicado en adultos como respuesta a la pandemia COVID-19. El manual combina nuevos conocimientos procedentes de la investigación sobre la pandemia COVID-19 y su impacto en el duelo en el sur de Europa con tres enfoques teóricos de las intervenciones en duelo. El objetivo del manual es ayudar a los psicólogos y psicoterapeutas del sur de Europa en su trabajo con personas en situación de duelo. Como se ha detallado en este manual, perder a un ser querido durante el COVID-19 supone un riesgo específico de desarrollar reacciones de duelo complicado. Este manual es una contribución y un punto de partida para comprender mejor estos aspectos específicos del duelo y proporcionar un tratamiento clínico adecuado a una población en situación de riesgo.

Apéndice 1 - Otros recursos y lecturas

Terapia cognitivo-conductual, lea más de Paul Boelen y colegas sobre Terapia cognitivo-conductual para el duelo complicado transdiagnóstico.

- Boelen, P.A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Tratamiento del duelo complicado: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2):277-84. doi: 10.1037/0022-006X.75.2.277.

- Boelen, P. A., van Den Hout, M..A. & van Den Bout, J. (2006), A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*: 109-128.

- Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., Keijser, J., & Lenferink, l. (2021). Remotely deliverd cognitive behavior therapy for disturbed grief during COVID-19 crisis: challenges and opportunities. Journal of Loss and Trauma, 26, 3, 211-219. https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793547

Terapia centrada en las emociones

- Elliott, R., y Greenberg, L. (2021). *Emotion-Focused counseling in action*. SAGE.

- Greenberg, L. (2022). *Terapia centrada en las emociones. Coaching clients to work through their feelings*. APA.

- Timulak, L., & Keogh, D. (2021). Terapia Transdiagnóstica Centrada en la Emoción. Una guía clínica para transformar el dolor emocional. APA.

El enfoque ecléctico y la escritura de cartas y en la terapia del duelo

- Larsen, L. H. (2022). Letter Writing as a Clinical Tool in Grief Psychotherapy (La escritura de cartas como herramienta clínica en la psicoterapia del duelo). *OMEGA - Journal of Death and Dying*, doi: 10.1177/00302228211070155

- Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., & Fasano, V. (2020). El papel de la fatiga de la compasión, el agotamiento y la desesperanza en la asistencia sanitaria: Experiencia en la época del brote de COVID-19. *Psychiatria Danubina*, *32*(suppl. 1), 10-14.

- Neimeyer, R. & Sands, D. (2022). Reconstrucción del significado en el duelo. From principles to pactice. En R. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton. Grief and Bereavemnet in Contemporary Society. Routeledge.

- Payàs, A. P., &
- Chauraud, A. M. (2019). Desvelando el Significado a partir de los Recuerdos: Un método integrador de reconstrucción de significados para el asesoramiento de personas en duelo. *Ilness, Crisis y Los, 27* ,3, 209-225. DOI: 10.1177/1054137316687954

Otros recursos:

Larson, D. (2020). *El viaje del ayudante. Empatía, compasión y el reto de cuidar*. Research Press.

Apéndice 2 - Trastorno de duelo prolongado

ICD 11 PGD Definición narrativa

Criterion	Details
A. Event	Death of someone close at least six months ago
B. Core items	At least one of persistent and pervasive longing for the deceased, or persistent and pervasive preoccupation with the deceased
C. Accessory items	Accompanied by at least one example of intense emotional pain, e.g. Sadness Guilt Anger Denial Blame Difficulty accepting the death Feeling one has lost a part of one's self An inability to experience positive mood Emotional numbness
D. Impairment criteria	Substantial impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning as a result of the symptoms
E. Cultural features	The grief response has persisted for an atypically long period (≥6 months) and clearly exceeds norms for the individual's social, cultural, or religious context

PGD, prolonged grief disorder.
Fuente: Killikelly et al., 2021, disponible en https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.10.034

Table 3 Essential (required) features for prolonged grief disorder in the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements (CDDR)

- History of bereavement following the death of a partner, parent, child, or other person close to the bereaved.
- A persistent and pervasive grief response characterized by longing for the deceased or persistent preoccupation with the deceased accompanied by intense emotional pain. This may be manifested by experiences such as sadness, guilt, anger, denial, blame, difficulty accepting the death, feeling one has lost a part of one's self, an inability to experience positive mood, emotional numbness, and difficulty in engaging with social or other activities.
- The pervasive grief response has persisted for an atypically long period of time following the loss, markedly exceeding expected social, cultural or religious norms for the individual's culture and context. Grief responses lasting for less than 6 months, and for longer periods in some cultural contexts, should not be regarded as meeting this requirement.
- The disturbance results in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. If functioning is maintained, it is only through significant additional effort.

Fuente: Read et al., 2022

Criterios para el trastorno de duelo prolongado en el DSM-5-TR (2022)

A. The death, at least 12 months ago, of a person who was close to the bereaved (for children and adolescents, at least 6 months ago).

B. Since the death, there has been a grief response characterized by one or both of the following, to a clinically significant degree, nearly every day or more often for at least the last month:
1. Intense yearning/longing for the deceased person
2. Preoccupation with thoughts or memories of the deceased person (in children and adolescents, preoccupation may focus on the circumstances of the death)

C. As a result of the death, at least 3 of the following 8 symptoms have been experienced to a clinically significant degree since the death, including nearly every day or more often for at least the last month:
1. Identity disruption (e.g., feeling as though part of oneself has died)
2. Marked sense of disbelief about the death
3. Avoidance of reminders that the person is dead (in children and adolescents, may be characterized by efforts to avoid reminders)
4. Intense emotional pain (e.g., anger, bitterness, sorrow) related to the death
5. Difficulty with reintegration into life after the death (e.g., problems engaging with friends, pursuing interests, planning for the future)
6. Emotional numbness (i.e., absence or marked reduction in the intensity of emotion, feeling stunned) as a result of the death
7. Feeling that life is meaningless as a result of the death
8. Intense loneliness (i.e., feeling alone or detached from others) as a result of the death

D. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

E. The duration and severity of the bereavement reaction clearly exceeds expected social, cultural, or religious norms for the individual's culture and context.

F. The symptoms are not better explained by major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, or another mental disorder, or attributable to the physiological effects of a substance (e.g., medication, alcohol) or another medical condition.

Apéndice 3 - Entrevista de evaluación

A continuación, se sugieren epígrafes que podrían ayudar a estructurar la entrevista de evaluación y que, en conjunto, forman la base para evaluar si un doliente debe ser considerado para recibir terapia. Bajo cada epígrafe encontrará una serie de preguntas de ayuda. No se pretende obtener siempre toda la información.

Consideraciones relacionadas con la investigación:

(antecedentes de la consulta, deseos de ayuda, motivación)

La enfermedad:

(Qué enfermedad, duración, cambios en las capacidades físicas y mentales a lo largo del tiempo, episodios especialmente violentos, implicación, responsabilidad, impacto en la vida cotidiana, por ejemplo, cosas que no podían hacer, cómo se hablaba de la enfermedad en la familia, preparación para la gravedad, incluida la posible muerte. Enfoque: impacto de la enfermedad en la persona, incluidas las experiencias traumáticas y los remordimientos).

Muerte de un ser querido:

(cuándo, circunstancias de la muerte, incluyendo si la persona estaba presente y/o vio a la persona fallecida, si estaba preparada para la muerte y si pudo despedirse. Enfoque: cualquier circunstancia traumática de la muerte, por ejemplo, encontrado muerto, autoinculpado, muerte violenta y percepciones, etc.).

***Reacciones de los afligidos*:**

(emocional, cognitivo, conductual, físico, existencial, cambios, nivel de funcionamiento, imágenes posteriores, pensamientos suicidas, autolesiones)

***Situación familiar*:**

(los miembros de la familia, la convivencia, la comunicación en la familia sobre el fallecido y los sentimientos de duelo, el funcionamiento familiar antes y ahora, incluido el proceso de duelo de otros familiares cercanos, las consecuencias clave del curso de la enfermedad, por ejemplo, mudarse de casa, las redes familiares.

Otros factores sociales:

(situación de vivienda, nivel de funcionamiento en el trabajo antes y ahora, nivel de funcionamiento social antes y ahora, red fuera de la familia, adicción, nivel de apoyo en la universidad/trabajo, cambios importantes en la vida cotidiana).

Antecedentes:

(educación, relación con los padres, otras circunstancias difíciles, incluidas posibles pérdidas pasadas y su superación, posibles dificultades psicológicas propias)

Tratamiento anterior:

(intervenciones especiales en torno al cliente y su impacto)

Impresión clínica:

(por ejemplo, apariencia, contacto, nivel de mentalización, tono emocional, sensación del proceso de duelo del cliente con evitación/abrumado, motivación).

Valoración global:

(breve resumen de los principales resultados, incluido el estado de aflicción, el nivel de funcionamiento, los factores de riesgo y de protección, el plan (incluido el grupo/familia/individuo y el enfoque, si procede) para el niño/joven en BU&S y cualquier otra intervención, información dada al cliente).

