

Duelo y COVID-19: una revisión narrativa en el marco de la pandemia

Grief and COVID-19: a narrative review in the context of pandemic

Gabriela Flandes M.¹, Camila Catalán del V.¹, Álvaro Tala T.²

RESUMEN

La muerte es inevitable y como tal, el proceso de duelo es universal. Hoy en día la pandemia del COVID-19 ha convertido la muerte en una realidad cotidiana y ha provocado un cambio en la manera en que se realiza la atención médica de los pacientes. Muchos de estos elementos constituyen factores de riesgo para desarrollar un duelo con resultados adversos en los deudos. Para su mejor abordaje, es relevante conocer el concepto de duelo normal y duelo complicado, los factores de riesgo generales y aquellos presentes en pandemia que podrían conllevar un resultado adverso, las particularidades del proceso de muerte y duelo en el contexto actual, existiendo recomendaciones para deudos y personal de salud sobre cómo abordar dichos procesos.

Palabras clave: COVID-19, pandemia, pérdida, duelo, duelo complicado

ABSTRACT

Since death is inevitable, the grieving process is universal. Today, the COVID-19 pandemic has made death a daily reality and has caused a change in the way in which the medical care of patients is carried out. Many of these elements are risk factors for developing adverse grief outcomes in the bereaved. For its best approach, it is relevant to know the process normal grief and complicated grief, the general risk factors and those present in a pandemic that could lead to an adverse result, the peculiarities of the process of death and grief in the current context and the recommendations for relatives and health personnel on how to approach these processes.

Keywords: COVID-19, pandemic, loss, grief, complicated grief

1. Internado de Medicina, Universidad de Chile.
2. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Correspondencia: Álvaro Tala, alvarotalat@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La palabra duelo proviene del latín *dolus*, que significa dolor (1). Si bien en un sentido amplio puede comprenderse como cualquier reacción a una pérdida, en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) se define duelo como la “reacción ante la muerte de una persona querida”(2), siendo este un proceso universal. Dado que es una de las experiencias más dolorosas que un ser humano puede vivir, ha sido ampliamente estudiado por la psiquiatría, con el fin de diferenciar un proceso normal de uno patológico, acompañar a los deudos en su pérdida, detectar factores de riesgo para duelo patológico y brindar tratamiento cuando sea necesario. Aunque la mayoría de las personas experimentará un proceso de duelo normal del que podrá recuperarse sin ayuda de intervenciones específicas, una parte de la población se encuentra en riesgo de desarrollar un duelo complicado o prolongado u otras comorbilidades mentales y/o físicas.

Actualmente nos encontramos enfrentados a la pandemia más grande de los últimos años. En este contexto la muerte se ha convertido en una realidad cercana para muchas personas que antes la visualizaban solo como algo propio del envejecimiento. A la fecha, el número de muertes a causa del COVID-19 se estima en más de 660.000 personas (3), a las cuales se le suman el número de fallecidos por otras causas. Dado que cada muerte deja en promedio 5 deudos, es de inferir que la cantidad de personas en duelo es considerable (4). Por lo demás, las restricciones establecidas debido a la pandemia han provocado un cambio en la experiencia de morir y de vivir el duelo. Se ha debido adoptar medidas extraordinarias, como el distanciamiento social, el uso de elementos de protección personal (EPP), acceso restringido a visitas hospitalarias y limitaciones a rituales propios del duelo. Como resultado muchas personas mueren en soledad y sin que sus seres queridos puedan darle un último

adiós. Esto supone un escenario sin precedentes, por lo que es relevante la revisión de las características en el que se desarrolla el duelo en la era COVID-19 y sus implicancias a futuro.

EL DUELO NORMAL

La mayoría de las personas experimentarán la muerte de un ser querido, considerándose el duelo una experiencia normal e inevitable, que conlleva un gran dolor y que muchas veces se acompaña de cambios profundos en la vida del individuo, como cambios en los roles domésticos y responsabilidades, identidad y conductas sociales (5).

