

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS DUELOS Y RITUALES EXPERIMENTADOS POR LOS
DEUDOS DE PERSONAS MUERTAS POR COVID-19**

TESIS:

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. NANCY ADILENE SORIA CISNEROS

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. JUDITH LÓPEZ PEÑALOZA

CO-DIRECTOR DE TESIS:

DR. JÚPITER RAMOS ESQUIVEL

COMITÉ TUTORAL:

DRA. FERNANDA VALENCIA CAMARGO

Morelia, Michoacán. Abril, 2024

Índice

Resumen.....	4
Abstract	5
Introducción	6
Antecedentes	7
Justificación	13
Capítulo 1 Duelo Por Covid-19: ¿Una Nueva Manera De Entender El Duelo?	15
1.1 Definición De Duelo	15
1.2 Manifestaciones Del Duelo	19
1.3 Duelo Desautorizado: Definición y Situaciones Que Lo Dan a Lugar	22
1.4 Duelo Complicado/Patológico	24
1.5 Duelo Familiar	26
1.2 Rituales Mortuorios como Aspecto Fundamental del Proceso de Duelo en Deudos por Covid-19	29
1.2.1 Definición y Objetivo del Ritual.....	29
1.2.2 Historia de los Rituales Mexicanos	31
1.2.3 Rituales Católicos Pre-pandemia Covid-19	32
1.2.4 Rituales para Trascender la Experiencia.....	34
1.3 Elaboración Traumática del Duelo a Partir de la Pandemia por Covid-19	35
1.3.1 Trauma y Trauma Colectivo	35
1.3.2 Duelo Traumático y Covid-19.....	37
Capítulo 2. Objetivos.....	39
2.1 General	39
2.2 Específicos.....	39
2.3 Supuestos.....	39
Capítulo 3: Método.....	40
3.1 Medios Sociales.....	42
3.1.1 Criterios de Inclusión, Exclusión y Neutros de los Participantes	44
3.2 Escenario de Estudio	49
3.3 Técnica.....	50
3.4 Registro de Técnica.....	52
3.5 Procedimiento	53

3.6 Análisis de Datos.....	56
Capítulo 4: Aspectos Éticos.....	60
Capítulo 5: Marco Contextual	61
Capítulo 6: Panorama Previo	78
Capítulo 7: Covid-19: Una Nueva Forma de Enfrentar la Muerte	82
Capítulo 8: Discusión.....	97
Capítulo 9: Conclusiones.....	110
Capítulo 10: Alcances y Limitaciones	112
Capítulo 11: Referencias	113
Anexos	127
Anexo 1. Guía piloto	127
Anexo 2. Guía participantes meta.....	130
Anexo 3. Diario de campo.....	134
Anexo 4. Guía de preguntas a personal de salud	135
Anexo 5. Guía de preguntas a personal fúnebre.....	136
Anexo 6. Consentimiento informado	138
Anexo 7. Constancia de estudio	139
Anexo 8. Guía piloto 1.....	140

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo conocer las características del duelo que experimentan las personas que han perdido un ser querido por COVID-19 en Morelia, Michoacán, México, así como explorar los rituales postmortem de deudos que perdieron un ser querido por la misma enfermedad, con los supuestos de que las personas experimentan un duelo y respectivos rituales funerarios y de despedida diferentes a los socialmente prescritos hasta antes de la pandemia por Sars-CoV-2. La metodología que se utilizó es cualitativa, bajo el paradigma construccionista y método fenomenológico y biográfico. Los participantes meta fueron personas católicas mayores de edad que experimentaron la pérdida de un ser querido por Covid-19 durante la primera, segunda y tercer ola de Covid-19 en México, y cuyo familiar fue entregado en cenizas, sin la posibilidad de manipular el cuerpo y elegir si era inhumado o cremado. Los participantes piloto fueron personas mayores de edad que perdieron un familiar nuclear por COVID-19 durante cualquier ola de la pandemia, sin importar su religión y lugar de residencia. Lo anterior a través de una entrevista mediante la técnica relatos de vida, la cual se trabajó de forma virtual y presencial cuidando los protocolos de salud. El escenario donde se llevó a cabo el piloteo de la entrevista fue en Morelia, Michoacán, México y Querétaro, Querétaro, México. Para los participantes meta el escenario fue en la ciudad de Morelia, Michoacán, México; siendo dicha ciudad la de mayor tasa de mortalidad en el estado (Secretaría de Salud Michoacán, 2021). Los resultados arrojados muestran una marcada diferencia entre los rituales permitidos previos a la pandemia y los que se realizan durante ésta, por ende, el proceso de duelo adquiere características peculiares.

Palabras clave: duelo, Covid-19, rituales, proceso de duelo, proceso de rituales.

Abstract

The objective of this research is to know the characteristics of grief experienced by people who have lost a loved one to COVID-19 in Morelia, Michoacán, Mexico, as well as to explore the postmortem rituals of mourners who lost a loved one to the same disease. with the assumptions that people experience grief and respective funeral and farewell rituals different from those socially prescribed until before the Sars-CoV-2 pandemic. The methodology used is qualitative, under the constructionist paradigm and phenomenological and biographical method. The target participants were Catholic people of legal age who experienced the loss of a loved one due to Covid-19 during the first, second and third waves of Covid-19 in Mexico, and whose family member was handed over in ashes, without the possibility of manipulating the body and choose whether it was buried or cremated. The pilot participants were adults who lost a nuclear family member to COVID-19 during any wave of the pandemic, regardless of their religion and place of residence. The above was done through an interview using the life story technique, which was worked virtually and in person, taking care of health protocols. The setting where the interview piloting took place was in Morelia, Michoacán, Mexico and Querétaro, Querétaro, Mexico. For the target participants, the setting was in the city of Morelia, Michoacán, Mexico; This city being the one with the highest mortality rate in the state (Secretaría de Salud Michoacán, 2021). The results show a marked difference between the rituals allowed prior to the pandemic and those carried out during it, therefore, the grieving process acquires peculiar characteristics.

Keywords: grief, COVID-19, rituals, grieving process, ritual process.

Introducción

El duelo es un proceso más que un estado, proceso por el cual pasa una persona que ha perdido algo importante para ella, que se adapta y se dispone a vivir sin ello, puede ser una persona que ha muerto o de la que se ha separado, pero también otro tipo de objetos con los que tiene vínculo, como una casa, un animal, un trabajo, la salud, o algún empleo (Pérez-Sales, 2006).

El duelo se trata de una serie de tareas que han de realizarse siempre que existen pérdidas y que, en situaciones de catástrofe, violencia, guerra o en específico algún hecho traumático, han de realizarse en condiciones difíciles. De acuerdo con Pérez-Sales (2006), estas experiencias traumáticas se originan porque las personas se encuentran en situaciones anormales o extraordinarias.

A causa de la pandemia por COVID-19, el mundo afronta enormes y extraordinarias pérdidas: económicas, humanas y hasta de libertad, lo anterior se traduce en duelos, angustia, ansiedad, sentimientos de desesperanza y resulta paradójico que un virus tan diminuto cause tan colosales cambios a nivel mundial.

Es importante estudiar el proceso de duelo pues aunque se considere como una reacción natural esperada ante la pérdida de una relación o de un objeto significativo, o la muerte de un ser querido (Payas, 2010), se debe replantear el proceso de duelo que ocurre a partir de la pérdida de un ser querido por COVID-19, con lo que respectivamente implica, de forma aislada de la sociedad, incluso de la familia, sin llegar a tener rituales que los ayuden a sanar y resignificar la muerte como lo son: ver el cuerpo por última vez y dedicarle unas palabras, tomar la decisión de cremarlo o enterrarlo, el abrazo consolador de amigos, vecinos, con el objetivo de descargar con ellos lágrimas y experiencias alrededor de la muerte de su ser querido, entonces, ¿cuáles son las características del

duelo y los rituales que experimentan los deudos que perdieron un ser querido por COVID-19?

Antecedentes

Para comenzar con el recorrido sobre el estado del conocimiento sobre duelo y COVID-19, es imprescindible en primer momento hacer referencia a la importancia de los desastres socio-naturales, entre ellos se encuentran los terremotos, los tsunamis y por supuesto las pandemias. Gaborit (2006), desarrolló un estudio cuyo objetivo fue comprender cómo afecta psicológicamente un desastre socio-natural, cuya finalidad de dicha comprensión fue facilitar la intervención psicosocial de manera oportuna y efectiva. Gaborit (2006), centra su atención en los terremotos de enero y febrero de 2001 en El Salvador los cuales tuvieron funestas consecuencias. El autor identificó las reacciones de las personas después del evento catastrófico, entre las que destacan: reexperimentación, evitación, estados disociativos, depresión, culpabilidad, baja autoestima. Sus resultados se consideran importantes pues la pandemia por COVID-19 ha dejado ver que algunas de las reacciones encontradas en su investigación, son similares a las consecuencias que experimenta un deudo por COVID-19.

Por otro lado, los primeros productos escritos donde se abordan de forma conjunta duelo y COVID-19, datan del año 2020, los cuales se centran en hacer recomendaciones y/o guías en torno a este fenómeno. Araujo, García, y García-Navarro (2020), tuvieron como objetivo realizar una síntesis de la evidencia disponible para establecer recomendaciones sobre el abordaje del duelo y la muerte en familiares de pacientes con COVID-19, así como ofrecer recursos sustitutos de los rituales y procedimientos necesarios con el fin de favorecer duelos funcionales. Los investigadores concluyeron que

en el proceso final de la vida en tiempos de COVID-19 los profesionales sanitarios deben trabajar despedidas, los ritos fúnebres alternativos, la atención espiritual y el afrontamiento para favorecer que se lleve a cabo un proceso de duelo sano.

En esta misma línea se encuentran una red de psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras y terapeutas especializadas en pérdida y duelo, quienes elaboraron una “Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos del coronavirus” con el objetivo de ayudar a sobrellevar estos momentos tan difíciles de aislamiento e incertidumbre, ofreciendo otras formas que suplan la necesidad de compartir y expresar el dolor con los demás y que al mismo tiempo permita honrar la memoria de los seres queridos fallecidos (Vega y otros, 2020).

Vega y otros (2020), infirieron que, a partir de la propagación del coronavirus, muchas personas fallecerán por COVID-19, pero muchas otras por el curso natural de la vida. La dimensión social de las despedidas se ha visto eliminada, de forma justificada, para evitar males mayores, sin embargo, rituales alrededor de la pérdida como la velación del difunto, ceremonias religiosas o rituales familiares, se han visto mermados; las exigencias sanitarias por la COVID-19 han limitado en gran medida estas expresiones que validan el dolor y el sentimiento de pérdida de la persona doliente y, por eso, dificultan la elaboración de un duelo normalizado.

Osiris y otros (2020), proponen un Manual operativo del curso para el acompañamiento del duelo en situaciones especiales durante la pandemia de la COVID-19 en México, con el objetivo de analizar las pautas para el acompañamiento tanatológico durante el proceso de duelo de acuerdo con el modelo de William Worden, este modelo permite adaptar la pérdida del ser querido y las tareas para afrontar su ausencia y continuar viviendo.

Por su parte, el Gobierno de Irlanda (2020), estableció una guía con las medidas que se deben respetar en los funerales durante la pandemia, entre las que destacan que el familiar debe dar aviso al personal de salud de que la muerte fue por COVID-19 (si muere en casa); y de parte del personal de salud y embalsamadores, tener sumo cuidado al tratar con el difunto, por lo anterior, muchas de las tradiciones religiosas, culturales y familiares normales que ponen un énfasis muy fuerte en el ritual de un funeral, se han visto restringidos debido a las medidas de salud pública vigentes.

En otro hemisferio del globo terráqueo y también trabajando duelo y COVID-19, se encuentra Brasil, país que cuenta con APEM-Covid (Apoyo Emocional a Pacientes con COVID-19 y sus Familias), del Hospital Clínico de la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp), es un servicio que lleva a cabo la escucha clínica de familiares de pacientes que murieron durante la hospitalización, además ayudan proporcionando herramientas para que las familias puedan despedirse del paciente a fallecer, tal es el caso de los medios electrónicos. En esta investigación se discuten aspectos universales y particulares del duelo causados por la pandemia de COVID-19 y le dan voz a algunos dolientes de los que han escuchado. Al final de su revisión los investigadores concluyen que la pandemia por COVID-19 exige el rápido desarrollo de nuevas intervenciones y formas de proporcionar atención a los pacientes con COVID-19 y sus familias (Rosalmeida y otros, 2020).

Para resaltar la conclusión de Rosalmeida y sus colaboradores, acerca de desarrollar nuevas intervenciones y atención a pacientes y deudos por COVID-19, se puede comenzar con Medina (2020), quien tuvo como objetivo en su proyecto lograr una adaptación en el proceso de duelo a un grupo de residentes geriátricos que hubieran perdido a un ser querido por COVID-19, planteó una investigación a través de un punto de vista cognitivo conductual y humanista; sus participantes fueron 6 residentes quienes a lo

largo de 12 sesiones, se evaluaron pre y post intervención. En los resultados, conclusiones y discusión se aprecia que aún está en espera de resultados significativos en los participantes, sin embargo, es de importancia resaltar que hay investigadores aportando ideas en el campo de la intervención tal como lo sugiere Rosalmeida y otros.

Jiménez y Robayo (2021), por su parte, tuvieron como objetivo diseñar un modelo de abordaje del duelo, a partir de la previa descripción de los factores de riesgo de la patologización de duelo por COVID-19, utilizaron una metodología cualitativa, con un modelo descriptivo, a través de una búsqueda bibliográfica de artículos científicos, guías de manejo, comentarios, correspondencias y cartas al editor en distintas bases de datos. Las palabras clave con las que se realizaron las búsquedas fueron: “duelo”, “COVID-19”, “dolor”, “duelo privado de derechos”, “trauma psicológico”.

A lo largo de su investigación, los autores describen los factores de riesgo en la patologización del duelo, también refieren las variantes del duelo ocasionado por las pérdidas por COVID-19, y con lo anterior proponen un modelo de abordaje del duelo durante la pandemia por COVID-19. Jiménez y Robayo (2021), concluyen con su estudio que la pandemia por COVID-19 ha desencadenado circunstancias que dificultan el duelo, por tal motivo, existe una variedad de presentación de duelo que se adapta a la nueva realidad: privación del acompañamiento, rituales de despedida y tiempo para asimilar las pérdidas. Por lo anterior, consideran que es necesario la identificación oportuna de aquellos que requieran abordaje clínico de especialidad y por ello crearon un modelo de abordaje del duelo en tiempos de pandemia COVID-19.

Siguiendo en la perspectiva clínica de duelo y COVID-19, la tesis de pregrado de Villalobos, Sidedor y Prieto (2021), que tuvo como objetivo exponer el proceso psicológico que se vive por la muerte de un ser querido en tiempos de COVID-19, pues el proceso de duelo se ha visto alterado considerablemente ya que quedan cosas inconclusas por las

medidas de contingencia sanitaria que se estipularon por todo el mundo. A partir de las medidas sanitarias, se ha visto modificada la forma de despedir a los seres queridos, como era, generalmente, a través de un ritual o ceremonia religiosa, verlo por última vez o incluso, no haberlo acompañado mientras estaba en sus últimos momentos de vida.

Villalobos, Sidedor y Prieto (2021), señalan que desde la psicología positiva se puede contrarrestar los malestares causados por los cambios en el proceso de despedida de los seres queridos. Para su investigación utilizaron una metodología cualitativa, a través de una revisión sistemática de documentos, bases de datos y buscadores; bajo el paradigma constructivista. Los autores consideran que la psicología positiva es uno de los enfoques psicológicos más efectivos para el tratamiento del duelo ya que ayuda a desarrollar habilidades como la resiliencia, que aporta estrategias para afrontar situaciones problemáticas o traumáticas.

En el campo de la teología también se han elaborado artículos que abordan duelo y COVID-19, pues han identificado que alrededor del mundo se producen micro y macro pérdidas a causa del virus SARS-CoV-2, lo cual se traduce en duelos por COVID-19 (Mora, 2021). Mora (2021), expone desde la teoría del duelo, las etapas del duelo propuestas por Elizabeth Kübler-Ross, así como las tareas propuestas por William Worden para transitar por el proceso de duelo por COVID-19. Respecto al acompañamiento pastoral específicamente, brinda pautas para trabajar con personas, familias y comunidades en cada etapa y tarea, claro, con un enfoque teológico.

Las cuestiones de ritualización como se ha expuesto en anteriores párrafos son indispensables para evitar con ello que los duelos de los deudos se compliquen, con el fin de impedir que se desarrollen problemas de salud física, emocional y mental (Lara y Castellanos, 2020).