Otros recursos disponibles en línea en distintos idiomas

Trastorno de Duelo Prolongado (Escala PG13)

https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/pg-13.pdf

Trastorno de Duelo Prolongado Revisado (PG13-R)

https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/pg-13.pdf

Apéndice 4 - Terapia en línea

Consejos para cultivar una presencia en línea (Adaptado por Geller, 2020)			
	Antes de la sesión	**Durante la** sesión	**Después de la** sesión
Terapeutas	*Crear seguridad en línea*: conocimientos básicos de ciberseguridad, privacidad y protección de datos, utilizando plataformas seguras con cifrado de datos que garanticen la confidencialidad y seguridad de todos; *Coherencia y configuración*: - Encontrar un espacio adecuado en casa o en la oficina que sea siempre el mismo para garantizar una sensación de previsibilidad. - Fomente la intimidad de los clientes intentando pedirles que estén en un lugar privado, que lleven auriculares y que no les molesten los familiares. Distancia *óptima* - Aproximadamente a un metro de la pantalla, pero podemos pedir a los clientes que encuentren la distancia que les resulte más cómoda. - Mantenga la cámara a la altura de los ojos para favorecer el contacto visual. *Iluminación* - Adecuado, sin ventanas en el fondo *Ropa* - Mantenga el mismo estilo de vestimenta que si estuviera en el cara a cara Proporcione estas recomendaciones de redacción antes de las sesiones para ayudarles a crear un entorno seguro. Autocuidado: - Dar un paseo o hacer algo físico, salir de la consulta, ir al baño. - Dedica entre 5 y 10 minutos a centrarte en el aquí y el ahora, como un ejercicio de meditación, respiración profunda, postura de yoga (árbol), y sólo entonces deja que el cliente entre en la sesión.	*Comunicar presencia, empatía y* resonancia - La expresión facial, la prosodia vocal (ritmo, timbre, volumen y métrica), el contacto visual, las señales no verbales, los gestos, son muchas formas de comunicar nuestra presencia y sintonía con los clientes). Sintonizar simultáneamente con nuestra experiencia interna: atención a nuestra tolerancia a las señales afectivas y de presencia. - Mantener el contacto visual Invitar a la sincronización - Permítase co-regular con los clientes reflejando su expresión, contacto visual, ritmo y tono de voz, y entrenando juntos la respiración diafragmática. Receptividad: apertura a la experiencia, alejando las distracciones. Sintonizar con la experiencia interna - Estar en contacto con la experiencia interna y los estados emocionales de forma compasiva para poder reconocer estados emocionales importantes en los clientes (cómo la experiencia de los clientes se manifiesta en nuestro cuerpo) y contrarrestar las respuestas de transferencia (desconexión, desencadenantes, etc.). Seguimiento de la respuesta del cliente - Prestar atención a los matices de las microexpresiones de los clientes, atender cuando están abiertos en su ventana de tolerancia o abrumados y desconectados. Para facilitar una sensación de corregulación, ajustar la postura o el tono de voz. - Acceder a las microexpresiones faciales Contacto: Confirme que la imagen permanece alineada Presta atención a tus respuestas para que reflejen la experiencia y las necesidades del cliente. Registro con el cliente Hacer frente a los retos de la contratransferencia y la presencia: si nos invade la ansiedad del cliente, nosotros mismos podemos ponernos ansiosos. En este sentido, es importante practicar PNR (Pausa, Notar y Volver), o una breve práctica de autocompasión, o tres respiraciones profundas largas, con Grounding (sentir los pies en el suelo) para ayudarnos a volver a centrarnos. Esto también da al cliente un sentido de humanidad y una oportunidad de modelado para el cliente. Si la tecnología se bloquea/se produce una mala conexión: ten compasión con nosotros, reconoce el problema e inténtalo de nuevo.	Cuidados personales después de las sesiones - mover el cuerpo y/o hacer algunos estiramientos. Sesiones de clausura - Determina si necesitas más tiempo entre sesiones, para tomar apuntes, hacer descansos, estiramientos, etc. Terminar con intencionalidad: - Cerrar el día, cerrar el ordenador, ordenar la oficina - Antes de "volver a casa" tómate también unos minutos para hacer una pausa
Clientes	*Optimizar la* presencia de *los clientes* - Garantizar a los clientes un entorno privado - Invite a los clientes a minimizar intencionadamente las distracciones, como apagar sus teléfonos, desactivar aplicaciones informáticas como las notificaciones de correo electrónico, etc. - Pedir que se mantenga la cámara encendida - Recordarles que deben tener pañuelos de papel cerca - Si hay necesidad de utilizar material específico: por ejemplo, en TFE tener sillas cerca; en CBT: cuadernos cerca; DBT: tarjetas de diario y herramientas de regulación de emociones.		Ayudar a los clientes a entender lo que necesitan para la transición después de la sesión (en el formato cara a cara algunos clientes van al baño o tienen el viaje en coche a casa). En el formato en línea, puede que necesiten algo de tiempo al final de la consulta para asimilarla o procesarla antes de abrir la puerta y volver a entrar en su entorno familiar.

Anexo 5 - Expresar y compartir emociones a través de las técnicas psicodramáticas en grupo

La mayoría de las personas en duelo necesitan que se les ayude a expresar sus emociones sobre el dolor, a saber, que su dolor es legítimo, que las intensas emociones que están experimentando son sentidas por otros, y que otras personas podrían escucharlos, comprenderlos y aceptar cómo se sienten. Dickson (2002), al introducir el valor de las técnicas dramáticas en un entorno de grupo dirigido a personas en duelo, observó cómo poco después de la muerte, la red cercana de personas en duelo parece no ser capaz de apoyarlas: cuando el fallecido es un familiar, a menudo cada miembro teme abrumar aún más a los demás miembros añadiendo su propio dolor al que ya están experimentando los demás; algunos amigos evitan deliberadamente mencionar al fallecido; otros evitan activamente a los dolientes o quieren que sean tan felices como antes y les critican por seguir en duelo después de varios meses. En muchos lugares de trabajo y escuelas, se esperaba que los dolientes rindieran con normalidad, a pesar de los efectos conocidos del duelo, como la falta de concentración, la baja energía y las emociones intensas y cambiantes, que llevan a bajar las notas escolares y a que el rendimiento laboral caiga por debajo del nivel anterior.

En el escenario pandémico, a la dificultad social y cultural de entrar en contacto con el sufrimiento de la muerte, se sumó el aislamiento relacionado con las medidas antivacunas. La mayoría de las personas vivieron su duelo de forma privada, quedándose con emociones intensas, abrumadoras y confusas, relacionadas también con el carácter traumático de la experiencia de pérdida (ver Capítulo 2): la imposibilidad de estar con sus familiares en los últimos momentos, el carácter rápido e inesperado de la muerte, la falta de comprensión clara de cómo murieron los seres queridos, la falta de despedida y de posibilidad de ver el cuerpo.
Las técnicas de psicodrama (o juegos) pueden representar estrategias electivas para gestionar el afecto desbordante, favoreciendo el contacto con elementos profundamente emocionales y facilitando la expresión emocional y el intercambio relacionado con experiencias emocionales dolorosas (Margherita, 2009; McVea & Gow, 2006).

El psicodrama se asocia en gran medida con un tratamiento eficaz para los supervivientes de traumas, por ejemplo, para aumentar la auto-revelación y la profundidad de la experiencia en personas con TEPT (McVea, Gow y Lowe, 2011). En la literatura también se relatan pocas experiencias de uso del psicodrama para tratar el duelo (por ejemplo, Dayton, 2005; Dickson, 2002; Figush, 2009; Istvan, 2014; Testoni et al., 2019).

En esta sección, introduciremos en primer lugar el principio clave del psicodrama como método de acción y su estructura clásica; a continuación, presentaremos las principales técnicas, con la idea de que puedan constituir una herramienta de la práctica clínica, que puede integrarse con diferentes métodos psicoterapéuticos y que también puede incluir la conversación, utilizando el dibujo, las cartas y otras técnicas expresivas creativas.
En todos los casos, dado que una intensa experiencia emocional puede ser desencadenada por el psicodrama, los practicantes requieren una alta competencia metódica y de asesoramiento/terapéutica, para dirigir el proceso, seleccionar las técnicas apropiadas o también desarrollar nuevas técnicas de acuerdo con la situación, los clientes, el tema y el objetivo de la reunión. En un enfoque orientado al proceso, el director también debe ser consciente del nivel de la dinámica de grupo, prestando atención a la integración del grupo, exigiendo la adhesión a las normas y límites elementales, y ayudando a aclarar los conflictos (von Ameln & Becker, 2020).

X1. El psicodrama como método de acción

El psicodrama es un método de acción iniciado por Moreno (1946-1993), uno de los fundadores de la psicoterapia de grupo, en el que "las personas representan escenas de sus vidas, sueños o fantasías en

un esfuerzo por expresar sentimientos no expresados, obtener nuevas percepciones y comprensiones, y practicar comportamientos nuevos y más satisfactorios" (García y Buchanan, 2000, p. 162).
La representación de una experiencia dolorosa en un grupo, la posibilidad de identificar, a través de la ayuda de los otros miembros, formas más adaptativas de pensar, sentir y actuar sobre la experiencia, la inversión de roles que permite una perspectiva diferente o el feedback de otros que comparten el mismo problema, acontecimiento crítico o retos vitales, son conceptos básicos del psicodrama.
Mientras que Freud consideraba el "acting out" como resistencia a la psicoterapia, Moreno (1969) considera la acción que tiene lugar en la relación (por ejemplo, el entorno seguro y de apoyo de una sesión de grupo) un factor clave del proceso de curación (Nolte, 2020). En la actualidad, el psicodrama es recomendado por varios gobiernos europeos como una buena práctica sanitaria (Cruz et al., 2018).