La manera en que cada individuo se enfrenta al proceso de duelo normal es única, sin embargo, suelen ocurrir expresiones comunes que habitualmente evolucionan de forma fluctuante y van disminuyendo progresivamente en el tiempo, dentro de las que destacan manifestaciones emocionales como por ejemplo tristeza, enfado, embotamiento emocional, ansiedad e incluso alivio en algunos casos, sensaciones físicas como fatiga, disminución del umbral sensorial, molestias digestivas y opresión retroesternal, cambios en patrones fisiológicos como apetito y sueño, cambios en la cognición como incredulidad, despersonalización, pensamientos intrusivos sobre el fallecido y hasta alteraciones perceptuales como ilusiones o alucinaciones (5).

Se han propuesto distintos modelos sobre la evolución del proceso de duelo normal, dentro de los que destacan los trabajos de Kubler-Ross, Bowlby & Parkes y Worden (6,7).

El primer modelo, desarrollado por la psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross, corresponde al clásico paradigma de las cinco etapas del duelo, que suelen ocurrir de manera lineal y progresiva: *negación, ira, negociación, depresión y aceptación*.

Estas etapas funcionarían como un “mecanismo de supervivencia” para lidiar con situaciones extremadamente difíciles (8).

Posteriormente los psiquiatras británicos John Bowlby y Colin Murray Parkes dividieron el proceso de duelo en cuatro fases y plantearon que estas no sucederían de manera lineal o como etapas fijas, sino que más bien ocurren como un proceso, con fluctuaciones entre ellas, que pueden reexperimentarse, y que corresponderían a: *shock, anhelo y búsqueda, desorganización y desesperanza, y reorganización* (9,10).

El psicoterapeuta y PhD J. William Worden por su parte propone que la adaptación a la pérdida involucra no sería un proceso pasivo, sino más bien un proceso activo en el que el deudo debe cumplir tareas, en su modelo cuatro tareas, cuyo cumplimiento es esencial para completar el proceso de duelo y reestablecer el equilibrio individual y/o familiar. Estas tareas no siguen un orden específico, y pueden superponerse o darse de manera cíclica y serían las siguientes: *aceptar la realidad de la pérdida, experimentar el dolor del duelo, adaptarse a un entorno en el que no está el fallecido y recolocar emocionalmente al ser querido fallecido* (11).

EL DUELO PATOLÓGICO

En la mayoría de los casos, el duelo seguirá su curso natural y los deudos se recuperarán sin la necesidad de ayuda profesional, adaptándose a su nueva vida sin el fallecido. Cuando hay un desvío en el curso o intensidad del proceso, o este provoca un impacto funcional, podría orientar a un posible duelo complicado (7).

Se estima que, dentro de los deudos, un 9.8% sufre un duelo complicado (12) y que su prevalencia en la población general oscila entre un 2.4% en Japón (13), a un 6.7% en Alemania (14). El duelo complicado en hasta un 84.5% de las veces coexiste con otras comorbilidades

de salud mental, como son el trastorno depresivo mayor o el trastorno de estrés postraumático (TEPT), siendo el más prevalente la depresión (71.8%) (15).

En el DSM V, el duelo complicado se describe como Trastorno por Duelo Complejo Persistente (TDCP), mientras que en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª revisión (CIE 11), se describe el Trastorno de Duelo Prolongado (TDP). La diferencia más importante entre ambos es la duración de los síntomas, para diagnosticar TDCP, se requieren 12 meses de síntomas persistentes desde la fecha de muerte, mientras que, para el diagnóstico de TDP, basta con una duración de 6 meses desde el fallecimiento. Ambos comparten síntomas en común, que incluirían síntomas propios del duelo normal, manifestados en mayor magnitud, durante mayor tiempo o con mayor impacto funcional, incluyendo por ejemplo un estado de tristeza persistente, dificultad en aceptar la muerte, preocupación en relación con el fallecido y anhelo persistente por el fallecido, sin embargo, en ambos se da énfasis en la duración del duelo, lo cual los clínicos debiesen mirar con cautela, ya que pueden haber duelo patológicos de menos de 6 meses y duelos normales mayores a un año, siendo lo más relevante la observación cuidadosa del curso evolutivo, considerando el caso individual (7,16).

