

Duelo en pandemia. Análisis funcional del duelo complicado

Grief in a pandemic. Functional analysis of complicated grief

Juan José Azurdia Turcios

Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala

* Autor a quien se dirige la correspondencia: jazurdia@psicousac.edu.gt

Recibido: 12 de abril de 2024 / Aceptado: 28 de junio de 2024

Resumen

Además de la pérdida de salud y empleo, la muerte de seres queridos fue una de las características más significativas de la vida durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19. Este estudio tuvo como propósito sistematizar testimonios de dolientes que perdieron a un familiar a causa del virus. En el marco del enfoque cualitativo y el diseño secuencial, se entrevistó a 5 voluntarios que se encontraron en duelo complicado por la muerte de un familiar a causa del COVID-19. Como resultado, se identificó que las medidas de distanciamiento social hicieron vivir el duelo en soledad física y también en soledad subjetiva, que fue una creencia presente en los consultantes con duelo complicado. En contraposición, las creencias que favorecieron la elaboración del duelo se relacionaron con la religión. Las conductas que movilizaron al doliente hacia la resolución del duelo fueron la meditación, el ejercicio y la socialización con amigos. Se concluye que la soledad percibida y el autorreproche son factores presentes en el duelo complicado.

Palabras clave: Testimonios, psicología clínica, COVID-19, psicoterapia, soledad

Abstract

In addition to the loss of health and employment, the death of loved ones was a feature of life during the confinement due to the COVID-19 Pandemic. The purpose of this study was to systematize testimonies of mourners who lost a family member to the virus. Within the framework of the qualitative approach and sequential design, 5 volunteers were interviewed who were in complicated grief due to the death of a family member due to COVID-19. As a result, it was identified that social distancing measures made grief live in physical solitude but also subjectively, which was a belief present in the consultants with complicated grief. In contrast, the beliefs that favored the elaboration of grief were related to religion. The behaviors that mobilized the bereaved towards the resolution of the grief were meditation, exercise, and socialization with friends. It is concluded that perceived loneliness and self-reproach are factors present in complicated grief.

Keywords: Testimonials, clinical psychology, COVID-19, psychotherapy, loneliness



Introducción

La pandemia por la COVID-19 inició en China a finales del 2019; sin embargo, el primer caso positivo en Guatemala se identificó hasta el 16 de febrero de 2020. Fue el martes 17 de marzo del año 2020 que el gobierno guatemalteco implementó las medidas de distanciamiento social, mediante el Decreto Gubernativo Número 5-2020. Como otros países, Guatemala presentó las mismas problemáticas relacionadas al virus, entre ellas: la muerte. Al respecto, Martínez-Folgar et al. (2021) reportó que entre junio y julio se identificó un exceso de aproximadamente 8 mil muertes más que en los meses anteriores, es decir el aumento del 40% en muertes.

Hernández et al. (2021) caracterizaron el contexto de la pandemia por la disminución de la intimidad en el momento de la muerte, la soledad, los problemas de comunicación entre el personal sanitario y la familia del paciente y la restricción de realizar los rituales propios del duelo a causa de las mismas medidas de distanciamiento social, a lo que Méndez Salazar et al. (2021) conceptualizaron como “duelo en pandemia”.

Los estudios de Boelen et al. (2006) y Cruz Gaitan et al. (2017) pusieron en evidencia que la telepsicología fue uno de los factores favorables para la expresión de las emociones y el acceso del servicio de salud mental, como respuesta a las medidas de distanciamiento social y la necesidad de cercanía y confort afectivo que experimenta un doliente. También afirman que, en el proceso del duelo, el apoyo familiar es de sumo valor, ya que la falta de una red de apoyo social y la instalación de creencias irracionales aumenta las posibilidades de conllevar a un duelo patológico o complicado. Además, reconocen la importancia de que el terapeuta aborde, como parte de la intervención psicológica, la validación emocional, las despedidas, los rituales funerarios alternativos y reconozca el apoyo espiritual. Esto con el objeto de evitar que la tristeza y el dolor no se instalen en el mediano plazo, así como garantizar que la vida se pueda seguir de manera normal.

Desafortunadamente la respuesta del sistema de salud no fue tan rápida como la propagación del virus. Araujo Hernández et al. (2021) calificaron de “incipiente” el diseño de estrategias de intervención del duelo en las circunstancias de la pandemia, por lo que el diseño de un protocolo que fuera diseñado sobre la base de la experiencia de sujetos en duelo complicado, se consideró un insumo valioso que podría garantizar el abordaje más eficiente y eficaz del duelo. Sistematizar testimonios en el contexto del COVID-19 fue relevante ya que se requiere de teoría para organizar la experiencia de la pérdida en las nuevas circunstancias que la pandemia había impuesto (Martín-Moreno, 2020).

A lo anterior, se puede agregar que ante el aislamiento social que derivó la sensación de soledad (Moriconi & Valero Calvo, 2020) el psicólogo necesita desarrollar competencias para acompañar los procesos de manera efectiva (Araujo Hernández, et al. 2021; Muñoz Berríos, 2020) ya que la falta de formación podría desencadenar una serie de acciones iatrogénicas (Lacasta-Reverte et al., 2020). Por tal razón, se propusieron como objetivos de este estudio, los siguientes.

- (1) Listar las condiciones en las que se desarrolló el duelo asociado a la COVID-19.
- (2) Identificar los sesgos cognitivos que impiden el trabajo de duelo asociado a la COVID-19
- (3) Identificar las creencias que favorecen la elaboración del proceso de duelo asociado a la COVID-19.
- (4) Identificar las consecuencias emocionales, físicas y conductuales asociadas a la vivencia del duelo asociado a la COVID-19.

Duelo

Sigmund Freud (1917/ 1992) fue uno de los iniciadores del estudio del duelo. Define al duelo como el proceso en el que la libido deja de dirigirse a un objeto y en su proceso produce dolor. Además, puntualizó que dado que el duelo es una experiencia que pasa todo ser humano al separarse de un ser querido o de un “objeto”¹, en el sentido psicoanalítico, esta separación no se considera una patología sino un evento de la experiencia humana.