Aunque el psicodrama se ha basado históricamente en el marco psicoanalítico e interpersonal, desde finales del siglo XX, varios autores integraron la teoría psicodramática original con otras teorías o sugirieron nuevas bases teóricas para el método (Cruz et al., 2018). Por ejemplo, la práctica del psicodrama se utilizó en el marco de la terapia cognitivo-conductual (por ejemplo, Somov, 2008) y la terapia familiar para aumentar la empatía, dar oportunidad a la enmienda de los malentendidos y el establecimiento de la conexión (Farmer et al., 2018; Homes & Kirk, 2014).
Así, en la actualidad, las técnicas psicodramáticas específicas se aplican como intervenciones independientes dentro de la psicoterapia verbal más tradicional (Kipper, 1997). Tienen un amplio uso en entornos sanitarios, incluidos hospitales y servicios de salud mental, y también en entornos educativos y laborales (von Ameln, F., & Becker, 2020; Bendel, 2017; Lipman, 2003).

Estructura

Utilizado principalmente como método de grupo, el psicodrama suele implicar al menos a un terapeuta de psicodrama, al que se denomina director, y aproximadamente de cinco a quince clientes o participantes, con la intención de dar cabida a la exploración de problemas individuales o grupales mediante el uso de la representación y la retroalimentación (Holmes y Kirk, 2014).
En el psicodrama centrado en el protagonista, uno de los miembros del grupo -el protagonista- es el foco de la obra y los participantes representan "egos auxiliares", llamados a encarnar las relaciones de los protagonistas o a representar entidades y cosas abstractas (von Ameln, & Becker, 2020). No hay protagonista en el sociodrama, donde la obra se centra en todo el grupo y cada miembro es un yo auxiliar.
La sesión comienza de forma similar en cada reunión, con procedimientos diseñados para proporcionar una sensación de previsibilidad y seguridad a los miembros del grupo, al tiempo que se les permite cierto grado de control. Los miembros se sientan en círculo, lo que refuerza la sensación literal y simbólica de seguridad y cuidado. Se presenta a los participantes el propósito de la sesión y se comparten los procedimientos y las expectativas del grupo. Se revisa la confidencialidad.

En el trabajo con personas en duelo, el grupo puede presentarse como un espacio-tiempo en el que las personas pueden hablar entre sí sobre el modo en que la muerte de su ser querido estaba afectando a su vida y pueden expresarse y compartirse las emociones relacionadas. Se permite a las personas llorar libremente, expresar su rabia y hablar abiertamente sobre el ser querido que había fallecido (Dickson, 2002).

Tras crear el entorno de contención, un grupo de psicodrama estándar incluye tres etapas esenciales: calentamiento, acción y puesta en común (Kellermann, 1987).

La fase de calentamiento.
Sirve tanto para calentar a los participantes a la acción física como para calentar internamente a un psicodrama (Giacomucci, 2021). Esta fase está diseñada para traer eventos críticos o experiencias

angustiantes al presente ("aquí y ahora") de la sesión. Las actividades de calentamiento pretenden ayudar a los miembros del grupo a i) identificar en qué necesitan trabajar, ii) permitir que emerja un tema de grupo y iii) facilitar la autoexpresión y la autoexploración de los miembros del grupo. El director puede utilizar ejercicios físicos (por ejemplo, se invita a los participantes a caminar por la sala), iniciadores mentales (por ejemplo, se invita a los participantes a pensar en cómo se sienten en ese momento) y check-ins (cada miembro del grupo relata los acontecimientos importantes vividos) (Nolte, 2019). En la fase de calentamiento, se selecciona a un miembro del grupo como protagonista de la siguiente fase de acción. Los miembros del grupo indicaron cuál de los temas propuestos les ayudaría más; el tema y el protagonista se eligen democráticamente para garantizar que el tema del grupo represente colectivamente al grupo en su conjunto y que la historia de cada miembro del grupo esté relacionada con el tema.

Un ejemplo de técnica que se puede utilizar al principio de una sesión con personas en duelo es la "Presentación desde otro rol" (von Ameln & Becker, 2020), en la que los participantes, por turnos, asumen el papel de una figura de apego de su elección (por ejemplo, el progenitor fallecido, un hermano, un amigo, etc.) y se presentan desde el rol elegido. Un ejemplo:

> El Sr. Smith se levanta y se presenta desde el papel de su difunta esposa:
> "Éste es mi marido, John Smith. John tiene 45 años y es piloto de avión, por lo que suele estar lejos de casa. Por este motivo, me ocupo especialmente de nuestros dos hijos, Helen, de 4 años, y Stewart, de 8 años. Sé que a John le gustan mucho sus hijos, pero me pregunto si estará más presente en casa, ahora que yo ya no estoy (etc.)".

Esta técnica no es sólo una forma de permitir que los participantes se presenten en la ronda introductoria, sino que también les permite expresar los pensamientos, preocupaciones o cambios de rol que sienten que han heredado y/o sienten que tienen que afrontar tras la muerte de su ser querido.

La etapa de las acciones

Su objetivo es llevar al escenario la vida intrapsíquica o interpersonal de los participantes a través de juegos de rol y otras técnicas psicodramáticas. En función de los temas que surjan durante la fase de calentamiento, pueden representarse una serie de escenas que se aproximen a situaciones de la vida real (por ejemplo, recuerdos de situaciones concretas compartidas en el pasado con la persona fallecida o vividas en el hospital, en la relación con el personal sanitario que cuidó de su ser querido, o situaciones que pueden surgir tras su muerte, como tener que afrontar en solitario decisiones relacionadas con la educación de los hijos), o bien sean exteriorizaciones de procesos mentales internos (dramas interiores, fantasías, sueños o expresiones no ensayadas de estados mentales en el aquí y ahora). Por lo general, la actividad se centra en un participante específico (psicodrama centrado en el protagonista) que asume el papel de protagonista y pone en escena una experiencia crucial específica, con el apoyo de al menos un auxiliar que asume el papel del otro significativo para el protagonista (p. ej. la persona fallecida, un médico con el que ha entrado en conflicto, un hijo que comparte con el protagonista la pérdida del ser querido) o de una idea abstracta (por ejemplo, la fuerza, la paciencia, el apoyo que el protagonista siente que necesita para afrontar la pérdida) (Holmes & Kirk, 2014).
Un ejemplo lo ofrecen von Ameln y Becker (2020, p. 90) a través del caso de la Sra. Madison, una paciente que había perdido a su hija y a su marido hacía unos años. La Sra. Madison no tenía amistades íntimas y no tiene ni idea de cómo hacer que sus relaciones existentes sean más activas. Su terapeuta, el Sr. Smith, coloca una silla para la Sra. Madison en el centro de la sala de terapia, mientras que a su alrededor se agrupan más sillas para sus figuras de apego. A la Sra. Madison se le pide que cambie varios papeles sentándose en las respectivas sillas.

> "Sra. Madison, por favor siéntese aquí y cámbiese al papel de su hermano James. Usted es ahora

James Madison. Por favor, preséntese".
(El protagonista presenta al hermano).
El Sr. Smith pregunta: "Sr. Madison, ¿cómo es la relación entre usted y su hermana?".
"Bueno, desde que mi hermana perdió a su marido, está muy retraída. Ya casi no sé nada de ella" responde la Sra. Madison desde el papel de su hermano.
"¿Le gustaría estar más en contacto con ella?", pregunta el Sr. Smith.
"Nos hemos distanciado. Antes nos veíamos más a menudo, a veces un fin de semana", responde.
El Sr. Smith pregunta: "¿Le gustaría revivir esa época, Sr. Madison?"
"Sí, claro, ahora que estoy jubilado tengo tiempo de sobra", responde.

La fase de puesta en común

Moreno describe la puesta en común como la "parte terapéutica grupal de la sesión". Esta fase (también llamada "la vuelta al grupo", Schützenberger, 1979) tiene como objetivo permitir que cada uno de los miembros del grupo comparta sus emociones acerca de su propia experiencia de representar un papel u observar el psicodrama de otro participante llevado a cabo durante la sesión. Este proceso ayuda al protagonista a volver al grupo, por lo que los miembros del grupo pueden identificarse con el protagonista, expresando, de una manera no analítica y sin juzgar, dónde se han identificado y/o por qué sus propias experiencias son similares a lo que el protagonista ha retratado. Homes y Kirk (2014) se refieren a la etapa de compartir como un "love-back", para subrayar que el compartir debe servir para expresar empatía y apoyo al protagonista. Leutz (1974) señala que la comunicación aleja al protagonista y al público de la idea de que el sufrimiento representado es algo único. Compartir puede expresarse mediante declaraciones verbales y comunicaciones no verbales (por ejemplo, abrazando al protagonista). Un ejemplo:

La Sra. Katy Holmes escenificó su dificultad para creerse sola en la gestión de la vida cotidiana y en el cuidado de sus dos hijos pequeños tras la muerte de su marido. Éste estaba muy presente en casa; la ayudaba en las tareas domésticas, pero también jugaba mucho con sus hijos. En una escena, la Sra. Holmes representó el miedo a no estar a la altura, pidiendo a un "yo auxiliar" que interpretara el papel de uno de sus hijos, que mientras juega le dice "echo de menos a papá". Otro participante ocupó el lugar de la Sra. Holmes; se acercó a su hijo, le dijo "yo también le echo mucho de menos" y le abrazó; después lloraron juntos. Durante la fase de puesta en común, las intervenciones de este tipo se suceden entre los demás participantes:
Joana (que, como la Sra. Holmes, ha perdido recientemente a su marido): 'Me identifiqué mucho con los miedos de Katy. Siempre me pregunto qué puedo decir a mis hijos; ahora siento que lo importante no es qué decir, sino permitirles que expresen su dolor, junto conmigo".
Steven (que perdió a su madre): Me identifiqué con el hijo de Katy y sentí que una de mis mayores dificultades cuando perdí a mi madre fue temer agobiar más a mi padre con mi dolor; quizá bastó con abrazarnos y decirnos lo mucho que la echábamos de menos Mary (que perdió a su novio): Realmente quiero abrazarte, Katy, ¿puedo?
Sra. Katy Holmes: Por supuesto, yo también lo necesito.

