



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**El acompañamiento psicológico del duelo
en tiempos de pandemia**

Autor: Edgar Jesús Sánchez Cruz

Directora: Giulia De Benito

Madrid
Abril, 2021

Índice

Introducción	1
Capítulo I	
Variable Histórico Contextual	2
1.1 Pandemias y aprendizajes	2
1.2 Duelo Masivo	3
1.3 Rasgos en esta circunstancia particular	3
Capítulo II	
Acercamiento a la teoría	5
2.1 Teorías tradicionales	5
2.1.1 Teoría de la vinculación, o Teoría explicativa del duelo	5
2.2 Modelos descriptivos	6
2.3 Proceso dual de afrontamiento	8
Capítulo III	
Ámbito clínico	9
3.1 Duelo normal	10
3.2 Duelo patológico o complicado	12
3.2.1 Duelo prolongado	12
3.2.2 Crónico	14
3.2.3 Retrasado o retardado	14
3.2.4 Exagerado	14
3.2.5 Enmascarado	15
3.3 Duelo traumático	15
Capítulo IV	
Algunas pistas para un acercamiento terapéutico	17
4.1 Factores de protección y resiliencia	17
4.2 Realidad del personal sanitario	20
4.3 Consideraciones para el abordaje y la intervención	22
4.3.1 Con las personas	22
4.3.2 Institucionales	23
4.3.3 Instrumentales	24
Capítulo V	
Discusión y consideraciones	25
Referencias	27

Introducción

Una de las consecuencias dramáticas por la pandemia ha sido la experiencia de la enfermedad y de la muerte sucedidas de forma rápida y sorpresiva. Se añaden a este dolor, rasgos muy particulares que complican el funcionamiento vital de las personas, pudiendo producir en algunas de ellas experiencias sintomatológicas similares a las de un trauma que podrían derivar en duelos desadaptativos. Resulta importante advertir factores de riesgo y protección más recurrentes, así como la sintomatología más significativa en los dolientes.

Empezamos reconociendo la importancia de las investigaciones, estudios y aportes que la psicología ha venido realizando para comprender el fenómeno de la pérdida, así como sus efectos en las personas, con la finalidad de ayudarles a gestionarlos y afrontarlos lo más adecuadamente posible. Hacemos un breve recorrido por algunos modelos teóricos y una revisión por la conceptualización clínica derivada de ellos. Las circunstancias históricas y contextuales de la pandemia ponen en evidencia tanto las fortalezas como las debilidades individuales y comunitarias; entre ellas la capacidad y estilos de afrontamiento, rasgos y factores que interactúan haciendo que el duelo adquiera rasgos más complejos y difíciles de acompañar, pero también los que evidencian la resiliencia o posibilitan el crecimiento.

Insistimos en la necesidad de cuidar y acompañar a las personas en duelo, pero además a los trabajadores de primera línea y sanitarios que son afectados por estar en la frontera entre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad. Por ello es necesaria la formación y capacitación en cuidados paliativos poniendo especial interés en la dimensión espiritual tanto de los pacientes como de los familiares para realizar un acompañamiento que disminuya los riesgos de un duelo patológico.

Pasamos revista a algunos de los avances y aportes que paulatinamente fueron surgiendo en medio de la crisis. La experiencia fue generando protocolos de actuación y seguimiento para la atención y el cuidado de los dolientes. Una gran parte de la población gestionó de manera adecuada la pérdida de sus familiares. Existe ya una escala que permite evaluar el duelo en casos de COVID-19 con la finalidad de favorecer una temprana y adecuada intervención que disminuyera riesgos desadaptativos. Es importante no patologizar el duelo. La intención de este trabajo es poder situar y descubrir algunas claves que permitan al psicólogo acompañar de una manera más adecuada y humana a los familiares que han experimentado con dificultad elaborar el duelo tras la pérdida.

Capítulo I

Variable Histórico Contextual

1.1 Pandemias y aprendizajes

Abordar el duelo en el contexto particular de una epidemia global nos obliga a preguntar por la existencia de información que, generada a partir de situaciones y experiencias previas pueda aportar un aprendizaje en torno a un adecuado acompañamiento e intervención psicológica. Aunque existen evidencias sobre las respuestas del duelo personal a una pandemia parece ser que no existen en la literatura, estudios cuyo enfoque brinden una visión más general y abarcadora para las personas cuyo duelo e impacto por la muerte, de seres cercanos como consecuencia de una pandemia; tampoco otros que describan programas de apoyo eficaces al duelo en dicho contexto (Harrop, Mann, Semedo, Chao, Selman y Byrne, 2020; Mayland, Harding, Preston y Payne, 2020 y Gesi, Carmassi, Cerveri, Carpita, Cremone y Dell’Osso, 2020). No obstante, es posible descubrir elementos y pautas orientadoras.

Las pandemias generan múltiples pérdidas, las directamente relacionadas con la muerte de familiares y personas cercanas, pero también la experiencia de pérdidas asociadas como la alteración o ruptura en las formas de vida, cultura y prácticas sociales como roles y empleo (Mayland, et al., 2020). Esta diversidad de factores es por sí misma desafiante. Al carecer de evidencia en cuanto a la forma de afrontar un duelo con estas características, los investigadores sugieren que, comparando las reacciones y estrategias implementadas tras desastres naturales y brotes epidémicos, puedan extrapolarse directrices que posibiliten enfrentar una situación como la generada por el COVID-19 en las personas que sufren una pérdida. El brote de coronavirus por ejemplo, comparte características con los efectos provocados por desastres naturales y los de un duelo complicado (Gesi, et al., 2020).

Desde el punto de vista de respuesta y eficacia se han generado modelos como el de proceso por fases de Neal, 1997 y Raphael, 1986. Lo estructura en períodos *de amenaza, impacto inicial, luna de miel, desilusión y reintegración*; este enfoque permite objetivar e identificar reacciones comunes aplicables a la actual pandemia (Gerson, et al., 2020). Un estudio reciente enfocado en descubrir respuestas eficaces del sistema frente a eventos de duelo masivo tanto en desastres naturales como provocados por el ser humano, permitió encontrar una serie de elementos que podrían resultar sugerentes a la hora de prestar apoyo al duelo durante una pandemia. Estos son:

atención de los servicios, enfoques de intervención, coordinación, alcance, formación y capacitación en competencias para situaciones de crisis, psicoeducación, apoyo grupal, uso de redes existentes, evaluación formal de riesgo entre otros (Harrop, et al., 2020).

La experiencia demuestra que las respuestas psicosociales de las personas varían en función de la población o grupo del que se trate como también del tipo de situación o naturaleza del fenómeno al que se enfrenta. La forma de gestionar cognitiva y conductualmente posee siempre matices sociales pero también individuales. (Chew, Wie, Vasso, Chua y Sim, 2020).

1.2 Duelo Masivo

La literatura científica en torno a eventos traumáticos proviene de desastres naturales como terremotos, tsunamis, huracanes. Estos se caracterizan por ser una amenaza real e incontrolable hacia la vida humana, que trae consigo un lastre de pérdidas como propiedades, ingresos, riqueza y la más importante, la de la vida propia y las de otros (Gesi, et al., 2020). Nos encontramos por tanto con factores que pueden generar una crisis de significado. A diferencia de los desastres masivos cuya ocurrencia se enmarca en un periodo de tiempo relativamente breve, la actual pandemia resulta ser un evento de larga duración que ocasiona cambios tanto en la vida cotidiana como en los hábitos sociales, e incrementan la sensación de vulnerabilidad. Las personas se conectan emocionalmente a través de experiencias de impotencia, incertidumbre, pérdida y dolor (Watson, Bacigalupe, Jui Han y Cardona, 2020). Esto permite que pueda hablarse de una cierta similitud con el duelo masivo tras la pérdida de vidas humanas, aun cuando sabemos que cada una debe ser considerada en su individualidad teniendo en cuenta los contextos vitales, familiares y culturales.

1.3 Rasgos en esta circunstancia particular

Elementos característicos del duelo en esta pandemia son la pérdida repentina e inesperada. La mayoría de las muertes han ocurrido en las UCI después del desarrollo de un síndrome de dificultad respiratoria aguda. El entorno puede ser una experiencia bastante traumática no sólo para los familiares sino además para el personal sanitario (Gesi, 2020). La facilidad del contagio, el ingreso en hospital, el aislamiento y no regreso a casa representan para los familiares una separación que puede ser descrita como traumática. La imposibilidad del contacto y la cercanía

como medida precautoria de transmisión de la enfermedad, contribuye a generar una serie de reacciones emocionales complejas: anhelo, enojo, amargura, culpabilidad, que en última instancia conducen a producir un duelo complicado. Se añaden la deficiente comunicación con el personal médico debido a la sobrecarga de trabajo y por estar también ellos desbordados frente las demandas inéditas de la situación.

