

ABORDAJE DEL PROCESO DEL DUELO

DOSSIER PARA EL ALUMNO

1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA PANDEMIA POR COVID-19

1.1. ANTECEDENTES

La violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, sin embargo, en el sector de la atención sanitaria es especialmente grave.

El trabajo diario de los profesionales de la salud obliga a interrelacionarse con todo tipo de personas, lo que lleva implícito un alto contenido emocional y un componente subjetivo, que aflora cuando menos se desea, y que dependiendo del manejo que se sea capaz de realizar, provoca más de un disgusto o más de una satisfacción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) advierten del riesgo de considerar la violencia como una parte inevitable del trabajo, lo que se refleja en unas tasas de denuncia alarmantemente bajas.



Si bien todas las instituciones del sector salud están expuestas a la violencia laboral, unas corren riesgos mayores que otras. Los profesionales de enfermería y el personal de ambulancias son la primera categoría en tener un riesgo muy elevado de sufrir agresiones. Le siguen los médicos, auxiliares y personal técnico quienes también se exponen a la violencia laboral.

1.2. CÓMO AFECTA AL PERSONAL DEL HOSPITAL

El personal del hospital está acostumbrado a actuar en situaciones de alta demanda. Ejemplos de esto son el trabajo en UCI, áreas de Urgencia, áreas quirúrgicas, atención al usuario, áreas de hospitalización y también en

consultas y servicios de pruebas diagnósticas en las que se trabaja bajo presión asistencial a diario.

Sin embargo, un brote epidémico como el actual de Coronavirus supone un reto diferente porque sucede de forma inesperada en un periodo corto de tiempo, altera el funcionamiento de nuestras vidas, también en el ámbito extralaboral, supone la afluencia de un gran número de personas solicitando atención, y podemos adquirir la enfermedad de las personas a las que atendemos.

Entre los expertos en Salud Mental hay opiniones encontradas, dado lo novedoso de la situación. Algunos consideran, en línea con la opinión pública mayoritaria, que la situación actual generará un elevado número de cuadros de estrés postraumático y de duelo patológico. Parece algo muy intuitivo: una pandemia nos golpea súbita e inesperadamente, sin tiempo para prepararnos y afectándonos a múltiples niveles, poniendo en riesgo nuestra vida y la de nuestras personas significativas, así como nuestro modo de vida y nuestro modelo de sociedad.

En cambio, "la hipótesis sobre las consecuencias a nivel psíquico es mucho más optimista. Consideramos que, aunque se incrementen los casos de estrés postraumático y de duelo patológico, la mayor parte de las personas padecerán, como máximo, un trastorno adaptativo. Es decir, un cuadro menos grave y en principio menos duradero que las enfermedades mentales. Lo que más nos preocupa es que lo intenso de este sufrimiento psíquico súbito y generalizado detraiga recursos de la atención a las personas con enfermedad mental previa o de aquellas personas cuyo cuadro de inicio reciente sí sea grave y susceptible de cronificarse y requiera realmente un abordaje psiquiátrico y/o psicoterapéutico".

José Luis Carrasco, Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid y jefe de la sección de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos argumenta: "Estas situaciones de confinamiento activan las áreas cerebrales relacionadas con la respuesta automática al miedo, en particular algunas zonas de la



amígdala y el hipocampo. La amígdala cerebral se disparará ante la presencia de personas y desconocidas. El hipocampo habrá almacenado toda la

información traumática y nos recordará de continuo que la única protección es la distancia y el aislamiento".

También llegarán los menos conocidos trastornos adaptativos. Un trastorno adaptativo sería *"un malestar intenso psíquico que se desencadena ante el desbordamiento de la capacidad de adaptación de la persona ante una situación dada. Por elevada que sea su intensidad, ese malestar tiende a disminuir conforme las personas se adaptan a la situación o a sus consecuencias, o bien éstas desaparecen o se atenúan"*.

Algunos aspectos de la situación actual favorecen *"la presencia de un malestar intenso, como el inicio súbito, lo inesperado de la situación, la realidad y/o posibilidad de consecuencias graves a nivel sanitario y socioeconómico y la obligatoriedad de un cambio de vida. Pero, en contraposición, también se sabe que este tipo de crisis, pueden tener buen pronóstico si se acompañan de algunos factores que afortunadamente sí se están dando en la pandemia actual: el sufrimiento no permanece en privado, no es vergonzante ni debe permanecer secreto, el sufrimiento es explícito y en muchos casos se incrementa el sentimiento de comunidad y de apoyo mutuo..."*.