Cuando el encuentro está a punto de terminar, se puede invitar a los participantes a reflexionar sobre lo que han ganado con su participación en el grupo. Este estímulo puede proponerse mediante un debate libre en círculo o incluso utilizando un juego psicodramático, como "Ocupa tu lugar por qué..." y "Adiós al grupo" (Montesarchio y Marzella, 2004).

Ocupa tu lugar por qué.... El conductor invita a los participantes a formar un círculo junto con los demás. Por turnos, quien quiera puede cruzar el círculo y situarse frente a otro participante verbalizando con unas palabras porque 'ocupa su lugar' (por ejemplo: 'Ocupo tu lugar porque me gusta cómo estás afrontando esta experiencia'). Tras la verbalización, los dos participantes intercambian su lugar en el círculo. Después, otros participantes pueden pedir ocupar el lugar de

otro. Puede utilizarse después de un juego real en el que participe todo el grupo, para instar a los participantes a compartir impresiones sobre los recursos que han demostrado otros miembros

Despedida del grupo. El conductor sugiere a los participantes que se distribuyan en el área disponible, se sienten e imaginen su propio saludo. Luego, invita a cada uno a formar un círculo junto con los demás, primero tomados de la mano, luego uno al lado del otro, finalmente con los brazos entrelazados, formando un grupo muy compacto, lo más cerca posible unos de otros. Tras unos instantes en esta posición, cada uno pronuncia a su vez su propio saludo hacia el grupo y, manteniendo siempre el círculo, se gira hacia el exterior. Cuando todos han pronunciado su saludo, el conductor les invita a imaginar su propio regreso a casa y, finalmente, a fundir el círculo. Siendo un ejercicio para cerrar la sesión o incluso un ciclo de encuentros, este juego no proporciona el momento de la verbalización, teniendo en sí mismo la función de proporcionar al grupo una especie de "restitución" de la experiencia realizada juntos.

Las principales técnicas específicas del psicodrama

- Entrenamiento de roles. El protagonista identifica roles familiares y no familiares (por ejemplo, un familiar del que se siente solo, un médico que hace que el protagonista se sienta impotente) y, a continuación, practica el ajuste de los roles no saludables en roles de funcionamiento saludables (Holmes y Kirk, 2014). Un miembro del grupo (el yo auxiliar) sirve como un otro significativo para los protagonistas, tomando el papel de un individuo, o una idea abstracta, como la fuerza o la esperanza (Holmes & Kirk, 2014). Un ejemplo:
  La Sra. John, que perdió a su madre, relató la dificultad de atender las llamadas de familiares y amigos; a menudo se encuentra escuchando pasivamente consejos, sugerencias, invitaciones a distraerse. Un yo auxiliar ocupa el lugar de un amigo que, al teléfono, la invita a distraerse. John da un largo suspiro y luego explica lo que ella necesita: "Creo que es demasiado pronto para que me imagine distraída, siento la necesidad de estar un poco a solas conmigo misma, para hojear los álbumes y ordenar los pensamientos, pero tengo algo que preguntarte": Marie y John me han dicho que les encantaría jugar con sus amigos. ¿Podría llevarlos con usted cuando lleve a sus hijos al parque? Me sentiría aliviada".
- Inversión de roles. El protagonista sale de su papel y asume el de una persona significativa en su vida (por ejemplo, la persona fallecida) o parte de su yo (por ejemplo, el coraje, el idealismo, los valores que cree haber heredado de su ser querido fallecido), o un objeto (por ejemplo, una carta, un collar heredado por la persona fallecida) (Holmes & Kirk, 2014).
- Doble. Mientras el protagonista representa su propio papel, el yo auxiliar se sitúa a su lado o detrás, adopta su expresión corporal y emocional pero también fomenta la autoexploración (von Ameln & Becker, 2020), añadiendo poco a poco las emociones, miedos, motivos o intenciones ocultas que el protagonista no explicita. El doble, así, expresa en voz alta y en primera persona lo que cree que el protagonista está sufriendo/sintiendo, pero, por alguna razón, no percibe o evita expresar. Volviendo al ejemplo de la señora John, si tuviera dificultades para expresar sus sentimientos y necesidades en la escena con su amiga, el director podría dar instrucciones a un miembro para que aumentara su expresión de angustia y explicitara los pensamientos tácitos (por ejemplo, "esa no es la ayuda que necesito").
- Mirroring El protagonista sale del "escenario" y un miembro del grupo o el terapeuta adopta el papel del protagonista, cumpliendo una función similar a la de un video feedback pero un video que profundiza y puede enfatizar algunos aspectos (von Ameln & Becker, 2020). De este modo, los protagonistas pueden verse a sí mismos desde una distancia crítica (Holmes & Kirk, 2014).
- Soliloquio. El protagonista expresa verbalmente sus pensamientos y emociones sobre algo (por ejemplo, las cosas que teme perder con la muerte de un ser querido, los retos a los que se enfrentará, los conflictos no resueltos, los sueños incumplidos).
- Silla vacía. El ejercicio comienza con el grupo sentado en semicírculo frente al espacio con una silla vacía colocada en el centro. La silla es ocupada por quienes se sientan preparados para iniciar el

ejercicio con la entrega de hablar consigo mismos, articulando el diálogo en preguntas y respuestas, permaneciendo sentados al responder, y de pie, con la silla vacía, al hacer la pregunta, o viceversa, pero con la idea de que en las dos fases el protagonista tenga realmente como interlocutor, una parte de sí mismo.

- Silla con persona significativa. En este caso, se invita al protagonista a imaginar que en la silla hay una persona significativa (padre/madre, mejor amigo/a, novio/a, etc.) y a elegir, entre los miembros del grupo, a una persona que interpretará al personaje elegido. En el trabajo con los dolientes, se puede invitar a la persona fallecida a sentarse en la silla vacía y, al hacerlo, trabajar sobre todo lo que había quedado en suspenso en el diálogo con la persona fallecida (por ejemplo, las contradicciones, ambigüedades y ambivalencias y todo lo "no dicho").

Aplicaciones y beneficios clínicos de las técnicas de psicodrama

Los jugadores de rol que actúan "como si" tienen múltiples implicaciones clínicas, entre ellas proporcionar entrenamiento de rol para situaciones futuras, ofrecer momentos de reparación del desarrollo o experiencias emocionales correctivas y proporcionar al cuerpo la oportunidad de completar respuestas de supervivencia a eventos traumáticos que fueron interrumpidos dejándolo a uno congelado (Giacomucci, 2021). La acción en una relación grupal permite superar el aislamiento, a través de la comunicación con otros que sufren problemas similares y beneficiarse de las experiencias y puntos de vista del grupo sobre el problema que se está trabajando. Cada acontecimiento es procesado a través de múltiples y diversificados vértices de observación, y esto posibilita una reflexión a varias voces sobre materiales vividos en común.

Telepsicodrama

Recientemente, se han adaptado técnicas de psicodrama a la modalidad online (Biancalani et al, 2021). Por ejemplo, se pueden representar acontecimientos significativos de los participantes a través de objetos significativos o fotografías que los miembros del grupo tenían en casa; se pueden representar sentimientos específicos relacionados con las circunstancias de distanciamiento físico, a través de dibujos realizados por los participantes que se pueden mostrar en la pantalla y ser compartidos y comentados por todo el grupo. Biancalani y colegas (2021) investigaron cualitativamente el impacto de un telepsicodrama grupal implementado durante las medidas de confinamiento. Los 15 miembros, pertenecientes a un grupo de psicodrama presencial preexistente, refieren un mayor bienestar personal debido al telepsicodrama y una mitigación de la sensación de aislamiento social.