La unión de factores estresantes para la salud mental, que se han evaluado por separado en otros contextos, parece no haberse vistos combinados en un desastre como el que nos ocupa. Existe una similitud entre la sintomatología psicológica que se presenta en las personas que sufren la pérdida de un familiar por muerte de coronavirus y la que se ha originado tras los brotes de enfermedades infecciosas de situaciones pasadas: ansiedad y miedos, síntomas somáticos como trastornos del sueño; depresivos: impotencia, desesperanza, angustia, irritabilidad y mal humor, niveles de hostilidad, incapacidad para volver a la rutina habitual, sensación de pérdida de control, dolor y tristeza (Chew, 2020).

En una pandemia las condiciones extremas se agravan, y la prolongación de la angustia en el tiempo acarrea costos mentales, físicos y emocionales. Se incrementa la sensación de pérdida de forma constante y generalizada (Walsh, F., 2020). Hay estudios que señalan factores desencadenantes del trastorno de estrés postraumático, pudiendo ser factores de riesgo para desarrollar un duelo complicado. Contextuales: la situación económica y familiar se asoció con la presencia de sintomatología ansioso-depresiva siendo la más determinante (Romero, V., y Cruzado, J. A., 2016), desempleo e ingreso familiar bajo (Estevan, P., De Miguel, C., Álvarez, R., et al., 2016). La pérdida de ingresos exacerba la morbilidad psicológica en el duelo (Selman, L.E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C. y Koffman, J., 2020). Personales: las mujeres presentaban altos índices de ansiedad, depresión y estrés en comparación con los hombres. Estudios relacionados con cuidados paliativos mostraron que ser mujer estaba asociado a padecer mayor dificultad en los procesos de duelo. Edad y características de la muerte (Luceño-Moreno, L., et al. 2020; Gesi, C., et al. 2020; Estevan, P., et al. 2016). Vivir solo, tener un apoyo social limitado se recrudece por el distanciamiento físico. La interrupción y pérdida de las redes sociales y comunitarias de los familiares exacerben el duelo (Selman, L.E., et al. 2020; Gesi, C., et al. 2020).

Además de generar un impacto en la salud mental y emocional de las personas, podríamos considerar la pandemia en sí misma con todas sus características como un factor de riesgo que podría dificultar la elaboración del duelo en las personas. Esto nos obliga reconocer y aceptar el

malestar emocional como un problema clínico en nuestra sociedad al que no se le había prestado suficiente atención (Romero, V., & Cruzado, J. A., 2016).

Capítulo II

Acercamiento a la teoría

En los últimos años las investigaciones han permitido una mejor comprensión del duelo en los distintos momentos del ciclo vital. Existen varias formas de presentar y clasificar los modelos teóricos sobre el duelo y la pérdida. Desde su perspectiva y análisis, la propuesta de cada autor pretende ofrecer un abordaje adecuado y eficaz de ayuda. La literatura científica ha visto avances recientemente. El contexto de la pandemia permite evaluar, aprender y enriquecer las propuestas y modelos. Hacemos un breve recorrido por los más relevantes y significativos.

2.1 Teorías tradicionales

2.1.1 Teoría de la vinculación, o Teoría explicativa del duelo. J. Bowlby, procedente de la gran tradición psicoanalítica sugiere que el duelo es una reacción normal de la persona ante el hecho de la separación o pérdida del objeto amado. Comienza hablando de una secuencia de estadios en los que la persona tiene que dar cabida a un trabajo para reorganizar y reconstruir su mundo tras la ruptura del vínculo afectivo. Su gran aporte ha sido comprender la pérdida y el duelo desde la teoría del apego incorporando aspectos analíticos y etológicos. El auge en su época de la psicología cognitiva sobre el procesamiento de información y los avances en neurofisiología y psicología evolutiva permitió que sus planteamientos en torno a las pautas o conductas de vinculación pudieran tener mayor solidez científica al estructurar los estilos del apego. Se normalizaron conductas y comportamientos que eran calificados de patológicos como la rabia, la agresión, la ansiedad, la melancolía, y ciertos procesos defensivos. Observó que las respuestas de los adultos ante un mismo suceso como una pérdida, eran distintas. Esta diferencia obedecía a la formación en los primeros años de estructuras, pautas de relación y respuestas, incorporados por las personas hacia sus figuras de cuidado y referencia. Aspectos como la ansiedad de separación y pérdida guardan una sólida permanencia en el tiempo. Dichos modos de operación a la vez que modelan e influyen en aspectos de la configuración de la personalidad vuelven a aparecer cuando el individuo se enfrenta a situaciones en las que la separación y la pérdida se hacen presentes.

En el duelo, la respuesta emocional de las personas no sería sólo una expresión individual ante una pérdida, sino que supondría además una llamada al entorno, a los otros cercanos, para reestablecer la conexión con el objeto perdido y obtener de ellos el cuidado y el alivio necesario. Las reacciones de duelo están condicionadas por sistemas de vinculación (Bowlby, 1993). La perspectiva de vinculación ofrece un marco para la conceptualización de las complicaciones del duelo. Estilos de vinculación concretos se asocian a maneras concretas de enfrentar la pérdida o formas específicas de duelo. Se trata además de una propuesta tanto de factores internos o intrapersonales como interpersonales. La comprensión de estos mecanismos de asociación posibilita entender el curso del duelo, así como la efectividad o no del afrontamiento que realiza la persona (Payás, 2010).

Para Bowlby la forma en que los individuos responden a la pérdida de un familiar pasa por una sucesión de fases que son: de embotamiento de la sensibilidad, de anhelo y búsqueda de la figura perdida, de desorganización y desesperanza, de mayor o menor grado de reorganización. Considera que los rasgos de las formas patológicas de duelo son el resultado del impulso de búsqueda y recuperación de la persona perdida llevados de forma persistente y expresados a través de variedad de formas encubiertas y deformadas. Una ausencia prolongada y consciente de la aflicción significaría un tipo de desorden del duelo (Bowlby, 1993). En torno a los factores que afectan al curso del duelo, agrupa una serie de variables clasificándolas en: identidad y rol de la persona perdida, edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida, causas y circunstancias de la pérdida, circunstancias sociales y psicológicas de la persona que sufrió la pérdida en el momento en que ésta se produjo, y personalidad del que sufrió la pérdida haciendo referencia a sus facultades para establecer relaciones de amor y respuesta a situaciones estresantes (Bowlby, 1993).

2.2 Modelos descriptivos

La presencia de diferentes factores alrededor del duelo hacen que éste no sea el mismo en todas las personas y por tanto, las reacciones, los sentimientos, las emociones, los mecanismos de afrontamiento y las formas de gestión pueden resultar tan diversos que, por esa razón se prefiera hablar de fases en lugar de etapas como plantearon los modelos precedentes. R. Neimeyer describe la presencia de evitación, asimilación y acomodación como fases comunes presentes cuando acontece una muerte inesperada. En todas ellas la intensidad y la duración suelen ser variables,

siendo más común la prolongación de este último así como la presencia de interrupciones en el funcionamiento general de la persona que sufre la pérdida. (Neimeyer, 2007).

R. Neimeyer coincide con Worden en afirmar como fases comunes la presencia de búsqueda de sentido y propósito. Señala la emergencia de un nuevo paradigma que postula la reconstrucción del significado o sentido de la pérdida como respuesta central del duelo, enfatizando los procesos de búsqueda de atribución de sentido a los hechos negativos a través de la reconstrucción y organización de la experiencia de manera narrativa. (Worden, 2013; Yoffe, 2013). Plantear el duelo como un proceso emocional que adquiere forma y contenido en función de cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren a su alrededor es el enfoque sugerido por el constructivismo. Sin negar la importancia de los determinantes biológicos y psicológicos, la construcción que realiza el individuo depende de creencias y valores propios de la cultura; para estos no existe un programa de conducta establecido ni puede mantenerse al margen de estos (Pérez, 2006).

Se trata por tanto del proceso que lleva a cabo la persona siendo capaz de construirse a sí misma y su mundo pero ahora sin el objeto perdido. Así, dota de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto debe construir su realidad. En este enfoque se enmarca el modelo propuesto por W. Worden. Considera el duelo como un proceso dinámico en el tiempo, existen fases a las que están asociadas ciertas tareas que la persona debe completar a fin de adaptarse a la pérdida. El individuo tiene un rol más activo. Terminar el proceso equivaldría a la adaptación a una nueva situación frente a la ausencia de la persona ante quien se ha podido desligar o desvincularse (Payás, 2010). Comenzamos a encontrar en el lenguaje la implementación del término tarea en lugar de etapa o fase.

Las tareas a que se hace referencia son secuenciales y consisten en: *aceptar la realidad de la pérdida, experimentar el dolor del duelo, ajustarse a un ambiente donde el fallecido no está, recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo*. Reconoce que las personas en duelo no pasan las etapas de forma subsecuente, al preferir usar el término tarea se hace alusión a trabajo, implicación y un papel más protagónico de la persona en su proceso. Fase tiene una connotación más pasiva y resignada; tarea en cambio tiene una similitud con los aspectos del crecimiento y desarrollo de los individuos en el ciclo vital. Considera como mediadores que pueden influir en la clase, intensidad y duración del proceso del duelo: *los factores relacionales, circunstanciales, históricos, de personalidad y sociales*. Sostiene la particularidad y experiencia subjetiva de la

persona en su vivencia del duelo. Son varias las maneras en que pueden caracterizarse las reacciones del duelo complicado o prolongado, pueden ser crónicas, retrasadas, exageradas y enmascaradas (Worden, 2013).