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR RESULTADOS ADVERSOS EN DUELO

Existen múltiples factores de riesgo para desarrollar un duelo con resultados adversos, los que se pueden clasificar en características del deudo, características de la persona fallecida, características situacionales de la pérdida y características de las relaciones interpersonales. Por ejemplo, dentro de las características del deudo se encuentran el género femenino, la presencia de enfermedad mental o física, el bajo nivel educacional, bajo nivel socioeconómico, el contar con estrategias de afrontamiento limitadas y di-

ficultad para formar nuevas relaciones o buscar ayuda (17,18). Con respecto a la persona fallecida, corresponden entre otros factores de riesgo el haber sido una persona joven y haber presentado temor a la muerte previo a ésta (17). Respecto a las características relacionales, ejemplos de factores de riesgo son la muerte de un hijo o cónyuge, apegos ambivalentes, percepción de bajo apoyo social y presencia de conflictos familiares (17). Finalmente, en relación a la situación de la pérdida, algunos factores de riesgo serían la muerte luego de una enfermedad muy prolongada o muy corta, un deceso inesperado, la muerte en circunstancias traumáticas, la falta de preparación para la pérdida, muerte en un hospital y específicamente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y que el paciente haya presentado disnea o haya requerido intubación previa a su deceso (18–20).

DUELO EN EL CONTEXTO COVID-19

La pandemia por COVID-19 ha generado una multiplicidad de pérdidas en diferentes niveles, se ha llevado la vida de miles de personas dejando un número considerable de deudos, así como también ha generado una reestructuración social, que implica la pérdida simbólica de la forma de vida y de las prácticas sociales habituales de una persona. El distanciamiento social ha mantenido a los seres queridos alejados durante episodios importantes, como la enfermedad y la muerte, y en consecuencia, se ha perdido la ocasión de decir adiós o de consolar a los deudos con demostraciones físicas de apoyo, entre otras pérdidas.

Muchas de estas muertes se dan en un contexto hospitalario, en donde actualmente existe limitación de visitas, medidas de aislamiento y barreras físicas, como lo son el uso de EPP. Estas barreras pueden dificultar la comunicación y las expresiones emocionales entre los familiares y el paciente. Las personas que han muerto por un cuadro de COVID-19, suelen experimen-

tar la muerte en UCI, lo cual se ha identificado como un factor independiente de mal resultado de duelo, conllevando un mayor riesgo de TEPT, depresión, ansiedad y trastorno de duelo complicado (20). En esta unidad los pacientes pueden estar intubados, en decúbito prono, con medidas de aislamiento, y es frecuente que los eventos críticos, incluida la muerte, ocurran de manera súbita, sin la posibilidad de que los familiares sean informados a tiempo. Es importante además mencionar la sobrecarga de pacientes en el sistema, que ha conllevado una sobre exigencia al personal de salud, que muchas veces ven además limitado su trabajo por los recursos disponibles y que en muchas ocasiones deben realizar complicadas decisiones éticas. No es de extrañar que, en estas circunstancias, se pueda dar paso a situaciones de mala comunicación hacia los familiares de los pacientes.

Las restricciones durante la pandemia además han afectado prácticas culturales como los funerales y las ceremonias religiosas. Las limitaciones impuestas por la autoridad sanitaria incluyen el número máximo de participantes, la distancia entre ellos, la duración de la ceremonia, la restricción de la asistencia de contactos estrechos COVID-19 y la prohibición de realizar la ceremonia en domicilios (21). En la práctica, estos requisitos formales significan que los seres queridos carecen de expresiones de comodidad física y apoyo como podrían ser abrazos, apretones de manos o estar sentados uno al lado del otro durante el funeral, no pueden tocar ni abrir el ataúd, no pueden celebrar una recepción después del funeral y pueden sentir que no se ha dado la despedida que el fallecido esperaba (22). Desde esta perspectiva, esta serie de restricciones podrían evitar que se celebre un rito funerario acorde a las expectativas de los seres queridos, lo que podría impedir que los deudos realicen un ajuste a su nueva realidad, entiendan y enmarquen su pérdida, además de impedir una importante ocasión de apoyo social.

Además de las circunstancias ya mencionadas, las políticas de prevención del virus están asociadas a otras formas de pérdidas que también son estresantes. Existe altas tasas de desempleo, cambios de roles de trabajo, cambios en la situación de salud y otras dificultades socioeconómicas. Se suma a estas preocupaciones el temor generalizado al contagio, lo cual está ligado en cierto modo a la cobertura que los medios de comunicación han realizado en pandemia, con constantes recordatorios de tasas de mortalidad y la exposición a historias angustiantes, muchas veces generando además la sensación en los deudos de que su ser querido fue tratado como otra estadística (23).