Vergara (2021), pone de relieve la importancia de los rituales en su investigación sobre Rituales funerarios de la población de Santo Domingo, la cual realizó para obtener el grado de licenciada en antropología, y que llevó a cabo entre 2017 y 2019, utilizó una metodología cualitativa, teniendo como herramienta metodológica principal la etnografía. Conoció los rituales funerarios realizados desde 1985 hasta el 2019, realizó entrevistas a 10 personas entre 25 y 60 años de edad. Vergara también realizó un taller con la comunidad para conocer las concepciones que tenían sus pobladores sobre la muerte, observaciones, recorridos de campo, tomó fotos y elaboró un diario de campo para registrar las reflexiones. Una vez obtenida toda la información se analizó, y obtuvo como conclusiones y consideraciones finales que los rituales permiten que los dolientes se fortalezcan a través del consuelo que producen los rituales.

Siguiendo la línea de la importancia de los rituales en el proceso de duelo, pero ya introduciendo el factor COVID-19, se encuentra el estudio de Baños e Hidalgo (2021), quienes realizaron una investigación cuyo objetivo fue analizar los efectos subjetivos durante el proceso de duelo como consecuencia de la prohibición de rituales fúnebres a causa de la pandemia por el COVID-19. Lo anterior, a través de investigación bibliográfica desde la teoría psicoanalítica, con el objetivo de resaltar la importancia de los recursos simbólicos en la elaboración del duelo. El método que utilizaron fue cualitativo a través de entrevista estructurada y revisión bibliográfica. Lo previo permitió evidenciar que los recursos simbólicos como los ritos fúnebres son necesarios para la elaboración del duelo. A falta de rituales fúnebres, las personas tuvieron estragos físicos y psíquicos, además, se vieron en la necesidad de buscar nuevas vías de resignificación.

Para culminar con el estado del conocimiento se encuentra Sánchez (2020), quien elaboró un artículo en España, donde al duelo por COVID-19 lo nombra “furtivo y silente”; furtivo, porque existe una separación del enfermo y sus seres queridos, un aislamiento

físico y soledad emocional que auguraban a la muerte, además de que las ceremonias de despedida se realizaban a gran velocidad por la acumulación de demanda o por el mismo peligro de convertirse en caldos de cultivo; silente porque a pesar de que se reportaban en los medios de comunicación cientos de muertes diarias, no hubo algún indicio de tales muertes, no hubo tránsito ceremonial alguno que evidenciara la muerte de los cientos de personas, por el contrario, las personas fueron tratadas como residuos contaminantes, sin el derecho de ser vestidas, maquilladas, peinadas o arregladas por sus familiares.

Sánchez (2020), añade que, al presentarse condiciones de aislamiento familiar y procedimientos clínicos insólitos, incluso ausencia de algún procedimiento clínico, son factores que han abonado a un desconcierto, separación obligada e impedimento de rituales de sepelio, lo cual incrementa el duelo patológico y elaboraciones traumáticas de las pérdidas. Además de lo anterior, hace una amplia descripción de los tipos de duelo con posibles “ingredientes” patológicos. Dentro de sus contribuciones al duelo por COVID-19, destaca el alfabeto de la excepcionalidad de la muerte por COVID-19, pues describe un cúmulo de circunstancias inéditas e irrepetibles que se producen a raíz de la pandemia por COVID-19 las cuales modifican los rituales de despedida que se practicaban hasta antes de la pandemia.

Justificación

En las líneas anteriores se pueden apreciar los grandes esfuerzos que se han realizado por contribuir al bagaje científico sobre duelo y COVID-19, desde distintas partes del mundo y desde que la pandemia dio inicio y hasta la actualidad. En un inicio sólo con guías y manuales que ayudan a los deudos a realizar un proceso de duelo diferente al que se venía trabajando hasta antes de la pandemia, hasta llegar a las

actuales investigaciones que ya se apoyan en metodologías, métodos y paradigmas para abonar más al campo del duelo.

Sin embargo, no existen aún investigaciones que aborden las características específicas que presenta el duelo por COVID-19, con una metodología cualitativa, enfoque fenomenológico y biográfico y como técnica relatos de vida, en gran medida porque es un tema nuevo, por tanto, amerita se explore en profundidad por su importancia psicológica y emocional que tanto impacta al ser humano. Además, se podría enriquecer el acervo de investigaciones con las que se cuenta actualmente en México sobre el tema.

El duelo que viven los deudos por COVID-19 es de forma aislada de la sociedad, muchas veces también de su familia, sin llegar a tener rituales que los ayuden a sanar y resignificar la muerte. Es por ello que la presente investigación tiene como objetivo conocer cómo se desarrolla el duelo en las personas que pierden un ser querido por COVID-19 en Morelia, Michoacán, México; a través de una serie de pasos que tienen como objetivo averiguar cuáles fueron las expresiones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales de los deudos por COVID-19. Además de conocer los rituales sustitutos que han tenido que llevar a cabo para procesar su duelo.

Con lo anterior se pretende que una vez identificadas las características que se presentan en un duelo por COVID-19, se pueda prevenir su patología dada por la ausencia de rituales de despedida, identificando a los pacientes con potencial daño psicológico. La investigación en conjunto podría ser la base de una política pública para la prevención y manejo de los duelos producto de la pandemia por COVID-19.

Capítulo 1 Duelo Por Covid-19: ¿Una Nueva Manera De Entender El Duelo?

1.1 Definición De Duelo

El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una relación o de un objeto significativo (Payas, 2010). Y ya que es una reacción natural, se considera una experiencia universal, debido a que en diversos momentos de la vida las personas estarán expuestas a enfrentar distintas pérdidas. En el proceso de duelo confluyen aspectos propios del individuo, de la sociedad y de la cultura en que este vive. De ahí que el duelo sea considerado un constructo subjetivo, multidimensional, complejo y diverso, que en la actualidad se considera más como un proceso que como un estado (García, 2020).

El duelo es una construcción social que se edifica mucho antes de que las personas se sientan afligidas por su pena, el constructo de duelo se forma desde que se está plenamente vivo a través de rituales que definen sentimientos, rituales creados a partir del contexto social, cultural y familiar de la persona fallecida y de sus deudos (Rosenblatt, 2001).

Neimeyer, Klass y Dennis (2014), argumentan que el duelo más que un proceso interior e individual, es un proceso que ha de experimentarse también en esferas sociales y culturales; por lo anterior, abogan por un modelo construccionista social cuyo objetivo es centrarse en los procesos narrativos donde la sociedad sea quien le dé significado, en consecuencia, “el duelo es una actividad interpretativa y comunicativa situada, encargada de establecer el significado de la vida y la muerte del difunto, así como el estado posterior a la muerte de los deudos dentro de la comunidad” (p.485).

A partir de la definición anterior, y de acuerdo con Neimeyer (2021), el proceso de duelo no puede considerarse en etapas ni estrictamente individual, es decir que, el duelo

no se puede concebir como si les pasara o fuera algo que les hacen a los deudos; el duelo es un proceso activo el cual implica tomar decisiones desde el momento de la noticia de muerte de acuerdo con la idiosincrasia individual y colectiva, por ejemplo, ver el cuerpo del fallecido o no, hacer rituales o decidir no hacerlos.

El duelo que experimentan los deudos por COVID-19, está impregnado de experiencias que por motivos de salud y para controlar y mitigar los contagios, limitan los rituales funerarios y la decisión de ver o no al familiar fallecido, más aún cuando sólo se hace entrega de cenizas a los familiares.

Existen distintos modelos que intentan explicar el proceso de duelo que se experimenta cuando se pierde un ser querido o algún objeto real o simbólico, a través de fases, tareas u oscilaciones, sin embargo, los modelos que se abordarán son relevantes por tener un sentido didáctico, es decir, que son fáciles y muy usados cuando de abordar el duelo se trata, además, uno de ellos, de manera práctica intenta discernir entre un duelo funcional y un duelo patológico, características que se discutirán en posteriores apartados de la investigación.

Neimeyer (2021), como máximo exponente del enfoque construccionista del duelo manifiesta que existe un cambio en el mundo interno y externo del doliente, donde la vida y muerte del difunto adquiere un significado distinto para cada individuo, y donde el objetivo del proceso de duelo es la reconstrucción del mundo de los significados.

Neimeyer (2021), describe tres fases de duelo con la aclaración de que la intensidad, la duración y el significado que le aporte cada sujeto, serán únicos.

- **Evitación:** se produce para evadir la realidad de la pérdida pues puede ser imposible de asimilar.

- **Asimilación:** fase en la que se experimentan la tristeza, soledad, angustia y tensión con toda la intensidad, también se experimenta la ausencia del ser querido.
- **Acomodación:** la angustia y la tensión comienzan a ceder rumbo a la aceptación de la ausencia de la persona que ya no va a estar físicamente presente.

Por lo anterior, la función principal del proceso de duelo será adaptativa, ya que permite a una persona, familia o comunidad, encauzar los sentimientos, cogniciones y manifestaciones físicas generados por la misma (Centeno, 2013).

Por otro lado, Stroebe, Schut y Stroebe (2007), defienden que el grado en que una persona manifiesta sus emociones funge como predictor de un duelo complicado, lo que los autores proponen es un **modelo de procesamiento dual**, el cual consiste en dos oscilaciones:

- La primera oscilación **orientada hacia la pérdida:** donde básicamente el deudo o doliente puede hacer contacto con sus emociones y sentimientos y además expresarlos.
- La segunda oscilación **orientada hacia la reconstrucción:** es la oscilación que favorece a la reorganización de la vida del doliente, pues está enfocada en ajustes externos requeridos a partir de la pérdida.

Lo que quiere decir este modelo es que cuando una persona experimenta la pérdida de un ser querido o algún vínculo importante para sí, se esperaría su oscilación entre las dos orientaciones descritas previamente, en caso contrario, cuando la persona solo manifiesta una orientación y ausencia de la otra, podría ser un indicador de duelo complicado (Pascual y Santamaría, 2009).

El modelo de procesamiento dual (Stroebe, Schut y Stroebe, 2007), funge como guía para identificar los posibles casos en los que las personas que perdieron un ser querido por COVID-19, puedan manifestar un duelo complicado, lo anterior, identificando si la persona se encuentra oscilando entre la reconstrucción y la pérdida o si presenta ausencia de una de las anteriores oscilaciones, donde de ser el caso, su duelo estaría orientado a complicarse.

Por último, las tareas que describe William Worden son importantes pues por sí mismas indican alguna acción que ha de realizarse para trabajar el duelo. Worden (2004) describió cuatro tareas básicas, que consideraba fundamentales a la hora de elaborar un duelo:

- a) Aceptación de la realidad de la pérdida.
- b) Identificar y expresar sentimientos.
- c) Adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro ya no está.
- d) Facilitar la recolocación emocional del ser querido y seguir viviendo.

Romero (2013), describe las tareas de William Worden de la siguiente manera:

Primera tarea: Aceptar la realidad de la pérdida.

Se trata de superar la negación que existe en un inicio cuya función es amortiguar el impacto que supone la realidad de la pérdida. La persona debe intentar entender que la persona fallecida ya no va a volver, se puede ayudar a través de visitas al cementerio, y participando en los rituales funerarios (Romero, 2013).

Segunda tarea: Ayudar al superviviente a identificar y expresar sus sentimientos.

Esta tarea tiene como objetivo una vez que la persona acepta la realidad de la pérdida, encauzar y expresar las emociones, mediante dibujos, fotos, relatos hablados o escritos (Romero, 2013).

Tercera tarea: Adaptarse a un mundo sin el otro.

Esta tarea no es fácil, pues implica encargarse de todo lo que la persona hacía, sin embargo, se le enseña al deudo a generar estrategias para afrontar las demandas (Romero, 2013).

Cuarta tarea: Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.

Esta tarea implica recordar a la persona fallecida sin dolor, empezar nuevas relaciones, donde la persona esté viviendo el presente y vuelva a vivir plenamente (Romero, 2013).

1.2 Manifestaciones Del Duelo

De acuerdo con Rosenblatt (2001), las expresiones del duelo varían entre períodos históricos y grupos sociales, es decir, que ciertos miembros de la familia y allegados al fallecido experimentan emociones y sentimientos diferentes, un ejemplo de lo anterior son las lágrimas, que de acuerdo a la idiosincrasia euroamericana corresponden al dolor, sin embargo, éstas no son el lenguaje universal de la pérdida o al proceso de duelo, tal es el caso de los balineses, quienes nunca o rara vez lloran durante el proceso de duelo.

Otro ejemplo de lo que se manifiesta durante un proceso de duelo y respectiva pérdida lo describen Rosenblatt et al. (1976, en Rosenblatt, 2001), quienes encontraron que existen culturas donde la ira y la agresión ocupan un lugar muy importante en el proceso de duelo. Por lo anterior, se debe tener sumo cuidado al hacer afirmaciones

sobre que el duelo es en principio y básicamente igual en toda la humanidad (Rosenblatt, 2001).

Con cautela y sin hacer aseveraciones universales, conocer las reacciones que se experimentaron en un duelo pre pandemia son importantes, pues abre una ventana para identificar las posibles diferencias presentes antes de la pandemia y durante la pandemia. Para Pérez (2020), algunas manifestaciones que aparecen en personas en duelo pre pandemia COVID-19 son las siguientes:

Reacciones físicas, entre las que se encuentran: llanto, somnolencia, insomnio, taquicardia, punzadas en el pecho, falta de aire (disnea), hiperventilación, pérdida de pelo, sudor, temblores, sequedad de boca.

Entre las **reacciones afectivo-emocionales** se encuentran: shock, aturdimiento, pánico, incredulidad, confusión, rechazo, rabia, miedo, angustia, tensión, desesperanza, desamparo, depresión, apatía, culpa, impotencia, inseguridad, incertidumbre.

En las **reacciones cognitivas** se encuentran: ideas de suicidio, falta de interés, falta de concentración, falta de memoria, pérdida de control, amnesia del hecho, búsqueda del ser querido, sentimiento de inferioridad, sueños, miedos, pensamientos raros, notar la mente en blanco, etc.

Las **reacciones conductuales** podrían ser pérdida de confianza, resentimiento social, problemas familiares, problemas sociales, problemas económicos, etc.

Respecto a las **reacciones espirituales** se puede manifestar: conciencia de propia finitud, ilusión de inmortalidad perdida, papel de Dios, búsqueda de significado, castigo divino, catastrofismo, necesidad de reconciliación, refugio en la fe y las creencias religiosas, entre otras.

Por otro lado, de acuerdo con Neimeyer (2021) y las fases de duelo que describe, las manifestaciones que produce el duelo pueden ser las siguientes:

- **Evitación:** se pueden generar sensaciones de aturdimiento e irrealidad, es decir, como si lo que se está viviendo no estuviera pasando, también se ponen de manifiesto la incapacidad de realizar actividades cotidianas diarias, la desorganización y la incapacidad para concentrarse. Conforme se va siendo consciente de la pérdida, las emociones comienzan a surgir de manera abrupta y hasta agresiva contra las personas que creemos responsables de lo que ocurrió. En esta fase se fluctúa entre manifestar lo que se siente y actuar aparentemente normal, esto ayuda a asimilar de forma gradual la pérdida, después de todo, no se puede mirar constantemente al sol.
- **Asimilación:** se presenta un distanciamiento social, pesadillas sobre la muerte de la persona fallecida o sueños donde se anhela su regreso. Además de periodos de llanto impredecibles, trastornos del sueño, pérdida de apetito y de motivación, incapacidad de disfrutar y mucha desesperanza respecto al futuro. La exposición prolongada a estos estados puede cobrar factura en la salud de los deudos, con náuseas, trastornos digestivos y de forma más grave con fallos cardíacos.
- **Acomodación:** los síntomas físicos van cesando, y a medida que disminuyen se experimentan explosiones de energía cortas, seguidas de actividades prolongadas con un objetivo específico, lo que da pie al proceso de reconstrucción donde se reconstruye el mundo del deudo. En esta fase se suelen presentar punzadas de dolor y tristeza al sumergirse en experiencias que le recuerden al ser querido muerto.

El proceso de duelo es una labor en la que han de trabajarse pensamientos, emociones y recuerdos asociados a la pérdida, con el objetivo de sanar la experiencia

vivida a partir de la muerte de un ser querido (Worden, 2004). El trabajo de duelo implica un proceso cognitivo-emocional que ha de llevarse a cabo para encarar la realidad donde el ser querido está muerto (Stroebe, Schut y Boerner, 2017).