En cada una de estas clasificaciones existe una diversidad de sintomatologías emocionales, cognitivas y conductuales. Merece la pena mencionar qué factores como la magnitud de los sentimientos, la falta de apoyo social, los duelos no resueltos en el pasado pueden dar origen a conductas como el consumo de alcohol y sustancias, que a su vez favorecen la presencia de trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático. La muerte repentina deja al superviviente con una sensación de irrealidad y desamparo acompañada de sentimientos como la ira intensa, rabia, enfado. Pueden presentarse reacciones fisiológicas como la agitación. Preocupación por realidades inconclusas, cuestiones pendientes, remordimiento; mecanismos de huida-evitación-agresividad como estrategia de disminución del estrés originado; la necesidad de entender y encontrar un significado. En este tipo de muertes debe considerarse siempre la posibilidad del trauma (Worden, 2013).

2.3 Proceso dual de afrontamiento

Desarrollado a partir de modelos de inspiración cognitiva que analizan procesos de afrontamiento y de la teoría de la vinculación, surge la propuesta del *procesamiento dual de afrontamiento* (DPM) de M. Stroebe y H. Schut. Según los cuales, durante el proceso del duelo ocurren dos mecanismos de afrontamiento en la persona, unos que han denominado *orientados hacia la pérdida* (OL) y otros *orientados hacia la restauración* (OR) (Payás, 2010). Los orientados hacia la pérdida focalizan su atención en la confrontación de la propia experiencia como tal; es decir, la expresión de emociones, añorar, recordar, rumiar y la reconstrucción de significados. Mientras que en los orientados hacia la restauración, la atención se coloca fuera de la experiencia de la pérdida; es decir, incluye todas aquellas estrategias que sirven para manejar los estresores que ocurren como consecuencia directa del duelo: cambio de identidad, aprendizaje de nuevos roles, cambios transicionales psicosociales reconstrucción de creencias nucleares, entre otros (Payás, 2010).

La novedad de este enfoque es la consideración de los mecanismos de afrontamiento de ambas partes, en una forma oscilante durante el proceso de duelo. La atención no se centra en una

continuidad lineal de etapas o fases, sino en la fluctuación entre ambos dinamismos. Estos tienen una función reguladora para la persona en la medida en que resultan adaptativos. Por tanto, la negación, huida, evitación no serían propios o específicos de una etapa o fase sino que el individuo puede acudir a ellos en la medida que se ajusta en el tiempo. Se infiere que lo patológico consistiría en una fijación o prolongación de algunos de ellos. La incorporación de la teoría de vinculación con este modelo favorece una mejor precisión de estilos adaptativos y desadaptativos así como una descripción de los distintos tipos de duelo en función de los procesos predominantes y la dinámica de la oscilación. Así por ejemplo, en personas con un duelo crónico sus estilos de afrontamiento están más orientados a la pérdida que a la restauración. Si se añade un historial de vinculación dependiente, con relación difícil y ambivalente, son probables la combinación de sentimientos de alivio, autorreproche, resentimiento y culpa. En el duelo complicado generado por el trastorno de estrés postraumático a consecuencia de muertes traumáticas, no anticipadas, pérdidas múltiples, son frecuentes las respuestas con elevados niveles de ansiedad asociados a intensos esfuerzos evitativos de recuerdos intrusivos. Este modelo sugiere la presencia de una alteración en el proceso natural de oscilación dándose una fluctuación entre intrusiones y evitaciones que es involuntaria (Payás, 2010).

Todos los modelos parten del hecho de que la pérdida o separación de un ser querido representa para la persona uno de los sucesos más impactantes. La literatura reciente opta por continuar investigando la eficacia de los modelos que acentúan el carácter procesual cognitivo-emocional sin omitir o descartar el aporte abonado por los de etapas y fases.

Capítulo III

Ámbito clínico

Veamos ahora las distintas acepciones sobre el duelo desde el ámbito clínico. El vocabulario utiliza diferentes términos que subrayan unos u otros matices o enfoques sobre un mismo concepto, permitiendo con ello profundizar en distintos ámbitos de investigación. *Mourning* se emplea para nombrar las expresiones o los actos expresivos de aflicción moldeados por cada sociedad y cada grupo cultural, alude al proceso mediante el que se resuelve el duelo. *Grief* es utilizado para expresar la experiencia personal de pérdida implicando emociones de tristeza y dolor. Por su parte *bereavement* hace más referencia a la situación objetiva de la pérdida de un ser querido, según el tipo de familiar que ha fallecido, es la situación afectiva predominante en las situaciones de duelo

(Yoffe, 2013; García-Campayo, 2012). Se pueden advertir constantes en las diversas acepciones de duelo. Se trata de un suceso *normal* parte de la experiencia física y natural que acontece en la naturaleza animal, reacción adaptativa del organismo ante una situación de amenaza, daño o pérdida. *Proceso*, implica el vector tiempo y en éste las dimensiones afectiva y volitiva de la persona. Su *ocurrencia tras una pérdida*, realidad presente a lo largo del ciclo vital del individuo que no se circunscribe sólo a personas y relaciones sino incluye situaciones, lugares y objetos (Prieto, 2021).

Existen dos grandes vectores en los que puede identificarse el duelo: *normal o normativo y patológico o complicado*. Sin embargo, éste último da origen a una variedad de acepciones en función de los rasgos y características observables en las personas como consecuencia de su curso e intensidad. Figuran así en la literatura el duelo retrasado, el inesperado o repentino, el desautorizado, patológico, crónico y traumático. Estas clasificaciones se han ido configurando y modificado en los últimos años debido a los avances en la investigación científica sobre el tema. Se proponen distintos tipos de duelo de acuerdo con la vivencia del COVID-19. En su artículo, Lacasta-Reverte et al. (2020) hace alusión a los siguientes: a) anticipado, b) desautorizado, c) normalizado y d) complicado (Wallace, 2020); a) resiliente, b) complicado y c) complicado comórbido (Maarten, 2020); a) resiliente, b) complicado, y c) por trastorno de estrés postraumático (Nickerson, 2020); Para los fallecidos en UCI: a) duelo normalizado, b) trastorno de duelo prolongado, c) trastornos de estrés postraumático y d) depresión (Selman, 2020). Estos se refieren de manera particular a los duelos vividos en la situación de pandemia. Identificar un duelo complicado es crucial para una mejor ayuda e intervención por parte de los profesionales.

3.1 Duelo normal

Por duelo normal entendemos aquel que resultaría esperable o normativo en función de las habilidades y recursos que la persona pone en marcha al experimentar la pérdida para reorganizar su vida ahora sin la presencia del ser querido. Es común encontrar en la literatura científica una clasificación que agrupa las manifestaciones del duelo normal en categorías. *Sensaciones fisiológicas y corporales* como fatiga, vacío en el estómago, opresión en pecho y garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de aire y energía, debilidad muscular, sequedad en la boca. *Sentimientos*: presencia de tristeza, enfado, culpa, autorreproche,

ira, regresión, ansiedad, soledad, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio, insensibilidad. *Cognitivas*: incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones, idealización de la persona fallecida, búsqueda de sentido. *Conductuales*: llanto, trastornos del sueño y alimenticios, distraimiento, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitación, búsqueda del fallecido, atesorar objetos, visitar lugares que recuerdan a la persona ausente (Bellver et al., 2008; Worden, 2013).

Distinguir e identificar un duelo normativo de aquél que no lo es, abarca un amplio espectro de respuestas en las distintas manifestaciones antes señaladas. La intensidad de la reacción, la presencia de ciertos comportamientos relacionados con el proceso y el tiempo determinarán la diferencia entre ellos. La duración e intensidad de los sentimientos y conductas, la incapacidad para mostrarlos, las prácticas de luto culturalmente determinadas, y la personalidad del doliente son aspectos que ayudan a discriminar entre duelos normales y anormales (Barreto et al., 2012). La literatura considera una serie de variables implicadas en la elaboración de un duelo. Se alude a las *relacionadas con la muerte* como circunstancias y tipo de muerte; *relacionadas con el fallecido*, incluye relación de parentesco, edad del fallecido, calidad de la relación afectiva con el fallecido; *factores individuales o relacionados con el doliente*, género, edad de la persona al momento de la pérdida, creencias culturales y religiosas, costumbres, duelos complicados en el pasado, autoestima, estabilidad emocional; y *factores sociales o interpersonales*, entorno, amistades, familia y redes de apoyo (Barreto et al., 2012; Stroebe y Schut, 2007 en Yoffe, 2013). Todas ellas pueden actuar como factores de riesgo o de protección en función de si condicionan positiva o negativamente el proceso del duelo. Autores como W. Worden las considera determinantes o mediadores en razón de su influencia en la clase, intensidad y duración del proceso del duelo, y que hacen que éste se resuelva adecuadamente o se complique. Además brindan a los profesionales una mayor comprensión del proceso que experimentan las personas.