REFERENCIAS

Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 148–150. https://doi.org/10.1037/tra0000868

Abbass, A. A., & Town, J. M. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *Journal of Clinical Psychology*, *77*(2), 398–413. https://doi.org/10.1002/jclp.23115

Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, *33*(9), 543-545. https://doi.org/10.20344/amp.14345

Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. Acta Médica Portuguesa, 33(9), 543-545. https://doi.org/10.20344/amp.14345

Albuquerque, S., Teixeira, A. M., & Rocha, J. C. (2021). COVID-19 and Disenfranchised Grief. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 638874. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.638874

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 196–205. https://doi.org/10.1080/16506070903318960

Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: From innovation to implementation. *World Psychiatry*, *18*(1), 20–28. https://doi.org/10.1002/wps.20610

Aoun, S. M., Keagan O., Roberts, A., Breen., L., J. (2020) The impact of bereavement support on wellbeing: a comparative study between Australia and Ireland. *Palliative Care and Social Practice*. 14. https://doi.org/10.1177/2632352420935132

Aoun, S. M., Breen, L. J., Rumbold, B., Christian, K. M., Same, A., Abel, J. (2019). Matching response to need: What makes social networks fit for providing bereavement support? *PLoS ONE* 14(3): e0213367. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213367

Aoun, S.M., Breen, L. J., White, I., Rumbold, B., Kellehear, A. (2018). What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. *Palliative Medicine*, 32(8):1378-1388. doi:10.1177/0269216318774995

Aoun, S.M., Rumbold, B., Howting, D., Bolleter, A., Breen, L. J. (2017). Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. *PLOS ONE 12*(10): e0184750. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184750

Archer, J. (2008). Theories of grief: Past, present, and future perspectives. In: M. Stroebe, *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention, 45-65*. American Psychological Association.

Auszra, L., & Greenberg, L. S. (2007). Client emotional productivity. *European Psychotherapy*, *7*(1), 137-152.

Barbosa, E., Nogueira, D., Cunha, C., Pinheiro, P., Soares, J., Carqueja, E., Jódar, R., Gamoneda, J., Gismero, E., Prieto, M., & Núñes, J. (2022). The Grief and Bereavement and the pandemic

by COVID-19: A transnational study on its impact on well-being. *Oral Presentation on the European Grief Conference,* September, Copenhagen, Denmark.

Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry research, 290*, 113129. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129

Barker, G. G., & Barker, E. E. (2022). Online therapy: Lessons learned from the COVID-19 health crisis. *British Journal of Guidance & Counselling*, *50*(1), 66–81. https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1889462

Bateman, A. W., Fonagy, P., & Bateman, A. (Eds.) (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (1. ed). American Psychiatric Publ.

Baum, E. S., & Rude, S. S. (2013). Acceptance-Enhanced Expressive Writing Prevents Symptoms in Participants with Low Initial Depression. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(1), 35–42. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9435-x

Bendel, K. E. (2017). Social work and Moreno: A systematic review of psychodrama methods and implications. *ProQuest Dissertations and Theses*, Retrieved from: https://proxy.library.upenn.edu:7450/docview/1920065271?accountid=14707

Benkel, I., Wijk, H., & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*, *23*(2), 141–149. https://doi.org/10.1177/0269216308098798

Bereavement Network Europe (n.d.). *Join BNE*. https://bereavement.eu/

Bertuccio, R. F., & Runion, M. C. (2020). Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 87-89. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0000723

Biancalani, G., Franco, C., Guglielmin, M. S., Moretto, L., Orkibi, H., Keisari, S., & Testoni, I. (2021). Tele-psychodrama therapy during the COVID-19 pandemic: Participants' experiences. *The Arts in Psychotherapy*, *75*, 101836. https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101836

Boelen, P. A, de Keijser, J., van den Hout, M. A. & van den Bout, J. (2007) Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(2), 277-284. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277

Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., Keijser, J. de, & Lenferink, L. I. M. (2020). Remotely Delivered Cognitive Behavior Therapy for Disturbed Grief During the COVID-19 Crisis: Challenges and Opportunities. *Journal of Loss and Trauma*, *26*(3), 211–219. https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793547

Boelen, P. A., & Huntjens, R. J. C. (2008). Intrusive images in grief: An exploratory study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *15*(4), 217–226. https://doi.org/10.1002/cpp.568

Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2022). Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. Austraulian & New Zeland Journal of Psychiatry, 56, 6, 667-674. Doi: 10.1177/00048674211025728

Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Smid, G. E. (2016). Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and

depression after bereavement. *Journal of Anxiety Disorders*, *41*, 65–72. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.004

Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ: British Medical Journal*, *357*. https://doi.org/10.1136/bmj.j2016

Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*(2), 109–128. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x

Boelen, P. A., van den Hout, M., & van den Bout, J.. (2013). Prolonged grief disorder: Cognitive-behavioral theory and therapy. In: M. Stroebe, H. Schut, & J. V. d. Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*, 221–234. Routledge/Taylor & Francis Group.

Bonanno, G. A., Boerner, K., & Wortman, C. B. (2008). Trajectories of grieving. In: M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention,* 287–307. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14498-014

Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, *21*(5), 705–734. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3

Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the *DSM-5* and ICD-11 diagnoses. *Depression and Anxiety*, *37*(1), 17–25. https://doi.org/10.1002/da.22902

Boss, P., Roos, S., & Harris, D. L. (2021). Grief in the Midst of Ambiguity and Uncertainty. I R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton, *Grief and Bereavement in Contemporary Society,*163–175. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003199762-16

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger* (Vol. 2). Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Sadness and depression* (Vol. 3). Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. Routledge.

Breen, L. J., Mancini, V. O., Lee, S. A., Pappalardo, E. A., & Neimeyer, R. A. (2022). Risk factors for dysfunctional grief and functional impairment for all causes of death during the COVID-19 pandemic: The mediating role of meaning. *Death Studies*, *46*(1), 43-52. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1974666

British Association for Counseling and Psychotherapy (2021). *Online and phone therapy (OPT) competence framework: User guide*. https://www.bacp.co.uk/media/10850/bacp-online-and-phone-therapy-user-guide-feb21.pdf

Broberg, A., Grandquist, P., Ivarsson, T., & Mothander, P. R. (2008). *Tilknytningsteori—Betydningen af nære følelsesmæssige relationer*. Hans Reitzels Forlag.

Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., & Nickerson, A. (2017). Treating Prolonged Grief Disorder: A 2-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *78*(9), 1363–1368. https://doi.org/10.4088/JCP.16m10729

Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*, *24*(41), 44–47. https://doi.org/10.7748/ns2010.06.24.41.44.c7834

Burke, L. A. & Neimeyer, R. A. (2012). Prospective Risk Factors for Complicated Grief: A Review of the Empirical Literature. In M. Stroube, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.). *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals*, 145-161. Routledge.

Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Meaning making. In: M. Cobb, C. M. Puchalski & B. Rumbold (Eds.). In *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare,* 127–133. Oxford University Press.

Burrell, A., & Selman, L. E. (2022). How do Funeral Practices Impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. OMEGA - Journal of Death and Dying, *85*(2), 345–383. https://doi.org/10.1177/0030222820941296

Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. http://site.ebrary.com/id/10895851

Carvalheiro, A.M., Faria, C., Semeão, I., & Martinho, S. M. (2021). Caring for End-of-Life Patients and Their Families, During Life, and Mourning, in the COVID-19 Era -The Experience of a Palliative Care Team in Portugal. *Front. Psychiatry*, 12. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.624665

Chan, H. (2022). Death, burials and funerals: grieving in the shadow of COVID-19. *The Journal of the Society for Advanced Legal Studies*, *3*(2), 250-277.

Chapple, A., & Ziebland, S. (2010). Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: Qualitative study in the UK. *BMJ: British Medical Journal*, *340*(apr30 2), c2032–c2032. https://doi.org/10.1136/bmj.c2032

Chopra, K. K., & Arora, V. K. (2020). COVID-19 and social stigma: Role of scientific community. *Indian Journal of Tuberculosis*, *67*(3), 284-285. https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2020.07.012

Cipolletta, S., Entilli, L., Bettio, F., & De Leo, D. (2021). Live-Chat Support for People Bereaved by Suicide: A Thematic Analysis. *Crisis*, *43*(2), 1-7. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000759

Cipolletta, S., Entilli, L., & Filisetti, S. (2022). Uncertainty, shock and anger: Recent loss experiences of first-wave COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Community & Applied Social Psychology,* 1-15. https://doi.org/10.1002/casp.2604

Cooper, M. (2020). Relational depth in online therapy: can it be experienced, and what facilitates and inhibiths it? Retrieved from https://mick-cooper.squarespace.com/new-blog/2020/3/18/relational-depth-in-online-counselling-and-psychotherapy-can-you-get-there-and-what-facilitates-and-inhibits-it

Costantini, M., Sleeman, K. E., Peruselli, C., & Higginson, I. J. (2020). Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: A national telephone survey of hospices in Italy. *Palliative Medicine*, *34*(7), 889-895. https://doi.org/10.1177/0269216320920780

Cruz, A., Sales, C., Alves, P., & Moita, G. (2018). The core techniques of Morenian psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in psychology*, 1263. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263

Cullberg, J. (2008). *Krise og udvikling*. Hans Reitzel.

Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2010). Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(1), 77–93. https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.1.77

Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist, 55*(2), 205–217. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.2.205

Dayton, T. (2005). The use of psychodrama in dealing with grief and addiction-related loss and trauma. *Journal of Group Psychotherapy Psychodrama and Soiometry*, 58(1), 15-35.