1.3 Duelo Desautorizado: Definición y Situaciones Que Lo Dan a Lugar

De acuerdo a la definición de Payas (2010), una gran variedad de pérdidas puede dar origen a un duelo; sin embargo, existen situaciones que no se encuentran reconocidas como pérdidas y por ende como causantes de dolor, por lo que no gozan de validación social necesaria que les permita a los dolientes expresar su pena y transitar su duelo.

El concepto de duelo desautorizado surge a raíz de la propuesta de Doka (2002), quien considera que el aspecto social del duelo está normado, de tal manera que muchas experiencias de pérdida no son validadas para poder ser manifestadas por los dolientes, y por esta razón las expresiones sociales son restringidas en estas personas que sufren una pérdida “ilegítima o poco valorada”.

Este autor considera que las personas bajo esta clase de duelos son privados de sus derechos para reconocer y manifestar lo que han perdido, por lo tanto, usa el término *disenfranchised* (privado de derechos). Algunos ejemplos de esta clase de duelos desautorizados, pueden ser: una relación extramarital, el término de alguna relación ya sea por muerte o separación, la muerte perinatal, el aborto clandestino, entre otros.

Para Doka (2002) existen cinco tipos de situaciones que pueden dar lugar a un duelo desautorizado, las cuales se dividen en:

1.- Relaciones no reconocidas

Son relaciones calificadas como no significativas, es decir, que no se comparte consanguinidad, no pertenecen a la misma familia. Sin embargo, sí llegan a ser relaciones

íntimas por la cercanía y la convivencia, tal es el ejemplo de la muerte de un amigo, o de una relación amorosa extramarital.

2.- Pérdidas no reconocidas

Son pérdidas a las cuales la sociedad no les da importancia, sin embargo, dan lugar a una fuerte aflicción, como la muerte de una mascota. O bien, son pérdidas de las cuales la sociedad no tiene conocimiento tal es el caso del aborto clandestino.

3.- Exclusión del doliente

En este caso, se cree que las personas con alguna discapacidad (ya sea física o mental), los adultos mayores o los niños, no tienen la conciencia de la pérdida, tampoco se les reconoce la capacidad de experimentar dolor, por ende, la manifestación de sufrimiento pasa desapercibida.

4.- Circunstancias de la muerte

Este tipo de circunstancias suelen ser “escandalosas”, están impregnadas de estigmas que dificultan la expresión del dolor, tal es el caso de la muerte por suicidio.

5.- Maneras de manifestar la aflicción

Existe una gran variedad de formas de expresar el dolor, sin embargo, solo algunas son aceptadas socialmente, por lo que, lo que no corresponde con lo normalizado cultural y socialmente, tiende a ser ignorado o a considerarse patológico, lo cual orilla a la persona a esconder su dolor.

Mediante la clasificación anterior, se puede apreciar que las manifestaciones del dolor pueden ser desacreditadas socialmente, pues es la sociedad quien se encarga de establecer y regular cada proceso de duelo (Pérez y Lucena, 2000). El duelo que se experimenta al perder un ser querido por COVID-19 es aparentemente reconocido por la

sociedad, sin embargo, hay ciertos aspectos de la experiencia *post mortem* que no son validados, un ejemplo de ello, es la falta de ritos funerarios; el doliente no tiene la oportunidad de despedirse de su ser querido como se llevaba a cabo antes de la pandemia por el virus que provoca la COVID-19, entre otros aspectos que se plantearán posteriormente.

1.4 Duelo Complicado/Patológico

El duelo es un proceso dinámico construido por la sociedad, y es ésta, además de la familia y la comunidad quien se resiste a lo que Rosenblatt (2001) denomina duelo desviado, también conocido como complicado o patológico. Las reacciones sociales que se presentan ante un duelo complicado o desviado no son meramente caprichos o deseos de una sociedad en particular, tiene el objetivo de guiar a los dolientes en su dolor y de evitar ciertas reacciones en ellos, por ejemplo, llorar por años la muerte del ser querido o dejar de realizar las actividades por meses y años prolongados (Rosenblatt, 2001).

Las características principales de los duelos patológicos son dos, la primera se relaciona con la duración de las reacciones, estas reacciones prolongadas en el tiempo dan paso a la segunda característica, pues a partir del exceso de tiempo invertido en ellas, las personas no son capaces de llevar a cabo una vida normal o funcional donde la muerte del ser querido esté resignificada (Sánchez, 2020). De acuerdo con Sánchez (2020), los síntomas que pueden estar presentes en un duelo patológico pueden listarse de la siguiente manera:

- Sentirse culpable.
- Deseos de reunirse con su ser querido muerto (intentos de suicidio).
- Pensar que no va a volver a tener una vida que valga la pena vivir.

- Depresión prolongada como la sensación de estar en un trance o sentir irreal lo que está sucediendo.
- Algún o algunos síntomas físicos: alteraciones en el peso, así como del sueño, dolores o sensaciones relacionadas con el pecho entendiendo aparato respirador y miocardio.
- Más allá del enojo, una ira incontrolada, la cual al manifestarse hace que su red de apoyo se vea disminuida.
- Dificultades de funcionamiento diario, es decir, conflicto para realizar tareas domésticas, incluso la incapacidad de conservar su trabajo.
- Exceso en el uso de sustancias tóxicas, por ejemplo, alcohol o drogas, con el objetivo de adormecer por instantes el dolor producido por la pérdida.

Se hace hincapié en que los síntomas antes descritos pueden manifestarse en un duelo normal o funcional, lo que lo diferencia de un duelo patológico o desviado, es su cronicidad a lo largo de mucho tiempo impidiéndole realizar o reincorporarse a sus actividades cotidianas (Sánchez, 2020).

El duelo patológico, anormal o desviado llega a adoptar varias formas, cuyas características se plantean como distintos tipos de duelo en la literatura, sin embargo, para fines de la presente investigación ha de nombrarse a esas características como duelo complicado, anormal, patológico o desviado. Las características de un duelo patológico van desde la ausencia o retraso de manifestaciones que den pie a un proceso de duelo normal o esperado, o un duelo de manifestación excesiva e intensa por un tiempo prolongado (Sánchez, 2020).

1.5 Duelo Familiar

El duelo familiar es un proceso por el que un sistema familiar recorre como consecuencia de la pérdida de uno de sus miembros (Bowlby, 1980). Si la familia cuenta con suficientes recursos emocionales será un cambio adaptativo, si la familia no cuenta con los suficientes recursos para trascender la experiencia, el sistema incluso puede desaparecer (Pereira, 2002).

Para mantener la integridad del sistema familiar, de acuerdo con Pereira (2002), la familia ha de poner en marcha los siguientes mecanismos de defensa:

1. Reagrupamiento de la familia nuclear: la familia disminuye el contacto con el exterior y prefieren el contacto con los miembros nucleares.
2. Intensificación del contacto con la familia extensa o personas cercanas afectivamente (amigos): la familia extensa es quien se aproxima a la nuclear en muchas ocasiones para organizar los rituales de despedida de la persona fallecida, o bien ayudar en lo necesario en el hogar.
3. Disminución de la comunicación con el medio externo: de acuerdo a las exigencias sociales de luto, se mantiene una distancia con la sociedad, es decir, se reducen las actividades festivas o consideradas frívolas.
4. Apoyo socio-cultural a la continuidad de la familia: para la sociedad las familias son su base principal, por lo tanto, tiene un interés importante en la continuidad de cada una de ellas, y lo hace a través de donaciones, becas, pensiones, seguros de vida, etc.
5. Reconciliación: lo anterior se refiere a un cese de hostilidades que pudieran existir entre algunos miembros del sistema familiar pues los agravios se vuelven relativos y emergen la solidaridad y el apoyo mutuo como valores preponderantes.

6. Conductas con frecuencia de debilidad reclamantes de protección: las conductas que suelen acompañar al dolor son el aislamiento, pérdida de hábitos o tareas cotidianas y/o en general conductas que se pueden apreciar como de debilidad, lo que genera una actitud familiar y social de compasión y protección.

Las descritas conductas defensoras del sistema familiar facilitan el trabajo del duelo familiar (Pereira, 2002), donde a su vez, el objetivo de un duelo familiar es establecer las bases de un nuevo sistema familiar, el cual surge del que ya estaba pero que de ninguna manera será el mismo (Gilbert, 1996).

Pereira (2002), basado en los modelos de Moos y Gilbert (1995;1996), propone las siguientes etapas del duelo familiar:

- Aceptación familiar de la pérdida

En esta etapa los rituales familiares juegan un papel muy importante para favorecer la aceptación de la pérdida y crear un contexto donde se puedan expresar las emociones sobre la pérdida (Imber-Black, 1991, en Pereira 2002). Cuando la experiencia de duelo se centra en un solo familiar es cuando pueden surgir problemas, pues los demás miembros se ven limitados a expresarse.

- Reagrupamiento y reorganización familiar

En esta etapa se hace manifiesta la renuncia a la existencia del miembro familiar fallecido, pues los roles familiares se distribuyen de manera diferente y los canales de comunicación se ven modificados.

- Reorganización de la relación con el medio externo

Esta etapa se produce cuando la familia se ha reestructurado de manera interna, reasigna roles y abre nuevos canales de comunicación con el medio externo.

➤ Reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar

Esta última etapa se caracteriza por la aceptación del nuevo sistema familiar, con una comunicación y organización distinta al antiguo sistema. Se hacen nuevas alianzas entre familiares y se resitúa a la persona fallecida como parte de la historia familiar.

El duelo familiar implica una reestructuración de la familia lo cual es importante para la investigación pues son sistemas que forman parte de una sociedad, la cual se ha visto afectada por la pandemia de COVID-19 con una merma en la libertad, procesos funerarios distintos, distanciamiento social, entre otras consecuencias.

Una emoción autoevaluativa que vale la pena mencionar en el duelo familiar es la culpa, pues al presentarse el SARS-CoV-2, un virus de recién descubrimiento y replicación en seres humanos, existen cosas que la humanidad desconoce acerca de su tratamiento, prevención y cuidados, lo anterior puede generar emociones sociales como la culpa, lo anterior, al no llevar a cabo las medidas sanitarias a cabalidad impuestas por el gobierno para mitigar la propagación del virus, la culpa puede estar presente en algún o algunos miembros de la familia, ya que, en el caso de haber adquirido la infección de Covid-19 y haberse infectado se piensa que se “trajo” el virus a casa y por ello se percibe que alguien enfermó, especialmente si esa enfermedad desemboca en la muerte de algún familiar.

Las emociones autoconscientes o también conocidas como autoevaluativas, son emociones secundarias o complejas que surgen a través de la evaluación del propio yo, en el caso de la culpa específicamente, es una evaluación negativa acerca de las acciones que se llevaron a cabo en distintos ámbitos (Etxebarria, 2003).

Etxebarria (2003), menciona que las emociones autoconscientes son emociones sociales y morales, pues tienen aspectos interpersonales:

- Están presentes en el desarrollo, es decir, desde niños se desarrollan criterios de los que es correcto e incorrecto, de lo que es deseable y de lo que no, aunado a lo anterior, este desarrollo no se da de manera individual, es el resultado de interacciones con el medio, con la sociedad.
- Otra característica es que surgen en contextos sociales, donde se inflige un daño al otro, se le falla o definitivamente no se le toma en cuenta.
- Presentan tendencias de acción, es decir que la persona con culpa siente la necesidad de enmendar o reparar el daño, puede ser pidiendo disculpas o llevando a cabo alguna actividad para resarcir el daño.

Por otro lado, de acuerdo con Melanie Klein (1948), la culpa aparece por un incremento de la frustración y como supresión del enojo, es decir, el enojo y la agresividad aparecen contra la persona que interfirió en la realización de un deseo, este enojo y agresividad son suprimidas y traspasadas al superyó y se expresa como culpa.

Para Pizarro (2008), la culpa se genera como el incumplimiento a las obligaciones con el medio, ya sea por un incumplimiento total, parcial o tardío donde para que se verifique la responsabilidad debe haber una relación de causalidad y daño.

1.2 Rituales Mortuorios como Aspecto Fundamental del Proceso de Duelo en Deudos por Covid-19

1.2.1 Definición y Objetivo del Ritual

Cuando una persona muere, las demandas y necesidades son muy diversas, así como complejas respecto a cada familia, la cultura y el contexto en la que se sitúa la persona que falleció. Por lo anterior, es de esperar algún proceso de lo que ha de hacerse

con el cuerpo, lo que se tendrá que decir a la sociedad, incluso lo que la sociedad tiene que decir sobre el fallecido; este proceso es mejor conocido como rituales de muerte, cuyas características principales es que son públicos, concurridos y en su mayoría de forma presente (Rosenblatt, 2001).

Un ritual está constituido por un rito, el cual, de acuerdo con la Real Academia Española (RAE, s.f., definición 2), es definido como un cúmulo de reglas previamente establecidas dirigidas a cultos y ceremonias. Por otro lado, Torres (2006), concibe los ritos funerarios como prácticas socio-culturales específicas de la especie humana, relativas a la muerte de alguien y a las actividades funerarias que de ella se derivan tales como velorios, rezos, entierros, cremaciones, momificaciones, edificación de monumentos y sacrificios humanos entre otros y sea cual sea la opción funeraria que se practique, están caracterizados por un elaborado código simbólico sobre la base de la cual se construye la realidad social.

De acuerdo con Rosenblatt (2001), los principales objetivos de los rituales funerarios son en primer momento definir el concepto de muerte y al mismo tiempo transformar y reubicar los restos corporales del difunto; en los rituales de muerte, se identifica quién expresa más su aflicción, así como quién ha de ayudarlo, también se definen los sentimientos más apropiados y se resuelve qué ha de hacerse con los derechos y obligaciones de la persona fallecida. La asistencia pública juega un papel muy importante en la construcción del concepto de muerte y respectivos rituales funerarios, pues fungen como testigos para su posterior replicación (Rosenblatt, 2001), es decir, la posible estructura a seguir en posteriores rituales *post mortem*.

Para Anderson (2010), el objetivo específico de un ritual es la sanación. La curación que se efectúa puede llegar a liberar el peso de la culpa, culpa por una relación rota o reavivar la esperanza en medio de un futuro incierto. Al ocurrir una pérdida, los

rituales familiares, religiosos, espirituales y/o culturales, brindan la oportunidad de sanar. Cuando los rituales están ausentes se habla entonces de un duelo que se podría complicar (Kapitány, y Nielsen, 2015).

1.2.2 Historia de los Rituales Mexicanos

En muchas ocasiones se piensa que los mexicanos no sufren ni le temen a la muerte, sino que hasta la desean; esto puede corroborarse en algunas películas, libros, canciones, fotografías; sin embargo, el mexicano le teme a la muerte, lo que pasa es que cada cultura tiene una forma diferente de acercarse a ella y la mexicana es por medio de la insolencia (Mendoza, 2006). La cultura mexicana se caracteriza entre muchas otras cosas por la importancia de los rituales de sus difuntos, tan es así que se tienen varios días del año dedicados a ellos.

De acuerdo con el calendario católico, el día 1 de noviembre está dedicado a Todos Santos y el día 2 a los Fieles Difuntos. Sin embargo, Mendoza (2006) describe que hay algunas variantes a lo largo del país: el 28 de octubre es el día de los muertos en accidente, y que el día 30 de octubre llegan las almas de los limbos, es decir, de los niños que murieron sin ser bautizados.

Como afirma Mendoza (2006), esta distinción de dos celebraciones de muertos según la edad, proviene de la época prehispánica. En el ritual indígena nahua existían dos fiestas dedicadas al culto a los muertos: *Miccailhuitontli* o Fiesta de los Muertecitos, el cual se conmemoraba en el mes de agosto del año cristiano, (lo que correspondía al noveno mes del calendario nahua); y la Fiesta Grande de los Muertos, celebrada el décimo mes del año (en septiembre del año cristiano).

Estas fiestas, además de dedicarse a los muertos, también se dedicaban a la agricultura, ya que en ese mes (agosto para los cristianos) debido al hielo, los indígenas

temían la muerte de sus tierras sembradas y para evitarlo, se presentaban con sus oblaciones (Mendoza, 2006).

En España también había un culto a los difuntos. Las creencias en el “más allá” y la devoción a las ánimas. Y aunque día a día han ido desapareciendo, actualmente el mes de noviembre recibe el nombre de “mes de las ánimas” durante el cual se les rinde culto en diversas formas, además de recordárseles en navidad y fin de año.