Agrupados en categorías, estos determinantes o mediadores son: *la persona fallecida, naturaleza del apego y su vinculación o forma de relación con el doliente, tipo de muerte como repentina, inesperada o traumática; los antecedentes históricos, variables de la personalidad como edad, sexo, estilos cognitivos, de afrontamiento y apego del doliente, fuerza personal, autoestima, eficacia, locus de control; variables sociales y tensiones concurrentes o convergentes* (Worden, 2013). Probablemente surjan con los meses estudios empíricos que permitan identificar la relevancia y significatividad de alguno de estos mediadores en el contexto de la actual pandemia

y sus efectos en los cursos del duelo. Hay estudios que describen características que potencialmente agravarían la adaptación del duelo (Carr et al., 2020; Eisma et al., 2020; Johns et al., 2020; Mortazavi et al., 2020 en Stroebe y Schut, 2020). Resulta esperable también que un porcentaje amplio de personas desarrollará estrategias de afrontamiento y desplegará una serie de recursos individuales para su gestión y adaptación frente a la pérdida y el duelo de su ser querido. Así lo demuestran diferentes estudios en torno a la recuperación tras situaciones de pérdidas (Bonano, 2004; Santiago et al, 2013 en Horesh y Brown 2020; Lucero-Moreño et al, 2020).

3.2 Duelo patológico o complicado

La acepción duelo patológico se utiliza para englobar todos aquellos tipos o manifestaciones en las cuales la elaboración de la pérdida deja de ser adaptativa o que, por algunas circunstancias particulares, hacen que tome otro curso; en otras palabras, la complicación de un proceso de duelo normativo. El concepto de duelo patológico está ampliamente aceptado entre los investigadores (Nakajima, 2018). Para esta breve revisión se asumirá que duelo patológico son todas aquellas formas o derivaciones con las que se expresa el duelo complicado o prolongado siendo estas: crónico, retrasado o retardado, exagerado y enmascarado. Es pues una categoría en la que se incluyen diversos subtipos.

3.2.1 Duelo prolongado. Denominado también complicado. Las personas que experimentan una pérdida llegan a desarrollar una sintomatología intensa durante un periodo prolongado de tiempo pudiendo estar relacionada o no con un trauma. Los síntomas centrales incluyen un fuerte anhelo de la persona que ha fallecido, dificultad para aceptar la pérdida, sentimientos de shock o incredulidad, emociones como rabia, amargura, pena, culpabilidad con respecto al fallecimiento (Fernández-Alcántara et al., 2016). Hay estudios que refieren síntomas como la evitación excesiva de los recordatorios de la pérdida, preocupación constante por el fallecido, culpa excesiva del superviviente que conduce a pensamientos disfuncionales, conductas desadaptativas, desregulación emocional. Todo ello va asociado además con una variedad de síntomas físicos, problemas mentales y disfunción social, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, y mala calidad de vida entre otros (Nakajima, 2018). Al igual que sucede con el duelo normativo, la literatura alude a una serie de factores que aparecen implicados en el duelo

complicado o prolongado. Entre ellos se encuentran los relacionales, circunstanciales, que incluirían pérdidas inesperadas, repentinas o traumáticas; factores históricos como duelos no resueltos, complicados en el pasado; factores de personalidad como dificultad para tolerar el malestar emocional extremo y sentimientos relacionados; factores sociales entre los que se incluiría la negación social de la pérdida y la ausencia de una red social de apoyo (Prieto, 2021). El adjetivo complicado alude por tanto a un trastorno no resuelto que genera unos síntomas relacionados con complicaciones en el funcionamiento normal del individuo (Prigerson et al., 1995 en Bellver et al., 2008).

Es una forma de duelo crónica, perjudicial y la vez variable, que muestra relaciones altamente significativas con un gran número de síntomas. Presenta por ejemplo, comorbilidad con los trastornos como el de ansiedad, depresivo mayor y el trastorno de estrés postraumático (Fernández-Alcántara et al., 2013; Gesi et al., 2020). Se le ha dado la categoría de trastorno en razón de poder recomendar un tratamiento y atención más adecuados a diferencia de otros tipos de duelo (Nakajima, 2018). Su desarrollo depende de un gran número de variables y factores. Algunos estudios por ejemplo, consideran los procesos biográficos, contextuales y de identificación, estilos de apego entre los que resaltan de tipo ansioso y evitativo, la rumiación y los estilos de afrontamiento como aspectos más determinantes (Maccallum y Bryant, 2013 en Fernández-Alcántara et al., 2013). Tanto el duelo complicado, como el trastorno por duelo complicado, comparten los síntomas centrales de angustia por separación, incluyendo el anhelo persistente, el dolor emocional y la preocupación por el fallecido. Entre ellos la diferencia más importante es la duración persistente durante seis meses de los síntomas tras la pérdida (Nakajima, 2018). La sintomatología, además de ser intensa o muy elevada, se acompaña de un deterioro funcional y significativo produciendo una disminución notoria de las actividades domésticas, laborales y sociales. Por esa razón surgió en el ámbito clínico recientemente la figura del trastorno por duelo complejo persistente.

Existen factores que pueden incrementar el riesgo de complicaciones en el duelo como una muerte inesperada y repentina, una muerte que en la percepción subjetiva del doliente podría haberse evitado, un familiar con quien se ha tenido una relación ambivalente previa, la convergencia de pérdidas anteriores y duelos no resueltos (Yoffe, 2013). Se ha asociado también con la presencia de trastorno por ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor y una percepción muy baja del apoyo social (Estevan et al., 2016). En este tipo de duelos es significativamente

importante el cuidar la presencia del apoyo social y del entorno, ya que éste puede terminar abandonándole a la persona en algún momento por no ver cambios y resultados en ella. Investigaciones recientes muestran que la tasa de prevalencia de duelo complicado es del 2.4% al 6.7% entre la población general. Dicha prevalencia aumenta, por ejemplo, después de eventos traumáticos. Lo cual significa que a nivel mundial muchas personas puedan padecer esta condición (Nakajima, 2018). Dato que no es de menor importancia frente la emergencia que aún se atraviesa.

Las formas patológicas asociadas al duelo prolongado, como el trauma y la ansiedad, la privación de derechos como consecuencia del brote epidémico, la cronicidad de otras enfermedades o las circunstancias que rodean a la muerte debido a la pandemia de COVID-19 han corroborado su clasificación como trastorno. Puede añadirse además, una posible sobrecarga de duelo que posibilita el desbordamiento angustioso y la dificultad en la capacidad de afrontamiento (Kokou-Kpolou et al, 2020). Reseñamos a continuación una clasificación que describe al duelo complicado en apartados o subtipos:

3.2.2 Crónico. Las reacciones tienen una duración excesiva y nunca llegan a una conclusión satisfactoria. Es de fácil diagnóstico, ya que la persona es muy consciente de su dificultad para superarlo (Worden, 2013). Se ha llegado a identificar como razón principal que explicaría la cronificación de un duelo, el tipo de relación mantenida con el fallecido. Entre los tipos de relación se encuentran la ambivalencia afectiva, la dependencia extrema y la imposibilidad de la despedida (García-Campayo et al., 2011).

3.2.3 Retrasado o retardado. Llamado también duelo inhibido, reprimido o pospuesto. Su principal característica es la intensidad de sentimientos cuyo origen se halla en una pérdida sufrida en el pasado que no fue resuelta adecuadamente. Al transcurrir el tiempo esta situación emerge y la persona sufre los síntomas del duelo, activados por una nueva pérdida cuya intensidad resulta excesiva. Puede desencadenarse también por aprendizaje vicario. Un mediador asociado a las reacciones de duelo retrasadas es la ausencia de apoyo social en el momento de la pérdida (Worden, 2013).

3.2.4 Exagerado. El duelo se intensifica tanto que la persona se siente abrumada o recurre a una conducta inadaptada. Su diferencia con el enmascarado es que la persona en este tipo de

duelo es consciente de que sus síntomas están relacionados con la pérdida hasta el punto de que su experiencia le incapacita e inutiliza. Este tipo incluye trastornos psiquiátricos como la depresión, la ansiedad o la agorafobia. Puede incluir el alcoholismo y el abuso de sustancias. Cuando la pérdida ha sido catastrófica e inesperada, se puede desarrollar un trastorno por estrés postraumático (Worden, 2013).

3.2.5 Enmascarado. Las personas presentan síntomas y conductas que causan problemas en su desempeño cotidiano sin reconocer que su origen está relacionado o se deriva de una pérdida. Los dolientes pueden llegar a desarrollar síntomas no afectivos; es decir, niveles planos en reacciones, emociones, sentimientos. Otras veces utilizan mecanismos defensivos de autoprotección. Puede manifestarse a través síntomas físicos o de conductas aberrantes e inadaptadas (Worden, 2013).