Esta crisis va a traer cambios en la sociedad y en cada uno de nosotros. Supone un baño de realidad cruda, con esa mezcla de miedo e incredulidad

que nos va a afectar y cambiar para siempre. La vuelta a la normalidad va a ser muy difícil.

Estos son algunos estados que pueden manifestarse.

ESTRÉS AGUDO

Este tipo de estrés lo padecen personas que han experimentado un evento traumático y que desarrollan en las primeras semanas síntomas semejantes al estrés postraumático, pero con una duración de menos de un mes.

Los profesionales están experimentando desconcierto, frustración, miedo, irritabilidad, desapego, abatimiento afectivo, dudas sobre la propia capacidad laboral y personal y del sistema de salud, anestesia afectiva, cambios de comportamiento en el trabajo y en el hogar y síntomas psicósomáticos.

Las reacciones de estrés agudo que se visualizan a diario progresan, en muchos casos, hacia síndromes ansioso-depresivos y psicopatizaciones que, en fase posterior, progresarán hacia el estrés postraumático u otras patologías. El número de profesionales que no pueden afrontar esta vivencia es preocupante.

ESTRÉS CRÓNICO

Las personas estamos equipadas para responder biológicamente a eventos estresantes agudos, y pasado un tiempo, recuperar la normalidad, la homeostasis. Cuando el estrés es crónico se va produciendo una desregulación psicobiológica que puede conducir a múltiples problemas de salud físicos y mentales.

En definitiva, el estrés crónico produce un desgaste físico y emocional que puede llevar a sufrir enfermedades graves, tales como accidentes cardiovasculares, ictus, depresión e incluso cáncer. En el caso de la depresión,

la tendencia suicida o la violencia son dos posibilidades que pueden estar presentes si no se trata adecuadamente.

El problema fundamental con relación al estrés crónico es que está infradiagnosticado, ya que es frecuente que quien lo padece se habitúe a él y no



acuda al médico pese a los síntomas evidentes. En tales casos, sólo cuando el organismo llega al límite y se produce un ataque de pánico, un infarto cualquier otro aviso de esta índole se llega a identificar el estrés crónico como agente causal.

La situación que está viviendo el personal sanitario a raíz de esta crisis de Salud Pública podemos calificarla de estrés crónico con probables episodios sobrevenidos de estrés agudo, lo que la convierte en potencialmente muy dañina para el equilibrio emocional de nuestro personal sanitario.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El estrés postraumático es un trastorno de tipo mental que aparece tiempo después de haber sufrido un evento de tipo traumático. Los síntomas característicos son:

- **lo intrusivo**, recuerdos del evento, pesadillas sobre el tema, reviviscencias y gran angustia acompañando a estas sensaciones.
- **lo evitativo**, como reflejo del intento de la mente de excluir esas experiencias intrusivas: evitar lugares, personas, hablar del tema, incluso disociar esa parte de la mente.
- Finalmente, a resultas de esta lucha entre el querer olvidar y la compulsión de recordar se produce desregulación de yo y del resto de las funciones psíquicas: alteraciones del ánimo, problemas cognitivos, de conducta.

Los síntomas suelen comenzar en los tres primeros meses después del incidente traumático, pero a veces empiezan más tarde. Para que se considere que se trata del trastorno por estrés postraumático, los síntomas deben durar más de un mes y ser lo suficientemente graves como para interferir con las relaciones o el trabajo. El curso de la enfermedad varía de una persona a otra. En algunas personas, el problema se vuelve crónico.

La vulnerabilidad previa, en forma de patología psiquiátrica o historia de traumas, será fundamental para terminar padeciendo trastorno de estrés postraumático. También influye la larga duración del estrés crónico actual.

ANSIEDAD

La ansiedad y el miedo son la gasolina que enciende la mayor parte de la psicopatología. Tenemos que estar pendientes de su aparición, detectarla a tiempo y pedir ayuda, algo que tardamos en hacer, para poder actuar frente a ella. Y nuestro objetivo será modularla, controlarla, no podemos esperar eliminarla porque la situación excepcional exige tener un cierto nivel de ansiedad.