Pasados algunos años de la conquista, los pobladores pudieron observar que el día de Todos Santos los españoles ponían ofrenda para los niños muertos, y el siguiente día otra para los difuntos adultos, y entonces dejaron de hacerlo en agosto para empezar a celebrarlo en noviembre y así añadir celebraciones cristianas. Las ofrendas consistían en dinero, cacao, cera, aves, frutas, semillas en cantidad y comida.

Dicho con palabras de Mendoza (2006), no podemos decir que las festividades de días de muertos sean una evocación del pasado prehispánico. Al contrario: es una representación de la identidad, una re-creación de los orígenes de un pueblo sincrético y sintético. La maravilla del humano es ser adaptable, no sólo biológica sino también culturalmente.

1.2.3 Rituales Católicos Pre-pandemia Covid-19

Los rituales funerarios religiosos tienen el objetivo de atenuar la soledad y reestablecer un vínculo social, la participación en rituales permite a las personas adquirir su estatus social como “deudo”, lo cual facilita el proceso de duelo (Yoffe, 2015). Los rituales se realizan ante la proximidad de la muerte y posterior a esta, promueven una cercanía con los otros, una intensificación de las emociones e incluso interés por la vida (Yoffe, 2014).

El proceso de los rituales funerarios católicos se basa en la jornada Pascual de Jesucristo, es decir, desde la muerte hasta la resurrección. Por lo anterior, se anima a que los fieles católicos cursen el proceso en tres etapas: vigilia, misa exequial y rito de sepelio (Roman Catholic Diocese of Orange, s.f.). A continuación, se describe cada una de ellas de acuerdo a la Diócesis Católica Romana de Orange:

➤ Vigilia por el difunto

Es una reunión donde han de convivir familia y amigos y ha de llevarse a cabo en la casa del fallecido, en una funeraria y en algunas ocasiones en la iglesia con el objetivo de orar por la persona fallecida y apoyar a los deudos.

➤ Misa exequial

Se celebra el día del entierro, la preside un sacerdote en conmemoración de la persona que ha fallecido.

➤ Rito de sepelio

Es el paso final sobre lo que ha de hacerse con los restos corporales del difunto. Se celebra en un cementerio o capilla. Respecto a los restos cremados, deben tratarse con el mismo respeto que los humanos y han de enterrarse en la tierra o en el mar.

Respecto a las palabras de conmemoración que suelen decir algunos miembros de la comunidad allegados a la persona fallecida o familiares tienen el objetivo de compartir recuerdos del difunto centrados en la fe y la esperanza (Roman Catholic Diocese of Orange, s.f.).

1.2.4 Rituales para Trascender la Experiencia

Ritualizar es uno de los hechos más personales que existen, y aunque en la literatura encontremos cientos de rituales, cada ser humano le da una expresión y significado distinto (Neimeyer, 2021). Doka (2002) propone cuatro tipos de rituales que sirven de manera terapéutica para autorizar la experiencia y comenzarla a trascender.

- 1.- Rituales de continuidad: se reconoce la presencia y el impacto de la muerte, son rituales que permiten a la persona afligirse y recordar a la persona dando un sentido positivo a la experiencia vivida. Se puede prender una vela en su honor, por ejemplo.
- 2.- Rituales de transición: estos rituales favorecen a delimitar cambios o movimiento de rol, algunos ejemplos son el divorcio y el cambio de empleo.
- 3.- Rituales de reconciliación: se producen cuando las personas ofrecen o aceptan el perdón del difunto para con ellos, cerrar asuntos pendientes.
- 4.- Rituales de afirmación: en estos rituales se reconoce lo que se ha perdido y se agradece algún legado o la experiencia de vida dejada a partir de su muerte.

Sin embargo, Neimeyer (2021), dice que se debe prestar atención a tres dimensiones para satisfacer las necesidades del deudo cuando se va a realizar un ritual:

- 1.- El cambio en el sentido del sí mismo de la persona que ha sufrido la pérdida: es un proceso intrapsíquico personal que nos permite reflexionar sobre el papel que el ser querido ocupaba en nuestra vida, puede ser mediante la elección de un recuerdo que tengamos de la persona y compartiéndolo con los demás, o bien, reflexionando en privado ante su tumba. En este proceso también nos damos cuenta que se puede mantener una relación simbólica con la persona fallecida.

2.- La transición a un nuevo estatus social, este proceso se diferencia del anterior porque es centrado en el exterior, es decir, implica reconocer al ser querido como “difunto”; por ejemplo, la persona pasa de ser un miembro con vida en una comunidad o familia, a alguien presente en espíritu.

3.- La conexión con lo que se ha perdido en lugar de “romper los lazos” que se mantenían con la persona fallecida. Esto se logra a través de concentraciones conmemorativas en memoria de la persona que está presente en espíritu, las cuales tienen como objetivo potenciar la conexión continuada a través del hecho de compartir historias o recuerdos del difunto, así se reconoce la influencia que aún tiene sobre sus vidas.

Los ritos fúnebres son necesarios para la elaboración del duelo, a falta de rituales fúnebres, las personas se han visto en la necesidad de buscar nuevas vías de resignificación por la pandemia por COVID-19 (Baños e Hidalgo, 2021). La pandemia ha tenido un impacto psicológico de enorme importancia, haciendo que la gente pierda su sentido de control, libertad, y seguridad (Mayo Foundation for Medical Education and Research [MFMER], 2020).

1.3 Elaboración Traumática del Duelo a Partir de la Pandemia por Covid-19

1.3.1 Trauma y Trauma Colectivo

La Real Academia Española [(RAE) s, f,], define trauma como un choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente. Por otro lado, la American Psychological Association (APA, 2013), define trauma como una respuesta emocional a un evento terrible. Echeburúa et al. (2007), por su parte, definen al trauma como un suceso sumamente intenso y negativo el cual tiene como características: el surgimiento

del suceso de forma brusca, inesperada e incontrolable; suceso que pone el peligro la integridad psicológica y/o física de las personas, quienes no cuentan con la capacidad para afrontar los sucesos y cuyas consecuencias son la sensación de terror e indefensión.

Pérez-Sales (2006), concuerda con Echeburúa et al., pues define trauma como una experiencia que es identificada como una amenaza para la integridad física o psicológica del ser humano, de carácter incontable e incomprensible para los demás, se asocia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, absurdidad, horror o desconcierto.

Lo anterior se asemeja a la descripción de lo experimentado como consecuencia de la muerte de un ser querido por COVID-19, y es por ello que el concepto de trauma se introduce en la presente investigación. De acuerdo con Levine (2012), el trauma se produce cuando la capacidad del ser humano es rebasada para responder a una amenaza; como se observó repetidamente en personas que han sufrido una pérdida por Covid-19.

Pérez-Sales (2006), por su parte, caracteriza un trauma colectivo como una desestructuración social derivada de violencias económicas, políticas, sociales y/o por alguna amenaza individual o de grupo, a través de un proceso de reinterpretación mediante la narrativa social compartida, pues a fin de cuentas individuo y sociedad son indisociables.

La principal consecuencia de cualquier trauma es la afectación profunda de la confianza de la persona tanto en los demás como en sí misma. Lo anterior se deriva de la experiencia vivida de forma súbita y con la cual se generaron sentimientos de pérdida de control, temer por la vida propia, así como la indefensión (Echeburúa et al. (2007).

1.3.2 Duelo Traumático y Covid-19

De acuerdo con Corredor (2002), el duelo traumático está constituido por ciertas características de duelo complicado (por ejemplo, la intensidad de reacciones) y características de un duelo normal, es un concepto que nace en la década de los 80's por la conjugación de dos áreas muy importantes como son la traumatología y la tanatología. El duelo traumático se constituye por un hecho repentino, un cambio de vida abrupto, y por el cual se tendrá la oportunidad de experimentar un duelo.

Existen una gran cantidad de respuestas humanas ante un suceso traumático, es decir, que no hay solamente una respuesta fija a un hecho traumático. En palabras distintas, y en lo que concierne a la muerte de un ser querido, la estructura de la misma explica las consecuencias negativas provocadas por el hecho mismo; sin embargo, el significado del suceso y el apoyo social o ausencia del mismo son los que definen los efectos del suceso, de forma práctica, son los que definen si ha de presentarse un trauma y ha de transitarse un duelo traumático (Echeburúa et al. (2007).

Aunado a lo anterior, los factores psicosociales juegan una tarea muy importante para la recuperación del trauma y del duelo traumático, así pues, “un apoyo social próximo insuficiente, ligado a la depresión y al aislamiento, y la escasa implicación en las relaciones sociales y en actividades lúdicas dificultan la recuperación del trauma” (Echeburúa et al., 2007, p. 253).

Sánchez (2020), identifica que al presentarse condiciones de aislamiento familiar y procedimientos clínicos insólitos por la pandemia COVID-19, entre ellos la ausencia de algún procedimiento clínico, pueden ser factores que abonen a un desconcierto, separación obligada e impedimento de rituales de sepelio, lo cual incrementa el duelo patológico y elaboraciones traumáticas de las pérdidas.

De acuerdo con Echeburúa et al. (2007), una persona necesitaría de tratamiento psicológico y/o farmacológico cuando se encuentra de alguna forma atrapada por el hecho experimentado, cuando su sueño y apetito no se regulan, cuando sufre de manera constante, se aísla socialmente y, además, no es capaz de hacer frente a la vida, lo que puede conducir a ciertas conductas dañinas, por ejemplo, tomar bebidas alcohólicas en exceso o automedicarse. Además de negarse a hablar sobre el hecho experimentado y no existir un apoyo por parte de la sociedad, importante recalcar, se puede suscitar porque la persona se aísla o porque su entorno sea quien la evite.

Capítulo 2. Objetivos

2.1 General

Describir las características del duelo que experimentan las personas que han perdido un ser querido por COVID-19 en Morelia, Michoacán, México, así como explorar los rituales postmortem de deudos que perdieron un ser querido por COVID-19.

2.2 Específicos

- 1) Describir las reacciones físicas, emocionales, cognitivas, conductuales y espirituales de las personas que perdieron un ser querido por COVID-19.
- 2) Explorar sobre la forma en la que los deudos por COVID-19 se despidieron de sus seres queridos.

2.3 Supuestos

Objetivo General. - Las personas que pierden un ser querido por COVID-19 en la ciudad de Morelia, Michoacán, México, experimentan un duelo y respectivos rituales diferentes a los descritos y permitidos hasta antes de la pandemia.

Objetivo Específico 1. - Las reacciones físicas, cognitivas, conductuales, emocionales y espirituales que experimentan los deudos por COVID-19, son diferentes a las que se presentaban antes de la contingencia sanitaria por COVID-19.

Objetivo Específico 2. - La forma en la que las personas se despidieron de su ser querido que murió a causa de la COVID-19, fue diferente a la que había hasta antes de suscitarse la pandemia COVID-19.

Capítulo 3: Método

A partir de los objetivos, el paradigma que guio esta investigación fue el construccionismo, en este paradigma la realidad se construye desde el punto de vista de un intercambio entre individuos que comparten un contexto cultural. Este paradigma acepta que lo que ocurre entre los seres humanos adquiere significado a partir de la interacción social expresada a través del lenguaje; el lenguaje es el que posibilita la construcción de acciones conjuntas y estas acciones tienen significados para quienes intervienen en ellas y las comprenden (Agudelo y Estrada, 2012).

El construccionismo prefiere el conocimiento local, el cual está circunscrito en un contexto particular en un momento histórico determinado y rehúye afirmaciones universales sobre cómo ocurren las cosas (Agudelo y Estrada, 2012).

De acuerdo con Gergen (2007), el construccionismo maneja la propuesta de abordar acontecimientos históricos de alta complejidad, en donde el saber no se considera como absoluto y acumulado, ya que, en lo social, los fenómenos se encuentran en constante evolución. Y es precisamente porque el paradigma construccionista no es experimental o estático, que se eligió éste para guiar la investigación; la COVID-19 es un acontecimiento histórico que continuamente está evolucionando, y que sin lugar a dudas es un fenómeno global con repercusiones fatales para la humanidad que quedarán plasmadas para la posteridad.

De acuerdo con Berger y Luckmann (2001), la realidad se construye socialmente, ningún ser humano está excepto de ser afectado por los fenómenos sociales, políticos, económicos y naturales que se suscitan en su entorno; a partir de la idea anterior, se considera que cada ser humano experimenta la pandemia por COVID-19 de una manera muy particular y es a través de la recopilación de las concepciones individuales de cada

persona que se concibe a la pandemia por COVID-19 como un fenómeno social y colectivo.

Respecto a la metodología que se utilizó, esta fue cualitativa, la cual busca entender, describir y algunas veces explicar fenómenos sociales “desde el interior”; se trata de conocer cómo las personas construyen el mundo a su alrededor (Flick, 2015). De acuerdo con Hernández (2010), el punto de partida de una investigación cualitativa es que hay una realidad que hay que descubrir, construir e interpretar, y con esta idea como premisa, surge la inquietud de descubrir la realidad de las personas que pierden un ser querido a causa de la COVID-19, la forma en la que conciben su realidad, tan subjetiva y propia como seres humanos en el mundo.

Por otro lado, se encuentra el método fenomenológico y el método biográfico, con los cuales se trabajó de forma conjunta para una completa comprensión del fenómeno de estudio. La fenomenología por su parte, busca el significado de la experiencia, se encarga de estudiar cómo una persona experimenta un fenómeno determinado, donde el investigador deberá tener como característica principal la suspensión de sus propios juicios de valor (Creswell, 1998).

En lo que concierne al método biográfico, éste se constituye como un método nuclear en las investigaciones cualitativas, pues permite a los investigadores situarse en un punto convergente entre el testimonio y experiencia subjetiva de un individuo y la plasmación misma de la vida como el reflejo de una época, de unos valores, de unas normas sociales compartidos con la comunidad de la cual forma parte (Pujadas, 2002). La perspectiva biográfica o método biográfico, a través de los relatos de vida, permitió la convergencia entre la observación y la reflexión (Bertaux, 1980).

Redactado lo anterior, se puede apreciar que ambos métodos se complementaron para los fines de la presente investigación, por un lado, la fenomenología permitió dar significado a la experiencia de las personas que pierden un ser querido por COVID-19; el método biográfico, proporcionó un reflejo de la época tan difícil que como sociedad se atraviesa a través de los relatos de los participantes.

3.1 Medios Sociales

El tamaño de la muestra no es un elemento relevante en la investigación, pues de acuerdo con Martínez-Salgado (2012), es más importante la riqueza de los datos que proporcionen los participantes, así como la propia habilidad de análisis y observación del investigador. Lo que se espera en este tipo de investigación es llegar a la saturación, la cual se produce a través de la acumulación de información recabada en campo; la información obtenida se compara para rescatar los rasgos comunes y así establecer elementos estructurales, de esta manera, existe una saturación cuando no hay información nueva (Reséndiz, 2018).

Aclarado lo anterior, las personas que tuvieron a bien cooperar en la investigación, fueron familiares de personas que murieron a causa de COVID-19, específicamente del núcleo principal, mamá, papá, hermanos, hijos. La persona o incluso personas que fallecieron, fueron aquellas que fueron internadas en un centro de salud público de la ciudad de Morelia, Michoacán, México y que una vez ingresadas, los familiares no volvieron a verlo o verlos hasta que se hizo entrega de los respectivos restos de su familiar(es) y/o no tuvieron oportunidad de manipular el cuerpo para su reconocimiento. Las personas que colaboraron profesan la religión católica, fue importante definir la religión, pues cada una cuenta con significados de muerte y rituales funerarios propios. La edad en la que las personas tuvieron a bien ser parte de la investigación fue a partir de los

18 años, edad en la que legalmente se es mayor de edad y con criterio propio para tomar decisiones en México.

Para delimitar el espacio temporal de los participantes, se ha de exponer que al momento en que este documento se escribe, México ha experimentado tres olas de contagios y muertes por COVID-19. La primera ola a causa del virus SARS-CoV2, tuvo su punto más álgido en julio del año 2020. La segunda ola reconocida en México presentó su punto máximo entre diciembre del año 2020 y enero del año 2021, superando la segunda a la primera respecto a contagios y muertes por COVID-19 (Sin embargo, 2020). A partir del 8 de julio de 2021 la Organización Panamericana de la Salud, reconoce que México se encuentra en la tercera ola de COVID-19 (Expansión política, 2021).

Para fines de la presente investigación se buscó y solicitó la colaboración de personas que hayan experimentado la pérdida de un ser querido por COVID-19 durante la primera, segunda e incluso tercera ola. La primera ola porque en un inicio la enfermedad era tomada con mucha incredulidad, habiendo muchas personas que no tomaron las medidas sanitarias correspondientes para mitigar y controlar la COVID-19. Al no tomar las medidas necesarias, los hospitales comienzan a presentar saturación, los pacientes comienzan a morir y los crematorios no se dan abasto.