Aludir a estas categorías permite ampliar y comprender escenarios posibles que podrían suscitarse en las personas que han sufrido la pérdida de un familiar a causa de la pandemia. La vivencia del duelo es única por la convergencia de factores y condicionamientos a los que se ha hecho referencia.

3.3 Duelo traumático

Mención a parte requiere este tipo de duelo por las particularidades que lo constituyen. Hemos aludido a que las muertes repentinas o inesperadas son un factor crucial para desencadenarlo. El término trauma *“se aplica a aquellos acontecimientos que constituyen una amenaza grave para la integridad psicológica o física de las personas que lo viven y frente a los que se responde con una reacción intensa de temor, desesperanza y ansiedad”* (Payás, 2010). Entre la serie de síntomas que acompañan a una situación traumática y reciben el nombre de síndrome de estrés postraumático se encuentran *“sentimientos de irritabilidad, predisposición a dar respuestas reactivas de alarma, pesadillas, imágenes invasivas que provocan intensa angustia, sensación de extrañeza, irrealidad y tristeza que suelen estar fuera de control siendo fuente de un profundo sufrimiento psicológico”* (Payás, 2010). Factores importantes en este tipo de duelo son la forma o características de la muerte, así como la experiencia subjetiva del sobreviviente y su relación con el fallecido. La muerte de forma traumática puede obstaculizar las tareas de duelo en

la persona. Por ejemplo, reduce su sensación de eficacia personal, impactando en su noción del mundo, genera sentimientos de ira y culpa que resultan a su vez difícil de ser expresados (Worden, 2013).

También puede suceder que además del sufrimiento por la muerte y la forma misma del suceso, se originen en el doliente síntomas asociados a un trauma debido, bien a un apego inseguro, o tal vez a una relación conflictiva con el fallecido. Las muertes repentinas son una fuente generadora de trauma, suscitan una mayor necesidad de entender y comprender el hecho, eso dificulta encontrarle un significado a la pérdida, lo que hace difícil de elaborar (Worden, 2013). Una diferencia de este tipo de duelo con respecto al anticipado es que en este último, puede ser posible favorecer en el doliente una sensación de control como resultado de haber podido hacerse cargo de la situación previa al deceso. Esta circunstancia resulta imposible de darse en una muerte inesperada o súbita. La evidencia demuestra que se favorecen estados afectivos positivos en los cuidadores tras la pérdida cuando han logrado hacerse cargo y acompañar a un ser querido de manera exitosa. (Yoffe, 2013).

Las muertes repentinas favorecen la aparición de sensación de culpabilidad, ya sea personal o buscando atribuírsela a otros. Es probable que esta sensación se encuentre presente en familiares que han perdido a un ser querido a causa del COVID-19, bien sea por el contagio o por creer que no ha podido hacer lo suficiente para salvar a su ser querido. Ante una situación traumática o de pérdida, el ser humano necesita del contacto interpersonal ya que dicha conexión es vital para la supervivencia (Bessel vander Kolk, 1996 en Payás, 2010). Esta consideración resulta crucial en especial para aquellos que han sufrido una pérdida en el contexto de una restricciones y medidas tomadas ante el riesgo de contagios y la evolución de la pandemia. Las investigaciones indican que en situaciones críticas relacionadas con la pandemia, las personas experimentan una respuesta de estrés asociada al miedo al contagio por el contacto con otro, a eso se añaden síntomas comunes con el estrés postraumático como pensamientos intrusivos, pesadillas, insomnio (Taylor, 2019 en Luceño-Moreno et al., 2020). Algunos autores sugieren que la crisis actual es un evento traumático por sus características de impacto, entre las que destacan, además de las citadas, la hipervigilancia, evasión, estado de ánimo y cogniciones negativas abundantes, pensamientos intrusivos, un alto nivel de ansiedad anticipatoria, temor por el futuro e incremento del estrés y temor al contagio (Horesh y Brown, 2020). En las actuales circunstancias sería importante saber qué puede y debe atenderse primero, si el duelo o el trauma.

Se habla de trauma acumulativo cuando a los sentimientos de pérdida se añaden los de falta de ayuda y apoyo social, ausencia de contacto cálido y comprensivo, así como el sentimiento de culpa. El doliente puede llegar a experimentar por estos sentimientos aislamiento, sufrimiento y alienación (Payás, 2010). La evidencia demuestra que *“la valoración de un evento como la muerte o un trauma están mediatizadas por la presencia o ausencia de una relación de apoyo con otro ser humano. En este sentido, la disponibilidad de conexión con otra persona es un factor mediador en el proceso de regulación emocional frente a un suceso traumático”* (Payás, 2010). Existe una mayor posibilidad de disociación o fragmentación si la persona vivencia situaciones traumáticas en soledad. Es relevante considerar la importancia que han tenido los dispositivos de comunicación y redes sociales para mantener el apoyo, cercanía y contacto frente a las restricciones y limitaciones por el confinamiento.

Es posible hablar de crecimiento postraumático y cambios psicológicos positivos que ocurren como resultado de la lucha de una persona ante un evento traumático. Una de las condiciones para que esto ocurra es que el evento debe desafiar las creencias fundamentales del individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo en general. A medida que un individuo reconstruye sus creencias centrales intenta regular sus emociones a través del fomento del pensamiento constructivo que le permite involucrarse con recuerdos y emociones relacionados con el trauma (Tedeschi y Calhoun, 2004 en Robles-Bello et al., 2020).

Capítulo IV

Algunas pistas para un acercamiento terapéutico

4.1 Factores de protección y resiliencia

La literatura muestra que tras situaciones de crisis como brotes epidémicos, surge en las personas una presencia de cambios positivos y crecimiento postraumático a través del empoderamiento y la búsqueda de alternativas, siendo una de las estrategias comunes más adoptadas la búsqueda de apoyo social, conformación de comunidades donde se busca el intercambio, la sensación mutua de acompañamiento, tratamiento alternativo, apoyo reconfortante (Chew et al., 2020). Algunos estudios que analizan situaciones de desastre, brotes de enfermedades infecciosas, descubren que los sobrevivientes encuentran consuelo en las prácticas religiosas, la

oración así como en la presencia de trabajadores de la salud empáticos y el soporte de los demás supervivientes (Schwerdtle et al., 2017; Georgia y Wal, 2017 en Chew et al., 2020).

Una investigación llevada a cabo en España con familiares en duelo por COVID-19 a los cuales se les facilitó apoyo, asesoramiento psicológico y seguimiento, mostraron en su mayoría, casi el 70%, duelos normalizados. Los deudos dieron muestra de potenciar sus recursos personales como fortaleza, resiliencia, creatividad, realización de cambios en sus actuaciones de afrontamiento, despedidas y rituales a nivel personal y sociofamiliar. Todas estas estrategias pudieron haber amortiguado el impacto de los factores de riesgo y facilitar duelos normales (Lacasta-Reverte, et al., 2020). Ante la crisis del coronavirus es justo plantearse, qué factores favorecen o dificultan que las personas puedan afrontar y resolver exitosamente una crisis a lo largo del tiempo, incluido el dolor por la pérdida. Expresiones como resiliencia adquieren fuerza, atracción y gusto entre los investigadores. Existe una amplia literatura al respecto. La brevedad de este trabajo dificulta ahondar en aspectos relacionados con dicho constructo. Investigaciones realizadas en los primeros meses de la pandemia indicaban que la resiliencia y bienestar individuales, tienen un papel central en las personas debido a que son predictores para un mejor afrontamiento ante los peligros, las crisis y amenazas a la seguridad. Ambas capacidades actúan a su vez como factores protectores vitales que favorecen a las personas continuar funcionando (Kimhi et al., 2020). La resiliencia es un posible factor protector frente a los síntomas de trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión (Luceño-Moreno et al., 2020).

Estudios demuestran que entre los factores que promueven la resiliencia se hallan la personalidad y otros factores externos como los recursos sociales e interpersonales. Entre estos se destacan el optimismo, el apoyo social, la vinculación, mantenerse informado sin excederse en el consumo de medios, las estrategias de distracción, la reducción del aislamiento social a través de la comunicación online. Conocerlos resulta útil frente amenazas como la actual pandemia (Chen y Bonanno, 2020).