Por su parte, el modelo cognitivo y conductual es el que ha evidenciado mayor efectividad en la actualidad para el tratamiento de problemas clínicos de diversa índole. Investigadores y terapeutas como Boelen et al. (2006); Corr (1993) y Puigarnau (2011) han desarrollado y especificado aún más las bases conceptuales del duelo propuestas por Freud (1917/1992) y definen el duelo como experiencia normal que surge posterior a la pérdida de un ser querido, que conlleva efectos cognitivos, emocionales, conductuales y físicos que no debe confundirse con una patología. Además, esta experiencia surge tanto en la anticipación de la muerte, así como el ajuste de la vida tras la pérdida. Incluye los procesos psicológicos internos y la adaptación de los seres queridos; los elementos culturales y sus expresiones en el luto (Boelen & Lensvelt-Mulders, 2005). Por su parte Worden et al. (2013) enlista las siguientes manifestaciones del duelo:

- (1) Emociones: como la apatía, enfado, tristeza, angustia, ira, culpa, impotencia, soledad, abandono, extrañeza e inestabilidad.
- (2) Sensaciones físicas: como el vacío en el estómago, opresión en la garganta, falta de aire, boca seca, palpitaciones, despersonalización, baja energía, hipersensibilidad al ruido.
- (3) Cogniciones: como pensamientos e imágenes recurrentes, incredulidad, preocupación, confusión, rumiaciones, sentido de presencia, alucinaciones, déficit de atención y memoria entre otras distorsiones cognitivas.
- (4) Conductas: como alteraciones de sueño, suspiros, distracción, alteraciones de sueño y alimentación, llantos, atesorar objetos, visitar lugares donde asistía el fallecido, hablar con el difunto, evitar recordatorios, etc.

Duelo complicado

Claramente el duelo no se considera una patología, sin embargo, cuando el proceso no se sobrelleva de la manera esperada, produciendo dolor y tristeza en el mediano plazo, se puede sospechar de un duelo complicado. Al respecto, Boelen et al. (2006) señalan como necesario diferenciar entre factores inherentes al sujeto, características del evento de la pérdida y los factores ambientales del doliente. Los investigadores afirman que el duelo complicado se mantiene debido a tres procesos:

- (1) La integración insuficiente de la pérdida en la base de los conocimientos autobiográficos de la persona
- (2) Las creencias globales de carácter negativo y también las malinterpretaciones de las reacciones del duelo.
- (3) Uso de estrategias de evitación de carácter ansioso y depresivo tales como el aislamiento y la rumiación de los pensamientos negativos.

¹ Lugar al que se dirige la libido, que puede ser una persona, animal, cosa o idea.

Boelen et al. (2006) reconocen que estos tres procesos no son los únicos que se relacionan con el duelo pues también hay elementos culturales y de la vida personal que pueden dirigir la experiencia normal del duelo hacia el duelo complicado. Al respecto, Worden et al. (2016) se refieren al duelo complicado a aquel en el que la persona se desborda y recurre a conductas desadaptativas que le hacen permanecer en el proceso de manera inacabada sin avanzar hacia su resolución. Diferencian entre distintos tipos de duelo complicado:

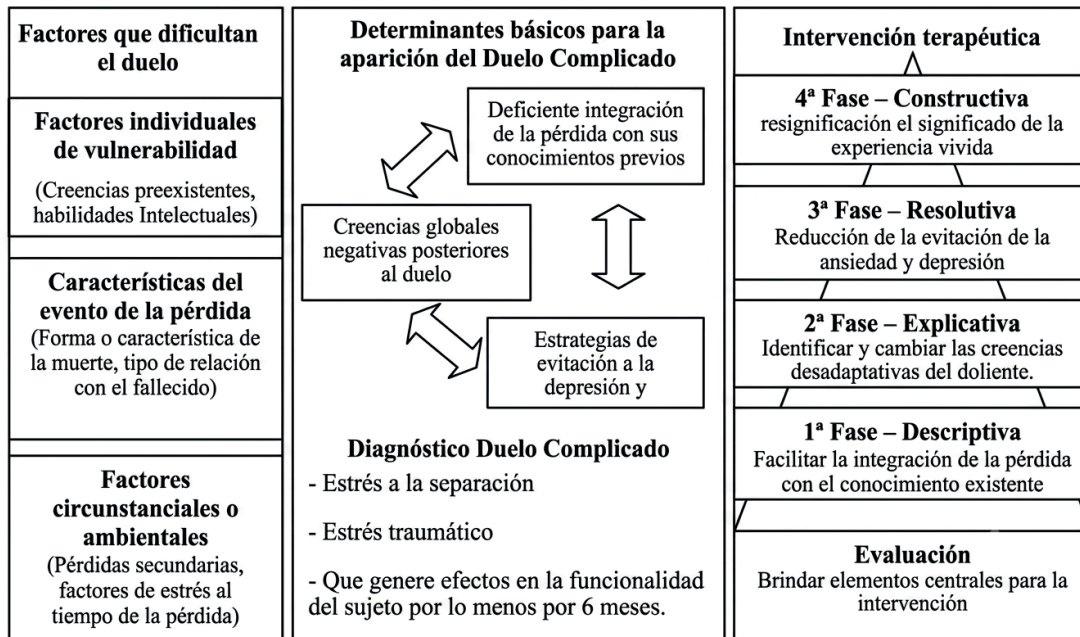
- (1) Duelo crónico: tiene una duración excesiva y nunca se elabora satisfactoriamente.
- (2) Duelo retrasado: ha sido inhibido, reprimido o pospuesto.
- (3) Duelo exagerado: se expresa en respuestas intensas y desbordantes.
- (4) Duelo enmascarado: el doliente experimenta síntomas y conductas que le producen dificultades, pero no reconocen su relación con el duelo.

Análisis funcional del duelo complicado

Cruz Gaitán et al. (2017) y Busch et al. (2009) afirman que el análisis funcional es la identificación de las relaciones funcionales entre tres elementos: (a) antecedentes del problema, (b) conductas manifiestas del sujeto y (c) las consecuencias explicadas según la función de cada una de las conductas. Boelen (2006) propone elementos concretos que pueden guiar la identificación de las conductas del sujeto, es decir el equivalente al componente que también proponen Cruz Gaitán et al., (2017) en función de la psicoterapia cognitiva y conductual.

Figura 1

Conceptualización cognitivo conductual del duelo complicado



Nota. Tomado de Boelen (2006) adaptada por Cruz Gaitán (2012).

Materiales y métodos

La investigación se realizó desde el enfoque cualitativo. El diseño del estudio fue narrativo, ya que se sistematizaron testimonios de dolientes que hayan manifestado duelo complicado.

Descripción del investigador

El investigador es un psicólogo que inició práctica clínica en el año 2009, en el modelo cognitivo y conductual. Asimismo, se encuentra certificado en nivel avanzado de Terapia Racional Emotiva y Conductual por el Instituto Albert Ellis de Nueva York. Ha trabajado diversos problemas clínicos en su práctica particular. En el contexto de la pandemia se da un repunte de solicitudes de servicios de psicoterapia en pareja e individual, habiendo un duelo complicado de base en la mayoría de ellos, asociado al COVID-19. Además, participó en las capacitaciones y cursos de abordaje del duelo y atención en tele psicología que fueron facilitadas por el Colegio de Psicólogos de Guatemala en el contexto de la pandemia.