La segunda ola es importante por el lapso en que se presenta, pues al ser participantes católicos, la tradición religiosa promueve la convivencia familiar en época decembrina y el llamado “maratón Guadalupe-reyes”. Se pretendió que esa época fuera de aislamiento en el núcleo familiar pues se conocía a cabalidad las consecuencias de asistir a congregaciones masivas de personas, donde de forma casi segura se contrae el virus.

La tercera ola también se tomó en cuenta para la investigación pues aunque se introduce un factor muy importante: la vacunación, la cual dio inicio en diciembre del año 2020 con el personal de salud y primera línea contra la Covid-19, seguido por personas de la tercera edad, después por personas entre 50 y 59 años, enseguida adultos de 40 a 49 años y de julio de 2021 a marzo de 2022 (Secretaría de Salud, s.f.), y la probabilidad de que las personas que han sido vacunadas y cuenten con su esquema completo se ha visto reducida de forma significativa, aseguró Hugo López Gatell, subsecretario de Salud (Zea, 2021), hay personas que siguen falleciendo aún con la o las vacunas, el dolor por la muerte de su familiar es igual o incluso mayor, pues se contaba con la ilusión de que ya se estaba protegido.

3.1.1 Criterios de Inclusión, Exclusión y Neutros de los Participantes

3.1.1.1 Participantes Piloto.

Criterios de inclusión:

- Mayoría de edad.
- Experimentar la muerte cercana de un familiar por COVID-19 (núcleo familiar).
- Que el cuerpo del familiar fallecido haya sido entregado en cenizas sin reconocimiento previo.
- Que la hospitalización y muerte hayan ocurrido en la república mexicana.

Criterios de exclusión:

- Que el familiar haya tenido la posibilidad de identificar a su familiar posterior a su muerte.
- Menores de edad.
- Que el familiar fallecido no pertenezca al núcleo familiar.

Criterios neutros:

- Escolaridad
- Sexo
- Empleo
- Religión profesada
- Lugar de hospitalización y deceso.

En la siguiente tabla se muestra el concentrado de los datos sociodemográficos de los participantes piloto:

Tabla 1

Datos de Participantes Piloto

Partici pante	Edad	Sexo	Estudios	Empleo	Reside	Estado civil	Hijos	Dece so
PP1 Nelson	43	M	Técnico	Radiólogo	Morelia	Casado	3	1
PP2 Valeria	28	F	Licenciatura	Ama de casa	Querétar o	Unión libre	Emba razo	1
PP3 Emilio	28	M	Licenciatura	Asesor	Morelia	Soltero	0	1
PP4 Mau	30	M	Bachillerato	Ventas	CDMX	Unión libre	0	1

3.1.1.2 Participantes Meta. *A partir del análisis de los relatos de los participantes piloto, se definieron y justificaron los criterios que se tomaron en cuenta para llevar a cabalidad los objetivos planteados en la investigación.*

Criterios de inclusión:

- Mayoría de edad.
- Experimentar la muerte cercana de un familiar por Covid-19, es decir, muerte de un miembro del núcleo familiar y que residan juntos.
- Profesar la religión católica.
- Que el cuerpo del familiar fallecido haya sido entregado en cenizas o empleado en ataúd, en ambos casos, sin reconocimiento previo.
- Que la hospitalización y muerte hayan ocurrido en Morelia, Michoacán, México.

Criterios de exclusión:

- Ser ateo.
- Que el familiar haya tenido la posibilidad de identificar a su familiar posterior a su muerte.
- Menores de edad.
- Que el familiar fallecido no pertenezca al núcleo familiar.
- Que la hospitalización y muerte hayan ocurrido fuera de Morelia, Michoacán, México.

Criterios neutros:

- Escolaridad
- Sexo
- Empleo

Tabla 2*Datos de Participantes Meta*

Participante	Edad	Sexo	Escolaridad	Empleo	Estado civil	Hijos	Deceso
CHELA	52	F	Licenciatura	Docente	Viuda	1	Esposo
LULÚ	55	F	Secundaria	Ama de casa/Intendente	Viuda	2	Esposo
TERE	84	F	Secundaria	Jubilada	Viuda	8	Hija
FERNANDO	57	M	Licenciatura	Recursos Humanos	Casado	2	Hermano y papá
LACHINO	60	F	Licenciatura	Enfermera	Soltera	0	Papá y hermana

FÉLIX	28	M	Licenciatura	Enfer- mero	Soltero	0	Mamá
MOISÉS	52	M	Licenciatura	Docent e	Soltero	0	Papá

Con el objetivo de conocer el preámbulo de las muertes, es decir, conocer el lugar y el contexto donde se desarrollaron los hechos, se entrevistó a personal de salud, así como personal operativo de funeraria, de quienes se encuentran sus datos más relevantes en la siguiente tabla (tabla 3).

Tabla 3

Datos de personal de salud

Nombre	Puesto/trabajo
Leonardo	Médico
Cinthia	Médico
Berenice	Enfermera
Félix	Enfermero

Posterior a la muerte de las personas, a los familiares les era imposible acudir a identificar los respectivos cuerpos de su o sus familiares, pues eran indicaciones del sector salud con el objetivo de prevenir más contagios y muertes. Por lo anterior, fue crucial entrevistar a personal operativo de funeraria para conocer qué pasaba con los cuerpos después de dar finada a la persona. En la tabla 4 se muestran los nombres de las personas que tuvieron a bien colaborar. Cabe resaltar que el área de recursos humanos

con quien se tuvo contacto fue quien nos sugirió que se entrevistara al personal operativo, pues son ellos quienes tienen más contacto tanto con los cuerpos como con los familiares de los finados, incluso los ayudan a elaborar los documentos necesarios.

Tabla 4

Datos de personal operativo

Nombre	Puesto/trabajo
José Ángel	Personal operativo
Daniel	Personal operativo
Hugo	Personal operativo

3.2 Escenario de Estudio

El escenario de estudio donde se desarrolló el pilotaje de la entrevista corresponde a la ciudad de Morelia, capital del estado de Michoacán de Ocampo, México, ubicada a 1920 metros sobre el nivel de mar, con una población aproximada de 600000 (seiscientas mil) personas de las cuales aproximadamente 289000 (doscientas ochenta y nueve mil) son masculinos y 318000 (trescientos dieciocho mil) son femeninos (Ciudades y directorio. Todas las ciudades de México, s.f.).

También se recopiló información de pobladores de la ciudad de Querétaro, donde viven de manera aproximada 1590000 (un millón quinientas noventa mil) personas de las cuales 772000 (setecientos setenta y dos mil) son masculinos y 825000 (ochocientos veinticinco mil) femeninos (Ciudades y directorio. Todas las ciudades de México, s.f.). Se describe a esta ciudad pues ahí reside una de las participantes piloto. En Querétaro, para la primera quincena de enero del año 2022 se han confirmado más de 108 mil personas

como portadoras del virus SARS-CoV2, y de éstas, más de 5 mil seiscientas han fallecido por COVID-19 (Covid-19 México, s.f.).

El escenario de los participantes meta correspondió únicamente a la ciudad de Morelia, Michoacán, México, donde para el primero de agosto del año 2022 se habían confirmado 30 mil 125 personas como portadoras de Covid-19, y un total de 2 mil 302 personas fallecidas como consecuencia del virus SARS-CoV2 (Covid-19, s.f.), siendo la ciudad de Morelia la de mayor tasa de mortalidad en el estado (Secretaría de Salud Michoacán, 2022). Por lo anterior, se considera a Morelia como la mejor opción para llevar a cabo el estudio.

3.3 Técnica

Los relatos de vida se consideran una forma de abordar la experiencia, la vivencia subjetiva de cada persona respecto de un hecho o evento experimentado (Bertaux, 1980). De acuerdo con Denzin (1970, en Bertaux, 1980), es importante reconocer la diferencia entre *“life history”* y *“life story”*; para el primer concepto, Denzin propone hacer uso de él en estudios de caso enfocados en una sola persona, donde además del relato de vida narrado por el participante, se eche mano a varios documentos como informes médicos o judiciales, entre otros.

“Life story” por otro lado, hace referencia a la vida de una persona narrada de propia voz tal y como dice que han sucedido los hechos y experimentado de forma personal incluso conservando sus peculiaridades lingüísticas con la intención de proporcionar un mayor peso testimonial (Pujadas, 2002), dadas las características anteriores, Denzin (1970, en Bertaux, 1980) propone utilizar el concepto de relato de vida, el cual considera más preciso.

El objetivo de la investigación es describir las características de los duelos que experimentan las personas que han perdido un ser querido por COVID-19, por tanto, se considera que la técnica de relatos de vida preservará la esencia tan personal y subjetiva como lo es la experimentación de un duelo, es innecesario recurrir a documentos o cualquier información que venga del exterior, pues ningún documento expondría la vida de la persona como lo haría la persona misma. Un relato permitirá un despliegue de información en medida que el narrador se sienta en confianza (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008).

Existen investigaciones que se fundamentan en un solo relato de vida, otras investigaciones incluyen varios relatos, pero aislados unos de otros, sin embargo, existen otras más que incluyen varios relatos de vida, pero recogidos en un medio homogéneo, donde se cuida que el medio social cuente con las mismas características, por medio de esto, aparece la saturación, la cual se debe superar ampliamente para que permita dar validez a la perspectiva biográfica y a las conclusiones (Bertaux, 1980).

La entrevista piloto (anexo 1) se desarrolló a través de la técnica relatos de vida dirigida a participantes piloto con el objetivo de mejorar la guía para los participantes meta, la técnica mencionada se ha llevado a cabo en todo el proceso de la investigación pues al ser un tema tan delicado y subjetivo, es innecesario cerrar las preguntas, cuando la riqueza de la información se encuentra en la narración abierta de los participantes.

La entrevista o guía de preguntas dirigida a los participantes meta se estructuró a partir del piloteo previo, donde se agregan más temas con el objetivo de ampliar el relato y obtener más información relevante que dé respuesta a los objetivos de la investigación (anexo 2).

3.4 Registro de Técnica

El registro de técnica que se llevó a cabo fue la de cuaderno de campo narratorio la cual consiste es contestar tres preguntas: ¿Quién está contando esta historia?, ¿Quién está escuchando esta historia? y ¿Qué historia se está escuchando? (Cornejo et al., 2008), se decidió realizar las transcripciones y apelar a un diario de campo (anexo 3) donde las primeras dos preguntas fueron contestadas ahí.

Se cuidó la literalidad de la transcripción del relato y se centró mayor atención en lo que Pujadas (2002) considera criterios clave al momento de transcribir:

- De acuerdo con la concordancia morfosintáctica, hacer un texto legible.
- Identificar con un código específico pausas, dudas, énfasis o cualquier expresividad oral, con el objetivo de eliminar sobrecarga de signos de puntuación y que estos no entorpezcan el análisis.
- Conservar la idiosincrasia y léxico jergal del participante.

Realizar la transcripción de manera inmediata a que se obtiene la entrevista abona a que el nivel de cuestionamiento se vea mejorado en posteriores entrevistas, además de que hace visible de forma pronta la saturación (Bertaux, 1980).

Por otro lado, el aparato que se utilizó para recolectar la información fue un celular Samsung Galaxy S21+, el cual cuenta con una memoria RAM de 8GB y una memoria interna de 128 GB, ideal para audio grabaciones pues la aplicación destinada para grabar voz cuenta con la opción de elegir modo “entrevista”, donde los micrófonos están enfocados a captar con mayor nitidez las conversaciones (Samsung, 2021). Además, con algunos participantes se realizaron grabaciones de video vía Google Meet y Zoom, pues a los participantes se les facilitaba más por ese medio que una cita presencial.

3.5 Procedimiento

1. Elaborar dos guías para recabar información sobre el contexto de las personas que pierden un ser querido por COVID-19 y que no tuvieron la oportunidad de despedirse de él. Una guía está dirigida a médicos de primera línea que han enfrentado la enfermedad causada por el virus SARS-CoV2 (anexo 4); la otra guía está encaminada a conocer la experiencia de los trabajadores de distintas funerarias de la ciudad de Morelia, Michoacán, México encargados de trasladar y/o manejar los restos de los muertos por COVID-19 (anexo 5).
 - 1.1 Mejorar y modificar las guías con asesoría.
 - 1.2 Una vez aprobadas buscar médicos y funerarias que tengan a bien regalar tiempo para colaborar con la investigación.
 - 1.3 Los documentos con los que se comprueba el curso de la maestría son la credencial de alumno, la carta de consentimiento informado (anexo 6), y una constancia de estudios (anexo 7).
 - 1.4 Respecto a médicos: un doctor que tuvo a bien colaborar en una charla de aproximadamente 45 minutos, encargado de área Covid-19 durante las primeras tres olas de la pandemia tanto en hospitales públicos con privados. El lugar de encuentro fue un café donde se pidió permiso para grabar la reunión y aceptó. Una enfermera trabajadora en un hospital público, quien trabajó durante toda la pandemia, además de laborar de manera privada atendiendo a pacientes enfermos de Covid-19. Un enfermero trabajador en el área pública durante la pandemia, quien además vio morir a su madre por Covid-19.
 - 1.5 Respecto al personal fúnebre: fueron tres personas que colaboraron

- 1.5.1 Primero se acudió al lugar donde se velan de manera regular a las personas, para averiguar cómo se solicitaba el permiso para abordar a los trabajadores.
 - 1.5.2 Me dirigieron al área de recursos humanos de la funeraria en otro edificio. Acudí, me presenté y presenté el proyecto, en un par de días se contactarían conmigo para la autorización o no.
 - 1.5.3 Me permitieron charlar con personal operativo ya que ellos a partir de la presentación de la investigación y los objetivos de la misma, me sugirieron fuera el acercamiento con ellos.
 - 1.5.4 El tiempo de charla fue de entre 30 y 45 minutos a las 7 de la mañana pues a esa hora es el cambio de turno y cuentan con menos actividades, las 3 entrevistas fueron audio grabadas con consentimiento.
2. Escuchar y hacer resumen de las entrevistas correspondientes de personal médico y funerario con el objetivo de identificar la mayor cantidad de información posible para una elaboración más cercana al objetivo de la investigación.
3. Una vez escuchadas y analizadas las entrevistas, se procede a elaborar la guía piloto 1 que esté dirigida a los deudos de Covid-19 o participantes meta (anexo 8).
4. Realizada la guía piloto se envió al codirector de tesis para su revisión.
5. Ajustada la guía piloto (anexo 1) gracias a la revisión del codirector, se procede a buscar a los participantes piloto.
6. El acercamiento con los participantes piloto fue a través de terceros, es decir, conocidos de conocidos. Las personas que conozco tuvieron a bien explicarles de manera general el objetivo de la investigación y contactarme con ellos.
7. Una vez que contacté a los participantes piloto vía what's app, les expliqué a mayor detalle la investigación y les pedí amablemente una reunión presencial o

virtual para darles una amplia explicación y acordar una cita para llevar a cabo la entrevista.

8. Acordado el día de la reunión se procedió a dar un panorama sobre la investigación resaltando los objetivos y proporcionándoles su consentimiento informado de ser presencial y de manera virtual se preguntó si se podía grabar la sesión para en la misma proceder a corroborar que se podía grabar la reunión y que los datos son confidenciales.
9. Una vez que se contó con la primera grabación la cual fue presencial y de aproximadamente 30 minutos, se procedió a transcribir con el objetivo de una apropiación de la información.
10. Dada la segunda grabación, la cual fue de manera virtual vía Google Meet de alrededor de 60 minutos, se procedió a transcribirla y comenzar a marcar o anotar puntos convergentes entre la anterior y ésta, así como sus diferencias.
11. Al obtener la tercera grabación a través de la aplicación de Zoom de aproximadamente 60 minutos, se procedió a transcribirla y comenzar a marcar o anotar puntos convergentes y divergentes entre las tres entrevistas.
12. Una vez transcritas y marcados los puntos relevantes de las transcripciones, se me pidió elaborar ejes analíticos.
13. Se enviaron los ejes de análisis encontrados y se procedió a su envío para revisión.
14. Fueron revisados los ejes y complementados, por lo tanto, se reestructuró la guía para los participantes meta.
15. Ya se contaba con la guía, sin embargo, las personas contactadas que habían confirmado su participación, desistieron y prefirieron no participar.