Algunos consejos para superar la ansiedad:

- Si la ansiedad no la tratamos terminará agotando los recursos energéticos del organismo.
- No debemos automedicarnos: pedir ayuda a los profesionales de la Salud Mental.

ACEPTACIÓN

Aceptar la situación que estamos viviendo no es fácil, especialmente aquellos que estáis en primera línea de fuego. Pero tenemos que aceptarla.

La humanidad ha sufrido pestes y pandemias en el pasado. A pesar de los avances tecnológicos y sociales, a pesar de nuestros conocimientos y de los

avances científicos, lo que estamos viviendo nos ha pillado por sorpresa, no estaba previsto...y, lo sorprendente, es uno de los elementos de lo traumático.

Cuanto antes aceptemos lo que está pasando, menos nos resentiremos psicológicamente:

- La aceptación disminuye la rabia y el resentimiento psicológico. No aceptar nos desgasta, y nos lleva a rumiar o a irritarnos con nosotros o con los demás. Nos cansa y nos hace menos eficientes.
- Todo esto algún día pasará.

1.3. CÓMO AFECTA A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL

El confinamiento en el hogar es una situación sin precedentes recientes en nuestro país, y es previsible que tenga un importante impacto en el bienestar físico y psicológico. La paralización de la actividad económica, el cierre de centros educativos y el confinamiento de toda la población durante semanas ha supuesto una situación extraordinaria y con múltiples estímulos generadores de estrés.

Durante el confinamiento, los dos factores que más afectan al bienestar físico y psicológico son la pérdida de hábitos y rutinas y el estrés psicosocial, de acuerdo al primer estudio que analiza el impacto psicológico de la cuarentena por COVID-19 en China (Wang, Pan et al., 2020).

La interrupción de hábitos durante el confinamiento y la instauración de otros poco saludables (p.ej. malos hábitos alimenticios, patrones de sueño irregulares, sedentarismo y mayor uso de las pantallas) pueden derivar en problemas físicos.

Las condiciones que acompañan a una pandemia incluyen distintas fuentes de estrés para las personas. Los estudios sobre situaciones de estrés y emergencias permiten resumir las principales variables implicadas en el impacto psicológico como las siguientes: el miedo a la infección por virus y enfermedades, la manifestación de sentimientos de frustración y aburrimiento, no poder cubrir las necesidades básicas y no disponer de información y pautas

de actuación claras (Brooks et al., 2020) o la presencia de problemas de salud mental previos o problemas económicos (Wang, Zhang, et al., 2020). También el estigma y rechazo social en el caso de personas infectadas o expuestas a la enfermedad puede ser un desencadenante de una peor adaptación (Brooks et al., 2020). El grado de impacto dependerá de varios factores. De acuerdo con el estudio de Sprang y Silman (2013), la población que ha vivido una cuarentena durante enfermedades pandémicas es más propensa a presentar trastorno de estrés agudo y de adaptación y dolor (el 30% con criterios de trastorno de estrés postraumático).

Por el momento, se cuenta con escasas evidencias sobre el impacto psicológico inmediato de la COVID-19 en la población general, con unos pocos estudios publicados, principalmente con población china. El primero consistió en una encuesta a 1.210 personas en la que el 53% valoraba el impacto psicológico de la situación como moderado-grave, el 16% refería síntomas depresivos entre moderados o graves, el 28% síntomas de ansiedad moderados o graves y el 8% niveles de estrés moderados o graves. Para la mayoría la principal preocupación (75%) fue que sus familiares se contagiaran de coronavirus (Wang, Pan et al., 2020). En otro estudio con residentes de Wuhan y ciudades cercanas realizado un mes después de que se declarara el brote de COVID-19, hallaron una prevalencia de síntomas de estrés postraumático del 7% (Liu et al., 2020). En tercer lugar, el mismo grupo y con una muestra más amplia de 2.091 personas, perteneciente a la China continental, hallaron una prevalencia de síntomas de estrés postraumático agudo un mes después del brote de COVID-19 del 4,6% (Sun et al., 2020).