Sujetos

La muestra se conformó por 5 personas elegidas por el muestreo no probabilístico, con el método de bola de nieve. Para su aplicación se realizó una publicación en las redes sociales de la clínica psicológica informando acerca del estudio y con un enlace al consentimiento informado. A las personas que se postularon, se les aplicaron dos instrumentos. El primero fue el Cuestionario de duelo complicado de Prigerson et al. (1995) actualizado y traducido por Limonero García et al. (2009) y el segundo fue el inventario Texas revisado de duelo de Faschingbauer et al. (1987), adaptado por Díaz et al. (2016). Los criterios de inclusión de la muestra fueron:

- Asistir a la clínica psicológica particular en la que se realizó el estudio.
- Haber perdido a un ser querido a causa del COVID-19.
- Estar entre los 5 puntajes más altos obtenidos en los instrumentos de cribado.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la investigación, se consultaron pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Se ha realizado especial énfasis en las pautas 09 y 12. Acorde a la pauta 9, se usó el consentimiento informado al inicio de la entrevista, en la que se explicó a la persona los objetivos del estudio, los beneficios de este y la posibilidad de retiro voluntario si en algún momento ya no desea participar del estudio, cuya colaboración no será recompensada de ninguna forma.

Respecto a la pauta 12, sobre la recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud, para proteger la confidencialidad de los participantes, los casos fueron identificados con códigos cifrados. En la base de datos no se registrarán datos personales de los participantes, además que los informes y publicaciones tampoco tendrán datos de identificación personal. Los instrumentos aplicados se almacenaron en computadoras protegidas por clave al que solamente tiene acceso el investigador.

Relación investigador -participante

La relación entre el investigador y el participante se desarrolló exclusivamente en el ámbito clínico. La participación voluntaria del consultante derivó en 6 sesiones sin costo: una sesión de entrevista y evaluación y cinco de tratamiento. El Cuestionario de duelo complicado de Prigerson et al. (1995) y el Inventario Texas revisado se aplicaron de manera virtual previo a la primera entrevista. En el primer encuentro se aplicó la entrevista abierta de la que derivan los resultados que se reportan en este artículo.

Procedimiento de recolección de datos

Cribado. Para verificar que los participantes estuvieran en un duelo complicado, se aplicaron:

- Cuestionario de duelo complicado de Prigerson et al. (1995), actualizado y traducido por Limonero García et al. (2009). El IDC tiene 19 ítems con cinco categorías de respuesta (tipo Likert): “nunca”, “raramente”, “algunas veces”, “a menudo” y “siempre”, que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde 0 para “nunca” hasta 4 para “siempre”. Para su corrección se suman los puntos de cada ítem. De esta manera, las posibles puntuaciones totales fluctúan entre 0 y 76, correspondiendo las puntuaciones más altas a una mayor probabilidad de padecer duelo complicado. La escala presenta una consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, de 0,94 y una fiabilidad test-retest a los seis meses de 0,80. Según los autores originales una puntuación total mayor de 25 es un indicador de duelo complicado.
- Inventario Texas revisado de duelo. Este inventario tiene como población meta a personas mayores de 14 años cuyo ser querido haya fallecido hace más de 3 meses y menos de 3 años. Es un cuestionario autoadministrado, que consta de 21 ítems con 5 categorías de respuesta tipo Likert. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación, mayor intensidad del duelo. Se compone de dos partes: la primera evalúa el comportamiento del pasado mediante 8 afirmaciones que se evalúan con una escala de Likert que va del completamente verdadera, verdadera en su mayor parte, ni verdadera ni falsa, falsa en su mayor parte y completamente falsa. La segunda parte evalúa los sentimientos actuales, mediante 13 afirmaciones que el doliente responde con un Likert: completamente verdadera, verdadera en su mayor parte, ni verdadera ni falsa, falsa en su mayor parte, completamente falsa. El cuestionario no se encuentra validado en población latinoamericana, solamente ha sido traducido al castellano y validado con población española (Díaz, et al., 2016). García-García y Landa (2001) reportaron alfa de Cronbach de las dos escalas, que fueron de 0,73 para la parte I y de 0,86 para la parte II, prácticamente idénticos a los originales.

Historia de vida. Para recoger las historias de vida de los dolientes en duelo complicado, se aplicó una entrevista a profundidad diseñada *ad hoc* que tuvo como propósito obtener una narrativa a partir de las experiencias de duelo, con especial atención en:

- (1) Las circunstancias del evento
- (2) Sesgos cognitivos
- (3) Pensamientos que ayudarán al trabajo de duelo
- (4) Consecuencias físicas, emocionales y conductuales.

La entrevista cuenta con 12 reactivos abiertos para explorar las categorías indicadas y está estructurada para recabar información sociodemográfica, las categorías principales y finalizar con el agradecimiento al participante. Las respuestas fueron grabadas en audio con el consentimiento del participante, cada entrevista duró entre 50 y 60 minutos y posteriormente se transcribieron para su análisis en ATLAS.ti.

Análisis del discurso. Se usó el análisis del discurso, para lo cual se transcribieron los audios de las entrevistas. Estos fueron procesados con apoyo de ATLAS.ti se realizó la asignación de códigos coherentes con las categorías establecidas en los objetivos específicos para luego agrupar los otros códigos en subcategorías. Finalmente, los códigos se ordenaron en organizadores gráficos que dieran cuenta de las relaciones entre sí, respondieran a los objetivos de la investigación, agrupados en condiciones, sesgos, síntomas y creencias favorecedoras, y reflejaran el significado de la experiencia de duelo.

Procedimiento

Los procedimientos que se siguieron para realizar el estudio consistieron en el reclutamiento y selección de la muestra. Para el efecto se realizó una publicación en las redes sociales de la clínica psicológica, donde se informó sobre las condiciones del estudio y la disponibilidad de tiempo que debían tener los participantes, al mismo tiempo en que respondieron los instrumentos de cribado y se proporcionó el consentimiento informado.