16. Se optó por contactar a la Secretaría de Salud (SSA), con el objetivo de que se proporcionara algún dato para contactar a las personas que perdieron un familiar por Covid-19.
17. Se realizó un análisis de la información que tuvieron a bien proporcionar, donde se filtraron a los potenciales participantes por los criterios de inclusión, exclusión y neutros de los participantes.
18. A cada potencial participante se le visitó de manera presencial en su domicilio, pues es importante recalcar la inseguridad que se vive en el país y la poca posibilidad de que una llamada telefónica de un número desconocido sea contestada.
19. A través de la SSA se obtuvieron algunos participantes, otras personas entrevistadas fueron buscadas mediante terceros.
20. Se transcribieron y analizaron todas las entrevistas obtenidas hasta llegar a un punto donde la información se saturó.
21. Se procedió a redactar los resultados de forma narrativa y haciendo énfasis en las frases de los participantes, cuyo objetivo es brindar un panorama fiel sobre lo que experimentan las personas que pierden un familiar por Covid-19.

3.6 Análisis de Datos

El análisis cualitativo de los datos tiene como objetivo principal comprender el significado de acontecimientos clave en la vida de una persona, de una comunidad, de un contexto, de una cultura (Gibbs, 2012). La metáfora y las explicaciones son dos herramientas que han de ser muy útiles a la hora de analizar datos cualitativos, en específico de una narración. La metáfora por su parte, ayuda a describir un hecho, objeto, sentimiento o situación que la persona no puede explicar de forma explícita, o bien, es un término común compartido en la sociedad donde está inmerso. Las explicaciones por su

lado, son utilizadas por las personas para dar alguna razón; hay dos tipos principales de explicaciones: la primera es la excusa cuyo objetivo es aliviar acciones cuestionables por la sociedad, y la segunda es la justificación, donde la persona que la expresa tiene la intención de connotar sus ideas de forma neutral o incluso asignarle valores positivos a acciones cuestionables o comportamientos no muy bien vistos por su comunidad (Gibbs, 2012).

La función principal de las narraciones para esta investigación es satisfacer las necesidades psicológicas, pues se les ofrece a las personas que participan en la investigación, hacer frente a las alteraciones de rutinas cotidianas, entre las que destacan los hechos traumáticos (Gibbs, 2012), tal como lo es la muerte de un ser querido por Covid-19.

De acuerdo con Gibbs (2012), la forma más utilizada para analizar datos cualitativos es el texto, pueden ser transcripciones, diarios de campo, o algún otro tipo de documento. Además de lo anterior, actividades como llevar notas de campo y un diario de investigación tienen el objetivo tanto de recoger datos como de iniciar su análisis.

Por lo tanto y después de entrar a campo y recabar entrevistas en audio y video, se procedió a la transcripción de las mismas para su análisis. Para Gibbs (2012), la transcripción es una copia mecanografiada de notas de campo, entrevistas y observaciones, donde se introducen cuestiones de fidelidad, precisión e interpretación, añade que existen peligros como la descontextualización o la omisión de lo que vino antes y después de la entrevista.

Una medida correctiva que se tomó fue la realización de diarios de campo con el objetivo de plasmar en ellos lo que sucedió antes, durante y después de la entrevista, además de describir las emociones generadas en la misma y sesgar lo menos posible

(Gibbs, 2012). Otra medida que menciona Gibbs (2012), para corregir transcripciones, es leyendo lo transcrito y escuchando y/o viendo el video o audio, lo cual puede llevar a interpretaciones diferentes y más apegadas a lo que el participante quiso transmitir.

El análisis fenomenológico parte del supuesto de que las personas buscan la manera de dar significado a lo que experimentaron (Howitt y Cramer, 2011), cuyas características del evento vivido son la poca frecuencia con que se presentan y/o de valor experiencial único para quien las vive (Duque y Aristizábal, 2019). De acuerdo con Camic et al. (2003), un análisis fenomenológico tiene como objetivo determinar el significado de la experiencia de los participantes, y de acuerdo con el objetivo general y específicos de la presente investigación que son describir su experiencia sobre el duelo que se vive a partir de perder un ser querido por Covid-19 y los rituales que ello conlleva, se apela al análisis fenomenológico. Lo anterior a través de una descripción minuciosa y profunda del evento o experiencia que se tiene como propósito abordar (Howitt y Cramer, 2011).

Por su parte, la función analítica de los relatos de vida tiene como objetivo representar lo que ocurre en la “realidad social”, una vez que está claro y definido el carácter de lo que se está investigando, se puede hablar de un “objeto sociológico”, es decir, que el fenómeno o hecho se desprende o proviene de lo social, que no nace de la mente del investigador mitómano y, por lo tanto, se puede decir que a través de voces individuales se expresa lo social (Bertaux, 1989).

Gibbs (2012) propone una serie de actividades prácticas para el análisis de datos:

1. Leer y releer la transcripción de las narraciones obtenidas a través de la entrevista, para familiarizarse con la estructura y el contenido. Se deberán buscar acontecimientos, es decir, qué sucedió específicamente; experiencias, éstas pueden estar expresas con imágenes, a través de sentimientos y/o reacciones;

explicaciones, que pueden ser justificaciones o excusas y la narración, es decir, la forma lingüística de contar la historia.

2. Identificar el principio, el clímax y el final en la narración con la ayuda de un resumen.
3. Al margen del resumen puede anotar ideas temáticas, puntos clave e ideas que se repitan a lo largo de la narración.
4. Para resaltar la estructura general de la historia ha de tomar notas o redactar memorandos y usarlas donde las personas dan explicaciones de sus acciones.
5. Identificar y resaltar historias pequeñas o subtramas que estén alojadas en la historia.
6. Resaltar las palabras que reflejen emociones, imágenes, metáforas y sentimientos del narrador.
7. Codificar las ideas temáticas y desarrollar un marco de codificación. Usando códigos amplios como “ocupación”, “padres”, “hijos”, “hospital”, “casa”, por mencionar algunos.
8. Comenzar a conectar las publicaciones teóricas con las ideas que se han desarrollado a partir del análisis de la narración, en un punto posterior al análisis.
9. Llevar a cabo comparaciones caso-por-caso mediante ejes temáticos. Comparar opiniones de diferentes participantes que estuvieron involucrados en el mismo evento, así como similitudes en los acontecimientos narrados por las personas.

A través de toda la investigación se va llevando a cabo el análisis, cuyo objetivo es ir construyendo la representación del objeto estudiado, una vez que la representación es estable, se puede llegar a concluir que el análisis ha llegado a su fin (Bertaux, 1980).

Capítulo 4: Aspectos Éticos

De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (APA) los psicólogos están comprometidos a incrementar su conocimiento científico y profesional sobre la conducta y la comprensión de las personas sobre sí mismas y sobre otros y al uso de ese conocimiento para mejorar las condiciones de los individuos, las organizaciones y la sociedad. El Código de Ética tiene como objetivos el bienestar y la protección de los individuos y los grupos con los cuales los psicólogos trabajan (Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 2010).

La presente investigación se realizó con base en principios éticos, entre los cuales destacan la privacidad y la confidencialidad como característica esencial de la relación entre el investigador y las personas que van a colaborar para que se lleve a cabo el proyecto (Del Río Sánchez, 2007).

Otro aspecto fundamental es el consentimiento informado el cual debe ofrecer información clara y precisa sobre el objetivo de la investigación, los riesgos y beneficios de la misma, así como informar a los individuos que su participación es voluntaria y que pueden retirarse libremente cuando lo juzguen conveniente (Cañete, Guilhem, y Brito, 2012).

Una vez concluida la investigación, no se puede impedir el acceso a los datos sobre los cuales estarán basadas las conclusiones, con el propósito de que las personas que tengan interés en el tema verifiquen las afirmaciones esenciales a través de un segundo análisis, sin descuidar la confidencialidad de los participantes (Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 2010).

Capítulo 5: Marco Contextual

Ulrich Beck, sociólogo alemán y estudioso de la modernización, individualización, globalización y la llamada “sociedad de riesgo”, entre otros temas, propone este último concepto para determinar a las sociedades que se caracterizan por la imposibilidad de atribuir responsabilidad a la naturaleza, a algún Dios, incluso a la sociedad, por lo que la responsabilidad de la presencia o ausencia de riesgos, así como su mitigación, depende únicamente de las decisiones que se toman de manera individual en el contexto de la modernidad (Ballesteros, 2014).

De acuerdo con Beck (Ballesteros, 2014), son dos las características primordiales de las sociedades de riesgo: su naturaleza global y sus causas modernas. Por lo anterior, los peligros a los que nos enfrentamos en la actualidad son el resultado de los avances tecnológicos, políticos y hasta económicos, entre ellos el aumento de la temperatura, la industrialización y el más reciente, la pandemia por Covid-19.

La pandemia por Covid-19 se determina como tal por la OMS (2020), el día 11 de marzo del año 2020, debido a los niveles alarmantes de propagación y gravedad de la enfermedad. El 31 de diciembre del año 2019, se notificó que, en Wuhan, China, prevalecía un conglomerado de casos de neumonía, en días posteriores se determinó que dicha neumonía está causada por un nuevo coronavirus (OMS, 2020).

Este nuevo coronavirus pertenece a una familia de virus cuya forma es similar al de una corona, de ahí su denominación. En la actualidad están presentes 7 coronavirus que tienen la posibilidad de enfermar humanos, los primeros cuatro, HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 y HCoV-HKU1, circulan entre humanos y son responsables de resfriados leves; por otro lado, los coronavirus MERS-CoV, SARS-CoV y SARS-CoV-2, sólo circulaban entre animales, sin embargo, debido a las mutaciones que

experimentaron, ahora tienen la capacidad de enfermar al ser humano con una enfermedad respiratoria grave, siendo el último, responsable de la Covid-19 (Gobierno de México, s.f.).

Fuera de China, el 13 de enero de 2020 en Tailandia, se registra el primer caso de Covid-19, poniendo a gobiernos y en general a la población en alerta, pues el virus había salido de su lugar de origen. Y aunque para el 14 de enero de 2020 ya habían confirmado 41 casos, la OMS declaraba que la transmisión entre seres humanos no sería sorprendente pues ya contaban con la experiencia de patógenos previos como el SARS y el MERS.

Tan solo 8 días después del primer contagio registrado fuera de China, funcionarios en el estado de Washington, confirman que una persona estaba contagiada con SARS-CoV-2. Para el día 22 de enero, ya con contagios fuera del país de origen de la enfermedad, China decide que de manera temporal cerrará sus aeropuertos y estaciones de ferrocarril, para esta fecha ya había 17 muertos y al menos 547 casos en el continente nada más.

El 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias, sugiere al Director General de la OMS que declare el brote de SARS-CoV-2 como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), y es aceptada; sin embargo, no es hasta el 11 de marzo del mismo año que se le declara como pandemia, fueron más de 5 semanas donde se vio a la enfermedad como algo que seguramente se iba a poder controlar, fueron 5 semanas que la enfermedad le llevó ventaja a la humanidad.

En lo que concierne a México, es el 28 de febrero de 2020 cuando se confirma que el Covid-19 ha llegado a nuestro país a través de una persona que estaba en Italia y que regresó a la Ciudad de México, pero esta persona ya llevaba 6 días en el país y desde el

día de su arribo el 22 de febrero presentaba síntomas, esto de acuerdo con Secretaría de Salud.

Sin embargo, no solo de Italia se trajo el contagio, dos pasajeros que provenían de Estados Unidos y que llegaron a México entre el 5 y el 10 de febrero, también venían enfermos, la diferencia con el caso de Italia, es que ellos presentaron síntomas hasta tres semanas después de su arribo. Aunque los primeros contagios se identificaron de Italia y Estados Unidos, fue de España la mayor cantidad de casos llegados del extranjero entre el 28 de febrero y el 23 de marzo, para después comenzar a presentar síntomas de Covid-19.

En Michoacán, se dieron a conocer los primeros contagios de Covid-19 el 20 de marzo de 2020, fueron tres personas de nacionalidad española que llegaron a Michoacán, así como una mujer mexicana, de estos primeros cuatro casos, 3 se situaron en la capital Michoacana y el otro en Lázaro Cárdenas.

Sin embargo, fue hasta un mes después, el 20 de abril, cuando el entonces gobernador de Michoacán, Silvano Aureoles Cornejo, decreta un confinamiento obligatorio para los michoacanos. Lo anterior provocó el cierre de negocios no esenciales, y las personas se preparaban para mantenerse resguardados en sus hogares por 40 días, que era el tiempo en el que estimaba el gobierno, todo mejoraría, solo sería una cuarentena y todo volvería a la normalidad.

Para este punto, en todo México existía la incertidumbre, el desconcierto, hasta la incredulidad sobre si la enfermedad de la que se hablaba en el mundo era verdad, o un invento de gobierno, una parte de la población mexicana lo vivió como una enfermedad lejana, como una mentira, como un invento del gobierno que escondía algo más, sin embargo, otros tantos sí creían en la enfermedad y se comenzaron a hacer las compras

de pánico, los estantes de papel higiénico fueron vaciados, se compró una gran cantidad de cloro y desinfectantes de todo tipo, las personas empezaron a elaborar sus propios geles desinfectantes en casa, y el alcohol etílico era lo más vendido para combatir el virus.

Conforme avanzaban los contagios y las muertes, los hospitales de la capital michoacana se iban llenando cada vez más de pacientes positivos a Covid-19, fueran públicos o privados, hasta llegar a una saturación donde los pacientes ya eran tratados en los mismos pasillos de los hospitales públicos, esto no pasó en los privados porque hay una apariencia que guardar.

Aunado a la saturación estaba la molestia y el enojo de los capitalinos, pues a Morelia arribaban personas de otros municipios y localidades con el interés de ser atendidos, lo que provocaba que las personas residentes de la ciudad buscaran algún espacio en hospitales privados si su economía lo permitía, incluso quedarse en casa fue una opción que muchas personas enfermas prefirieron antes que “exponerse” al virus, cabe resaltar que se entrecomilla la palabra “exponerse”, pues gran cantidad de la población en primera instancia y sin pruebas que avalaran que era Covid o no, pensaban que era un refriado común y que si iban a un hospital, incluso a una consulta, saldrían contagiados con SARS-CoV-2.

La enfermedad fue minimizada, los gobiernos confiaron en que podrían mitigarla, que no se les saldría de control, que sería como una enfermedad más como con las que ya habían lidiado, pero evidentemente no fue así. Las decisiones que se fueron tomando tanto de los ciudadanos como del gobierno, trajeron como resultado millones de muertes, millones de familias incompletas, huérfanos, viudos y viudas, y dejaron a padres sin sus hijos.

Pero, ¿qué hicieron las principales potencias mundiales económica y políticamente para combatir la enfermedad? China intentó sobresalir en ayuda económica y humanitaria, pues se cree que pudo haber sido una estrategia para desviar la atención y no culpar a la nación por no prevenir la pandemia y sus estragos económicos a nivel global, sin dejar de lado las vidas perdidas. Por su parte, Estados Unidos fue lo que precisamente quiso hacer, que China se responsabilizara por lo que estaba ocurriendo y las consecuencias que traería, además de mantener una postura sólida de potencia mundial, capaz de sobrellevar ellos mismos la enfermedad. Rusia, otro actor importante, proyectó una estrategia cuya finalidad era ser una alternativa a los grupos de Estados Unidos y China; Rusia se proyectó con una imagen de confianza y muy objetiva frente a países de Europa.

Covid-19 trajo consigo conciencia sobre la vulnerabilidad de la raza humana, sobre la velocidad con la que un patógeno se puede propagar y que, al ser un mundo globalizado, no hay fronteras que impidan la relación entre personas de diferentes países, incluso pensar que en lugar de que cada potencia mundial proyectara un plan de respuesta a nivel nacional, hubiera sido ideal una estrategia conjunta a nivel global con el único objetivo de salvaguardar la vida y dejando de lado por unos momentos los intereses económicos y políticos, pues como menciona Beck (Ballesteros, 2014), somos un mundo globalizado, donde lo que hacemos o dejamos de hacer tiene y tendrá repercusiones a gran escala.

Por lo anterior, y sin dimensionar lo que significaría para el mundo la Covid-19, morir por SARS-CoV-2 se veía como un panorama lejano cuando inició la enfermedad en China, una enorme confianza en que no sería nada grave era lo que prevalecía para casi toda la humanidad, sin embargo, Covid-19 rápidamente migró a Europa y América, y es hasta entonces que empezamos a sentir zozobra por lo que pudiera pasar, ver en las

noticias que morían personas de la tercera edad, era hasta obvio, dado un sistema inmune comprometido por la edad, sin embargo, cuando se da a conocer que las muertes empiezan a prevalecer en personas jóvenes, la incertidumbre crece “¿cómo puede una gripe llevarse a una persona joven?” las personas no lo entendíamos.

