

PÈRDUA I DOL A LA TERCERA EDAT

Pèrdua i dol a la tercera edat

Maria Isabel Vidal Pérez

Laura Espinàs Olvera

Resum

La **mort** forma part del cicle natural que experimenta tot ésser viu. És una realitat universal i forma part de la vida. Conseqüentment, tots en algun moment ens hi enfrontem. El **dol** és la reacció emocional pròpia davant la pèrdua d'un ésser estimat.

La **vellesa** és una de les etapes de la vida en què l'ésser humà s'enfronta amb més freqüència a **pèrdues** de tot tipus, materials, simbòliques, físiques... i entre aquestes les dels éssers estimats. No hi ha diferències significatives entre el dol d'una persona gran i el d'un adult. El risc principal és no donar-li la importància que requereix, infravalorar els recursos i les necessitats de la persona gran o sobreprotegir-la. Dins el camp de les **demències**, segons els primers estudis duts a terme, la persona amb demència sent la pèrdua, però atès el seu deteriorament cognitiu, té dificultats per entendre i expressar la mort.

El present treball està format per dos apartats. En el primer, introduïrem conceptes bàsics sobre **la pèrdua i el dol** en el camp de la salut, revisarem les complicacions psíquiques a les quals pot donar lloc, les diferents tipologies i factors de risc, i acabarem amb un breu recorregut per les aproximacions teòriques al dol. En el segon apartat, ens centrarem en **el dol i la vellesa**. Revisarem les pèrdues en la vellesa, el dol en persones amb deteriorament cognitiu moderat i greu, el procés de dol en familiars i cuidadors de persones amb demència, i acabarem amb l'acompanyament psicossocial en el procés de pèrdua i dol.

Resumen

La **muerte** forma parte del ciclo natural de todo ser vivo. Es una realidad universal y forma parte de la vida. Consecuentemente, todos en algún momento nos enfrentamos a ella. El **duelo** es la reacción emocional propia ante la pérdida de un ser querido.

La **vejez** es una de las etapas de la vida en que el ser humano se enfrenta con más frecuencia a **pérdidas** de todo tipo, materiales, simbólicas, físicas... y entre ellas las de los seres queridos. No hay diferencias significativas entre el duelo de una persona mayor y el de un adulto. El mayor riesgo es no darle la importancia que requiere, infravalorar los recursos y las necesidades de la persona mayor o sobreprotegerla. Dentro del campo de las **demencias**, según los primeros estudios realizados, la persona con demencia siente la pérdida, pero, dado su deterioro cognitivo, tiene dificultades para entender y expresar la muerte.

El presente trabajo está formado por dos apartados. En el primero, introduciremos conceptos básicos en torno a **la pérdida y el duelo** en el campo de la salud, revisaremos las complicaciones psíquicas a las que puede dar lugar, las diferentes tipologías y factores de riesgo, para finalizar con un breve recorrido por las aproximaciones teóricas al duelo.

En el segundo apartado, nos centraremos en el **duelo y la vejez**. Revisaremos las pérdidas en la vejez, el duelo en personas con deterioro cognitivo moderado y grave, el proceso de duelo en familiares y cuidadores de personas con demencia, para finalizar con el acompañamiento psicosocial en el proceso de pérdida y duelo.

1. Pèrdua i dol

1.1. Importància sociosanitària del dol: necessitats, coneixement/formació i recursos

El dol i l'envelliment presenten múltiples aspectes per a l'anàlisi i la reflexió en el context social i sanitari.

Per plantejar-nos el paper de la tasca assistencial en aquest procés, cal analitzar actualment quines són les necessitats que presenta aquesta població així com les línies que cal revisar per millorar-ne l'assistència.

En l'actualitat, és àmpliament coneguda la freqüència del dol en les tasques assistencials, sia com a motiu de consulta, desencadenant o factor relacionat amb la psicopatologia que emergeix en la història biogràfica o en les intervencions psicoterapèutiques (Gamo Medina et al. 2000, 209).

En línies generals, si analitzem la incidència del dol en el camp de l'atenció primària, trobem que prop d'un terç dels pacients que arriben a les consultes presenten problemes d'origen psicològic que requeririen algun tipus de tractament, i aproximadament una quarta part d'aquests presenta problemes que es podrien considerar relacionats amb algun tipus de pèrdua, com ara separacions, dols, jubilacions o incapacitacions (Parkes 1998). En una revisió d'estudis duts a terme en l'atenció primària (García-García, Landa 2001), la taxa mitjana anual de consultes al centre de salut va resultar ser d'un 80% més gran entre les persones en dol que en la resta de la població, un 63% eren vídues en els sis primers mesos, quatre vegades el percentatge de vidus en els vint primers mesos.

Actualment, si tenim en compte que el període en què es produeixen les manifestacions més severes del dol és de tres anys, que la mida mitjana de la família és de 2,76 persones i que la taxa bruta de mortalitat és del 9%, es pot estimar que la prevalença de persones amb dol actiu en la població general és de prop del 5% (García-García, Landa 2001, 1).

Si ens centrem en la població envellida i en l'àmbit geogràfic de les Illes Balears, hem de tenir en compte que el 2010 hi hagueren 6.209 defuncions de persones més grans de 65 anys, 3.254 de les quals eren dones i 2.955 homes (Institut d'Estadística de les Illes Balears).

Si agafem com a referència aquesta dada (partint d'una mitjana d'una persona envellida en dol per mort, majoritàriament el marit o la muller) podem estimar que hi ha una població envellida de 6.209 persones en dol actiu. I si, com veurem al llarg de l'article, es calcula que entre un 10% i un 20% de les persones en dol presenta complicacions en l'elaboració del dol, de 620 a 1.240 persones l'any en aquesta franja de població necessitarien intervenció especialitzada.

Així, veiem que la població en dol demana un gran suport social i sanitari, i que s'incrementa el consum de recursos. Això pot ser a causa de diversos factors, com ara la pèrdua de les xarxes socials (familiars, religioses, de veïns, amics, companys de feina...) o dels recursos naturals de la persona. Cal apuntar a més, la manca i la necessitat de coneixement/formació i la distribució adequada dels recursos sanitaris en relació amb aquesta problemàtica.

El coneixement del procés i les característiques del dol, tant genèricament com pel que fa a les particularitats de la gent gran, així com dels mitjans d'ajuda que poden rebre les persones que l'afronten, són importants per als professionals de la salut que tracten d'ajudar les persones amb una pèrdua o les persones en risc de complicació. El coneixement de les característiques atribuïdes al dol normal i de les possibles complicacions possibilita que el professional, d'una banda, dugui a terme actuacions per facilitar-ne la correcta elaboració i actuacions preventives, i de l'altra, eviti intervencions innecessàries —com ara l'ús excessiu de psicofàrmacs.

A més, com apunten Landa i García-García (2004), l'entorn sanitari —i més concretament el camp de la vellesa— està vinculat a pèrdues específiques, com la de la salut, la capacitat cognitiva o l'autonomia, que han de ser manejades i anticipades per evitar que es tradueixin en problemes addicionals.