Se agendaron las sesiones de entrevista. En la primera se obtuvo la historia del problema y el motivo de consulta (asociado a la pérdida del ser querido a causa del COVID-19). En esta entrevista se aplicó la entrevista abierta para recabar la historia de vida en lo relativo al duelo. También se brindó psicoeducación sobre el modelo de las tareas del duelo como marco de referencia con el fin conceptualizar los casos y posteriormente realizar las intervenciones para aliviar los síntomas y signos de los voluntarios. Se grabaron las primeras entrevistas con el permiso de cada consultante y se procedió transcribirlas.

Una vez transcritas, las entrevistas se cargaron al ATLAS.ti y se procedió a realizar las codificaciones abierta y axial con el fin de establecer relaciones entre los códigos obtenidos. Al realizar esa primera etapa de análisis, se establecieron las relaciones entre conceptos, orientado por los objetivos de la investigación, como se ha dicho con anterioridad. Las redes que se lograron como producto se revisaron y se dividió en una red por cada uno de los objetivos de la investigación para garantizar la integridad metodológica.

Resultados

La información fue recopilada mediante entrevistas en la clínica psicológica. Se realizó una publicación en las redes sociales Facebook y Whatsapp en la que se declaró la intención del estudio y las condiciones para la participación. El primer consultante asistió el sábado 30 de abril de 2022 y las entrevistas se desarrollaron en el mes de mayo y junio. Se contó con 5 participantes, que cumplieron con el proceso de cribado. Estos se describen en la Tabla 1.

Tabla 1

Muestra

Sujeto	Edad	Sexo	Riesgo de duelo complicado de Prigerson et al., 1995		Inventario de Texas	
			Puntaje	Interpretación*	Comportamientos del pasado	Sentimientos actuales
1 DF	36	Hombre	14	Bajo riesgo	37	55
2 MH	53	Mujer	19	Riesgo alto	21	36
3 CC	52	Mujer	14	Riesgo bajo	18	30
4 PM	22	Mujer	28	Riesgo alto	36	59
5 LM	48	Mujer	24	Riesgo alto	36	57

Nota. * Se interpreta un bajo riesgo con un puntaje dentro del rango de 0 y 14 mientras que el alto riesgo se considera en un puntaje de 15 puntos o superior.

A los participantes se les aplicó la escala de duelo complicado de Prigerson y el 60 % de los participantes evidenciaron riesgo alto de duelo complicado y la media de síntomas de duelo fue de 72.8 puntos. Además, se aplicó el Inventario de duelo de Texas, y se observó que los sentimientos actuales aún son intensos en comparación con las conductas del pasado que consistían en reacciones normales para el momento de la pérdida.

Posteriormente se procedió a realizar las entrevistas del caso, tras su aplicación, se digitaron para proceder a su análisis mediante el texto en el programa ATLAS.ti para análisis cualitativo. Se realizó la codificación abierta y axial para proceder a la codificación selectiva y diseño de redes para representar gráficamente la experiencia de los deudos. Estos se muestran en las siguientes figuras.

En la Figura 2 puede observarse cuáles fueron las circunstancias relacionadas con el COVID-19. Como lo indican Méndez Salazar et al. (2021) el duelo en pandemia tuvo efectos particulares sobre todo aquellos relacionados con el hecho de no haber podido ver al difunto tras su muerte. En los casos donde no fue posible verlo dadas las restricciones sanitarias, surgían pensamientos que hacían dudar al doliente de si el familiar había muerto o no, o si el cuerpo que había enterrado era de otra persona. Asimismo, alimentaba la esperanza de que el difunto estuviera vivo y que eventualmente se recuperara de la enfermedad y pudiera regresar a casa. Estas situaciones no permitían el adecuado desarrollo de la primera tarea del duelo propuesta por Worden et al. (2013): aceptar la pérdida, por lo que se constituye en un factor que influye en la complicación del duelo.

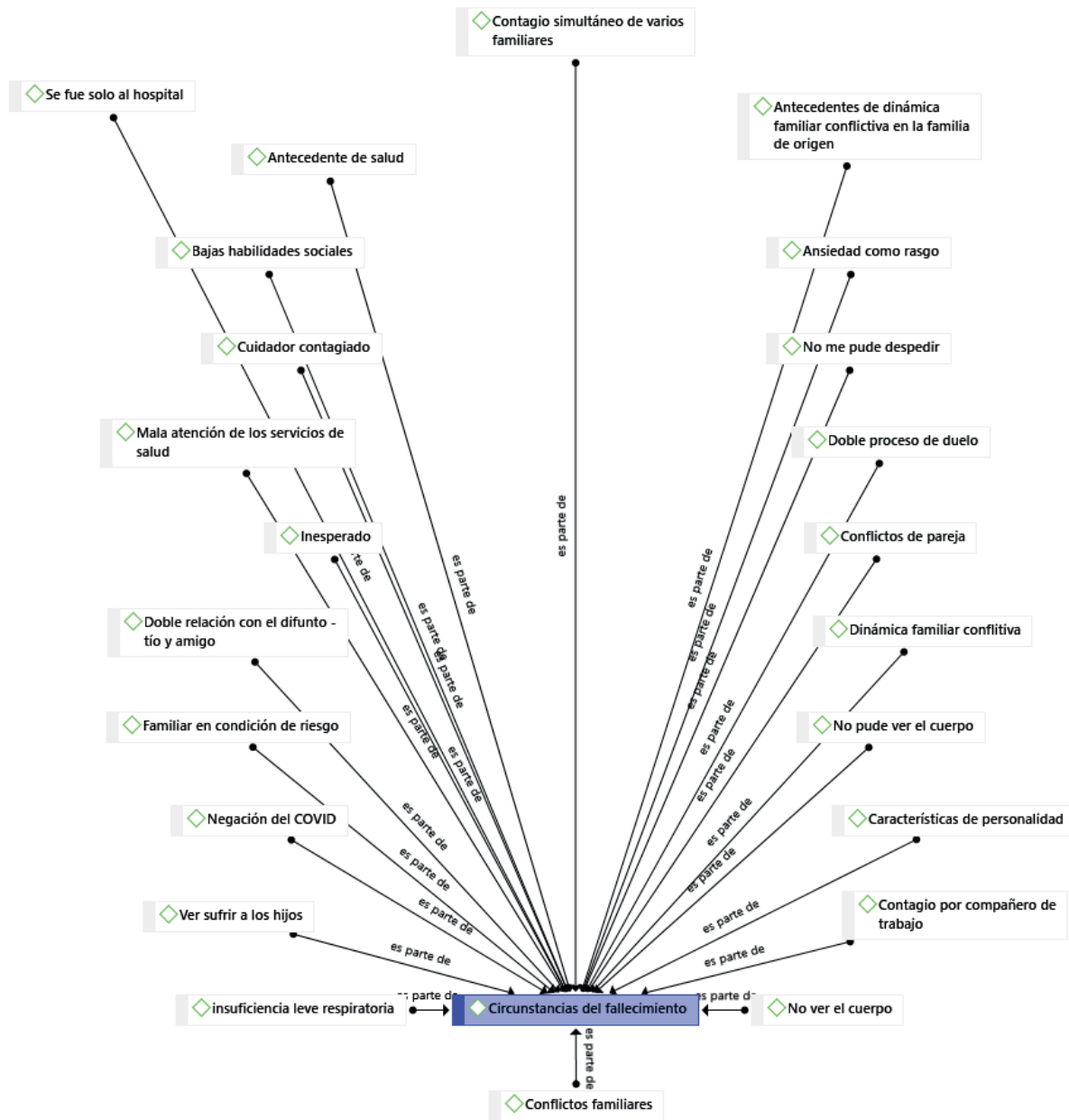
Además de estas circunstancias, se identificó que los familiares se encontraban con otros antecedentes, la dinámica familiar era conflictiva y el doliente poseía rasgos de personalidad ansiosos. En otros casos, el doliente y el ahora fallecido estuvieron contagiados al mismo tiempo, situación que generó dificultades prácticas como no poder acompañar al familiar al hospital o incluso no poder asistir al ritual del entierro.