Sin duda el duelo enfrenta un escenario desafiante, considerando que muchas de las circunstancias que engloban la muerte y el duelo en la actualidad constituyen factores de riesgo para un mal resultado del duelo (20,24). Probablemente una de las secuelas del COVID-19 sea mayores tasas de duelo complicado por lo que es fundamental direccionar esfuerzos hacia un enfoque preventivo de esta patología.

RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DEL DUELO EN PANDEMIA

Dada la actual pandemia, existe urgencia desde una perspectiva de salud pública para prevenir los malos resultados de duelo, incluido el trastorno de duelo complicado y otros trastornos psiquiátricos. Los expertos recomiendan intervenciones psicosociales en los deudos tanto antes como después de la muerte de su ser querido (19).

La literatura recomienda iniciar con una planificación anticipada de la atención del paciente, considerando la perspectiva de la familia e incluyendo a esta en la toma de decisiones (18). Es relevante que durante la atención exista una comunicación clara y precisa con el paciente y sus familiares, con especial cuidado del exceso de información (25). Ante la imposibilidad de

visitas regulares al hospitalizado, utilizar otras formas de comunicación, ya sea virtual a través de videollamadas o de manera telefónica. En la medida de lo posible fomentar una comunicación telefónica de manera regular para mantener actualizada a la familia, e idealmente frente a un deterioro severo del paciente permitir a los miembros de la familia un último adiós, siendo precavidos de no exponer al paciente mientras se encuentre activamente muriendo, ya que se asocia a peores resultados en los deudos (18).

Luego de la muerte, se recomienda rituales de despedida que sean significativos para los deudos (22). Estos ritos pueden ser tanto personales como también colectivos y no necesariamente tienen que ser efectuados inmediatamente, sino que algunos pueden conllevar más tiempo. El deudo puede confeccionar una carta, un diario o un altar con los recuerdos de su ser querido, siendo relevante que sea un acto simbólico y significativo para quien lo realiza. Frente a las restricciones funerarias y teniendo en cuenta la situación de distanciamiento, se puede organizar una ceremonia de manera virtual para conmemorar al fallecido y a la vez, crear una red de apoyo para los deudos. Otra idea colectiva es realizar una actividad simbólica, como soltar globos a una hora determinada, de modo conjunto y coordinado (25). Con estas formas de despedida se busca conectar con el dolor y tomar conciencia de la pérdida de manera individual y compartida.

Para el deudo es importante lograr un equilibrio de la carga emocional por la que transita, balanceando el afrontamiento con tareas de conexión y desconexión de la pérdida (23). Es fundamental otorgar información respecto a las emociones esperables durante el duelo y educar en señales de alarma que orienten a la necesidad de consultar. Se recomienda mantener el autocuidado, conservar una rutina, encontrar formas sanas de descargar el estrés; a la vez que se incentiva a que comparta sus emociones, ya sea de forma

escrita o audiovisual, así como también confiar sus sentimientos a personas cercanas (25).

Puede que los cercanos se sientan impotentes ante la incapacidad de acompañar físicamente a la familia que enfrenta un duelo, sin embargo, existen otras formas de estar con ellos. Se sugiere el uso de tecnología para mantener las redes de apoyo y tomar la iniciativa para contactar al deudo, para conversar o simplemente acompañar, respetando el espacio del afectado si quisiera estar solo y manteniendo atención si surgen señales de deterioro clínico (25). También es importante indagar si la persona se encuentra llevando a cabo medidas de autocuidado, y si se quiere cooperar en algo, es aconsejable prestar ayudas concretas como ofrecerse de voluntario para algún quehacer del deudo (26).