Se subraya la importancia de la flexibilidad como estrategia o factor predictor asociado a la resiliencia, debido a que la eficacia de una estrategia varía en función de los individuos y las situaciones. Eligen las más adecuadas y oportunas de acuerdo a sus circunstancias prestando atención a las demandas cambiantes según sea necesario (Chen y Bonanno, 2020). Al ser un constructo dinámico y multidimensional, la resiliencia es reconocida como un elemento protector frente al sufrimiento que contribuye al bienestar subjetivo. No obstante, el crecimiento

postraumático no siempre está presente en la resiliencia. Los resultados de un estudio para detectar variables de protección en la salud mental de la población española afectada por la pandemia de COVID-19, mostró la presencia de altos índices de resiliencia en factores que contribuirían a predecir una capacidad de adaptación flexible (Robles-Bello et al., 2020). Factores como la autoeficacia, el optimismo, un mayor nivel educativo, tener trabajo por cuenta propia, posibilitarían un comportamiento flexible y adaptativo que se traduciría en seguir las recomendaciones para reducir al contagio, cambiar los comportamientos en los entornos laborales, educativos y familiares, buscar información de calidad; todo ello anticiparía un cierto nivel de resiliencia. No obstante, no garantizan ni aseguran un mayor crecimiento postraumático (Robles-Bello et al., 2020).

Es importante señalar que dentro del concepto resiliencia se han encontrado dos matices, uno asociado al crecimiento postraumático y otro más referido al proceso de afrontamiento. El primero estaría enfocado en la capacidad de la persona para aprender de las experiencias adversas, obteniendo beneficios, cambiando y mejorando. Mientras que el afrontamiento aludiría más a lo que le ayudaría a mantenerse intacta (Vera, et al., 2006). Por esa razón, el crecimiento postraumático hace referencia *“al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático, que tiene lugar más desde la cognición que de la emoción”* (Calhoun y Tedeschi, 1999 en Vera et al., 2006). Las investigaciones han encontrado que algunas características de la personalidad como el optimismo, la esperanza, creencias religiosas y extroversión favorecen un cambio positivo a partir de experiencias traumáticas, constituyéndose a su vez en factores de resiliencia (Vera et al., 2006). Parece que un punto convergente entre resiliencia y capacidad de afrontamiento serían las emociones positivas.

Estudios sobre la búsqueda de trascendencia como factor de afrontamiento han acuñado el término afrontamiento religioso. Existen en la literatura estudios sobre la mediación positiva de una sana espiritualidad en el desarrollo del duelo. Se ha encontrado que la búsqueda de significado después de la pérdida media en la experiencia de duelo pudiendo conducir a un crecimiento postraumático, cambios positivos significativos y sostenidos en los compromisos vitales (Davis, 2008 en Bermejo et al, 2012). Hay autores que consideran que cuando el afrontamiento se centra en el problema y no tanto en la emoción, suele ser más adaptativo y útil para el manejo de situaciones estresantes ya que favorece el bienestar de la persona, dato que correlaciona

positivamente con resiliencia (Tomás, et al., 2012 en Redondo-Elvira et al., 2017). En una investigación realizada en 2012 con personas que atravesaban un duelo complicado se pudo comprobar que su afrontamiento estaba más centrado en las emociones y que mostraban a su vez puntuaciones bajas en resiliencia (Bermejo et al., 2012). Sin embargo, esta conclusión llevaría a un punto discutible de la teoría, ya que sostiene que la resiliencia aparece natural y frecuentemente en el duelo complicado.

Otro estudio que evaluó la percepción de las atenciones espirituales en cuidados paliativos, encontró que la atención espiritual ofrecida adecuadamente mejoraba la calidad de la vivencia en la fase terminal de la vida así como el afrontamiento de la muerte, influyendo positivamente tanto en los pacientes como en los familiares. Por atenciones espirituales se entienden la escucha, acogida, detección e implementación de estrategias de intervención así como actividades y recursos destinados al cuidado y acompañamiento con vistas a integrar la enfermedad, la muerte y el duelo con paz y serenidad (Higuera et al., 2013). Se ha llegado a encontrar una correlación entre espiritualidad y resiliencia ya que favorece la búsqueda de sentido y significado de la vida, especialmente ante el sufrimiento (Redondo-Elvira et al., 2020). Las creencias y las prácticas religiosas ejercen un impacto positivo en la disminución del estrés y la depresión en personas con estrés postraumático. En las personas de edad avanzada puede ser un factor de promoción de la salud. La práctica clínica que ha tomado en consideración la espiritualidad de los pacientes en la etapa final de la vida ha mostrado mayores beneficios (Valiente-Barroso et al., 2010).

4.2 Realidad del personal sanitario

Se van obteniendo evidencias que muestran que determinados colectivos profesionales considerados de primera línea como personal sanitario, fuerzas de seguridad, personal de supermercados, de funerarias y comunicadores experimentan un aumento significativo del impacto psicológico reflejado en síntomas postraumáticos como ansiedad, depresión, estrés, *burnout* debido entre otros; a la vivencia de situaciones de alto impacto emocional, se añade una alta exposición al virus, así como un nivel alto de estrés mantenido en el tiempo (Rodríguez-Rey et al., 2020). Entre los trabajadores de la salud, un colectivo especialmente expuesto al riesgo de estrés extremo y exposición al trauma, se detectó de forma constante una angustia relacionada con deficiencias morales por no poder brindar el tratamiento adecuado, debido a la falta de recursos y a su

compromiso empático con la tristeza y las pérdidas de los pacientes. (Greenber et al., 2020 en Lotzin et al., 2020). Por esa situación se deriva para este colectivo un alto riesgo de sufrir traumas secundarios o indirectos que podrían suscitar efectos semejantes a los de un duelo retrasado o pospuesto y desautorizado (Harrop et al., 2020).

Un meta-análisis que incluyó 13 estudios realizados en países asiáticos mostró que la ansiedad y la depresión estaban presentes en más del 20% de los trabajadores sanitarios (Pappa et al., 2020 en Rodríguez-Rey et al., 2020). Estudios realizados con población general española durante la pandemia, revelaron grados significativos de impacto psicológico, síntomas postraumáticos, ansiedad, depresión y estrés (González-Sanguino et al., 2020; Parrado-González & León-Jariego, 2020 en Rodríguez-Rey et al., 2020). Otra investigación realizada en España durante los primeros meses de la pandemia encontró que el 56.6% de los trabajadores sanitarios presentaban trastorno por estrés postraumático, el 58.6% padecían trastorno de ansiedad, el 46% trastorno depresivo y un 41% se sentía emocionalmente fatigado o agobiado (Lucero-Moreño et al., 2020). Este mismo estudio arrojó que las hospitalizaciones por síntomas de COVID-19 y el aislamiento debido a la posibilidad de contagio de la enfermedad correlacionaban positivamente con el estrés postraumático. Mostró además que los trabajadores de la salud más jóvenes tenían más síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión (Lucero-Moreño et al., 2020).

No obstante, no han dejado de surgir propuestas y estrategias encaminadas a favorecer el cuidado del personal que está en primera línea. Los investigadores coinciden en la necesidad de formar a los profesionales en cuidados paliativos así como formar a los profesionales sanitarios en el manejo del duelo de forma que contribuya a disminuir el impacto psicológico de trabajar con pacientes terminales en una situación como la actual (Harrop et al., 2020; Hernández et al., 2020; Rodríguez-Rey, 2020; Selman et al., 2020). Es necesaria una asistencia cercana y accesible de la ayuda psicológica para el personal que ha estado haciendo frente a la pandemia por casi más de un año de manera ininterrumpida. Para muchos de ellos estuvo prácticamente ausente durante los primeros y difíciles meses de la pandemia (Rodríguez-Rey et al., 2020).

Los departamentos de recursos humanos pueden monitorizar periódicamente la salud psicológica de sus trabajadores con el propósito de implementar las estrategias adecuadas de cuidado e intervención programando descansos frecuentes, días libres, proporcionar equipo adecuado que disminuya la preocupación por el contagio así como una conveniente capacitación emocional sobre técnicas de afrontamiento en situaciones de crisis y emergencias (Rodríguez-Rey

et al., 2020). Diversos estudios dan cuenta de la labor en este sentido y formulan recomendaciones para los médicos que se enfrentan al duelo por COVID-19, a la vez que ofrecen asesoramiento a los médicos de hospital y su personal, proporcionan formas de gestionar el daño moral entre los trabajadores y de primera línea ante al sentimiento de angustia psicológica profunda por tomar decisiones difíciles (Lichtenthal, et al 2020; Selman et al., 2020; Williamson et al., 2020 en Streobe y Schut, 2020).

En este escenario ha surgido una propuesta de intervención en resiliencia psicológica para mitigar las consecuencias psicológicas de los trabajadores sanitarios que responden a demandas de estrés frente al COVID-19. *Battle Buddy* se centra en poner en práctica principios de promoción en resiliencia personal poniendo especial atención en el autocuidado, la autoeficacia y la conexión social. Brinda apoyo entre pares y un consultor de salud mental asignado. Se desarrolla a través de 3 niveles u objetivos: apoyar, conectar e identificar. Se sirve del modelo cognitivo y emocional del anticipar, planificar y disuadir. La evidencia temprana ofrece facilidad y beneficios. Debido a las circunstancias, resulta fundamental abordar los riesgos y efectos del estrés psicológico, así como proporcionar ayuda a los trabajadores sanitarios (Albott et al., 2020).