La realidad psicosocial de España puede tener puntos de conexión con los resultados obtenidos en estos estudios, pero sin duda pueden preverse especificidades culturales. Durante los meses de marzo y abril de 2020 surgieron numerosas encuestas, la mayoría con muestras reducidas y poco representativas. De la mayoría no se han publicado por el momento resultados. Sí se han publicado los resultados de Oliver, Barber, Roomp y Roomp (2020) que evaluaron cuatro áreas relacionadas con la pandemia: comportamiento de contacto social, impacto financiero, situación laboral y

salud estado. Más del 18% de los encuestados informaron haber tenido contacto cercano con alguien infectado por el coronavirus. En cuanto al grado de afectación, las mujeres se mostraron en general más vulnerables. El 15% de los trabajadores de pequeñas empresas señalaron que estaban en bancarrota y más del 19% habían perdido una parte significativa de sus ahorros, algunos hasta el punto de no poder pagar su hipoteca o comprar alimentos.

La cifra de teletrabajo era más baja que en otros países. El 19% de los que dieron positivo (no siendo trabajadores del sector de la salud) habían tenido contacto cercano con un cliente que tenía coronavirus.

El primer estudio con población infantil española concluyó que el 89% de niños presentaban alteraciones conductuales o emocionales como resultado del confinamiento (Orgilés et al., 2020). Si tras la cuarentena se mantienen rutinas y hábitos saludables, y se proporcionaron los apoyos necesarios por parte de los cuidadores, será esperable que la mayoría de individuos recuperen su funcionamiento normal (Barlett, Griffin y Thomson, 2020), si bien es posible que una minoría pueda necesitar apoyo psicológico tras el confinamiento, especialmente quienes ya presentaban problemas psicológicos (p.ej. traumas previos, ansiedad o depresión), trastornos del desarrollo, aquellos con cuidadores con inestabilidad económica o psicopatología previa. En el caso de los niños separados de sus cuidadores durante la epidemia o que han sufrido la pérdida de un ser querido serán más propensos a presentar problemas psicológicos, miedo a la infección y ansiedad por separación, por lo que posiblemente necesitarán atención psicológica especializada (Liu et al., 2020).

2. FACTORES DE VULNERABILIDAD

Los modelos de vulnerabilidad psicopatológica indican que existen sujetos que presentan más riesgo de padecer una afectación al margen de la situación actual y por extensión ante el estado de alarma de la COVID-19. Cabe esperar que las personas en situación de vulnerabilidad serán aquellas que por sus

características presentan una desventaja por edad, sexo, estructura familiar, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental, y que requieran de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia. Dentro de este grupo se podrían englobar las personas con diversidad funcional, la población infantil (especialmente niñas), minorías étnicas, personas con trastornos psicológicos, migrantes, refugiados, personas con diversidad sexual y/o identidad de género, entre otras minorías. Si a esto se une una situación económica complicada, la incertidumbre de la pandemia o que se infecten, desarrollen la enfermedad de COVID-19 o sufran manifestaciones más graves de la enfermedad, el riesgo aumenta.

3. PRONÓSTICO SOBRE LA AFECTACIÓN INMEDIATA Y FUTURA

Dado que es la primera vez que se produce en España una situación tan inusual e impredecible como el confinamiento para el control de la COVID-19, se carece de datos sobre cómo puede afectar a la población. Con el objetivo de conocer los efectos de la cuarentena a medio o largo plazo se han llevado a cabo estudios que han centrado su interés en la prevalencia del estrés agudo o estrés postraumático. Dichos trabajos informan del porcentaje de individuos que se ven afectados por dicho trastorno, pero no se informa de otros posibles problemas que las personas puedan manifestar una vez termine el confinamiento y que posiblemente afecten a un porcentaje mayor. Es esperable que quienes tienen predisposición a manifestar determinados problemas, o que en el pasado presentaron síntomas psicopatológicos específicos, tengan más riesgo de que dichos síntomas afloren después de la cuarentena. El miedo al contagio, o incluso síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, podrían ponerse de manifiesto en personas que han recibido un exceso de información sobre la COVID-19 o información no adecuada a su edad, así como en aquéllos que las rutinas de higiene para evitar el contagio han conseguido reducir su ansiedad y miedo a la enfermedad.