En la Figura 3 se observa que los sesgos cognitivo o pensamientos que no se sustentan en la realidad y en consecuencia dificultan el trabajo del duelo, son en orden de prevalencia:

- (1) Pensamientos de autorreproche, tipo “hubiera”.
- (2) Sesgos sociales sobre estar solo, no tener amigos o ser incomprendido.

Figura 2

Circunstancias del duelo



(3) Negación del duelo.

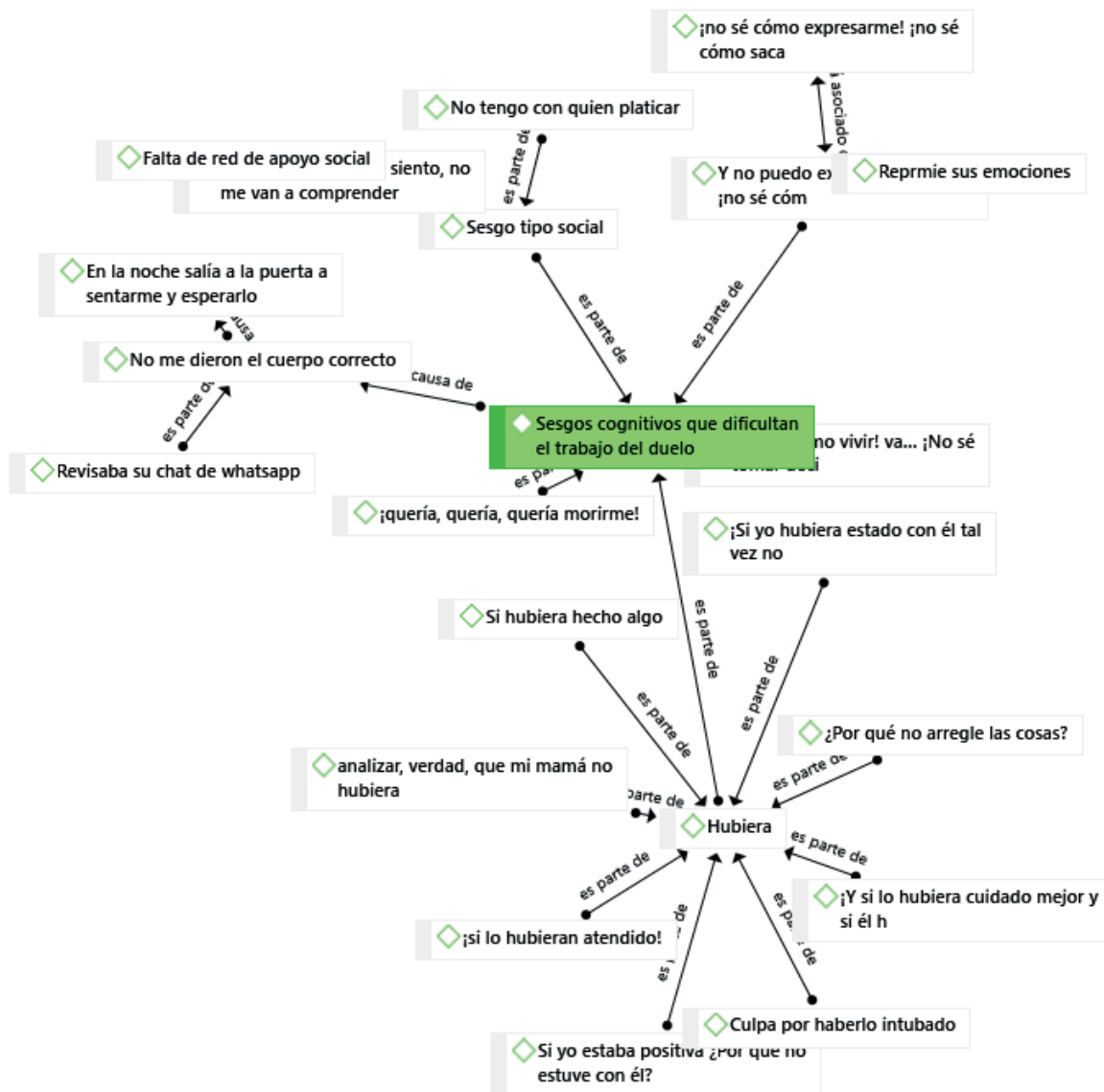
Los pensamientos que produjeron más perturbación a los dolientes fueron los relacionados con la palabra “hubiera”, de tipo “si hubiera estado con él, esto no habría pasado”, “si hubiera arreglado las cosas no me sentiría así” o “no lo hubiera intubado”. Estas lamentaciones por un pasado que no puede cambiarse y que pudo haber sido diferente, dista de la realidad puesto que es imposible cambiarlo ade-

más de que produce principalmente culpa y tristeza en el doliente, además de que lo aleja del trabajo presente que le corresponde realizar para aceptar la pérdida, llorarla, reestructurar sus rutinas y restablecer una relación diferente con el fallecido.