Dentro de las estrategias para el personal de salud, el manejo basado en la comunicación resulta clave. Los médicos deben estar abiertos a tener conversaciones honestas con la familia, considerando el reconocimiento y la validación de las respuestas emocionales. En este contexto, es de suma importancia el autocuidado junto al cuidado del equipo de salud, por lo que se recomienda generar espacios grupales e individuales, tomar descansos y permitirse vivir duelos de pacientes. La conciencia del cuidado individual y colectivo se asocia con una mejor capacidad para hacer frente a la muerte en un entorno profesional, pudiendo considerarse el plantear como equipos directrices anticipadas para ofrecer a los pacientes COVID-19 que van empeorando clínicamente o protocolos de cómo procederá el equipo en relación a los familiares tras la muerte (23). Posterior a la muerte, se sugiere un seguimiento de los deudos, en especial aquellos con factores de riesgo para un mal resultado de duelo. Para ello se requiere que los profesionales tengan la capacidad de reconocer el trastorno de duelo complicado y las

comorbilidades psiquiátricas asociadas, a fin de crear nexos con equipos de salud mental, para referir a los pacientes si estos requieren alguna medida adicional (25).

CONCLUSIÓN

La emergencia de salud pública debido a la pandemia ha traído consigo mayores tasas de duelo y dejará un impacto duradero en la comunidad. La evidencia sugiere varios factores de riesgo para malos resultados de duelo en COVID-19, es por ello que se llama a estar preparados ante un aumento de duelo complicado y otras patologías psiquiátricas. Para enfrentar este escenario se requiere de una respuesta organizada, que implique la implementación de intervenciones que garanticen la disponibilidad de recursos para salud mental, servicio que conformará la nueva primera línea.

REFERENCIAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23rd ed. 2014 [cited 2020 Jul 30]. Available from: <https://dle.rae.es/duelo#EEmPUc7>
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Panamericana E médica, editor. 2018
3. WHO. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cited 2020 Jul 31]. Available from: <https://covid19.who.int/>
4. Antonucci TC, Akiyama H, Takahashi K. Attachment and close relationships across the life span. *Attach close relationships across life span*. 2004;6(4):353–70.
5. Penman EL, Breen LJ, Hewitt LY, Prigerson HG. Public Attitudes About Normal and Pathological Grief. *Death Stud*. 2014;38(8):510–6.

6. Bruce CA. The grief process for patient, family, and physician. *J Am Osteopath Assoc*. 2002;102(9 Suppl 3):28–32.
7. Nakajima S. Complicated grief: Recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2018;373(1754).
8. Kübler-Ross E. *On Death And Dying*. 1st ed. New York: Macmillan Publishing Company; 1969.
9. Bowlby J. *Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression*. 1st ed. New York: NY: Basic Books; 1980.
10. Parkes C. *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. 3rd ed. Madison: Conn: International Universities Press; 1998.
11. Worden J. *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. 4th ed. New York: NY: Springer Publishing Company; 2008.
12. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;212(January):138–49.
13. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord* [Internet]. 2010;127(1–3):352–8.
14. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* [Internet]. 2011;131(1–3):339–43.
15. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry*. 2007;48(5):395–9.
16. Killikelly C, Maercker A. Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *Eur J Psycho-traumatol* [Internet]. 2017;8(sup6):1476441. 1
17. Mason TM, Toftagen CS, Buck HG. *Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions*. *J Soc Work End-of-Life Palliat Care* [Internet]. 2020;16(2):151–74.
18. Selman LE, Chao D, Sowden R, Marshall S, Chamberlain C, Koffman J. Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *J ofPain Symptom Manag*. 2020;(April):1–6.
19. Morris SE, Moment A, Thomas J. Caring for Bereaved Family Members During the COVID-19 Pandemic: Before and After the Death of a Patient. *J ofPain Symptom Manag* 1. 2020;(May):1–5.
20. Gesi C, Carmassi C, Cerveri G, Carpita B, Cremone IM, Dell'Osso L. Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Front Psychiatry*. 2020;11(May):489.
21. Subsecretaría de Salud Pública. *Protocolo de funerales en contexto de pandemia por COVID-19* [Internet]. 2020 p. 3. Available from: <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo-de-Funerales-en-Contexto-de-Pandemia-por-COVID-19-1.pdf>
22. Burrell A, Selman LE. How do Funeral Practices impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. *Omega-Journal of Death and Dying*. 2020;0(0):1–39.

23. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage*. 2020.
24. Mayland C, Harding A, Preston N, Payne S. Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *J Pain Symptom Manage*. 2020;(May):1–18.
25. Red de Cuidados Paliativos de Andalucía. Guía Para Las Personas Que Sufren Una Perdida En Tiempos del COVID-19. 2020.
26. Ishikawa RZ. I May Never See the Ocean Again: Loss and Grief Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2020;12:85–6.