Podemos esperar dos tipos de situaciones de afectación psicológica que pueden darse durante y tras el confinamiento (Espada et al., 2020):

- a) Aquellas que se pueden considerar afectaciones específicas por estar causadas por uno o varios estímulos relacionados con el contexto de la COVID-19. Por ejemplo, casos de personas con alteraciones emocionales o conductuales afectados por un elevado estrés familiar. Nos referimos a situaciones donde la familia ha sufrido de forma significativa por cuestiones económicas, sociales o de salud, incluyendo la existencia de casos cercanos de contagio, hospitalización y duelo por el fallecimiento de personas cercanas.
- b) Afectaciones de tipo inespecífico, en las que no es posible identificar un estímulo desencadenante particular, más que el conjunto de cambios contextuales derivados de la pandemia y del confinamiento. Pueden estar relacionadas con preocupación de intensidad diversa y moderada sobre la salud, con el miedo al contagio propio o de familiares, miedo o pesimismo respecto al futuro, sensación de vulnerabilidad alta, malestar ante la incertidumbre, etc.

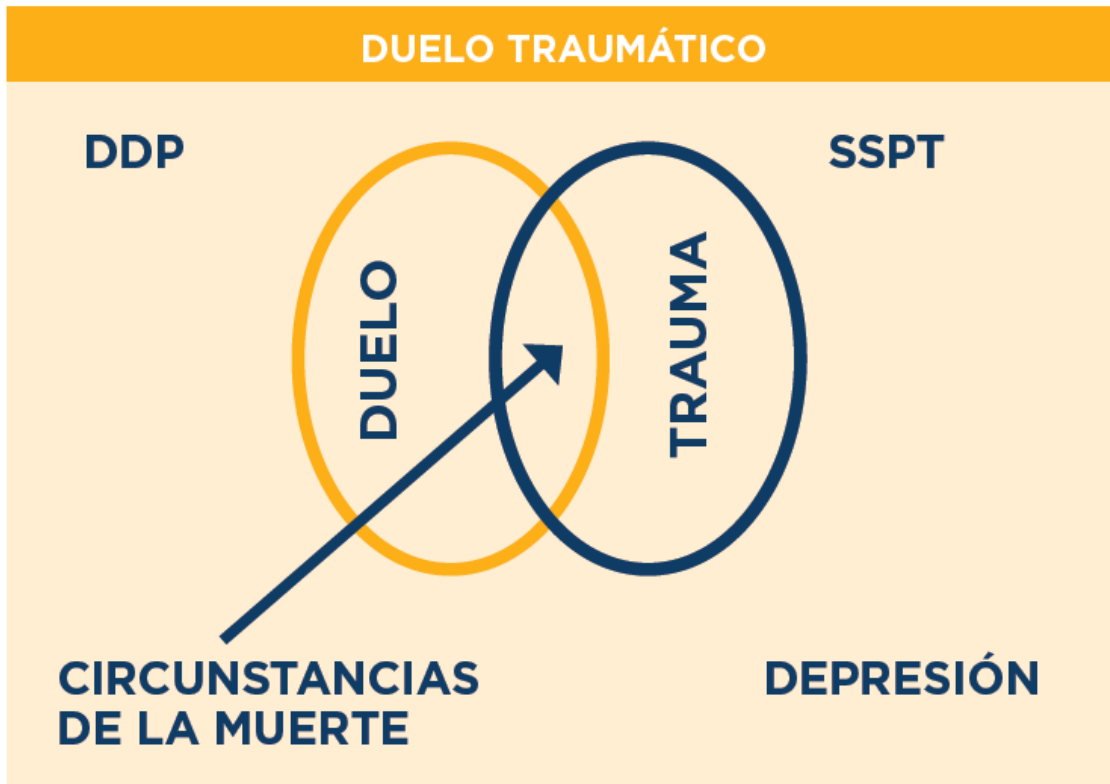
4. COVID-19: UN DUELO TRAUMÁTICO

La muerte de un ser querido ya es de por sí una vivencia difícil para todos nosotros. Si es anticipada y ha podido vivirse acompañando al ser querido en la enfermedad y en los últimos momentos, la experiencia de duelo puede verse mitigada. Lo que hace que un duelo sea de más difícil elaboración es justamente la imposibilidad de anticipar los acontecimientos y la dificultad de poder regular su impacto emocional. Si las circunstancias de la muerte cumplen alguno de estos factores, estamos ante un duelo traumático.

¿qué hace que un duelo sea traumático?