Además de dichos lamentos, los dolientes que buscaron ayuda psicológica después de la pérdida por haber complicado su duelo, evidenciaron sesgos sociales como “no me van a entender si hablo de esto con alguien más” o “no tengo amigos con quien hablar sobre lo que siento”. Además, evidenciaron temor a que, si expresaban su sentir, los amigos y conocidos iban a minimizar sus sentimientos o a reprocharles porque había sucedido mucho tiempo desde la pérdida. Los efectos de estas creencias consisten en el aislamiento social y el sufrimiento en solitario por parte de los dolientes. Esto dificulta

Figura 3

Sesgos cognitivos que impiden el trabajo de duelo



la ventilación emocional, tarea necesaria para el trabajo de duelo.

Como se mencionó en las circunstancias del duelo, las consecuencias de las medidas de salud y distanciamiento social produjeron que el doliente no pudiera ver el cuerpo del fallecido. Esto favoreció las creencias irracionales relativas a la negación de la pérdida. Al no haber visto el cuerpo del difunto, los dolientes produjeron pensamientos como “enterramos a otra persona” o “no murió y volverá”. Incluso una de las entrevistadas indicó que pasaba horas viendo su celular, esperando que el padre le escribiera de nuevo, le dijera que todo había sido una confusión y se había recuperado para volver a casa. Esta esperanza de que el fallecido no ha muerto, dificulta la tarea de aceptación de la pérdida y además impide

Figura 4

Creencias que favorecen la elaboración del proceso de duelo



la ventilación emocional ya que no se ha tomado conciencia de la pérdida.

En la Figura 4 se presentan las creencias que favorecieron las tareas del duelo. Dentro de las creencias que favorecieron el trabajo de duelo se identificaron, en orden de frecuencia, las siguientes:

- (1) De tipo religioso,
- (2) Asociado a la resignación
- (3) De apoyo social

Además de los pensamientos, los dolientes reconocieron conductas que llevaron a cabo que les ayudaron a sobrellevar el proceso de duelo. Entre ellas el conversar sobre sus sentimientos con los amigos y amigas, práctica de la meditación, hacer ejercicio, leer sobre el proceso de duelo, haber vestido al fallecido previo a su entierro y haber practicado el análisis de las emociones que experimentaron posterior a la pérdida para comprender por qué se sintieron de la manera en la que se sintieron.

Se pudo observar el predominio de tipo religioso. Pensar que la muerte del fallecido estaba en el plan de Dios, brindó confort a los dolientes. Considerar que una inteligencia más grande y amplia que la de ellos que había tomado esta decisión les hizo sentir alivio. Aunque no comprendieran la decisión, la aceptaron por ser impuesta por un dios misericordioso. Además, evidenciaron creencias asociadas a la resignación, que se vio reflejada en expresiones como “todos vamos a morir” o “ya sabíamos que podría morir”. El pensamiento “hicimos lo mejor que pudimos” fue también un aliciente durante los momentos de dolor y sufrimiento, así como las ideas de que el doliente había terminado su dolor —esto en el caso de dolientes que tenían enfermedades previas a la infección por la COVID-19—. El pensar que el fallecido está en un lugar mejor fue también una creencia que ayudó a conformar a los deudos.

Figura 5

Consecuencias emocionales, físicas y conductuales asociadas a la vivencia



En la Figura 5 se puede observar las consecuencias del duelo, en cuatro grandes categorías como lo son las físicas, conductuales, emocionales y cognitivas. Dentro de las consecuencias emocionales se listan las emociones que han sido identificadas por Boelen et al. (2006) y Worden et al. (2013). Se observó el predominio de la tristeza, miedo, culpa, rencor, nostalgia, angustia, frustración, dolor, enojo, ansiedad y las sensaciones de vacío. Un hallazgo importante es que aquellas personas que tuvieron mayor dificultad para elaborar el duelo, implementaron estrategias fallidas para la gestión de la ansiedad, tales como la distracción o la procrastinación.

En aquellos casos donde había dolencias físicas previas al duelo, estas se agravaron, tales como los padecimientos del nervio ciático, dolores musculares, entre otros. A nivel conductual se presentó llanto, aislamiento e insomnio principalmente. En cuanto a las consecuencias cognitivas no favorables para el trabajo del duelo, se observó el déficit en las capacidades atencionales del doliente, sensación de estar perdido en la vida y la alteración en la percepción del tiempo. La sensación de estar perdido en la vida se exploró y se identificó que el doliente tiene esta percepción debido a que la pérdida le impone el reto de reorganizar su vida, asumir los roles que el fallecido realizaba, que en muchos casos eran los de organizar y dirigir al grupo familiar.

Discusión

A lo largo del estudio se corroboró que los duelos en contexto de la COVID-19 fueron caracterizados por y afectados por las medidas de distanciamiento social. El duelo se vivió en soledad física, pero también percibida como lo identificaron Araujo Hernández et al. (2021) y Martínez-Folgar et al. (2021). Considerando que entre junio y julio del 2020 se produjeron alrededor de 8 mil muertes asociadas al virus, caracterizados por la disminución de intimidad en el momento de la muerte, como lo corroboraron los entrevistados que al estar afectados por el virus o aislados para no contraerlo. Además, una de las entrevistadas narró la forma en la que se enojó con el médico que atendió a su esposo, ahora fallecido. Esto sin duda podría dar unas características que se pueden clasificar con la categoría propuesta por Méndez Salazar et al. (2021) como “duelo en pandemia”.

Los síntomas descritos por los entrevistados, se caracterizaron por el llanto, tristeza, aislamiento social y dolor —expuestos también por Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2020)— confirman la diferenciación entre el duelo y la melancolía (ahora reconocida como depresión), tal como fue propuesto por Freud (1917/1992). Aunque hace ya más de un siglo desde su definición, se sigue corroborando la normalidad de la respuesta del duelo, independientemente de su conceptualización (Boelen et al., 2006; Corr, 1993; Freud, 1917/1992; Puigarnau, 2011; Worden et al., 2013), ya que es una respuesta común e incluso esperada independientemente de la culturas, sexo, edad y otras variables sociodemográficas cuyo propósito principal es lograr recuperar el ajuste de la vida posterior a la pérdida (Boelen & Lensvelt-Mulders, 2005).

Dada esta condición de encontrarse en un duelo complicado, se justifica la intervención clínica del proceso dada la ineffectividad de las estrategias de los deudos. En este sentido, fue relevante asumir la conceptualización del duelo a partir de la propuesta de un momento activo que requiere trabajo, es decir, el desarrollo de una serie de actividades que permitiría al doliente “hacer mover los engranajes atascados” del proceso de elaboración del duelo o dicho en otras palabras, permitir recuperar el ajuste de la vida tras la pérdida del ser querido en las circunstancias particulares del duelo.