4.3 Consideraciones para el abordaje y la intervención

En circunstancias en las que las pérdidas se han tornado complejas, un enfoque y comprensión más sistémico permite conocer y contextualizar la diversidad de respuestas y mecanismos que las personas y sus familias ponen en marcha: el funcionamiento y la importancia de las redes relacionales, los procesos y ritmos y la influencia del contexto social sobre sus miembros. De esta manera se favorecen la participación y los procesos de creación de significado que posibilitan un crecimiento positivo (Walsh, 2020).

4.3.1 Con las personas. Toda la literatura enfatiza en la necesidad de procurar que las redes de apoyo y el entorno social no desaparezcan durante este tiempo tan crucial para la persona. Evitando la invasividad, se sugiere evaluar las habilidades de afrontamiento para detectar precozmente a las personas más vulnerables o con otras dificultades emocionales (Bermejo et al., 2012). Además de las variables individuales que siempre se deben considerar como la edad, el sexo y la posición o lugar que se ocupa dentro de la familia, son importantes el cuidado y la

monitorización, ya que como se ha señalado, algunas formas de duelo prolongadas pueden favorecer el riesgo del consumo de sustancias como el alcohol o favorecer la aparición de otros trastornos asociados. Se sabe que los antidepresivos, a los que las personas suelen recurrir para paliar sus sufrimientos, no son eficaces para el tratamiento del duelo complicado (Nakajima, 2018). La mayoría de los estudios que han surgido en torno al abordaje del duelo en el contexto de la pandemia subrayan la necesidad de promover y fortalecer formas y vínculos de comunicación con el paciente, el cuidador familiar y los profesionales sanitarios. La relación entre sanitario y familia debe ser fluida y efectiva, abordando aspectos controversiales, toda clase de sentimientos y emociones a través de una escucha empática y activa (Glajchen y Goehring, 2017 en Hernández et al., 2020). Además hay que tener en cuenta las variables individuales.

4.3.2 Institucionales. Hay que garantizar una atención individualizada del paciente en la toma de decisiones que incluya: planificación de la atención, apoyo de sus creencias y deseos, suministrar información precisa, además de permitir que sus miembros puedan despedirse en persona respaldados por alternativas virtuales, ofreciendo apoyo moral y espiritual. A eso se añade una comunicación proactiva, sensible y regular con los miembros de la familia para validar y reforzar positivamente todas sus acciones. Estas estrategias podrían reducir el riesgo de duelo complicado (Mayland, 2020 et al., 2020). Se insiste en la necesidad de formular y seguir distintos protocolos de actuación, accesibles, y que incluyan valoración, atención, prevención, identificación de factores que podrían dificultar el recorrido del duelo, así como una intervención especializada en caso de ser necesaria. Ante situaciones como estas, el cuidado de algunos detalles como la entrega de los restos mortales, los bienes personales y aspectos burocráticos son profundamente significativos para los dolientes (Lacasta-Reverte, et al 2020).

Para el área de la salud mental se propone el *Método de Evaluación Ecológica Momentánea* (EMA). Puede ser útil ya que los factores asociados a la pandemia del coronavirus impactan en aspectos relacionados con la persona y su ambiente vital. A partir del recuerdo y la observación, el análisis de patrones cotidianos en las áreas cognitivas, conductuales y experienciales se puede tener una mejor comprensión de las dificultades para la salud del individuo, por ejemplo las asociadas a una situación de estrés postraumático (Horeh y Brown, 2020).

El *modelo de apoyo proactivo* al duelo es un servicio ofrecido a personas que han vivido un suceso traumático. Consiste en unas sesiones de asesoramiento psicoeducativo enfocado a

comprender las respuestas a la pérdida, la normalización del duelo, mejorar la conexión familiar y social y promover habilidades individuales de afrontamiento y reconexión con redes de apoyo preexistentes. De entre sus valores destacan la intervención grupal y el grupo de apoyo de pares, y favorecer la creación de expresiones simbólicas así como la importancia de proporcionar y recibir gestos de afecto y empatía que ayudan a la recuperación. Clave para sus resultados son la preparación del personal y una agenda estructurada. Hay estudios que señalan la consistencia de este modelo con el modelo de procesamiento dual y las técnicas cognitivo-conductuales. Ha mostrado resultados tras los atentados del 11S en EE. UU. y en Utoya, NO (Harrop, et al., 2020).

La práctica de la intervención debe estar orientada a suplir el aislamiento y la distancia, siendo más eficaz desde un abordaje multidisciplinar. Una constante formación, investigación y práctica clínica favorecen cuidados seguros, previenen la iatrogenia, huyendo de protocolos rígidos que no respetan el ritmo de las personas, ni se sirven de los recursos personales de afrontamiento, las expresiones, creencias y vivencias emocionales de los dolientes así como de aquellos elementos que dificultarían el afrontamiento como esperanzas infundadas o información y diagnósticos contradictorios (Hernández et al., 2020).

4.3.3 Instrumentales. Un meta-análisis sobre la prevención y el tratamiento del duelo complicado, informó de que la efectividad de intervenciones preventivas no resulta tan eficaz en comparación con aquellos tratamientos que incluyen terapia cognitivo conductual centrada en el duelo. Estas últimas mostraron que podían contribuir a disminuir eficazmente los síntomas. Dichas intervenciones tenían como propósito reducir la evitación de recordatorios y restringir los pensamientos negativos para promover la aceptación de la muerte y poder facilitar la elaboración del duelo (Nakajima, 2018).

Se ha desarrollado una escala para medir el duelo pandémico *Pandemic Grief Scale* (PGS). Es un instrumento que conjuga la medición de ciertos factores clínicos como depresión, ansiedad, deterioro funcional y afrontamiento con el fin de evaluar la salud mental de las personas, y así ayuda a identificar a aquellas que tienen mayor riesgo de experimentar dificultades y posibles duelos disfuncionales asociados a la muerte por COVID-19 (Lee y Neimeyer, 2020). Este instrumento representa un logro verdaderamente sustancial en medio de la crisis sanitaria.

Existe otra serie de estudios e investigaciones que en estos momentos trabajan para encontrar aspectos que permitan comprobar la eficacia y validez tanto de los modelos como de las

técnicas actuales de elaborar el duelo. El primero de ellos, desde un marco de resiliencia familiar, adopta un enfoque sistémico que permite un análisis estructurado de la experiencia de duelo en términos de pérdida y desafíos. El segundo, un tratamiento de duelo complicado a través de la técnica EMDR, guiado por el modelo de procesamiento de información adaptativo incluyendo elementos teóricos del apego y el procesamiento dual. (Walsh, 2020; Solomon y Hensley, 2020 en Stroebe y Schut, 2020).

Capítulo V

Discusión y consideraciones

Como psicólogos no podemos evitar el sufrimiento, sin embargo, podemos hacer que sea llevadero escuchando y acompañando en el dolor. Ayudando a la persona a descubrir sus propios recursos y habilidades. Los estudios demuestran que un considerable número de personas saldrán adelante gracias a sus fortalezas y su capacidad resiliente. Nosotros debemos mirar y acariciar a ese pequeño resto herido, frágil, necesitado.

La situación nos ha puesto a prueba a todos. En medio de la tragedia los especialistas e investigadores continúan trabajando para aprender y diseñar estrategias, corregir y afinar las ya existentes, descubrir aspectos que resulten cada vez más eficaces, especialmente para situaciones como las que enfrentamos. Es valioso contar con una herramienta que, diseñada en poco tiempo permite diagnosticar factores de riesgo que pueden convertirse en predictores de un duelo disfuncional ocasionado por COVID-19. Será interesante observar sus logros y continuar analizando su eficacia, validez y pertinencia. Siempre es una gran responsabilidad la delicada tarea de contar con un diagnóstico adecuado para no caer en determinismos ni patologización de las personas en duelo.

Se ha puesto sobre la mesa la importancia del cuidado y la atención de aquellos que cuidan a los demás. Resultará interesante indagar cómo poder cuidar y ayudar de una mejor manera a aquellos que han recibido el impacto de la pérdida y el dolor de forma vicaria, ya sea consolando o siendo factor de contención. Se ha puesto de manifiesto la necesidad de una preparación emocional ante la vulnerabilidad y la muerte, así como una adecuada formación en cuidados y acompañamientos paliativos del personal sanitario. Pero se precisa también la del psicólogo para atender a psicólogos afectados por las muertes y el drama de los demás. Se favorecería con ello la

disminución de riesgos como el *burnout*, la despersonalización en el trato con los familiares y el incurrir en iatrogenia.

Será de suma importancia agudizar la mirada y rastrear todos aquellos factores que puedan estimular en las personas y sus sistemas, modos de afrontamiento y recursos que potencien la resiliencia y el crecimiento. Se hace necesaria a su vez una preparación emocional entre la fragilidad y la vulnerabilidad, pareciera que en la sociedad del bienestar se ha descuidado incorporar aspectos relacionados con el sufrimiento y el dolor que, a pesar de su contenido y crudeza, forman parte también de la innegable realidad humana. La psicología social, de la personalidad y la salud, tendrán mucho que decirnos en los próximos años para ayudarnos a descubrir elementos y factores que nos ayuden a promover una sociedad del cuidado y la protección, favoreciendo así una cultura de la prevención.