Per tant, cal emfatitzar les repercussions que una atenció preventiva adequada a les persones en dol pot suposar, no només en l'àmbit relacional, social i psicopatològic, sinó fins i tot en l'àmbit biològic: ajudar les persones en dol significa també professionalment dur a terme una tasca de prevenció secundària en l'àmbit dels components psicològics de la salut (mental) i de prevenció primària i secundària en el cas dels components biològics i socials (Tizón 2004, 137).

Un model d'atenció psicosocial: el Servei d'Acompanyament en el Dol

El Servei d'Acompanyament en el Dol nasqué l'any 2006 dins el marc de l'Associació ARA, Acompanyament al Final de la Vida, amb l'objectiu de donar resposta a una demanda d'atenció als processos de dol i pèrdua de la societat Mallorquina percebuda fins aleshores. A partir de l'any 2009 el Servei d'Acompanyament en el Dol funciona com una entitat independent centrada en l'atenció psicològica especialitzada en processos de pèrdua i dol.

La seva tasca no es limita tan sols a l'atenció psicològica, sinó que també contribueix a la difusió social del procés de dol mitjançant, d'una banda, la formació constant de personal sociosanitari, i de l'altra, la realització de xerrades de sensibilització i educació social en la població general. Així mateix, participa en els mitjans de comunicació i fa activitats d'investigació, publicació i difusió científica relacionades amb el tema.

1.2. Conceptes generals

El dol i la pèrdua són experiències de caràcter universal que tard o d'hora tots experimentem. Gómez Sancho (2003, 447) defineix el **dol** (del llatí *dolus*, «dolor») com «la reacció natural davant la pèrdua d'una persona, objecte o esdeveniment significatiu». O també com «la reacció emocional i de comportament en forma de sofriment i aflicció quan un vincle afectiu es trenca».

Si hi fem una aproximació basant-nos en el significat, Poch i Herrero (2003, 58) exposen una concepció molt interessant, atès que consideren el procés de dol com l'intent de restablir la continuïtat de les nostres vides que ha estat trencada per la mort i tota pèrdua significativa. Com a introducció, seguint aquests autors, parlaríem del procés de dol «com una reacció normal a qualsevol tipus de pèrdua que comporta la reconstrucció de tots aquells aspectes que la pèrdua ha posat en qüestió».

Quan parlem de **pèrdua** (García Hernández 2007, 2) fem referència a una situació real o potencial (possible o condicional) en la qual un objecte o una persona valuosa es fa inaccessible o es deixa de percebre com a tal. En paraules de Neymeyer (2002, 15): «És evident que la pèrdua pot tenir molts significats, que van des dels acordats a partir de les definicions generalitzades que hem assenyalat, que fan referència la privació, el fracàs, la disminució i la destrucció, i als significats més personals i difícilment expressables associats amb pèrdues passades i presents en les nostres pròpies vides».

El dol és, doncs, una resposta **natural** d'adaptació que segueix qualsevol tipus de pèrdua, la més dolorosa de les quals és la mort d'un ésser **estimat**. No és una situació o un estat, sinó un procés: hi ha **moviment** (no és estàtic), amb canvis i diferents possibilitats d'expressió en què la persona està **activament implicada**.

Inclou components físics, psicològics i socials, amb una intensitat i durada proporcionals a la dimensió i significat de la pèrdua. Es tracta d'un procés normal (no és una malaltia!), per la qual cosa, en principi, no es requereix l'ús de psicofàrmacs ni d'intervencions psicològiques per a la seva elaboració o resolució. Encara que el treball de dol és, doncs, quelcom inherent en qualsevol tipus de pèrdua, no sempre requereix una actuació terapèutica i la majoria de vegades es resol amb els recursos propis de la persona i el seu entorn social i familiar.

Amb el terme **elaboració del dol** es fa referència al fet que tot dol és una situació diacrònica, que segueix un procés. El final d'aquest procés no ha de conduir necessàriament a un estat negatiu de la persona, és a dir, una elaboració adequada del dol pot donar lloc a un enriquiment personal, a un creixement individual i psicosocial, mentre que una elaboració inadequada del dol donarà lloc a problemes per al desenvolupament personal de tipus psicològic, biològic o psicosocial (Tizón 2004). El treball normal de resolució d'un dol pot complicar-se o aturar-se per circumstàncies diverses, causant un sensible efecte/defecte en el recorregut vital de la persona que el pateix.

En paraules de Gómez Sancho (2003, 451): «El dol és necessari per poder continuar vivint, per separar-se de la persona perduda conservant llaços diferents amb ella i per retrobar la llibertat de funcionament psíquic. Intentar inconscientment escapar-ne, significa introduir-se en la via de complicacions greus. El treball del dol sempre és necessari i el seu bloqueig i les seves perturbacions poden conduir a serioses dificultats.»

Per tant, l'elaboració inadequada del dol psicològicament dóna lloc a alguna forma del que anomenarem **dol complicat o patològic**. Encara que, com veurem, els estudis difereixen en els rangs. S'estima que només entre un 10% i un 20% de les persones en dol presenta complicacions en l'elaboració d'aquest (Middleton et al. 1996; Jacobs et al. 1993, citat per Shear et al. 2005).

1.3. Respostes a la pèrdua

Les reaccions davant la pèrdua d'un ésser estimat inclouen elements **físics, psicològics i socials**, amb intensitat i durada en relació amb la dimensió i el significat de la pèrdua. En la literatura s'ha descrit un repertori d'aquests símptomes que poden estar presents en el procés de dol. És important assenyalar que tots són **naturals i passatgers**, dins de certs límits de temps i intensitat.

Com hem dit en altres treballs (Espinàs 2007), el coneixement de tals reaccions és necessari en la mesura que permet emmarcar dins del considerat dol normal, evitant així intervencions professionals innecessàries (com l'ús de psicofàrmacs), la patologització del procés («m'estic tornant boja doctora?») i els efectes psicosocials evitables i innecessaris de tals consideracions («m'ingressaran en un centre de salut mental i em separaran de la meua família?»). Alguns d'aquests símptomes, com ara el sentit de presència i al·lucinacions sobre la persona difunta, són percebuts com a patològics pel sofrent, la qual cosa maximitza el sentiment de descontrol sobre la situació i la reacció personal.

A continuació presentem un recull de les diferents reaccions posteriors a la pèrdua. Aquest no representa una seqüència fixa ni inalterable, sinó que està dins d'un marc de variabilitat personal i contextual, que respecta el procés idiosincràtic de cada sofrent.

Sentiments/emocions

Tristesa, culpa, ràbia, odi i irritabilitat, temor o por, anestèsia emocional, ansietat, soledat, impotència, anhel, alleugeriment...

Síntomes en el cos

Buit a l'estómac, opressió al pit, falta d'aire, opressió a la gola, dificultat per empassar/parlar, hipersensibilitat al soroll o expressions externes, despersonalització («vaig carrer avall i res sembla real, ni tan sols jo»), debilitat, fatiga muscular, cansament, falta d'energia, sequedat de boca, molèsties gàstriques...

Pensaments i cognicions

Incredulitat, confusió, preocupació, sentit de presència, al·lucinacions...

Conductes i relacions

Trastorns del son, trastorns alimentaris, conducta distreta, aïllament social, somiar amb el mort, evitar recordatoris del mort, buscar i cridar el difunt en veu alta, sospirar, hiperactivitat desassossegada, plor...