- Rapidez: falta de tiempo para asimilar - no poder graduar el impacto.
- Sorpresa: no anticipación - no poder prepararse.
- Incertidumbre: tiempo de espera sin saber - no poder predecir los acontecimientos.
- Impotencia: no capacidad de respuesta - no poder hacer nada.
- Incomprensión: falta de información adecuada - no poder entender.
- Soledad en el momento: falta de contacto de contención - no poder ser sostenido.
- Soledad posterior: falta de relaciones reparadoras - no poder hablar de lo sucedido.
- Desbordamiento: intensidad emocional alta - no poder autorregularse.

El duelo por COVID-19 cumple todos estos criterios de duelo traumático. Estos factores asociados a la naturaleza traumática de la muerte y la falta o limitación del apoyo social están considerados como dos de los factores que predicen complicaciones de duelo. Los síntomas naturales de duelo como la añoranza, las preocupaciones acerca de la forma en que tuvo lugar la muerte, la culpa o el enfado persisten, interfiriendo en la vida diaria de la persona por un tiempo prolongado, pudiendo acabar con un Desorden por Duelo Prolongado (DDP), muy posiblemente asociado con síntomas o diagnóstico de Síndrome de Estrés Postraumático (SSPT) y depresión o trastornos de ansiedad.



Los estudios de investigación señalan como consecuencias comunes en los desórdenes de duelo entre otros: aumento de suicidios, diagnósticos psiquiátricos, aumento de conductas de riesgo para la salud como abuso de sustancias, alcohol y aumento de problemas cardiovasculares y cáncer.

Debemos señalar la importancia de cómo una intervención temprana diseñada específicamente con un objetivo preventivo puede favorecer el curso hacia un duelo normal y saludable y evitar así una posible patología de duelo.

5. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL DUELO POR COVID-19

Ante la muerte de un ser querido el doliente experimenta un sufrimiento asociado a los múltiples aspectos concretos de la vivencia. Las circunstancias que rodean la muerte, la historia de la relación con el ser querido y los recuerdos, la afectación del entorno social y familiar, las emociones y reacciones físicas experimentadas y sus distintas maneras de afrontar, son áreas de la vida del doliente que van a resultar afectadas cada una de ellas

en aspectos específicos. Utilizamos para referirnos a estos aspectos concretos, el nombre de tareas, en el sentido de que deberán ser abordadas para su elaboración. No todas las personas en duelo van a expresar las mismas tareas, ni con la misma intensidad o malestar emocional.

El terapeuta hace un diagnóstico de todas las tareas presentes expresadas en el relato verbal y no verbal de la persona que solicita ayuda. Para la persona en duelo, esta diferenciación de los distintos temas que le afectan le ayuda a entender de forma más precisa aquello por lo que está pasando y con ello afronta mejor su malestar. Para el clínico es una guía clara de todos los aspectos concretos de la pérdida, a los que deberá llevar la atención del paciente para su elaboración. Cada una de estas tareas nos ofrece oportunidades de exploración que el doliente nos abre.

La elaboración de las tareas relativas a las circunstancias de la muerte facilita aceptar la realidad de la muerte y su narrativa. Las tareas relacionales, una vez reparadas permiten establecer una conexión significativa y duradera con la persona fallecida convirtiendo los recuerdos en una fuente de gratificación y aprendizajes. Manejar las emociones difíciles y las distintas maneras de afrontar fortalece la capacidad de respuesta y mejora la función adaptativa de las mismas. Reforzar las relaciones de apoyo y sociales va a garantizar un apoyo continuado muy valioso para la persona en duelo donde podrá apoyarse en su camino.

Las tareas que aparecen por el duelo por COVID19 son:

TAREAS RELATIVAS A LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE

Estas tareas se refieren a recuerdos vividos, es decir, hechos reales acerca de las circunstancias de la muerte que al recordarlos despiertan malestar. También incluyen aquellas percepciones imaginadas o supuestas que se desconocen, o sobre las que no se tiene una información suficiente. La incertidumbre, no tener información sobre lo sucedido, es un fuente de ansiedad. Esta lista no es exhaustiva, la situación es tan compleja que a

medida que acompañamos a familias nos van describiendo más y más aspectos traumáticos en el relato de la forma de morir de su ser querido.