El confinamiento, el paro laboral, la crisis económica tras la pandemia y las “otras pérdidas” han venido a favorecer en los dolientes factores de sobrecarga que inciden en la capacidad de afrontamiento complejizando algunas de las tareas del duelo. Los terapeutas tendrán que considerar estos añadidos a las variables individuales de la persona como parte del acercamiento a la intervención. Cada vez cobra mayor fuerza frente ambientes adversos, de desastres y de violencia, la capacidad de resiliencia, fortaleza y crecimiento de las personas; junto a estos tiene gran importancia el soporte emocional y espiritual. Se trata de un vector del que se comienza a estudiar en psicología. El acceso al apoyo espiritual en situaciones límite y al final de la vida es un factor que permite a las personas en duelo gestionar y transitar de manera adecuada la pérdida.

Es cierto que los estudios apenas comienzan a ver luces y mostrar resultados. Será interesante seguirle la pista por ejemplo a aquellos que sugieren que el tipo de ceremonias o su ausencia puede no ser tan crítico como se esperaría para el resultado del duelo. Los autores manejan diferentes hipótesis; las soluciones creativas ante las restricciones han aminorado los efectos negativos; otros sugieren que la falta y ausencia de ceremonias y rituales funerarios estuvieron fuera del alcance del control las personas; es decir, no fueron resultado de una decisión y voluntad personales, sino como parte de la obediencia a la autoridad y consecuencia de las restricciones que impedían su realización para la prevención del contagio, lo anterior podría favorecer una disminución en la sensación culpabilidad al no haberse llevado a cabo. Este dato interesante como muchos otros, permitirá comprender mejor qué factores están interviniendo con mayor peso en la complicación de los duelos por el COVID-19.

Tras hacer esta revisión, hay temas que han despertado mi inquietud y curiosidad: todas aquellas defunciones indirectas de la pandemia; es decir aquellas muertes ocurridas en muchos sitios no por consecuencia directa del virus, sino por padecimientos graves previos que requerían atención y que debido a la emergencia la atención sanitaria fue insuficiente para protegerles y cuidarles. Si resulta complicado afrontar la pérdida de un ser querido en las circunstancias particulares ya descritas, con cuánta mayor razón será sobrellevarla desde otros ámbitos como los centros penitenciarios. Cabría la posibilidad de hablar en este caso de pérdidas y duelos ambiguos. Será interesante que los profesionales realizaran estudios e investigaciones al respecto, que nos permitan comprender desde la realidad de la reclusión las particularidades de su sufrimiento con el propósito de acompañarlos adecuadamente. Se habla poco del duelo desde los ámbitos de vulnerabilidad y exclusión. Estudios al respecto podrían ser sugerentes para favorecer la promoción del cuidado y la inclusión.

Haber elaborado la revisión de un tema actual tiene el riesgo del olvido; es decir, una pandemia, un desastre natural, una crisis se enmarca en una temporalidad concreta. Afecta e interesa a los que lo vivimos. No obstante, hay también enormes ventajas: mirar nuestras respuestas, errores y recursos, confrontarnos y aprender. Ese es legado que podemos transmitir a los que vengan detrás, la razón última de la investigación y del estudio, aprender a servir y cuidar: cómo prevenir, cómo acompañar mejor, inclusive cómo aprender a sufrir juntos, a encontrar significado, sentido y colocación de la vida, pero juntos, como humanos, frágiles pero a la vez trascendentes.

Referencias

- Albott, C.S., Wozniak, J.R., McGlinch, B.P., Wall, M.H., Gold, B.S. y Vinogradov, S. (2020). Battle Buddies: rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the COVID-19 pandemic. *Anesthesia and analgesia*, 313(1), 43-54.
- Barreto, P., de la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2/3), 355.
- Bellver, A., Gil-Juliá, B., y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.

- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villacieros, M., Carabias, R., y Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de psicoterapia*, 22(88), 85-95.
- Bowlby, J., (1993) La pérdida afectiva, *Tristeza y depresión*. Paidós: Barcelona.
- Chen, S. y Bonanno, G.A., (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S51-S54.
- Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., Chua, H. C., y Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 61(7).
- Estevan Burdeus, P., De Miguel Sánchez, C., Álvarez Álvarez, R., Martín Molpeceres, E., Múgica Aguirre, B., Riestra Fernández, A., Gutiérrez Ruiz, A., Sanz Venturerira, L., Vicente Sánchez, F., García Jiménez, G., García Oliva, F. J., Cristóbal Saenz de Manjares, R., Corral Rubio, A., Bonivento Martínez, V., Guechoum González, J. A., Carrera Lavín, M., López Rodríguez, M. J., Morán Tiesta, C., y Del Cura González, I. (2016). Duelo prolongado y factores asociados. *Psicooncología*, 13(2-3), 399-415.
- Fernández-Alcántara, M., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., y Cruz-Quintana, F. (2016). Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista Iberoamericana de psicología y salud*, 7(1), 15-24.
- Gerson, B., Smid, G., Smit, A., Kazlaukas, E. y McFarlane, A. (2020) Can a 'second disaster' during and after the COVID-19 pandemic be mitigated? *European Journal of Psychotraumatology*, 11 (1).
- García-Campayo, J., Tazón Ansola, P., y Aseguinolaza Chopitea, L. (2011). Manejo del duelo en atención primaria. *Revista digital de Medicina psicosomática y psicoterapia*, 2, 1-18.
- García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, P., Padilla, S., Calero-Sierra, I., Monzó-García, M.,... y Rodríguez-Jiménez, R. (2020). Mental health impact of COVID-19 pandemic on spanish healthcare workers. *Psychological Medicine*, 1-3.

- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., y Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
- Harrop, E., Mann, M., Semedo, L., Chao, D., Selman, L. E., y Byrne, A. (2020). What elements of a systems' approach to bereavement are most effective in times of mass bereavement? A narrative systematic review with lessons for COVID-19. *Palliative medicine*, 34(9), 1165-1181.
- Hernández, M. A., Navarro, S. G., y 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.
- Higuera, J. C. B., González, B. L., Durbán, M. V., y Vela, M. G. (2013). Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Medicina Paliativa*, 20(3), 93-102.
- Horesh, D. y Brown, A.D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 12 (4), 331-335.
- Kimhi, S., Marciano, H., Eshel, Y. y Adini, B. (2020). Recovery from the COVID-19 pandemic: Distress and resilience. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 50, 101843.
- Kokou-Kpolou, CK, Fernández-Alcántara, M. y Cénat, J.M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12 (S1), S94-S95.
- Lacasta-Reverte, M. A., Zarcero, M. T., López-Pérez, Y., Sanchidrián, D. C., Manrique, T. P., Sanmartín, C. C., ... y Martí-Esquitino, J. (2020). Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. *Medicina Paliativa*, 27(3), 201-208.
- Lee, S. A., y Neimeyer, R. A. (2020). Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Studies*, 1-11.
- Lotzin, A., Acquarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Böttche, M., Bondjers, K., ... y Schäfer, I. (2020). Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of the COVID-19 pandemic—study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1780832. (estudio en marcha).

- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y., y Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5514.
- Mayland, CR, Harding, AJ, Preston, N. y Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVID-19: A rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60 (2), e33-e39.
- Nakajima, S. (2018). Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170273.
- Perez, S, P., (2006) Trauma, culpa y duelo. *Hacia una psicoterapia integradora*. Descleé de Brouwer: Madrid.
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., y Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Puigarnau, A. P. (2010). *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Prieto, M. (2021, 15 de enero). *Psicología y atención pastoral en situaciones de duelo* [Presentación del Curso]. Unidad Clínica de Psicología UNINPSI 2021, Madrid, España.
- Redondo-Elvira, T., Ibañez-del-Prado, C., y Barbas-Abad, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica y Salud*, 28(3), 117-121.
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., y Bueno-Guerra, N. (2020). Working in the times of COVID-19. Psychological impact of the pandemic in frontline workers in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8149.
- Robles-Bello, MA, Sánchez-Teruel, D., y Naranjo, NV (2020). Variables protecting mental health in the Spanish population affected by the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 1-12.
- Romero, V., y Cruzado, J. A. (2016). Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología*, 13(1),23-37.

- Selman, L.E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C. y Koffman, J. (2020). Bereavement support in the frontline of COVID-19: Recommendations for hospital clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e81-e86.
- Stroebe, M. y Schut, H. (2020). Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 82(3), 500-522.
- Walsh, F. (2020). Loss and resilience in the time of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence. *Family process*, 59(3), 898-911.
- Watson, F.M., Bacigalupe, G., Daneshpour, M., Han, J.W. y Cardona, P.R. (2020). COVID-19 Interconnectedness: health inequity, the climate crisis, and collective trauma. *Family Process*. 59(3), 832-846.
- Worden, W. (2013). El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia. Paidós: Barcelona.
- Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en psicología*, 21(2), 129-153.