1.4. Tipologia de dols

Com dèiem al començament, el dol és una resposta natural d'adaptació que segueix qualsevol tipus de pèrdua. Si bé la seva correcta elaboració permet a la persona tornar als nivells previs de funcionament, aquest treball de resolució pot complicar-se o aturar-se per circumstàncies diverses, causant un sensible efecte/defecte en el recorregut vital de la persona que el pateix. Aquestes situacions s'han anomenat *dol anormal*, *complicat*, *traumàtic* o *patològic*. És a dir, el procés de dol evolucionarà naturalment, sia cap a la superació o cap a l'aparició de complicacions psiquiàtriques i físiques que requeriran la intervenció professional. Així, psicològicament l'elaboració inadequada del dol dona lloc a alguna forma del que anomenarem **dol complicat (DC)** o **patològic**. Com dèiem anteriorment, s'estima que només entre un 10% i un 20% de les persones en dol presenta complicacions en l'elaboració d'aquest (Middleton et al. 1996; Jacobs et al. 1993, citats per Shear et al. 2005). Tanmateix, no hi ha un consens establert en la literatura ni en la comunitat científica respecte dels anomenats dols complicats i patològics.

Definir el que és el DC és una tasca difícil i, quan es fa, es duu a terme de manera genèrica, sense claredat respecte al procés normal. A més, la resposta de cada individu a la pèrdua serà diferent, a causa d'una àmplia sèrie de factors (característiques de l'aferrament a la persona, de la mort; variables de personalitat, història prèvia de la persona en dol, disponibilitat de suport social i familiar, crisis concurrents...). Conseqüentment, pot ser adaptativa per algunes persones però per altres, no. Això dificulta el reconeixement del DC.

El DC no es pot definir simplement com una entitat, sinó que també es poden determinar altres canvis clínics amb què pot compartir trets i amb els quals de vegades se solapa o coexisteix, com ara el trastorn per estrès posttraumàtic, la depressió, el trastorn d'ansietat generalitzada... Per exemple, com dèiem al començament, Jacobs i Kim (1990) van trobar que el 94% de les persones amb DC complien criteris de depressió, mentre que el 82%, d'ansietat generalitzada.

Així doncs, les propostes terminològiques són molt variades.

Destaquem la proposta feta per Prigerson (1995) i Prigerson i Jacobs (2001). Aquests autors, a través de l'anàlisi del treball de camp, avaluen la necessitat d'elaborar criteris estandarditzats per al diagnòstic de dol complicat. Per això van comparar les característiques del DC (entès com una única síndrome amb característiques diferenciades d'ansietat i depressió en dol) amb les definitòries d'un trastorn mental del DSM-IV-TR. Van concloure que es complien la majoria de criteris inclosos en una entitat diferencial reconeguda. Aquests autors, com veurem posteriorment, van elaborar una entrevista clínica i un instrument d'avaluació i diagnòstic. A continuació es presenten aquests **criteris refinats de dol complicat** (Prigerson, Jacobs 2001).

Criteri A. Estrès per la separació afectiva que comporta la mort: presentar, cada dia o en grau acusat tres dels quatre símptomes següents: 1. pensaments intrusos sobre el mort (que entren en la ment sense control); 2. enyorança del difunt (recordar-ne l'absència amb enorme i profunda tristesa); 3. cerca del mort sabent que és mort; 4. sentiments de soledat com a resultat de la mort.

Criteri B. Estrès pel trauma psíquic que suposa la mort: presentar, cada dia o en grau acusat, i com a conseqüència de la mort, quatre dels vuit símptomes següents: 1. falta de metes o tenir la sensació que tot és inútil respecte al futur; 2. sensació subjectiva de fredor, indiferència o absència de resposta emocional; 3. dificultat d'acceptar la realitat de la mort (no acabar de creure-s'ho...); 4. sentir que la vida és buida o que no té sentit; 5. sentir que s'ha mort una part de si mateix; 6. assumir símptomes o conductes perjudicials del mort o relacionades amb ell; 7. excessiva irritabilitat, amargor o enuig en relació amb el mort; 8. tenir alterada la manera de veure i interpretar el món (per exemple, haver perdut la sensació de seguretat, control, confiança...).

Criteri C. Cronologia: la durada del trastorn és almenys de sis mesos.

Criteri D. Deteriorament: el trastorn causa un important deteriorament de la vida social, laboral o altres activitats significatives de la persona en dol.

Des del nostre punt de vista, les manifestacions individuals i col·lectives de pèrdua i dol es troben altament representades en la vida social i cultural, en les nostres relacions socials

i en el nostre llenguatge. L'expressió d'aquestes experiències es contextualitza en cada cultura d'una manera determinada. Hi trobarem la resposta normativa respecte d'allò que es considera dol, com s'ha de viure i expressar. En el treball de Rojas (2005) podem trobar molts exemples de diferències culturals en rituals fúnebres, segons el lloc geogràfic del planeta i el moment històric.

1.5. Factors de risc

S'han identificat diferents variables que ens poden ajudar a predir la possibilitat que el procés de recuperació sigui més difícil del que seria sense la presència d'aquests factors (Montedeoya 2007), per la qual cosa poden donar lloc a un dol complicat. Alguns d'aquests factors fan referència a:

a) **Característiques de la mort:** sobtada i no anticipada, per malaltia extremadament llarga; circumstàncies traumàtiques (violència, desfiguració...), no sincronitzada amb el cicle vital (nen, persona jove); dols desautoritzats; morts simultànies/múltiples.

b) **Factors relacionats amb la persona:** estratègies no adaptatives d'afrontament (alcohol, ansiolítics); perill de mort de la persona sota la pròpia responsabilitat; relació prèvia amb el difunt molt ambivalent; crisis concurrents; pèrdues no resoltes.

c) **Característiques contextuais:** falta de suport percebut en la resposta de la xarxa social o familiar.

1.6. Contextualització històrica i teòrica

El dol és un procés dolorós d'adaptació a una situació de pèrdua i una reconstrucció d'aquells aspectes que la pèrdua ha posat en qüestió. És un conjunt de manifestacions externes, culturals i socials i antropològiques que contribueixen a la reacomodació social i psicosocial després de la pèrdua o la reglamenten (Tizón 2004).

Des de les cultures més antigues com l'egípcia fins a l'actualitat, s'ha anat estudiant la mort i el seu afrontament. En una breu revisió històrica, els primers estudis sobre el dol parteixen de les aportacions psicoanalítiques, que posteriorment han estat influïdes per l'antropologia, l'etnologia i la psicologia evolutiva i cognitiva en diverses orientacions. En l'aproximació contemporània al procés de dol, un dels principals pilars és la teoria de l'aferament de Bowlby. Per aquest autor (Bowlby 1993), l'estat de seguretat, ansietat o angoixa d'un nen o adult està determinat en gran mesura per l'accessibilitat i capacitat de resposta de la seva principal figura d'afecte, per la qual cosa durant el treball de dol s'intenta recuperar la persona perduda. Una altra figura destacada en aquest camp és Elisabeth Kübler-Ross (1989), la qual, a partir del seu treball amb malalts terminals,

va establir cinc fases en el dol per la pròpia mort: negació, depressió, còlera, reajustament i acceptació. Posteriorment, Worden (1997) desenvolupa el seu model dinàmic del procés de dol des d'una perspectiva més cognitivista, basada en la idea de dol com a treball. Per Worden, l'elaboració del dol suposa la realització de quatre tasques específiques: a) acceptar la realitat de la pèrdua, b) treballar les emocions i el dolor de la pèrdua, c) adaptar-se a un medi en el qual el mort està absent, i d) recol·locar emocionalment el mort i seguir vivint. Des d'un model psicosocial, Neymeyer (2002) va plantejar una crítica del biaix individualista de les teories tradicionals, les quals entenen l'elaboració del dol com un procés privat, aïllat de tot context relacional. Aquest autor va partir del fet que «diem adéu» en un context cultural, personal i interpersonal i espiritual concret, i cada un d'aquests contextos influeix en el procés de dol d'una manera determinada.