La angustia de poder enfermar y morir, creció cuando se dio a conocer que eran más proclives a morir personas que presentaran enfermedades como diabetes e hipertensión. En México 1 de cada 4 personas padecen hipertensión, es decir que más de 30 millones de mexicanos tiene hipertensión arterial (Secretaría de Salud, 2022). En lo que concierne a la diabetes, en 2019, la Federación Internacional de Diabetes situó a México como el sexto país a nivel mundial con más casos de diabetes, solo por debajo de China, Indonesia, Estados Unidos, Pakistán y Brasil (Milenio, 2020). La República Mexicana tiene una tasa de mortalidad por esta enfermedad de 11.0, donde Michoacán presenta una tasa de mortalidad superior a la tasa a nivel nacional de 12.9 (INEGI, 2022). Durante la primera ola de la pandemia las personas con diabetes tenían 3.6 veces más probabilidad de ser hospitalizadas y tienen 2.3 posibilidades más de morir si enferman de Covid-19 (International Diabetes Federation, 2021).

Aún y cuando se sabía que las comorbilidades de diabetes e hipertensión propiciaban un panorama fatal para las personas que enfermaban con Covid-19, fue hasta que las personas cercanas comenzaron a morir, que las personas tomaron con seriedad la enfermedad. Dicho de otra manera, las muertes se volvieron significativas cuando le tocaba a un conocido, después a un vecino, un familiar lejano o cercano, y sin lugar a dudas, fue aterrador cuando un miembro de la familia nuclear, mamá, papá, hermanos, hijos, enfermaban.

Otro factor que hizo de Covid-19 una enfermedad altamente mortal previo a la vacuna, fue la falta de información o conocimiento sobre la misma, no saber qué hacer

cuando en la familia se comenzaba con una “gripa normal”, personas incrédulas de la enfermedad la dejaron pasar, unas murieron, otras viven, pero también hubo quien inmediatamente buscó ayuda médica y aun así los médicos carecían de información sobre este nuevo virus, todo lo que hacían era de manera improvisada, con el único objetivo de salvar la vida de las personas.

Algunos médicos se sentían responsables de la muerte, pues no sabían a ciencia cierta qué hacer, otros preferían evitar el contacto con las personas que llegaban y proporcionaban los cuidados mínimos y básicos; por otro lado, también hubo médicos que a pesar de no saber qué hacer ante esta enfermedad desconocida, no vacilaron en hacer frente de manera íntegra. Ejemplo de lo anterior el Dr. L, quien no dudó en ayudar a una joven en sus últimos momentos de vida, al llegar el Dr. L a su guardia nocturna, se encontró con que una joven no se quería dejar entubar a pesar de estar grave, los demás médicos no indagaron la razón por la cual no quería la joven. El Dr. por su parte le preguntó cuál era la razón por la que no permitía se le hiciera el procedimiento médico, su respuesta fue contundente: “es que quiero hablar con mi familia y encargarle a mi perro para que no lo regalen si me muero”.

El médico sin titubear, pero con un nudo en la garganta, le proporcionó su celular personal, la joven le dijo el número de su mamá, la mamá contestó y la joven pudo decirle a su mamá que si ella moría no regalara a su perro y que lo cuidara. Cortaron llamada y la joven se dejó entubar por el médico, unas horas después falleció la joven con la tranquilidad de que su perro se mantendría en su hogar aun con ella muerta.

Aunque no existían protocolos establecidos y que se actuaba de forma improvisada, nunca faltó la calidez humana en algunas personas, porque al final de nuestra vida lo único que se quiere es morir en paz, sin cuentas o asuntos pendientes.

Covid-19 fue desconcertante en muchos sentidos, su impacto a nivel mundial, nacional, estatal y local, no tienen precedentes actuales, la velocidad y silenciosa forma en la que atacaba el virus fue impresionante, los primeros signos y síntomas de la enfermedad eran muy discretos y para cuando se agudizaban ya era demasiado tarde, en algunos casos, las personas fallecían, y sin lugar a duda lo que movilizaba los familiares para tomar la decisión de llevar al enfermo a un nosocomio era la falta de oxigenación, es decir, una dificultad visible para poder respirar.

En la tabla 5, se muestra la evolución de la enfermedad a través de las primeras dos olas y hasta la tercera, donde ya se contaba con el programa de vacunación y que para cuando se presentó, ya estaban vacunados el personal de salud y gran parte de la población de tercera edad.

Las diferencias entre las personas que morían en su casa y las que morían en hospitales fueron muy marcadas, por un lado, quedarse en casa significaba buscar por medios propios medicamentos que se creían (porque no había nada certero) ayudarían a combatir la enfermedad, sin mencionar los tanques de oxígeno y hasta el propio oxígeno, llegando a costar cifras exorbitantes además de estar en desabasto; estar formado por horas para conseguir un poco de oxígeno y que la persona siguiera con vida, hubo hasta quien utilizó el mecanismo de las peceras para oxigenarse, existía mucha desesperación. También había que comprar desinfectantes para evitar un contagio mayor, o ayudar a disminuir la carga viral, cubrebocas caseros, pero con filtro para que fueran efectivos, o si se encontraban, cubrebocas médicos. El detalle era que los productos estaban escasos, las personas acaparaban productos en grandes cantidades y no alcanzaba para todos.

La muerte en los hospitales durante el auge de la pandemia fue desconcertante, indescriptible, incluso traumática, se llegaba al hospital en un inicio con un desconcierto

sobre lo que padecía el enfermo, tanto para los familiares como para el personal de salud, se hacía lo que se podía con los recursos que contaban.

Para Cinthia “olor a muerto” describe lo que fue para ella como médico intervenir y ayudar en la pandemia por Covid-19, ver personas entrando graves y saliendo cuerpos inertes sin vida, por decenas, fue un hecho sin precedentes para ella, fue inevitable romper en llanto al recordar lo que vivió, emoción que se contagia y que es inevitable al escucharla, sentir tristeza. No solo son cifras frías que evocan un resultado, existen personas que dieron su tiempo, su energía y hasta su vida, por salvar las de otros, cabe mencionar que sin siquiera estar capacitados para una experiencia así, todos y cada uno de los médicos tenían la encomienda de atender pacientes Covid.

Cinthia por su parte, vivió la pandemia como médico atendiendo pacientes Covid, pero también vivió de cerca la muerte de un familiar, carga con ella culpa por “lo que pudo haber hecho”, se siente mal porque piensa que la muerte de su familiar fue sola, porque ella así veía que morían los pacientes que ingresaban con esa enfermedad a los hospitales, solos y extrañando a sus familiares. Para ese entonces, ella tenía una bebé de meses de edad, Cinthia prefirió no arriesgar la salud de la bebé entrando al área donde estaba su familiar, pero tiene culpa porque piensa que si ella hubiera entrado tal vez le hubieran dado otro tratamiento a su familiar y tal vez, no estaría muerto.

Tabla 5

Evolución del Covid-19

Olas	Contagio	Afrontamiento	Decisión	Resultados
Primera Julio 2020	Un contagio por Covid-19 se percibía lejano.	Incredulidad Se decía que en los hospitales los mataban. Cortina de humo del gobierno para esconder algo.	No protegerse Andar en lugares públicos sin medidas cautelares	Comienzan a saturarse hospitales y crematorios.
Segunda Dic-ene 20-21	Se conocía que era fácil enfermarse en conglomerados. Contagio familia nuclear y extensa.	Encierro, miedo, culpa, por las reuniones decembrinas que se llevaron a cabo y que devino en gran cantidad de contagios y muertes que se pudieron prevenir.	Casa: escasos tanques de oxígeno. Tratamientos caseros. Medicamentos sin estudios de efectividad. Hospital: sin espacio para la atención. Se atendía a menos graves.	Saturación hospitalaria. Crematorios saturados.

Tercera	Nuevas variantes del	Vacunación de las personas	Personas de la tercera	Aumento de
Julio	coronavirus: más	de la tercera edad.	edad aun vacunados	contagios, no de
2021	contagiosas y agresivas.	Encierro por parte de un sector	seguían encerrados.	defunciones.
Vacunas	Población de la tercera	de la población.	Jóvenes comienzan a	Disminuye la
	edad ya estaba vacunada.	Por otro lado, un hartazgo de	laborar de manera	hospitalización
	Las personas que laboran y	estar encerrados.	presencial	
	estudian, no estaban	Las medidas de contingencia		
	vacunadas	se relajaron.		

Una vez que los médicos dan por sentado que las personas enfermas han fallecido, ahí terminan su tarea y prácticamente no tuvieron contacto con los familiares del enfermo, ellos fueron los testigos de miles de muertes en silencio.

También muy importantes y en primera línea de atención a Covid-19, se encontraron las y los enfermeros, personas que además de brindar y suministrar los correspondientes medicamentos y realizar maniobras para salvar vidas, dieron palabras de aliento a quienes más lo necesitaban, eran en algunos casos, el puente entre los familiares y los enfermos.

La enfermera Bere, por su parte narra haber vivido el Covid-19 como algo que económicamente le favoreció a ella, pues contaba con bastante trabajo en el ámbito particular al atender pacientes Covid-19 quienes habían optado por vivir la enfermedad en casa o no tuvieron otra opción. Sin embargo, en el ámbito público, su labor como enfermera se vio provisto de diversos matices, menciona a la tristeza como una de las emociones principales que se vivían día a día, pues menciona que gran cantidad de personas fallecían en muy poco tiempo; aunado a molestia, incluso enojo, pues los familiares de los pacientes, inclusive los mismos pacientes culpaban a los médicos y enfermeras (os) de estar enfermos o de no mejorar.

Bere comenta una anécdota de un momento de mucho enojo con un paciente, incluso con las autoridades del hospital, pues percibió que no se le dio la importancia que debía al percance que vivió. Al estar en área Covid-19, el personal de salud tenía que portar un equipo para contener la enfermedad dentro del área designada, el equipo de protección personal (EPP) consistía en: guantes de examen (no estériles), guantes quirúrgicos (estériles), protección ocular (anteojos), protector facial, mascarilla con filtro antipartículas, mascarilla médica para profesionales sanitarios, pijama de quirófano tanto casaca como pantalones, delantal de uso intensivo, delantal desechable, bata de

aislamiento y bata quirúrgica (OMS, 2020), era lo que se debía portar para entrar al área. Lo anterior es importante, pues dado que portaban mucho equipo, era imposible reconocer al personal de salud que atendía.

En una ocasión, Bere había terminado su trabajo, pero al no poder salir del área hasta terminar su turno, decidió ofrecer ayuda a sus compañeros que aún no terminaban con sus pacientes. La ayuda fue aceptada y fue con un determinado paciente, quien desde el momento que la vio comenzó a agredirla verbalmente hasta llegar a aventarle un objeto, Bere esquivó el objeto y pidió ayuda a sus compañeros hombres para que detuvieran al paciente. Fue mucha impotencia y rabia comenta Bere, porque como personal de salud, como trabajadora, no puede y no pudo responderle como ella hubiera querido, pues piensa que no es justo que existan personas que pongan en peligro su vida (como lo es el personal de salud), para salvar vidas, y que las personas y en este caso los pacientes, correspondan de esa manera.

Félix por su parte, es personal de salud, enfermero para ser más específico, quien labora en el área de salud pública de la capital Michoacana, vivió un evento que él mismo denomina como “irreal”, su mamá falleció entre sus brazos por Covid-19, “privilegio y al mismo tiempo un hecho traumático” (Félix, 2020). Su mamá permaneció hospitalizada por un mes, durante ese mes fallece el papá de la señora, también de Covid-19, y sólo ocho días después ella también. Previo a fallecer, Félix comentó que habló con él y le agradeció por todo lo que habían hecho él mismo y sus compañeros por salvarla, le pidió que no llorara “¿por qué lloras?, no llores yo que ya me voy, tú debes de ser más fuerte que yo porque tú te quedas y te quedas a cuidar a tu hermana y a tu papá y te los encargo mucho, pero no llores, yo no llores que ya estoy por irme no tienes por qué ponerte triste tú”. Cuando fallece su mamá se enojó con las personas, se enojó con él

mismo, se enojó con Dios, se cuestiona el hecho de que pudo haber hecho más por su mamá, incluso si hizo algo mal.

Los demás pacientes cuando iban a morir le decían asustados “quédate aquí, agárrame, tócame, porque ya me estoy muriendo y tengo miedo” gritaban, se ponían a decir nombres de muchas personas (encefalopatía)... y mi mamá solo cerró los ojos y el monitor marcó cero”, su mamá le dijo “dame la mano, porque de este lado tengo a mi hermano (quien ya había fallecido también por Covid-19), y ya vino por mí, ya nada más dame la mano, y se quedó dormida y se fue”

Enfermeros y médicos aunque tenían prohibido dentro de sus protocolos dar resucitación cardio pulmonar a los pacientes que morían con diagnóstico de Covid-19 porque los gases que se desprendían al realizar esta maniobra tienen el potencial de contagiar, a ellos no les importaba, algunos con miedo y otros sin él, realizaban cualquier maniobra que pudiera salvar la vida de sus pacientes, aunque esto involucrara ponerse en riesgo de contagio y una potencial muerte para ellos mismos y sus respectivas familias.

“El Covid es peor que el cáncer, el cáncer avisa que te vas a morir, el Covid no, solo te vas” es la forma en la que personal operativo fúnebre concibe a la enfermedad producida por el Sars-CoV-2, “...no tiene precedentes y arrebató la vida en instantes”, menciona uno de los participantes. Las personas que trabajaron en el levantamiento de cuerpos se presentaban hasta que los familiares los llamaban, nadie más podía sacar el cuerpo del nosocomio, además de que, hasta cierto punto, el personal fúnebre estaba capacitado para manipular cuerpos con estas características.

Y se menciona que hasta cierto punto, porque si bien se les orientó y se les brindaron guías de cómo trabajar con las personas que morían por Covid-19 por parte de sus centros de trabajo, día a día aparecían nuevas vicisitudes a las cuales ellos se veían

obligados a hacer frente, al desconcierto de cómo manejar un cuerpo con Covid-19, al miedo de llevar la enfermedad a casa, a la propia angustia y desconcierto de los familiares, la cual se llegó a manifestar en enojo y agresiones verbales a los mismos operadores.

El personal operativo de las funerarias fue crucial en la pandemia por Covid-19 pues eran ellos quienes en algunos casos realizaban todos los trámites correspondientes a la muerte de la persona, lo cual es de gran relevancia porque los familiares suelen estar en estados de aturdimiento donde no saben qué hacer.

Por su parte, uno de los participantes, al que se le mencionará como Daniel, mencionó que, al llevar el cuerpo de un niño (muerto por Covid-19), para ser velado en casa (aún y que seguían las restricciones sanitarias), y él mismo dio indicaciones de que el ataúd no podría ser abierto para cuidar la salud de las personas que acudirían al velorio, los papás le agradecieron, pero le dijeron que no les importaba, que el niño antes de morir les había solicitado poner en su ataúd una Coca-Cola y su celular, y ellos así lo harían. Daniel dijo que se quedó sin palabras, pero tranquilo de haber dado la información pertinente y hasta comprendió la razón del desacato de las mismas, mencionó que él hubiera hecho lo mismo aún y sabiendo que podía ponerse en riesgo él y su familia.

Sin bien los médicos y enfermeras (os), se encontraron en la primera línea de combate contra Covid-19, el personal operativo de las funerarias, fue quien más contacto tuvo tanto con los muertos por Covid-19 así como con los familiares. Era el personal operativo quien acudía al llamado de los familiares para acudir al hospital y retirar el cuerpo del nosocomio. El cuerpo era entregado en una bolsa, donde en algunas ocasiones las personas podían identificar a su familiar a través de un cristal, y en la mayoría sólo el personal operativo comparaba una foto con el cadáver que estaba al frente, en algunos otros, solo identificaban a la persona fallecida porque los papeles

coincidían, es decir, tanto la etiqueta o el papel que portaba la persona muerta, como los papeles que traían consigo los operarios.

En otro rubro, se ha detectado un aumento sustancial de la ansiedad y de la depresión, el consumo de alcohol y también de las drogas parece haberse incrementado, además de la soledad y la violencia doméstica, se experimenta entonces un súbito repunte de enfermedades mentales y los trastornos psicológicos, es decir, que el coronavirus ha acelerado estos padecimientos, Ulrich Beck (año) menciona que se presentan en un mundo globalizado donde, de acuerdo a su concepto “sociedad de riesgo”, es la sociedad la responsable de mitigar o regular los acontecimientos a través de sus acciones o la falta de ellas.