Di Blasi, M., Gullo, S., Mancinelli, E., Freda, M. F., Esposito, G., Gelo, O. C. G., ... & Coco, G. L. (2021). Psychological distress associated with the COVID-19 lockdown: A two-wave network analysis. *Journal of affective disorders*, *284*, 18-26 https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.016

Dickson, B. (2002). An Invisible Grief – Group Work with Bereaved Siblings. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*, (11), 20–30. https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.608472030430810

Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F., & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement

disorder. *Psychiatry Research*, *300*, 113916. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916

Dorrucci, M., Minelli, G., Boros, S., Manno, V., Prati, S., Battaglini, M., Corsetti, G., Andrianou, X. Riccardo, F., Fabiani, M., Vescio, M. F., Spuri, M., Mateo-Urdiales, A., Del Manso, M., Pezzotti, P., Bella, A., & the Italian Integrated Surveillance COVID-19 Group. (2022). A population-based cohort approach to assess the excess mortality due to the spread of COVID-19 in Italy, January-May 2020. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, *58*(1), 25-33.

Dyregrov, A. (2011). Akut kriseintervention. *Månedsskrift for Almen Praksis og Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, *89*(10).

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2009). *Krisepsykologi i praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.

Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, *288*, 113031. https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.psychres.2020.113031

Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(6), e1–e4. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004

Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of affective disorders*, *278*, 54-56. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049

Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The Essence of Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *61*(3), 241–254. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241

European Grief Conference (n.d.). *Welcome.* https://eDC2022.dk/

Eurostat (n.d.). *Statistics Explained.* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Main_Page

Farinha-Silva, S., & Reis-Pina, P. (2020). COVID-19: From Grief and Mourning to Prolonged Grief Disorder. *Acta Médica Portuguesa*, *33*(10), 709. https://doi.org/10.20344/amp.14701

Farmer, C., Moreno, Z. T., Campbell, D., & Draper, R. (2018). *Psychodrama and systemic therapy*. Routledge.

Felice, C., Di Tanna, G. L., Zanus, G., & Grossi, U. (2020). Impact of COVID-19 outbreak on healthcare workers in Italy: results from a national E-survey. *Journal of community health, 45*(4), 675-683. https://doi.org/10.1007/s10900-020-00845-5

Fernández, Ó., & González-González, M. (2020). The Dead with No Wake, Grieving with No Closure: Illness and Death in the Days of Coronavirus in Spain. *Journal of Religion and Health*, *61*(1), 703-721. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01078-5

Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* Brunner/Mazel.

Figusch, Z. (2009). From one-to-one psychodrama to large group socio-psychodrama: More writings from the arena of Brazilian psychodrama. *Morrisville, NC: www. lulu. com*.

Fisher, J. E., Rice, A. J., Zuleta, R. F., & Cozza, S. J. (2022). Bereavement during the COVID-19 Pandemic: Impact on Coping Strategies and Mental Health. *Psychiatry*, 1–19. https://doi.org/10.1080/00332747.2022.2051141

Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 563–584). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10436-024

Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (1965). *Group psychotherapy: The psychoanalytic approach.* Karnac Books.

Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., & Fasano, V. (2020). The role of fatigue of compassion, burnout and hopelessness in healthcare: Experience in the time of COVID-19 outbreak. *Psychiatria Danubina*, 32 (suppl. 1), 10-14.

Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *132*(6), 823–865. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823

Freeston, M., Tiplady, A., Mawn, L., Bottesi, G., & Thwaites, S. (2020). Towards a model of uncertainty distress in the context of Coronavirus (COVID-19). *The Cognitive Behaviour Therapist*, *13*, E31. https://doi.org/10.1017/S1754470X2000029X

Freud, S. (1913). Totem and Taboo. In *The Origins of Religion—The Pelican Freud Library*, Vol. 13. Penguin Books.

Freud, S. (1917). Sorg og Melankoli. In: Freud, S. (1983), *Metapsykologi,* Vol. 1. Hans Reitzels Forlag.

Garcia, A. Buchanan D.R. (2000). Psychodrama. In P. Lewis, D.R. Johnson (Eds.), Current approaches in drama therapy, Charles C. Thomas, Springfield, IL (2000), pp. 162-195

Geller, S. M. (2017). A practical guide to cultivating therapeutic presence. *American Psychological Association*. https://doi.org/10.1037/0000025-000

Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counseling Psychology Quarterly, 34*:3-4, 687-703. DOI: 10.1080/09515070.2020.1787348

Geller, S. (2021). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(3-4), 687-703. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348

Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2015). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy* (2nd Ed.). American Psychological Association.

Giacomucci, S. (2021). Psychodrama and Social Work Theory. In: Social Work, Sociometry, and Psychodrama. Psychodrama in Counselling, Coaching and Education, vol 1. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-33-6342-7_6

Gilart, E., Lepiani, I., Núñez, M. J. C., Roman, I. C., & Bocchino, A. (2021). When Nurses Become Patients. Validation of the Content of the Diagnostic Label Professional Traumatic Grief. *Healthcare*, *9*(8), 1082. https://doi.org/10.3390/healthcare9081082

Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, Grief, and the Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, *19*(1), 31–65. https://doi.org/10.1080/10720530500311182

Gnasso, R., Iommazzo, I., Corbi, G., Celi, F., Iannicelli, A. M., Ferrara, N., & Ruosi, C. (2022). Italian long-term care facilities during COVID-19 era: A review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, *70*(2), 1-10. https://doi.org/10.36150/2499-6564-N365

Goel, A., & Gupta, L. (2020). Social Media in the Times of COVID-19. *Journal of Clinical Rheumatology*, *26*(6), 220–223. https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001508

Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Guilford Press.

Guldin, M. (2010). De store teoriers fald – Træk af sorgteori gennem tiden. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, *7*(12), 155–173. https://doi.org/10.7146/tfss.v7i12.2961

Guldin, M. (2014). *Tab og sorg: En grundbog for Professionelle*. Hans Reitzels Forlag.

Guldin, M. (2018). *Sorgterapi—Evidens og terapeutiske metoder i praksis*. Akademisk Forlag.

Guldin, M. (2019). *Tab og sorg—En grundbog for professionelle* (2nd ed.). Hans Reitzels Forlag.

Guldin, M.-B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., Cnattingius, S., Olsen, J., & Vestergaard, M. (2015). Incidence of Suicide Among Persons Who Had a Parent Who Died During Their Childhood: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*, *72*(12), 1227. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2094

Gullo, S., Gelo, O. C. G., Bassi, G., Lo Coco, G., Lagetto, G., Esposito, G., Pazzagli, C., Salcuni, S., Freda, M. F., Mazzeschi, C., Giordano, C., & Di Blasi, M. (2022). The role of emotion

regulation and intolerance to uncertainty on the relationship between fear of COVID-19 and distress. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03071-5

Halty, L., Halty, A., & Gismero, E. (2020). Apoyo psicológico online durante de la declaración del primer estado de alarma en España a través de la herramienta iENCUIST. *Cuadernos de la Guardia Civil: Revista de seguridad pública*, (1), 83-98.

Harrsen, K., Tølbøll, M. M., & Larsen, L. H. (2022). Effects of an Integrated Treatment Program on Grief and Distress Among Parentally Bereaved Young Adults. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110697. https://doi.org/10.1177/00302228211069713

Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, *23*(1), 31-41. https://doi.org/10.1080/01612840252825464

Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of pain and symptom management*, *37*(1), 3-12. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.010

Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2017). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup6), 1583524. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524

Hernández-Fernández, C., & Meneses-Falcón, C. (2021). I can't believe they are dead. Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*, *30*(4). https://doi.org/10.1111/hsc.13530

Hershberger, P. J., & Walsh, W. B. (1990). Multiple Role Involvements and the Adjustment to Conjugal Bereavement: An Exploratory Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *21*(2), 91–102. https://doi.org/10.2190/K8D3-NTBT-KTMF-58CB

Holmes, P., & Kirk, K. (2014). *Empowering therapeutic practice: Integrating psychodrama into other therapies*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*(2), 223–233. https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223

Imber-Black, E. (2020). Rituals in the Time of COVID-19: Imagination, Responsiveness, and the Human Spirit. *Family Process*, *59*(3), 912–921. https://doi.org/10.1111/famp.12581

Ingravallo, F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, *5*(5), e258. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7

Irish Hospice Foundation (n.d.). *Adult Bereavement Care Pyramid*. https://hospicefoundation.ie/our-supports-services/bereavement-loss-hub/i-work-in-bereavement/adult-bereavement-care-pyramid/

Instituto de Salud Carlos Tercero (n.d.) *Panel de monitorización de la moratalidad (MoMo).* https://momo.isciii.es/panel_momo/

Istituto Superiore di Sanità (2021a). Epidemiology for Public Health. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-surveillance-long-term#writers

Istituto Superiore di Sanità (2021b). Epidemiology for Public Health. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-analysis-of-deaths

Istvan, P. (2014). *Tragedy in the potential space. The possibilities of psychodrama in the psychotherapy of the traumatic loss.* Enikoo Albert-Loorincz.

Janoff-Bulman, R. (1990). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* Free Press.