Com diu Neymeyer (2002), la gran majoria d'investigacions respecte del procés de dol basades en etapes o fases no ha aconseguit aportar evidències de validesa i fiabilitat. Cal esmentar les aportacions recents de Maciejewski et al. (2007), els quals han elaborat un examen empíric de la teoria de les fases del dol aportant una demostració en què, en circumstàncies de mort per causes naturals: a) es produeix una seqüència de fases corresponents a la incredulitat, l'anhel, l'enyorança, la depressió i l'acceptació, i b) les principals manifestacions d'indicadors de dol són l'acceptació i l'enyorança.

Partim, però, de la consideració que, en el procés, aquestes fases no són patrons universals o fixos de resposta, sinó que es caracteritzen per una variabilitat personal i contextual, amb una resposta, seqüència o durada diferenciada d'una persona a una altra. En paraules de Neymeyer (2002, 28): «s'han d'entendre com l'esbós d'una sèrie de patrons generals (no universals) de resposta, que constitueixen un teló de fons per a la presentació d'una sèrie de comentaris més detallats centrats en els significats que cada individu aporta al seu procés d'elaboració del dol.»

Com a resum, tot seguit reproduïm la breu revisió feta per García Hernández (2007, 10) respecte de les principals crítiques de les teories tradicionals:

- a) Consideren la mort i la pèrdua com una realitat objectiva.
- b) Suposen que hi ha etapes o tasques universals en la recuperació.
- c) Atorguen als desvalguts un paper passiu.
- d) Són prescriptives; patologitzen la pena «anormal».
- e) Es concentren en les reaccions emocionals excloent els significats i les accions.
- f) Emfatitzen la tornada eficaç al funcionament normal.
- g) Veuen l'aflicció com una experiència privada de l'individu aïllat.

Altres propostes interessants es poden trobar als treballs de Botella i Herrero (2001), Botella et al. (1997), Espinàs (2007), Espinàs et al. (2007) els quals, a partir de les crítiques

de les teories tradicionals desenvolupen una proposta constructivista-narrativa amb noves aportacions que intenten suplir les deficiències/limitacions esmentades en aquest document, basant les aportacions en el procés de reconstrucció de significat davant la pèrdua.

2. Dol i tercera edat

2.1. Les pèrdues a la tercera edat

En cada etapa del cicle vital ens enfrontem a diferents pèrdues i guanys. Alguns són part dels canvis propis de cada etapa del cicle vital, per exemple, la pèrdua de la joventut o l'emancipació; altres són obvis, com ara la separació o la mort. Unes pèrdues són físiques, com la incapacitat, la malaltia o la pèrdua de la llar a causa d'un incendi; altres són psicològiques, com la pèrdua de l'esperança o els somnis.

Les persones grans s'enfronten a múltiples pèrdues. Per molts la primera pèrdua significativa a l'edat adulta arriba amb la jubilació, que pot significar deixar de ser productiu per a aquesta societat i passar a ser una persona mantinguda. Deixar de treballar, especialment pels homes, suposa sovint la pèrdua d'una part de la seva identitat; «són el que fan», la qual cosa pot anar acompanyada d'una disminució de l'autoestima i les competències. Però la gent gran no sofreix sols la pèrdua de la feina o dels éssers estimats (germans, veïns, amics, parella...), sinó que el deteriorament constant de la salut física (vista, oïda, gust, tacte, equilibri...), la pèrdua de memòria o agilitat mental, solen dur associades també la pèrdua d'habilitats, autonomia, independència, seguretat... Si l'individu ha de deixar casa seva per ingressar en una residència també perd llibertat i intimitat. Totes les activitats que fa es concentren en un lloc i viu condicionat per uns horaris que imposen els altres per a la majoria.

Així doncs, trobem que a partir de la jubilació, en molts casos, la persona adulta ha d'enfrontar-se a múltiples dols que ha d'anar elaborant per poder adaptant-se a la nova situació. El principal problema és que moltes d'aquestes pèrdues no tenen un reconeixement social o no causen en la persona una consciència pròpia de pèrdua (Poch, Herrero. 2003). Per tant, no reben el suport sociofamiliar o els recursos necessaris, i molts cops aquesta persona fa el comentari: «és cosa de l'edat», resignant-se a viure millor, almenys emocionalment.

Entre totes les pèrdues destacarem la mort dels éssers estimats i especialment de la parella, ja que és un dels esdeveniments més estressants al qual s'enfronta una persona. La mort del marit o muller a la tercera edat no rep la consideració social que realment es mereix. La persona gran, quan s'enfronta a la mort de la parella, també s'enfronta

a tota una sèrie de canvis en l'estil de vida. A la tercera edat la rutina diària és més rígida i sol ser útil per l'adaptació dels canvis propis de l'edat. Sol ser un element que dóna seguretat. Però quan mor la parella, el que sobreviu es veu obligat a refer la seva vida, les rutines, el temps lliure, tot el que compartia amb el seu company o companya. A més de l'impacte emocional, d'una banda, el vidu o la vídua gran s'enfronta a canvis d'estatus social, independència econòmica, mobilitat i oportunitats d'interacció social, i de l'altra, no oblida els problemes crònics de salut, com l'artritis, les malalties cardíaques, la hipertensió, etc. (Handsson et. al 1993).

Les principals dificultats amb què es troben aquestes persones són (Lund et. al. 1993):

1. Aprendre a fer totes aquelles tasques que acostumava a fer el difunt; en el cas dels homes, les feines de la casa (cuinar, planxar, fer net...) i en el cas de les dones, tasques de reparació de les coses de la casa o el maneig de temes economicoadministratius. Una vegada aconseguen desenvolupar aquestes tasques, es produeix un augment de l'autoestima i la satisfacció amb si mateixos.
2. Atendre les seves necessitats per damunt de la pressió sociofamiliar, especialment quan és tracta de la presa de determinades decisions. Adaptar-se a viure sense l'ésser estimat i alhora fer-ho d'acord amb les expectatives dels fills, germans, veïns, amics o fins i tot el mateix difunt.
3. De totes les situacions a les quals s'ha d'enfrontar, la més significativa i la que més costa és el sentiment de soledat fruit de la pèrdua, sentiment que perdura fins i tot passats els dos primers anys del succés. Moltes persones refereixen aquest sentiment malgrat no estar sols i ser capaços d'omplir el dia amb activitats que els agraden, la cura dels altres, etc.
4. La mort de la persona amb la qual han compartit la vida en la vellesa també els enfronta a la proximitat de la seva pròpia mort. Els problemes de salut propis de l'edat accentuen la consciència de la mort propera i incrementen l'ansietat que hi està associada. La persona gran es troba atrapada en el temps; el passat està ple de records, incloent-hi el de la mort, que activen sentiments durs, el futur ja no existeix i en el present, el dia a dia, hi ha massa hores que omplir (Chi Ho Chan, Chan 2011). Aquells que són capaços de connectar el passat amb el present també seran capaços de donar significat a la mort de la parella i créixer a través d'aquesta experiència.