Tareas relativas al tiempo anterior a la muerte:

- Impacto de la noticia del diagnóstico – Recuerdo intenso del momento. No dejo de pensar en esta llamada y las palabras.
- Percepción de que la muerte podía haberse evitado – Puede aparecer en forma de rumiación.
- Esto no tenía que haber pasado.
- Impotencia y culpa por no poder atender a la persona apropiadamente en el domicilio.
- La vivencia del ingreso y la separación – Recuerdo real o imaginado. Solo sé lo que me explicó el vecino.
- Incertidumbre en el tiempo de espera – La espera de la llamada del médico.
- Información confusa o falta de información – No disponer de toda la información acerca de
- cómo han sucedido los hechos. Necesito saber cómo fueron esos momentos.
- Relación con los profesionales – Posible contrariedad y/o enfado.
- Percepción de que el ser querido ha sufrido. Me lo imagino allá agitado.
- Percepción real o imaginada de soledad. Se sentía solo, nos necesitaba.
- No poder acompañar, no poder cuidar en la enfermedad – Sentimientos de impotencia y culpa.

Tareas relativas al momento de la muerte:

- Comunicación de defunción – Recuerdo vívido del momento de la noticia.
- No poder estar presente en el momento de la muerte – Impotencia, culpa, rumiación.
- No poder despedirse. Las cosas que me hubiera gustado poder decirle.

- Falta de información precisa sobre los detalles de cómo han sido los últimos momentos.
- Sufrimiento asociado a no poder cuidar y ver el cuerpo por última vez.
- Dificultades en aceptar la realidad de la muerte. Tengo una sensación de irrealidad.
- No poder compartir con nadie – Ausencia de apoyo de la red natural de familia y amigos.

Tareas relativas al tiempo posterior a la muerte:

- El momento de la recogida de las pertenencias. Muy impersonal, en una bolsa de plástico.
- Ausencia de rituales significativos de despedida / religiosos. No poder despedirle todos juntos.
- La disposición del cuerpo – Entierro. Tengo que ir a recoger la urna con las cenizas. Nos dejaron solos con el féretro en una sala vacía. No sabemos dónde está el cuerpo.
- Aspectos legales – Complicaciones debidas al confinamiento.

Estas son algunas de las tareas relativas a las circunstancias de la muerte que el doliente por COVID-19 presenta. Las expresan en forma de preocupaciones, síntomas de estrés traumático y acompañadas de emociones como tristeza, culpa, enfado, ansiedad.

TAREAS RELATIVAS A LA PÉRDIDA DE LA RELACIÓN

Otra parte del sufrimiento de la persona en duelo está asociada a los recuerdos relacionales, los que se refieren a la vida compartida en común con el ser querido, a la historia de la relación. Cómo era la relación, sea muy dependiente o sobreprotectora, cercana y cariñosa, distante o fría, ambivalente o conflictiva, va a determinar en parte las tareas relacionales presentes. En duelos traumáticos como el causado por el COVID-19, las tareas relativas a las circunstancias de la muerte suelen estar más presentes y accesibles en los primeros momentos del acompañamiento. Cuando la

realidad de la pérdida ha podido ser aceptada, y el nivel de respuestas de trauma se ha mitigado, la persona en duelo puede interiorizar una imagen de su ser querido y conectar con todos aquellos aspectos de la relación compartida que le causan dolor.

Estas tareas son universales y las encontramos, con matices, en todas las vivencias de duelo.

- El futuro no vivido. Afligirse por lo que él/o ella ya no podrá vivir, y también por el futuro imaginado juntos. No ver crecer a los hijos/nietos. La esperada jubilación. Compartir la vida juntos.
- El presente no vivido. No poder imaginar el presente sin él/ella.
- El espejo roto. La pérdida de lo que él/ella daba. Lo que se recibía de la persona. Pérdida del rol. Me hacía sentir única, especial. Era mi apoyo: sentía que era útil. Me hacía sentir buena madre/ esposo. Era el puntal de la familia.
- Relaciones ambivalentes. Relaciones con partes conflictivas, distanciamientos. Últimamente no nos hablábamos. Fue muy duro conmigo. Hubo muchas infidelidades.
- El pasado no vivido. Lo que del pasado no fue bien. La pérdida de la esperanza de reparación.
- No poder expresar el perdón. Reparar asuntos pendientes.
- Sentido de la relación: significación según el tipo de vínculo. Aspectos específicos de significación según si la persona fallecida es la pareja, padre/madre, abuela/o, hija/o, hermano/a, amigo.
- La despedida. No tener la oportunidad de reparar tareas relacionales en la última etapa de la vida y en la despedida. Imposibilidad de expresión del afecto y de la gratitud.