JHU CSSE - Johns Hopkins University Center for systems science and engineering. Available online: https://raw.githubusercontent.com/CSSEGISandData/COVID-19/master/csse_covid_19_data/csse_covid_19_time_series/time_series_covid19_confirmed_global.csv, Accessed 24th April 2022

Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, *253*, 69–86. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065

Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work?. *Death studies*, *27*(9), 765-786. https://doi.org/10.1080/713842360

Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, *68*(9), 791–800. https://doi.org/10.1037/a0035001

Jurist, E. L. (2005). Mentalized Affectivity. *Psychoanalytic Psychology, 22*, 426-444. https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.3.426

Kalantari, M., Yule, W., Dyregrov, A., Neshatdoost, H., & Ahmadi, S.J. (2012). Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of Afghani refugee bereaved adolescents: a randomized control trial. *Omega,65*(2):139-50. doi: 10.2190/OM.65.2.d. PMID: 22953510

Karterud, S. (2015). *Mentalization-based group therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford University Press.

Karterud, S., & Bateman, A. W. (2012). Group Therapy Techniques. In: A. W. Bateman and P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing, 81–105.

Kaur-Aujla, H., Lillie, K., & Wagstaff, C. (2022). Prognosticating COVID Therapeutic Responses: Ambiguous Loss and Disenfranchised Grief. *Frontiers in Public Health*, *10*, 799593. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.799593

Kellermann, P. F. (1992). *Focus on psychodrama: The therapeutic aspects of psychodrama*. Jessica Kingsley.

Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., ... & Azoulay, É. (2015). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*, *45*(5), 1341-1352. 341-348. https://doi.org/10.1183/09031936.00160014

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, *131*(1–3), 339–343. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032

Killikelly, C., & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1476441. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441

Kipper, D. A. (1997). Classical and contemporary psychodrama: A multifaceted, action-oriented psychotherapy. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing, 50*(3), 99–107.

Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief.* (pp. xxi, 361). Taylor & Francis.

Klass, D., & Steffen, E. M. (Eds.). (2018). *Continuing Bonds in Bereavement. New Directions for Research and Practice.* Routledge.

Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S94–S95. https://doi.org/10.1037/tra0000798

Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *75*(1), 76–97. https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76

Kübler-Ross, E. (2006). *Døden og den døende*. Gyldendal.

Larsen, L. H. (2022). Letter Writing as a Clinical Tool in Grief Psychotherapy. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110701. https://doi.org/10.1177/00302228211070155

Larsen, L. H., Guldberg, A., & Kring, V. (2021). A Group Therapy Program for Parentally Bereaved Young Adults With Grief Complications: Rationale, Method and Case Examples. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282199770. https://doi.org/10.1177/0030222821997705

Larsen, L., Joesen, B. V., O'Connor, M. & Farver-Vestergaard, I. (2020). *Psykologiske interventioner for mennesker med behandlingskrævende sorg – anbefalinger til praksis*. Det Nationale SorDCenter.

Larsen, L., Lauritzen, L., & O'Connor, M. (2018). Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse: Begrebsmæssig adskillelse og sammenhæng. *Psyke & Logos*, *1*, 15–23.

Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety*, *37*(1), 35–44. https://doi.org/10.1002/da.22850

LeRoy, A. S., Robles, B., Kilpela, L. S., & Garcini, L. M. (2020). Dying in the face of the COVID-19 pandemic: Contextual considerations and clinical recommendations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 98-99. https://doi.org/10.1037/tra0000818

Leutz, G. (1974). *Psychodrama - Theorie und Praxis*. Springer Verlag.

Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). Is There Anybody Out There? Attachment Style and Interpersonal Facilitators as Protective Factors Against Complicated Grief Among Suicide-Loss Survivors. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *207*(3), 131–136. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000940

Lipman, L. (2003). The triadic system: Sociometry, psychodrama, and group psychotherapy. In J. Gershoni (Ed.), *Psychodrama in the 21 century: Clinical and educational applications*. Springer Publishing Company

Lowe, J., Rumbold, B., & Aoun, S. M. (2020). Memorialisation during COVID-19: implications for the bereaved, service providers and policy makers. *Palliative Care and Social Practice,* 14, 2632352420980456.

Lundin, T. (1984). Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *The British Journal of Psychiatry*, *144*(1), 84-88. https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.84

Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology: A critical introduction*. Cambridge University Press.

Mansueto, G., Lopes, F. L., Grassi, L., & Cosci, F. (2021). Impact of COVID-19 outbreak on Italian healthcare workers versus general population: Results from an online survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(6), 1334–1345. https://doi.org/10.1002/cpp.2644

Margherita, G. (2009). *Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo* [Narration and representation in group psychodynamics]. Franco Angeli.

Marinaci, T., Venuleo, C., & Savarese, G. (2021). The COVID-19 pandemic from the health workers' perspective: Between health emergency and personal crisis. *Human Arenas*, 1-21. https://doi.org/10.1007/s42087-021-00232-z

Marinaci, T., Carpinelli, L., Venuleo, C., Savarese, G., & Cavallo, P. (2020). Emotional distress, psychosomatic symptoms and their relationship with institutional responses: A survey of Italian frontline medical staff during the Covid-19 pandemic. *Heliyon, 6*(12), e05766. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05766

Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, *16*(2), 151–174. https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726

Maass, U., Hofmann, L., Perlinger, J., & Wagner, B. (2020). Effects of bereavement groups-a systematic review and meta-analysis. *Death Studies*, 1–11. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1772410

Mcvea, C., & Gow, K. (2006). Healing a Mother's Emotional Pain: Protagonist and Director Recall of a Therapeutic Spiral Model (TSM) Session. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, & Sociometry*, *59*(1), 3–22. https://doi.org/10.3200/JGPP.59.1.3-22

McVea, C. S., Gow, K., & Lowe, R. (2011). Corrective interpersonal experience in psychodrama group therapy: A comprehensive process analysis of significant therapeutic events. *Psychotherapy Research*, *21*(4), 416–429. https://doi.org/10.1080/10503307.2011.577823

Mencacci, C., & Salvi, V. (2021). Expected effects of COVID-19 outbreak on depression incidence in Italy. *Journal of Affective Disorders*, *278*, 66–67. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.043

Menichetti-Delor, J. P., Borghi, L., Cao di San Marco, E., Fossati, I., & Vegni, E. (2021). Phone follow up to families of COVID-19 patients who died at the hospital: Families' grief reactions and clinical psychologists' roles. *International Journal of Psychology*, *56*(4), 498-511. https://doi.org/10.1002/ijop.12742

Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C., Calle, P., Van Staey, M., De Rock, C., Smeesters, L., Michem, N., & van Heeringen, K. (2004). Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*, *61*(3), 341–348. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2004.01.024

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An Attachment Perspective on Therapeutic Processes and Outcomes: Attachment and Therapeutic Processes. *Journal of Personality*, *81*(6), 606–616. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x

Miles, L., & Corr, C. A. (2017). Death Cafe: What Is It and What We Can Learn From It. *OMEGA - Journal of Death and Dying,* *75*(2), 151–165. https://doi.org/10.1177/0030222815612602

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *The Journal of Nursing Scholarship*, *20*(4), 225–232. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x

Mogensen, J., & Engelbrekt, P. (2013). *At forstå sorg: Teoretiske og praktiske perspektiver*. Samfundslitteratur.

Montesarchio, G., & Marzella, E. (2004). *Novantanove giochi per la scuola, il teatro, l'azienda, il gruppo (Ninety-nine games for school, theater, company, group)*. Milano, Franco Angeli.

Moreira, W., Sousa, K., Sousa, A., Santana, T., Zeitoune, R., & Nóbrega, M. (2021). Mantal health interventions implemented in the COVID-19 pandemic: what is the evidence? Rev Bras Enferm, 74, 1. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0635

Morgan, D., et al. (2020), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", OECD Health Working Papers, No. 122, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en

Morlino, I. (2020) Italy. In: K. M. Millar, Y. Han, M. Bayly, K. Kuhn, & I. Morlino, *Confronting the COVID-19 Pandemic. Grief, loss and social order*, 27-33. The London School of Economics and Political Science – Department of International Relations.

Morris, S., Moment, A., & Thomas, J. (2020). Caring for bereaved family members during the COVID19 pandemic: Before and after the death of a patient. *Journal of Pain and Symptom Management, 60*, 20. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002

Mortazavi, S. S., Shahbazi, N., Taban, M., Alimohammadi, A., & Shati, M. (2021). Mourning During Corona: A Phenomenological Study of Grief Experience Among Close Relatives During COVID-19 Pandemics. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 00302228211032736. https://doi.org/10.1177/00302228211032736

Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, *24*(6), 541–558. https://doi.org/10.1080/07481180050121480

Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10397-000

Neimeyer, R. A. (2002). Deconstructing 9/11: A constructivist commentary. *The Humanistic Psychologist,* 30, 293-305.

Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative contribution. *Psychological Inquiry,* 15, 53-59.

Neimeyer, R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning: Narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, *24*(2), 27–30. https://doi.org/10.1080/02682620508657628

Neimeyer, R. A. (2006). Defining the new normal: Scientific and social construction of complicated grief. *Omega, 52*, 95-97.

Neimeyer, R. A. & Currier, J. M. (2009). Grief therapy: Evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 352-356.

Neimeyer, R. A. (2022). *New techniques of grief therapy. Bereavement and Beyond*. Routledge.

Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *40*(2), 73–83. https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3

Neimeyer, R. A. & Hooghe, A. (2018). Reconstructing the continuing bond: A case study in grief therapy. In D. Klass & E. Steffan (Eds.). *Continuing bonds in bereavement: New directions for research and practice.* New York: Routledge.