El dol a la tercera edat no es diferencia gaire del dol en altres edats. Per tant, té el mateix impacte. Igualment, el procés de recuperació no és específic de l'edat. L'ancià respon bé al suport i la cura de les persones properes. Els estudis fets per Gallagher-Thompson et al.(1993) mostraren que, si bé dins els dos primers mesos després de la mort el 30% de les persones

en dol experimentaven una depressió moderada o greu respecte del grup control (no-dol), aquesta diferència disminuïa fins al 18% al cap de 30 mesos de la mort. En aquests dos primers mesos també s'observà un empitjorament de l'estat de salut, en què augmentava l'aparició de noves malalties i l'ús de medicaments. Si bé aquestes diferències en l'estat de salut, depressió i distrès milloraren amb el pas del temps, no succeí el mateix amb la simptomatologia del dol. La persona gran, al cap de 30 mesos de la mort, puntuava més alt que una persona jove en dol; no plorava més però sí que allargava el dol en el temps.

En diferents estudis sobre els factors associats als resultats del dol, s'assenyalen els següents (Gallagher-Thompson et al. 1993):

1. Nivell inicial de depressió (avaluat mitjançant l'inventari de depressió de Beck): aquells subjectes que els dos primers mesos després de la pèrdua presentaven uns nivells moderats en l'inventari de depressió de Beck, també manifestaven puntuacions elevades en altres indicadors de distrès. El més destacat i significatiu és el fet que aquests subjectes tenien més dificultats per adaptar-se a la pèrdua. A més a més, hi havia una correlació entre aquestes dades i la manera com es produí la mort. Així, enfront d'una mort valorada com a no natural les puntuacions en depressió eren més elevades.
2. Estratègies d'afrontament i adaptació al dol: com esperàvem, l'expressió de la tristesa, la recerca de significat de la mort o reflexionar sobre els records del passat són estratègies que, si bé al principi del dol són un element facilitador, a mesura passa el temps perden utilitat.
3. Suport social: la influència és moderada. A vegades els familiars i amics no estan a l'alçada de les circumstàncies per la persona gran i això els genera més frustració i ràbia que alleujament.

Els índex de recuperació són molts elevats malgrat que ells mateixos valorin la mort de la parella com el succés que els ha provocat més estrès, que l'estudi fet per Newson et al. (2011) determini que prop del 4,8% de les persones grans en dol desenvoluparan un dol complicat i que aquest percentatge augmenti fins al 7% entre els individus d'edats compreses entre els 75 i 85 anys. Sembla que en aquesta resolució exitosa del dol hi tenen un paper important l'autoestima positiva, el suport social i la capacitat d'iniciativa. Els dos primers mesos són els pitjors i semblen marcar l'evolució que farà el dol. Després les pujades i baixades són normals. Algunes persones expressen que el dol mai acaba i que simplement hi aprenen a viure. Altres, més actives, troben la manera d'anar tirant amb els alts i baixos (Lund et al. 1993).

Seguint amb els estudis fets per Lund et al. (1993) quant als predictors d'adaptació al dol, les característiques sociodemogràfiques, com ara l'edat, el gènere, el nivell educatiu o el

fet de ser religiós o no, no semblen tenir una influència determinant en la resolució del dol. Pel que fa a l'edat, que és el factor que més ens interessa, no sembla predir una millor adaptació a la mort.

Els millors predictors en la realització del dol són:

1. El pas del temps, sempre que aquest s'utilitzi de manera activa. La pèrdua de la parella en l'edat adulta requereix una àmplia gamma d'adaptacions a un entorn social radicalment diferent i a un estil de vida també diferent. El dol implica afrontar situacions difícils i requereix temps, temps per identificar el que està succeint en les emocions i el pensament, identificar les necessitats del moment, desenvolupar les estratègies per fer-hi front i anar aconseguint èxits en l'adaptació.
2. Quant al temps, un altre factor és el moment en què s'inicia el dol. Demorar l'inici del procés de dol, així com presentar dificultats durant el primer mes són indicadors d'un mal ajustament, d'emocions negatives intenses i d'afrontament pobre. En definitiva, els primers èxits o fracassos en les tasques del dol en marcaran el desenvolupament.
3. Tenir una bona comunicació amb els altres; ser una persona expressiva i que a més a més compta amb una bona xarxa sociofamiliar amb la qual té llibertat per expressar el que sent.
4. Autoestima positiva i competència personal. Aquelles persones que tenen una bona autoestima estan més motivades per anar assolint les diferents tasques del dol i desenvolupar noves habilitats per anar-se adaptant a la nova vida. Se senten insatisfetes amb un afrontament pobre de la situació. Al contrari, aquelles persones que tenen una baixa autoestima i una mala percepció de les seves capacitats es deprimiran amb més facilitat i freqüència i desistiran en l'adaptació al dol. Tenir un bon desenvolupament social, interpersonal, instrumental i ser capaços d'identificar les habilitats que els manquen afavorirà un dol sa.

Aquests dos punts són els principals predictors del resultat en l'elaboració del dol en les persones grans. L'autoestima positiva i la competència personal estan altament relacionades entre si. Així, les persones amb una autoestima positiva també tenen un bon nivell de competència social, interpersonal i instrumental, els principals predictors del resultat en l'elaboració del dol en les persones grans. De cara a l'acompanyament, el fet de potenciar l'aprenentatge de noves habilitats tindrà un efecte directe sobre l'autoestima i afectarà la pròpia imatge, l'èxit en la resolució de les diferents situacions que aniran trobant i la motivació per continuar endavant.

2.2. Dol en persones amb deteriorament cognitiu moderat i greu

Sovint es presenta la situació en la qual la persona amb demència és la que sofreix la pèrdua significativa (cuidador o cuidadora, parella, fill o filla...). En aquests casos es produeix l'anomenat *dol desautoritzat* (Payàs 2010) atès que es considera que les persones amb demència (també es dona amb discapacitats) no disposen de recursos per afrontar la pèrdua i, per tant, informar-los-en es considera innecessari o inclús perjudicial per la seva situació, ja inicialment complicada. En aquest context esdevé habitual no comunicar la pèrdua al malalt. Contràriament a aquesta concepció sobreprotectora, considerem que la persona amb deteriorament cognitiu té igualment la necessitat de ser acompanyada i de rebre suport en el seu dolor. La desautorització de la vivència del dol pot comportar dols emmascarats amb efectes físics i psicològics, molts cops finalment atribuïts al mateix procés de demència o d'institucionalització.

Davant d'aquest fet, l'equip sanitari té una doble funció (Pascual, Santamaría 2009): acollir i donar suport a la família i ajudar-la a acompanyar el malalt en el procés de dol de manera adaptativa i facilitadora.