Derivado de lo anterior, se corroboró la utilidad clínica de definir el periodo de duelo como un momento que requiere llevar a cabo “tareas” como lo plantean Worden et al. (2006) puesto que produce

una reestructuración cognitiva donde el doliente no es una víctima del destino que le quita a sus seres amados sin poder hacer nada al respecto para sentirse mejor. En su lugar asume un rol activo ante la pérdida inevitable, pero está en sus manos desarrollar las tareas siguientes para recuperar su balance de vida tras el duelo:

- (1) Aceptar la realidad
- (2) Trabajar las emociones del duelo
- (3) Adaptarse a un medio donde el fallecido está ausente
- (4) Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

La base de la comprensión teórica que orientó el análisis de categorías en la teoría fundamentada fue compatible con los principios de Boelen et al. (2006), quien sostiene que el duelo complicado se sostiene sobre la base de tres procesos:

- (1) La integración insuficiente de la pérdida en la base de los conocimientos autobiográficos de la persona
- (2) Las creencias globales de carácter negativo y también las malinterpretaciones de las reacciones del duelo.
- (3) El uso de estrategias de evitación de carácter ansioso y depresivo tales como el aislamiento y la rumiación de los pensamientos negativos.

En primera instancia, no se consideró la medición de otras variables, como lo señala Believer et al. (2008), sin embargo, si se encontraron características de personalidad ansiosa, conflictos familiares y afecciones de salud, todos factores predictores de duelo patológico en los consultantes voluntarios. En segundo lugar, si hubo presente creencias globales de carácter negativo, puesto que hubo sesgos cognitivos de sentirse solo, aislado y pensar “nadie me va a comprender” como sustrato cognitivo del aislamiento. En consecuencia, efectivamente los dolientes no pudieron integrar la pérdida al no hablar de ella y no haber podido participar de los rituales del duelo como la despedida. Estas son creencias globales de carácter negativo, claro está y se malinterpretaron las reacciones normales del duelo al pensar que “no tenían que estar tristes”, “que debían ser fuertes” o que “el duelo se supera al hablar del fallecido y no sentir nada”. Es decir que las estrategias de evitación ansiosas y depresivas fueron la negación de la pérdida o el uso del autorreproche evidenciado en las rumiaciones como “debí haber hecho esto de otra forma”.

Como se mencionó en SECPAL (2020), las características del duelo se pueden clasificar en cognitivas, emocionales, físicas y conductuales, mismas que se encontraron en las entrevistas en diversas formas de manifestación, desde la tristeza, el llanto, la agudeza de padecimiento del nervio ciático, y sobre todo predominaron las percepciones de haber vivido la experiencia en aislamiento y soledad como se mencionó anteriormente y señalaron Araujo Hernández et al. (2021); Martínez-Folgar et al. (2021); Méndez Salazar et al. (2021) y Moriconi y Valero-Calvo (2020). Esto justifica el diseño de un protocolo de intervención clínica puesto que el psicoterapeuta es el profesional idóneo para brindar ese acompañamiento adaptado a las características culturales del doliente y con la menor probabilidad de aportar sesgos cognitivos al trabajo de duelo.

Como implicación práctica se diseñó el protocolo considerando una introducción que le da contexto al profesional de la salud mental para que tenga en consideración de dónde surgió este instrumento, sus alcances y limitaciones. Se expone la base teórica en el modelo cognitivo y conductual y puntualmente en las teorizaciones de Worden et al. (2006) para enfatizar en que el consultante comprenda su

rol activo en la recuperación del ajuste tras la pérdida, seguido de un plan de tratamiento que sigue los procedimientos regulares de la psicología clínica:

- (1) Fase de primer contacto y determinación de la competencia
- (2) Fase de evaluación y entrevista inicial
- (3) Fase de intervención
- (4) Fase de evaluación

Es así como uno de los logros de este trabajo fue aportar al “incipiente” desarrollo de estrategias de intervención del duelo en las circunstancias de la pandemia, como lo definieron Pitaña et al. (2020), validado por tres expertos con el fin de evitar la posibilidad de cometer acciones iatrogénicas como lo mencionaron Lacasta-Reverte et al. (2020) puesto que reconocieron que este instrumento cumplió con los criterios establecidos inicialmente para garantizar su calidad:

- (1) Pertinencia. Grado en el que el protocolo responde a la problemática que pretende resolver: duelo en el contexto de la COVID-19.
- (2) Conceptualización. Grado en que el bloque teórico proporciona la conceptualización del duelo en las condiciones de la pandemia.
- (3) Estructura. Se considera adecuado el orden propuesto entre los elementos del protocolo.
- (4) Estilo. Grado en el que se ha aplicado un estilo de redacción llano, que facilita su comprensión en cualquier contexto.
- (5) Corrección. Corrección ortográfica del protocolo.

Los expertos que validaron el protocolo fueron seleccionados por tener más de 10 años de práctica clínica. De tal manera, los años obtenidos fueron de 30, 12 y 15 años respectivamente, con grados académicos de licenciatura en psicología y maestría en educación. Los enfoques terapéuticos fueron diversos: cognitivo y conductual, integrativo y centrado en el cliente. Las medias obtenidas en las puntuaciones, que van de 1 a 5 puntos, fueron de 4 puntos para los criterios 1 y 2, mientras la media fue de 5 puntos para los criterios 3, 4 y 5. Estos datos se reportarán en otro artículo.

Como todo trabajo de investigación, este tuvo sus limitaciones, puesto que al partir del enfoque mixto y tener predominio del enfoque cualitativo, su finalidad fue comprender con mayor amplitud la experiencia del duelo en el contexto de la pandemia por la COVID-19, no generalizarla. Es por esta razón que, en su parte introductoria, el protocolo aclara que debe ser considerado como una guía más que como un instructivo de pasos rígidos ya que son diversas y amplias las variables que intervienen en el resultado de un duelo complicado. Además, el muestreo fue por voluntariedad, por tanto, este es otro argumento para reconocer que los resultados del estudio no se pueden generalizar. Esta es una invitación a otros investigadores a continuar en la comprensión del duelo y, sobre todo, en el desarrollo de tecnología clínica que permita que este pueda ser abordado con eficiencia con el fin de elaborar el duelo, o dicho desde el enfoque cognitivo y conductual, recuperar el ajuste tras la pérdida del ser amado.

Las futuras líneas de investigación que se desprenden de estas teorizaciones, consisten en seguir investigando sobre la muerte y sus reacciones en el duelo. Sobre todo, en Guatemala ya que queda la duda respecto a si los pueblos originarios como cakchiqueles o quichés elaboran sus procesos igual al pueblo ladino. Esta pregunta es legítima dado el contraste en la cosmovisión de cada etnia, siendo la de los ladinos “occidentalizada” o “eurocéntrica” mientras que la cosmovisión de los pueblos que descienden de los mayas es holística y más cercana a la naturaleza y sus deidades. Este trabajo implicará tiempo, claro está, debido a las relaciones culturales entre ambas etnias en las que una no se ha mezclado con la otra desde la colonia, al menos en la mayor parte del país.