Neimeyer, R. & Sands, D. (2022). Meaning Reconstruction in Bereavement. From principles to pactice. In R. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton. *Grief and Bereavemnet in Contemporary Society.* Routeledge.

Milman, E., & Neimeyer, R. A. (2020). Meaning-making in bereavement transitions: Review and clinical relevance. In E. M. Altmaier (Ed.), *Navigating life transitions for meaning* (pp. 69–89). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818849-1.00005-9

Neimeyer, R.A., Milman, E.J., & Steffen, E.M. (2022). The Meaning in Loss Group. Principles, Processes and Procedures. In R.A. Neimeyer (Eds.). *New techniques of Grief Therapy. Bereavement and Beyond* (pp. 26-45). Routdledge.

NICE (2022). *Developing NICE guidelines: the manual*. Retrieved by https://www.nice.org.uk/process/pmg20

Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M.-B. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*, *232*, 460–469. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007

Nolte, J. (2020). *J.L. Moreno and the psychodramatic method: On the practice of psychodrama*. Routledge.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidensbased responsiveness* (2nd Ed.). Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd Ed.). Oxford University Press.

OPP. (2020). *Comentário técnico e contributo da OPP. Estratégia de Resposta COVID-19- Saúde Mental*. OPP.

O'Rourke, T., Spitzberg, B. H., & Hannawa, A. F. (2011). The Good Funeral: Toward an Understanding of Funeral Participation and Satisfaction. *Death Studies*, *35*(8), 729–750. https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553309

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (n.d.). *Health spending (2020).* Retrieved 12th of June, 2020, from https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm

Parolin, L. A. L., Benzi, I. M. A., Fanti, E., Milesi, A., Cipresso, P., & Preti, E. (2021). Italia Ti Ascolto [Italy, I am listening]: An app-based group psychological intervention during the COVID-19 pandemic. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, *24*(1). https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.517

Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, *37*(2), 189–201. https://doi.org/10.6018/analesps.443271

Payàs Puigarnau, A., & Chaurand Morales, A. (2019). Unfolding Meaning From Memories: An Integrative Meaning Reconstruction Method for Counseling the Bereaved. *Illness, Crisis & Loss*, *27*(3), 209–225. https://doi.org/10.1177/1054137316687954

Pennebaker, J. W., Colder, M., & Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(3), 528–537. https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.528

Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(2), 239–245. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.2.239

Pennebaker, J. W. (1997). Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychological Science*, *8*(3), 162–166. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x

Picardi, A., Miniotti, M., Leombruni, P., & Gigantesco, A. (2021). A Qualitative Study Regarding COVID-19 Inpatient Family Caregivers' Need for Supportive Care. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, *17*(1), 161-169. http://dx.doi.org/10.2174/1745017902117010161

Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., Compare, A., & Silani, V. (2021). Telepsychotherapy: A leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(3–4), 352–367. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557

Polidori, M. C., Maggi, S., Mattace-Raso, F., & Pilotto, A. (2020). The unavoidable costs of frailty: a geriatric perspective in the time of COVID-19. *Geriatric Care, 6*(1). https://doi.org/10.4081/DC.2020.8989

Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe.* W. W. Norton & Co.

Porges, S. W. (2021). Polyvagal theory: a biobehavioral journey to sociability. *Comprehensive Psychoneuroendocronology, 7*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2021.100069

Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criterio for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG13-R) scale. *World Psychiatry, 20*, 1, 96-106.

Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, *2*(1), 7995. https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995

Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy*, *44*(3), 223–236. https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1008033

Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based cognitive—behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(4), 808–824. https://doi.org/10.1037/ccp0000023

Sammons, M. T., VandenBos, G. R., & Martin, J. N. (2020). Psychological Practice and the COVID-19 Crisis: A Rapid Response Survey. *Journal of Health Service Psychology*, *46*(2), 51–57. https://doi.org/10.1007/s42843-020-00013-2

Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to Enhance Adaptation to Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, *8*(supplement 1), s.140 - s.147. https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-140

Schützenberger-Ancelin, A. (1979). Psychodrama. *Ein Abriß, Erläuterung der*.

Selman, L. E., Chamberlain, C., Sowden, R., Chao, D., Selman, D., Taubert, M., & Braude, P. (2021). Sadness, despair and anger when a patient dies alone from COVID-19: A thematic content analysis of Twitter data from bereaved family members and friends. *Palliative Medicine*, *35*(7), 1267–1276. https://doi.org/10.1177/02692163211017026

Serrão, C., Duarte, I., Castro, L., & Teixeira, A. (2021). Burnout and Depression in Portuguese Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic—The Mediating Role of Psychological Resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 636.

Serviço Nacional De Saúde (n.d.). *Linha de Apoio Psicológico do SNS 24.* https://www.inem.pt/2022/04/06/linha-de-apoio-psicologico-do-sns-24/

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.-F., … Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*(2), 103–117. https://doi.org/10.1002/da.20780

Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, *372*(2), 153–160. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618

Shear, K. (2017). *Complicated Grief: A guidebook for therapists. An adaptation of Complicated Grief Therapy*. Unpublished treatment manual.

Shear, M. K., & Gribbin Bloom, C. (2017). Complicated Grief Treatment: An Evidence-Based Approach to Grief Therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *35*(1), 6–25. https://doi.org/10.1007/s10942-016-0242-2

Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(11), 1287–1295. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242

Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., & Skritskaya, N. (2016). Optimizing Treatment of Complicated Grief. *JAMA Psychiatry*, *73*(7), 685–694. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892

Somov, P. G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, *35*(2), 151-161.https://doi.org/10.1016/j.aip.2007.11.002

Statistical National Institute (2022). Mortalidade por COVID-19 mais elevada e prematura nos homens – 2020. Retrieved in https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540774816&DESTAQUESmodo=2

Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement. In *Handbook of Bereavement Research. Consequences, Coping, and Care.* American Psychological Association.

Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social science & Medicine*, *63*(9), 2440-2451. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, *23*(3), 197–224. https://doi.org/10.1080/074811899201046



AURORA

@COVID19-EU

Articulating a Unified Response to the Covid-19 Outbreak Reconstruction After Loss in Europe

(2021-1-PT01-KA220-VET-000033092)

Funded by the European Union

PARTNERS

UNIVERSIDADE DA MAIA – UMAIA

SÃO JOÃO

COMILLAS UNIVERSIDAD PONTIFICIA

UNIVERSITÀ DEL SALENTO

Danish National Center for Grief

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *61*(4), 273–289. https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b

Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. OMEGA-Journal of Death and Dying, 82(3), 500-522.https://doi.org/10.1177/0030222820966928

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, *370*(9603), 1960–1973. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9

Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement?. *Journal of social and Clinical Psychology*, *24*(7), 1030-1050. https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.1030

Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The Therapeutic Relationship in E-therapy for Mental Health: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(4), e110. https://doi.org/10.2196/jmir.2084

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1–18. http://www.jstor.org/stable/20447194

Testoni, I., Cichellero, S., Kirk, K., Cappelletti, V., & Cecchini, C. (2019). When death enters the theater of psychodrama: Perspectives and strategies of psychodramatists. *Journal of Loss and Trauma*, *24*(5-6), 516-532. https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1548996

Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E., Orkibi, H., & Azoulay, B. (2021). The COVID-19 Disappeared: From Traumatic to Ambiguous Loss and the Role of the Internet for the Bereaved in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 620583. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.620583

The Economist (2021, Oct 20th). *Tracking covid-19 excess deaths across countries*. https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker. Retrieved May 13th, 2022.

Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, *47*(3), 531–541. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022

Torrens-Burton, A., Goss, S., Sutton, E., Barawi, K., Longo, M., Seddon, K., Carduff, E., Farnell, D. J. J., Nelson, A., Byrne, A., Phillips, R., Selman, L. E., & Harrop, E. (2022). 'It was brutal. It still is': A qualitative analysis of the challenges of bereavement during the COVID-19 pandemic reported in two national surveys. *Palliative Care and Social Practice*, *16*, 1-17. https://doi.org/10.1177/26323524221092456

Treanor, A. (2017). *The extent to which relational depth can be reached in online therapy and the factors that facilitate and inhibit that experience: a mixed methods study*. PsychD dissertation. University of Roehampton.

van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & Bout, J. van den. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations,

and deliberate grief avoidance. *Social Science & Medicine*, *71*(9), 1669–1676. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.047

Vito, A. (2021). Chi aiuta le famiglie in lutto? (Who helps grievin family?) *Frattali*, *1*, 133-139. von Ameln, F., & Becker-Ebel, J. (2020). *Fundamentals of psychodrama*. Springer.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *Death Studies*, *30*(5), 429–453. https://doi.org/10.1080/07481180600614385

Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-based Bereavement Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 525. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00525

Wakam, G. K., Montgomery, J. R., Biesterveld, B. E., & Brown, C. S. (2020). Not Dying Alone—Modern Compassionate Care in the COVID-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, *382*(24), e88. https://doi.org/10.1056/NEJMp2007781

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (Fifth edition). Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Retrieved from https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19

Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., Seay, K., Vahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., & Shear, M. K. (2014). Bereavement: Course, Consequences, and Care. *Current Psychiatry Reports*, *16*(10), 482. https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8

Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*, *87*, 80-81. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053