La persona amb demència sol presentar símptomes depressius, com a fruit del detriment de la seva qualitat de vida, augment de les necessitats d'ajuda dels altres i disminució de les habilitats funcionals. La pèrdua de memòria és un dels símptomes clau. Les dificultats per reconèixer objectes i les persones estimades i les dificultats en el llenguatge (tant d'expressió com de comprensió) són algunes de les característiques pròpies de la persona gran amb demència.

El dol és un procés complex que requereix un ajustament psicològic i és un factor de risc per la depressió i l'ansietat. Com hem vist abans, la mort de la parella és un desafiament per les persones grans atesos els canvis que hi estan associats, canvis d'estatus social, dels hàbits del dia a dia, de la seguretat econòmica, etc. S'han fet molt pocs treballs sobre dol i demència.

La persona amb demència sembla experimentar el mateix procés de dol que la persona sense demència. La diferència és la manca d'habilitats cognitives o del llenguatge per expressar de manera comprensible els sentiments. En tot cas, dependrà de l'estadi en el qual es trobi la persona, de l'acompanyament de la persona cuidadora, així com de la facilitació de recursos institucionals o assistencials. Pot ser que la persona es trobi en una fase inicial de la malaltia, en què tingui dificultats per recordar successos importants a curt termini, o bé que revisqui l'impacte de la notícia de la mort de l'ésser estimat cada cop que se li doni la notícia i, fins i tot, pot ser que no tingui una resposta emocional significativa. En les etapes avançades és difícil que entengui la mort en si mateixa; constructes com la permanència de la mort es consideren part de les funcions cognitives superiors que estan

afectades, però, tot i aquest fet, la persona gran pot tenir la necessitat de plorar la pèrdua del difunt, especialment si aquest era el cuidador principal.

El 2006 Lewis i Trzinski proposen dos tipus d'intervenció destinades a persones amb demència. D'una banda, l'*spaced retrieval* (SR) (espai de recuperació) té com a objectiu ajudar la persona amb demència a recordar que la persona estimada ha mort. De l'altra, el *group buddies* (joc terapèutic) els pot ajudar a enfrontar-se als sentiments associats amb la mort i a comprendre el procés de la mort.

La tècnica SR, que fou desenvolupada per Landauer i Bjork als anys setanta, i posteriorment modificada per Camp als anys vuitanta, estava destinada a persones amb nivells lleus i moderats de la demència de tipus Alzheimer. L'objectiu de l'SR és facilitar l'aprenentatge i el record de nova informació. Es tracta de presentar al malalt la informació que ha de retenir. A continuació se li demana la informació donada. Si respon correctament se li dóna un reforç positiu, normalment en forma verbal. Si no, se li torna a presentar la informació i se li repeteix el test. El procediment es repetirà tants cops com sigui necessari. Quan dóna la resposta correcta, aquesta va seguida d'un petit espai de temps ocupat amb altres activitats o converses que no inclouen informació relacionada amb el difunt (en aquest cas). Després de cada resposta correcta, els espais entre exercicis és van ampliant. En l'SR es treballa emprant la memòria implícita, que és la que més perdura; la persona no pot recordar realment allò après, però sí com fer-ho. Tot aquest procediment es fa més fàcil per la persona gran amb demència si es presenta dins un context social quotidià (per exemple, el dinar). Recordar el fet que una persona estimada és morta ajudarà a no experimentar el dolor com si fos la primera vegada que se li dóna la notícia.

El *group buddies* és una tècnica fonamentada en el joc. En diferents estudis s'ha demostrat l'efectivitat i la utilitat dels jocs terapèutics dissenyats originàriament per a nins i aplicats als adults. La persona gran, de la mateixa manera que el nen, mitjançant el joc, pot expressar de manera creativa sentiments, emocions, pensaments... El joc li dóna llibertat d'expressió i alhora l'enfronta a si mateix. Basada en els treballs desenvolupats per Frey l'any 1993, la teràpia de joc té beneficis socials, millora la comunicació i afavoreix el creixement emocional i intel·lectual.

Trzinski i Higgins, l'any 2001, desenvoluparen un projecte pilot amb el joc terapèutic i es va fer necessari un *group buddies* (es donava a cada participant un peluix o nina) per al desenvolupament de les activitats. La tècnica del company de grup és fonamenta en el principi d'autonomia definit per Erikson com un sentit d'independència o voluntat. La persona gran amb demència i dol pot sentir més d'un cop que perd el control. El company de grup proporcionarà a la persona gran diferents opcions individualitzades per manejar aquests sentiments, consolant-lo i tranquil·litzant-lo en els moments difícils.

Trzinski i Higgins aplicaren la tècnica del company de joc en una llar d'avis amb deteriorament cognitiu. La tècnica, com ja hem explicat, fomenta la socialització dels residents, facilita la discussió i l'exploració de sentiments. En el treball es demostra que aquesta és una bona tècnica per ajudar aquelles persones amb una demència moderada a processar el dolor i facilitar l'expressió. A cada participant se li entrega un animal de peluix o nines en forma de nadons. Cada un es fa responsable del seu company, al qual li posa un nom, el presenta al seu grup d'amics i el pot portar per tot. El company de joc, facilita l'expressió mitjançant l'expressió no verbal, de manera que li augmenta el sentit de control, i promou l'acció, calmant-lo a través de carícies i el tacte.

Com els mateixos autors suggereixen, el tractament del dol en persones amb demència encara no s'ha estudiat. Els resultats presentats per aquestes dues tècniques són positius en la canalització d'emocions i el reconeixement del succés, però són resultats limitats a dos grups pilot, amb una mostra petita de participants.

2.3. El procés de dol en familiars i cuidadors de persones amb demència

Quan la persona gran presenta deteriorament cognitiu o malaltia crònica, sovint els familiars desenvolupen l'anomenat **dol anticipat**. Aquest procés fa referència al dol que s'expressa per avançat quan una pèrdua (mort) es percep com a inevitable i acaba quan es produeix la pèrdua, amb independència de les reaccions posteriors (Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer i Altres Demències Senils —AFATE—).

Durant el dol anticipat, els familiars experimenten progressivament la pèrdua de la persona estimada, connectant amb les experiències emocionals, cognitives i socials que comporta, les quals, fins i tot, a vegades són més intenses que en el dol posterior.

Durant la fase inicial o lleu, el familiar ha d'adaptar-se a una nova situació i adoptar un nou rol (cuidador) i una nova relació amb la persona malalta. En estadis moderats, la percepció de la pèrdua es caracteritza per un deteriorament de les capacitats de la persona malalta, la qual cosa provoca una manca de reciprocitat en la relació a causa del deteriorament cognitiu i funcional i d'altres factors disruptius de la relació, com ara els símptomes cognitius i conductuals (alteracions de l'humor, de la personalitat...). En la demència avançada (fase greu de la malaltia) s'aguditzen els efectes psicològics de la pèrdua relacional. Durant aquesta fase apareix la consciència de pèrdua, consciència que suposarà la part més dolorosa del procés de dol (Pascual, Santamaría 2009).

Davant el dol anticipat descrit, podem establir diferents factors de risc que ens ajudaran a prevenir possibles complicacions (Pascual, Santamaría 2009):

- a) Sobrecàrrega per les característiques i continuïtat de les cures requerides per la persona malalta.
- b) Ambivalència afectiva entre el vincle de lleialtat a la persona malalta i la percepció de les pròpies necessitats vitals i relacionals.
- c) La culpa generada pels processos, com ara el del punt b.
- d) Falta de recursos i suport social o familiar.
- e) Situacions de negació de la pèrdua.