Agradecimientos

A los consultantes que asistieron a mi clínica psicológica particular para participar de esta investigación. Asimismo, declaro que este artículo socializa los resultados de la Memoria de Trabajo Final titulado “Protocolo de intervención en el duelo, por el COVID-19, desde el modelo cognitivo conductual, para adultos, en la población que asiste a una clínica psicológica privada en La Antigua Guatemala” con la que el opté al título de maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

Conclusiones

En conclusión, se identificó que los sesgos cognitivos identificados en los consultantes con duelo complicado, consistieron en los pensamientos de tipo “hubiera” que derivan en culpa y autocastigo; los sesgos sociales expresados en pensamientos como “nadie me va a entender” y “los voy a aburrir porque debería superar esto ya” que de manera irónica aumentaron la sensación de aislamiento y soledad y produjeron en consecuencia más negación de lo sucedido.

Por otra parte, las circunstancias de duelo identificadas en las narrativas de los consultantes entrevistados se caracterizaron por el aislamiento social para prevenir los contagios, la ausencia de participación en los rituales del duelo que derivaron en la primera dificultad en su aceptación e integración de la experiencia de la pérdida. Además, se encontraron circunstancias preexistentes como las características de personalidad ansiosa y los conflictos familiares.

Asimismo, se identificó que las creencias que favorecen la elaboración del proceso de duelo son de tipo religioso al asumir que la muerte es la voluntad de Dios y generar creencias de resignación, al asumir que debía ser así y no había otra cosa más aceptarlo. Además, estas creencias permitieron a los dolientes desarrollar conductas más efectivas como la práctica de la meditación, el ejercicio, la lectura y las charlas con amistades íntimas.

Por otra parte, las consecuencias emocionales, físicas y conductuales asociadas a la vivencia del duelo fueron diversas. se observó el predominio de la tristeza, miedo, culpa, rencor, nostalgia, angustia, frustración, dolor, enojo, ansiedad y las sensaciones de vacío. Un hallazgo importante es que aquellas personas que tuvieron mayor dificultad para elaborar el duelo implementaron estrategias fallidas para la gestión de la ansiedad, tales como la distracción o la procrastinación.

Referencias

- Araujo Hernández, M. A., García Navarro, S., & García-Navarro, E. B. (2021). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: Revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 31, S112-S116. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Boelen, P. A., & Lensvelt-Mulders, G. (2005). Psychometric Properties of the Grief Cognitions Questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 27 (4), 291-303. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-2409-5>
- 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>
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy’s mechanism of change. *Behavior*

- Therapy*, 40(3), 280-290. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.07.003>
- Corr, C. A. (1993). Coping with dying: Lessons that we should and should not learn from the work of Elisabeth Kübler-Ross. *Death studies*, 17(1), 69-83. <https://doi.org/10.1080/07481189308252605>
- Cruz Gaitán, J. I., Reyes Ortega, M. A. Corona Chávez, Z. I. (2017). *Duelo: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. El Manual Moderno.
- Díaz, C., Abal, Y. N., Climent, J. A., Ortega, E., López-López, M. J., & Casado, J. (2016). Pérdida y afrontamiento en desempleados: adaptación del Inventario Texas Revisado de Duelo a la situación de pérdida de empleo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(42), 111-124. https://doi.org/10.21865/RIDEP42_111
- Faschingbauer, T., Zisook, S., & DeVaul, R. (1987). The Texas Revised Inventory of Grief. En S. Zisook (Ed.), *Biopsychosocial aspects of bereavement* (pp.111-124). American Psychiatric Press.
- Freud, S. (1992). Duelo y melancolía. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (1914–1916, vol. 14, pp. 235-256). Amorrortu editores. (Obra original publicada en 1917)
- 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 de Duelo (ITRD). *Psiquiatria. com*, 5(1).
- Limonero García; J. T., Lacasta Reverte, M., García García, J. A., Maté Méndez , J., Prigerson, H. G. (2009). *Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Lacasta-Reverte, M. A., Zarcero, M. T., López-Pérez, Y., Sanchidrián, D. C., Manrique, T. P., Sanmartín, C. C., González, C. R., Rosado, L. B., Gutiérrez, N. I., Bermejo, E. V., Varela, D. T., & Martí-Esquitino, J. (2020). Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. *Medicina Paliativa*, 27(3). <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1188/2020>
- Martínez-Folgar, K., Alburez-Gutierrez, D., Paniagua-Avila, A., Ramirez-Zea, M., & Bilal, U. (2021). Excess mortality during the COVID-19 pandemic in Guatemala. *American journal of public health*, 111(10), 1839-1846. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306452>
- Martín-Moreno, J. (2020). La pandemia de la COVID-19: Breve relato siguiendo la estructura de las etapas del duelo y soñando con un mundo mejor. *Medicina Preventiva*, 25(1–2), 5-14.
- Moriconi, V., & Valero Calvo, E. (2020). El duelo durante la pandemia de COVID-19. *Mente y cerebro*, 103, 30.
- Muñoz Berríos, M. (2020). Abordaje de los Procesos de Duelo. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(3). <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i3.4841>
- Puigarnau, A. P. (2011). Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. *Paidós*.
- Méndez Salazar, M. L., Anzoátegui Rueda, I. N., Gómez Márquez, Y. M., González Acevedo, O. E., López Murillo, N., Cardona, L. A., Ospina, L. M., & Umaña Cristancho, S. E. (2021). El proceso de duelo ante la muerte de familiares en tiempos de pandemia por el COVID-19. *El Hilo Analítico*, 7(12), 9-20. https://revistas.uan.edu.co/index.php/hilo_analitico/article/view/866
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., 3rd, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65–79. [Ciencias Sociales y Humanidades, 11\(1\) 2024, 35-52](https://doi.org/10.1016/0165-</p>
</div>
<div data-bbox=)

1781(95)02757-2

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2020). Recomendaciones para familiares para la despedida y el duelo ante la presencia del Covid-19. SECPAL. <https://www.secpal.org/recomendaciones-para-la-despedida-y-el-duelo-familiar-ante-la-epidemia-de-covid-19recomendaciones-para-la-despedida-y-el-duelo-familiar-ante-la-epidemia-de-covid-19/>

Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.