Com a professionals de la salut, hem de considerar que el dol és un procés que cal **cuidar i facilitar** amb la finalitat d'evitar situacions de risc que dificultin l'adaptació a la pèrdua. També cal tenir en compte que el dol continuarà posteriorment a la mort del familiar.

2.4. Acompanyament psicosocial en el procés de pèrdua i dol

Com podem acompanyar, cuidar i orientar la persona en dol? Partint del model de tasques de Worden (1997) introduït inicialment, podem definir algunes línies d'intervenció en estats previs i posteriors a la mort (Arranz et al. 2003, 113-116):

a) Prèviament a la mort de la persona

- promoure la conservació d'altres rols diferents al de persona cuidadora,
- promoure el paper actiu en l'atenció i el control de símptomes,
- facilitar que els diferents membres familiars se sentin participants i útils mitjançant la repartició de tasques de cura,
- afavorir la ruptura de la conspiració de silenci,
- afavorir la ruptura de la incomunicació emocional,
- explorar pors i preveure l'organització d'aspectes pràctics,
- facilitar la resolució de qüestions pràctiques pendents (herències...),
- facilitar la resolució de qüestions emocionals pendents (demanar perdó, perdonar, expressar gratitud...),
- facilitar aquells rituals que ajudin els familiars a acomiadar-se.

b) Posteriorment a la mort de la persona

- Ajudar en la primera tasca: acceptar la realitat de la pèrdua
- Detectar si hi ha una conducta de recerca i normalitzar els símptomes, incloent-hi les al·lucinacions.
- Detectar els primers símptomes de dol emmascarat, p. ex. presència dels mateixos símptomes del mort, fent-ne una interpretació normalitzadora i respectuosa.
- Correlacionar la tristesa amb la consciència de la pèrdua.
- Parlar sobre quan es va produir la mort, qui en va informar, explorar si va veure el mort després de la mort o al tanatori, si va assistir a l'enterrament, la incineració, el funeral i el que li va suposar. Parlar ajuda a acceptar la realitat.

- Demanar que expliqui la seva història de relació, de la figura del mort, el que va fer, el que va suposar per als altres. Facilita la introspecció i la consciència de la ruptura final.
 - Parlar en passat quan fem referència al mort.
 - Explorar què s'ha fet amb les pertinences del mort (fotos, records, elements de l'habitació) ens permet avançar resistències i pors.
 - Preguntar si visita el cementiri o el lloc en què es van escampar les cendres i el significat de les visites o la fantasia de fer-les en cas que no s'hagin produït.
 - Ajudar en la segona tasca: treballar les emocions i el dolor de la pèrdua
 - Permetre l'expressió de les emocions, donar-hi suport i validar-la.
 - Tenir en compte tant el llenguatge verbal com el no verbal, sobretot si hi ha dissonància.
 - Davant dels fets que relata, suggerir que expressi els sentiments que els acompanyen.
 - Ajudar a posar nom als sentiments i que es doni permís per sentir.
 - Convidar a l'expressió d'emocions en el medi habitual del sofrent.
 - Explorar la xarxa de suport informal (familiar-social) capaç d'acollir emocions intenses.
 - Suggerir alternatives a l'expressió oral de les emocions: cartes, diaris, etc.
- Ajudar en la tercera tasca: ajudar a adaptar-se al medi sense la persona estimada
 - Diferenciar si les dificultats estan relacionades amb els rols instrumentals o amb vincles socials.
 - Explicitar accions de controlabilitat que ja exerceix en la seva vida.
 - En el cas d'haver d'exercir rols que abans feia el mort, suggerir entrenament previ per prevenir la sensació de fracàs.
 - Confrontar des de l'empatia.
 - Reforçar la presa de decisions independent i el valor de fer-ho.
 - Suggerir evitar accions que suposin canvis molt radicals al cap de poc temps de la mort.
 - Utilitzar estratègies de solució de problemes.
- Ajudar en la quarta tasca: facilitar la descol·locació emocional de la persona morta i continuar vivint
 - Insistir que l'objectiu no és oblidar la persona. Es tracta de reestructurar el tipus de vincle i la manera de relacionar-s'hi.
 - Afrontar el pensament de deshonra de la memòria del difunt, si s'hi vincula afectivament.
 - Invitar la persona a reconèixer el dret a donar-se permís per gaudir i per estimar. Recordar el dret de ser feliç.
 - Aclarir que l'objectiu no és reemplaçar l'irreemplaçable. De vegades, serà útil evitar la decisió d'iniciar ràpidament una nova relació, ja que entorpeix una resolució adequada del dol.
 - Ajudar a explicitar nous fins, significats, perspectives de futur.

3. Conclusions

Al llarg d'aquest capítol, hem estat revisant nocions conceptuals i diferents aportacions fetes des de diferents perspectives teòriques. En l'atenció assistencial al pacient en dol, ens trobem amb reptes encara per assolir. D'una banda, la manca de criteris i instruments adequats, adaptats a la població espanyola, que ens permetin determinar quan una persona està tenint un dol considerat dins dels límits establerts com a normal, o un dol complicat i patològic. De l'altra, la manca de recursos clínics i psicosocials necessaris per cobrir les necessitats d'aquesta població.

La població de gent gran, l'anomenada tercera edat, és un dels grups oblidats en gran part dels treballs elaborats sobre el dol. Una persona gran, com hem vist, s'enfronta al dol igual que una persona jove, però amb una sèrie de dificultats afegides que són fruit del moment vital en què es troba. A partir de certa edat les pèrdues són cada cop més freqüents, no només les dels éssers estimats, sinó també d'altres tipus, com ara la pèrdua de la llar quan es traslladen a una residència, la pèrdua de la salut, d'agilitat mental, etc. Així, en la vellesa, quan és produeix la pèrdua de la parella, a més a més d'enfrontar-se al dolor per la mort també s'enfronta a tota una sèrie de canvis en l'estil de vida, que en alguns casos poden donar lloc a dols complicats o de risc. Si bé, com hem vist, el dol en la vellesa no està gaire estudiat, encara calen més investigacions sobre el dol de les persones que tenen demència. Segons els primers estudis esmentats al llarg del capítol, la persona amb demència sent la mort de l'ésser estimat, especialment quan es tracta del cuidador principal, però a causa de la pèrdua de les funcions cognitives té dificultats per expressar els sentiments que li provoca i recordar el fet. Són interessants els resultats obtinguts en el tractament del dol en persones amb demència de l'estudi pilot de Lewis i Trzinski (2006). Aquests adaptaren dues tècniques que ja existien, el *group buddies* i l'*spaced retrieval*, que ajudaren persones amb demència a superar les dificultats abans esmentades.

Partint de la introducció conceptual i contextual presentada, convidem a l'ampliació de la informació i a l'elaboració d'estudis que permetin valorar tant factors de pronòstic com estratègies d'intervenció que permetin millorar l'atenció al dol en la vellesa.

4. Referències bibliogràfiques

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Botella, L.; Herrero, O.; Pacheco, M. (1997). *Una aproximación constructivista al análisis narrativo del duelo*. FPCEE Blanquerna.

Botella, L.; Herrero, O. (2001). *La pérdida y el duelo desde una visión constructivista narrativa*. FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull.

Bowlby, J. (1993). *La pèrdua afectiva. Tristesa i depressió*. Barcelona: Paidós Ibèrica.

Chi Ho Chan, W.; Chan, C. L. C. (2001). «Acceptance of spousal death: the factor of time in bereaved older adult's search for meaning». *Death Studies*, 35: 147-162.

Espinàs, L. (2007). «Como elaborar pérdidas y duelos». A: Lázaro, M.; Torres, I. *La salud mental i la dona*. Palma de Mallorca: CIMEBAL.

Espinàs, L.; Vidal, M.; Carrió, M.; Truyols, M.; Rosselló, J. (2007). «Atención psicológica en el contexto de la pérdida: la experiencia de un grupo de duelo». VIII Jornadas de Apego y Salud Mental. *Actualizaciones en pérdidas y duelos*. Salt, Girona.

García-García, J. A.; Landa, V.; Trigueros, M. C.; Gaminde, I. (2001). «Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez». *Atención Primaria*. Vol. 27 (12): 86-93.

García-García, J. A.; Landa, V. (2001). «¿Es posible medir el duelo?: adaptación al castellano y validación del inventario de experiencias en duelo (IED) y del inventario Texas revisado del duelo (ITRD)». *Psiquiatria.com*. Vol. 5 (1).

García, A. M. (2007). «El duelo: una breve revisión». Apunts docents.

Gallagher-Thompson, D.; Fetterman, A.; Farberow, N.; Thompson, L. W.; Peterson, J. (1993). «The impact of spousal bereavement on older widows and widowers». A: Stroebe, M. S.; Stroebe, W.; Hansson, R. O. (ed.). *Handbook of bereavement. Theory, research and intervention*. Cambridge University Press, 227-240.

Gamo, E. [et al.] (2000). «Problemática clínica del duelo en salud mental». A: *Psiquiatria Pública*. Vol. 12(3), 209-218.

Hansson, R. O.; Remondet, J. H.; Galusha, M. (1993). «Old age and widowhood: issues of personal control and independence». A: Stroebe, M. S.; Stroebe, W.; Hansson, R. O. (ed.). *Handbook of bereavement. Theory, research and intervention*. Cambridge University Press, 367-381.

Institut d'Estadística de les Illes Balears. <<http://ibestat.caib.es/ibestat/page>>.

Jacobs, S.; Kim, K. (1990). «Psychiatric complications of bereavement». *Psychiatric Annals*, 20 (6): 314-317.

Landa, V.; García-García, J. A. (2004). «Dol». *Guies Clíniques*, 4 (40). <<http://fisterra.com/guias2/dolo.asp>> [Consulta: 10 d'octubre de 2007].

Lewis, M. M.; Trzinski, A. L. (2006). «Counselling older adults with dementia who are dealing with death: innovative interventions for practitioners». *Death Studies*, 30: 777-787.

- Lund, D. A.; Caserta, M. S.; Dimond, M. F. (1993). «The course of spousal bereavement in later life». A: Stroebe, M. S.; Stroebe, W.; Hansson, R. O. (ed.). *Handbook of bereavement. Theory, research and intervention*. Cambridge University Press, 240-255.
- Maciejewski, P.; Zhang, M. S.; Block, S.; Prigerson, H. (2007). «An empirical examination of the stage theory of grief». *The Journal of the American Medical Association*, vol. 297 (7): 716-723.
- Middleton, W.; Burnett, P.; Rapale, B.; Martinek, N. (1996). «The bereavement response: a cluster analysis». *British Journal of Psychiatry*, 169: 167-171.
- Montedeoya, X. (2007). «Factors de risc de dol complicat». <<http://www.montedeoya.homestead.com/riesgos.html>> [Consulta: 10 d'octubre de 2007].
- Newson, R. S.; Boelen, P. A.; Hek, K.; Hofman, A. I.; Tiemeier, H. (2011). «The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults». *Journal of Affective Disorders*, 132: 231-238.
- Neymeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pèrdua. Una guia per afrontar el dol*. Barcelona: Paidós Ibèrica.
- Neymeyer, R. A.; Hogan, N. S. (2001). «Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief». A: Stroebe, M. S. [et al.] (ed.) *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, 89-118.
- Pascual, A. M.; Santamaría, J. L. (2009). «Proceso de duelo en familiares y cuidadores». *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 44 (52): 48-54.
- Payàs, A. (2005). «Intervenció terapèutica en processos de pèrdua». Apunts docents.
- Payàs, A. (2010). *Las tareas del duelo*. Barcelona: Planeta.
- Parkes, C. M. (1998). «Coping with loss: bereavement in adult life». *BMJ*. 316: 856-9.
- Prigerson, H. G. (1995). «Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss». *Psychiatry Research*, 59: 65-79.
- Prigerson, H. G.; Jacobs, S. (2001). «Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test». A: Stroebe, M. S. [et al.] (ed.) *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. American Psychological Association. Washington, 613-645.
- Poch, C.; Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo. Reflexiones, testimonios y actividades*. Barcelona: Paidós.
- Rojas, S. (2005). *El maneig del dol. Una proposta per a un nou començament*. Barcelona: Granica.
- Shear, K.; Frank, E.; Houck, P.; Reynolds, C. (2005). «Treatment of complicated grief. A randomized controlled trial». *The Journal of the American Medical Association*, 1 de juny. Vol. 293 (21).
- Tizón, J. L. (2004). *Pèrdua, pena, dol. Vivències, investigació i assistència*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.
- Worden, J. W. (1997). *El tractament del dol: assessorament psicològic i teràpia*. Barcelona: Paidós Ibèrica.

Autores

MARIA ISABEL VIDAL PÉREZ

Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Experta professional en Gerontologia per la Universitat Espanyola a Distància (UNED) i especialista en processos de pèrdua i dol.

Ha treballat en el camp de la gerontologia desenvolupant tasques tant d'atenció a la gent gran com de formació de professionals d'aquesta àrea.

Actualment treballa al Servei d'Acompanyament en el Dol (Palma de Mallorca). Exerceix fent tasques de docència en diferents centres (Universitat de les Illes Balears, IMFOF, etc.) en el camp del dol i les pèrdues. A més a més, participa en els mitjans de comunicació autonòmics contribuint a la difusió social del dol. Col·labora en treballs d'investigació i publicacions vinculats amb el tema de dol i les pèrdues.

LAURA ESPINÀS OLVERA

Doctora en Psicologia per la Universitat de Girona. Ha fet un Màster en Psicooncologia a la Universitat Complutense de Madrid i és especialista en processos de pèrdua i dol.

Actualment treballa en l'Equip d'Atenció Psicosocial de l'Hospital Sant Joan de Déu (Palma) desenvolupant el programa Atenció integral a persones amb malalties avançades i familiars.

Ha treballat en el camp de la psicooncologia i ha coordinat el Servei d'Acompanyament en el Dol (Palma). Ha fet tasques de docència universitària i professional en el camp de la psicooncologia, cures pal·liatives i dol. Ha participat en treballs d'investigació i publicacions en l'àrea de la psicologia social i de la salut en l'àmbit nacional i internacional.