Las vicisitudes que experimentan las personas son hechos que no aparecieron al iniciar la enfermedad por Covid-19 y/o al propagarse, las personas ya presentaban agobios mentales propios de una sociedad moderna, lo que pasó fue que la pandemia y sus respectivas formas de mitigar o tratar la pandemia por parte de gobiernos y mismas personas, las incrementaron e impulsaron. De acuerdo con la OMS (2022), la pandemia por Covid-19 aumentó un 27.6% el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), y 25.6% los casos por Trastorno de Ansiedad en todo el mundo.

Para finalizar este breve panorama previo a los resultados que atañen a la investigación, se puede decir que fue imprescindible cada individuo que tuvo a bien hacer todo lo posible por preservar vidas, así como a quienes una vez muertas las personas, no dudaron en darles un respetuoso descanso así como ayudar a los familiares en trámites para que pudieran en medida de lo posible, tener menos preocupaciones, pues ya bastante fue no tener la certeza de que la persona que entregaban como su familiar, haya sido el correcto.

Ulrich Beck (año), define a las “sociedades de riesgo” como aquella donde somos las personas las responsables de los hechos, lo cual quedó comprobado con la pandemia por Covid-19, las decisiones que cada uno tomamos van a repercutir primero en lo individual e inevitablemente en la sociedad, ejemplo de lo anterior, la ausencia o presencia de ayuda de parte del personal de salud al ayudar a despedirse de sus seres queridos a los pacientes, a darles la mano o no, cuando las personas sentían que iban a morir, o hacer más ligero el camino de los trámites funerarios. Aunado a que, si desde un inicio se hubieran acatado de forma individual cada una de las recomendaciones emitidas por las respectivas autoridades tanto mundiales y nacionales con el objetivo de contener la enfermedad, la sociedad tal vez no hubiera pagado el alto costo de millones de vidas perdidas.

“El Covid es muy traicionero, te ilusiona y de momento te da un revés que quedas muy impresionado” (enfermero Félix).

Capítulo 6: Panorama Previo

“Olor a muerto” dijo Cinthia, una de los médicos con los que se realizaron entrevistas y cuya frase para ella define la pandemia por Covid-19. Antes de describir a las experiencias de los participantes meta, es de suma importancia relatar y contextualizar al lector, porque atrás de las muertes por Covid-19 y la frialdad de las cifras, existen personas que dieron su tiempo, su energía y hasta su vida, por salvar las de otros, cabe mencionar que sin siquiera estar capacitados para una experiencia así, siendo anestesiólogo tenían que entra al “área Covid”, como se le llamaba al espacio hospitalario organizado temporalmente para atender pacientes con Sars-CoV-2 y sus complicaciones; no importaba si eras traumatólogo, neurocirujano o cualquier otra especialidad, todos y cada uno de los médicos tenían la encomienda de atender pacientes Covid.

El personal de enfermería por su parte, no se quedaba atrás, pues aunque tenían prohibido dentro de sus protocolos dar resucitación cardio pulmonar a los pacientes que morían con diagnóstico de Covid-19 por temor a que los gases que se desprendían al realizar esta maniobra pudieran contagiar, a ellos no les importaba, algunos con miedo y otros sin él, realizaban cualquier maniobra que pudiera salvar la vida de sus pacientes, aunque esto involucrara ponerse en riesgo de contagio y una potencial muerte.

Por su lado, el personal operativo de las funerarias, fue quien más contacto tuvo tanto con los muertos por Covid-19, como con los familiares. Era el personal operativo quien acudía al llamado de los familiares para acudir al hospital y retirar el cuerpo del nosocomio. El cuerpo era entregado en una bolsa, donde en algunas ocasiones las personas podían identificar a su familiar a través de un cristal, y en la mayoría sólo el personal operativo comparaba una foto con el cadáver que estaba al frente, en algunos otros, solo identificaban a la persona fallecida porque los papeles coincidían, es decir,

tanto la etiqueta o el papel que portaba la persona muerta, como los papeles que traían consigo los operarios.

Personal de salud y fúnebre, fueron cruciales en la pandemia por Covid-19, tanto para su control como para lo que había qué hacer post mortem. Por tal motivo, para el previo marco contextual nos cita en lo que se vivió durante en fenómeno mundial. Aunado a lo anterior y previo a los participantes meta, se entrevistaron a 4 personas que hubieran perdido un familiar por Covid-19 con el objetivo de encontrar las preguntas más pertinentes para los participantes meta. Una vez que se transcribieron y analizaron las entrevistas y de acuerdo al objetivo general de la investigación, se llegó a la elaboración de los siguientes seis ejes analíticos:

1. Modificaciones del proceso de duelo
2. Rituales de despedida y sus modificaciones a partir de la pandemia por Covid-19
3. Experiencia ante el proceso de hospitalización
4. Experiencia ante el proceso de entrega de cuerpo
5. El significado que tiene la muerte por Covid-19
6. Cambios y ajustes familiares después de la muerte de un familiar por Covid-19

Los resultados preliminares que salen a la luz de acuerdo con los ejes analíticos son los siguientes:

1. Modificaciones del proceso de duelo

Se puede reconocer que las personas que pierden un ser querido por Covid-19 tienen pensamientos que rondan en que pudieron hacer más por ayudar a la persona enferma y que, de conocer mejor el hospital donde fueron atendidos, mejor se los hubieran llevado a otro lugar. Aunado a lo anterior, piensan en sí hubiera sido mejor dejarlos en casa y tal

vez no hubieran fallecido. Aunque, y cabe resaltar que para el pilotaje un participante no profesaba alguna religión, consideraba que no había mejor lugar que un hospital, sin embargo, sí piensa que todavía no le tocaba fallecer a su familiar.

2. Rituales de despedida y sus modificaciones a partir de la pandemia por Covid-19

Dentro de los rituales de despedida se encuentran rituales tardíos de acuerdo con la religión católica, llevados a cabo de esta manera porque toda la familia se encontraba enferma y era imposible realizar algún velorio, funeral, incluso el depósito de cenizas de manera inmediata a la entrega de los restos del cuerpo en algún lugar sagrado, es por lo anterior que los restos del familiar se encontraban en el hogar de los familiares hasta que estos recuperaron la salud. Otro participante, por el contrario, inhumó a su familiar de manera inmediata, pues no quería seguir corriendo riesgos de contagio, no hubo misa, ni funeral ni algún ritual de despedida porque incluso el participante menciona no necesitarlo.

3. Experiencia ante el proceso de hospitalización

Tomar la decisión de llevar a su familiar a un hospital fue difícil, pues sabían que tal vez no regresaría o por el contrario que “ahorita venía”, los familiares sienten culpa por haberlo ingresado pues tal vez “ahí se lo mataron” o lo dejaron morir, aunque sin lugar a duda la hospitalización se decidió por la falta de oxígeno en sangre. Una vez que pretenden ingresar a hospital se les dan algunas instrucciones sencillas de llenado de papeles y entrega de documentos, pero si algo es de recalcar es una frase que una enfermera le dijo a un participante: “despídete de él porque tal vez es la última vez que lo

ves". El participante muy molesto y consternado se despide de su padre. Al estar dentro del hospital dependiendo de los doctores que estén en turno se les da la posibilidad a los enfermos de comunicarse con su familia.

Respecto a la notificación de muerte la hace un médico ya sea por teléfono o se solicita la presencia de la familia en el hospital. Un evento a recalcar fue el "espectáculo o show" que menciona un participante pues los convocan al hospital a medio día, el médico de turno "hace" como que da instrucciones acerca de que le está salvando la vida precisamente a su familiar y les dice que ya no se pudo hacer más, lo que no le convence al participante es que el acta de defunción marca como hora del deceso un horario matutino muy temprano, 8 de la mañana, lo cual no concuerda con lo que hacía el médico a medio día.

4. Experiencia ante el proceso de entrega de cuerpo

Participantes relatan que sí tuvieron oportunidad de elegir cómo se les entregarían los restos de su familiar, por el contrario, a otros sólo se les entregaron cenizas y cabe resaltar que acudieron al mismo hospital. Relatan que es un shock, un evento de mucho impacto pues ellos vieron "bien" a su familiar la última vez que los vieron y después ya, sólo les entregan cenizas donde ni siquiera se les da la oportunidad de reconocer el cuerpo, teniendo que confiar en que los restos que les son entregados correspondan a su familiar.

5. El significado que tiene la muerte por Covid-19

Hay dos características que recalcan los participantes respecto al duelo que experimentan a raíz de la pérdida de un familiar por Covid-19 y son: soledad e impotencia. Soledad porque de acuerdo a las normas sanitarias para mitigar los contagios por Sars-Cov-2 no se pueden reunir muchas personas en un mismo lugar, lo que limita la realización de funerales o velorios, es por lo anterior que la familia nuclear pasa sola, sin acompañamiento social, este evento de su vida. Impotencia por no poder haber hecho más por su familiar, por el hecho de no poder despedirse, porque no estaban “preparados” para que falleciera su familiar, porque de acuerdo a lo que dicen los participantes, otra enfermedad “avisa” que se aproxima la muerte y el Covid-19 es repentino y aislado.

6. Cambios y ajustes familiares después de la muerte de un familiar por Covid-19

Como consecuencia del deceso, la familia tiende a unirse aún más o, por el contrario, uno de los participantes elige hacer su vida lejos de la familia porque la persona que falleció le comentó que ya era tiempo de que formalizara la relación que tenía con su pareja y por esta razón deciden irse a vivir juntos.

Capítulo 7: Covid-19: Una Nueva Forma de Enfrentar la Muerte

Este capítulo de resultados fue estructurado de forma tal que ilustre la experiencia de los participantes desde que inicia la pandemia, su concepto que tenían sobre la misma, cómo creen que se contrajo la enfermedad, proceso de hospitalización, muerte, entrega

de restos, hasta las actividades posteriores realizadas con los restos del ser amado y/o con los familiares, lo anterior, de la manera más apegada posible a sus discursos y relatos pues fue de sumo valor su tiempo, sus experiencias y su intimidad. Los títulos de cada apartado enmarcan una frase representativa de lo que se va a encontrar en las siguientes líneas y que tienen la finalidad de hacer amena y estructurada la narración de los participantes.

Creí que iba a ser más ligero, como la influenza más o menos. Impacto del Covid-19.

Al principio la pandemia por Covid-19 generó una gran incertidumbre social, es decir, poco se sabía sobre el alcance que tendría para el planeta y para toda la sociedad puesto que no había información clara o certera sobre el padecimiento, sus síntomas, sus implicaciones, las consecuencias, además si bien se notó desde los primeros casos en China que amenazaba a ser un riesgo a la salud pública, el planeta entero se mantenía en una total desinformación e incertidumbre. Aunado a lo anterior, lo que se decía en los medios de comunicación era poco, el fin de año del 2019 se había vivido en la mayor parte del planeta como cualquier otro, sin darle la debida importancia a tan grave problema de salud mundial que se avecinaba, como resultado, los gobiernos poco hicieron para prepararse ante el Covid-19.

En México, específicamente en Morelia, tal incertidumbre era similar, pero sobre todo parecía percibirse el Covid-19 como algo distante, como si no estuviéramos en un mundo globalizado donde cualquier impacto en un punto del planeta puede alcanzar a otro muy lejano. Es así que lo que vivieron las familias que perdieron a una persona por Covid-19 fueron los efectos de esta incertidumbre, de esta desinformación, estos resultados, es decir, las muertes de los familiares, llegaron de manera inesperada y

volcaron de un momento a otro la atención de las familias en esta enfermedad. Hasta entonces, se empezaron a preguntar “¿qué va a pasar?”.

El común denominador de las entrevistas en lo que concierne a este rubro fue que no se llegaban a imaginar el alcance que tuvo la pandemia, todos pensaban que “era una gripa nada más” tal como lo menciona Emilio, quien perdió a su papá “solo por un resfriado” menciona él, “creí que iba a ser más ligero como la influenza más o menos”.

Otro aspecto en común de las personas es que se cuidaban (a la fecha se cuidan) con gel, sana distancia, y sin lugar a dudas, cubrebocas, Covid-19 no se ha ido, nunca lo hará, se debe aprender a coexistir con este nuevo virus. Y sus emociones oscilan entre enojo, molestia, coraje, frustración, pues mencionan que, aunque se cuidaron tanto no funcionó como ellos hubieran querido, no sirvió de nada, a fin de cuentas, su familia “está incompleta” (Emilio, 2022). Aunado a lo anterior, sentían incredulidad respecto a la enfermedad y además pensaban “que fuera a llegar a nosotros y menos tan rápido como se manejó” (Emilio, 2022).

Si saliste con prueba de covid-19 positiva, arregla todo lo que tengas que arreglar.

Ajustes y cambios ante un resultado positivo de Covid-19.

Todos los miembros de la familia se cuidaban o al menos es lo que cada uno intentaba hacer, porque cabe mencionar que no todos experimentamos la pandemia de la misma manera, es decir, que no todos la vivimos igual, pues hubo quien tenía los recursos económicos suficientes para quedarse en casa todo el confinamiento, lo que se traduce en que contaban con un trabajo que permitía no salir del hogar y salvaguardar la integridad de las personas; para otros tantos no fue así, el otro lado de la moneda cuenta una historia muy diferente, aún con la pandemia en auge y con instrucciones del gobierno

de confinamiento, las y los jefes de familia, no pudieron acatar las órdenes, pues si no se trabaja, no se cuenta en ocasiones ni siquiera para comer, mucho menos para adquirir artículos como cubrebocas y gel antibacterial, cada uno como pudimos, intentamos cuidarnos y a los nuestros.

Por lo anterior y como menciona Chelo, la enfermedad llega a su familia por “haber bajado la guardia dentro de casa”, no usar cubrebocas dentro de casa después de salir a la calle y tener contacto con personas, incluso con objetos infectados y no traer consigo alcohol en gel, lo anterior conllevó a focos de infección familiares, tal vez por sentirnos “en confianza” con los integrantes de la familia. Además de lo previo, están los hábitos y las enfermedades con las que ya contaban las personas que fallecieron, uno de ellas es el alcoholismo, estado en el que, al llegar ebrio a casa, no se tomaron las medidas necesarias para no contagiarse (el cambio o desinfección de ropa, lavado de manos, etc.), es decir que, aunque en la familia se les pidiera tomar un baño o cambiarse de ropa, no se lograba por el estado de inconveniencia en el que se encontraba la persona, situación que Chela vivía de manera constante.

La enfermedad comienza a partir de síntomas que las personas dejaban pasar por pensar que eran “leves” o que en un lapso corto se recuperaría la salud, pues existía la incredulidad de que fuera Covid-19, ¿cómo creer que algo que comenzó del otro lado del mundo pudiera llegar a Morelia? Por ende, para mitigarlo, pero no acudir a servicio médico por temor a ser internado, se llega a la automedicación, donde se creía que para no enfermar de Covid-19 o curarse, se debía tomar dexametasona, como lo hizo Chela y se llegaba al abuso de tal medicamento.

Al pasar un tiempo y no ver mejoría en sus familiares, algunos acudieron al servicio médico, hubo quien lo hizo de manera inmediata, hubo quien se resistió y nunca acudió, pero en ambos casos, fue con la idea de estar mejor, de que de alguna forma u

otra solo pasaría “la gripe”. Sin embargo, “y al final de cuentas pues nos quedamos con el ¿en dónde se contagiaron?” (Fernando, 2022). Con la incógnita y con los comentarios de la sociedad de que “si saliste con prueba de covid-19 positiva, arregla todo lo que tengas que arreglar...” (Chela, 2022), se tomaba la decisión de asistir o no a una clínica, hospital o cualquier área habilitada para el tratamiento de los pacientes enfermos con Sars-CoV-2.

Si me internan este... ¿no me van a entubar?. Ingreso al nosocomio.

Al acudir al médico después de que las personas experimentaron los primeros síntomas, en algunos centros de salud, clínicas u hospitales, y a pesar de llevar síntomas de gripe o Covid-19 no se les evalúa su estado de salud con la prueba de Covid-19, hay a quienes los regresan a su casa con medicamento para mitigar los síntomas y también a quien de inmediato se le ingresa al hospital.

El ingreso al hospital en ningún caso fue tan rápido como los familiares hubieran querido, sin embargo, hay quienes duraron 10 minutos en que atendieran a su familiar, hasta quienes tuvieron que esperar hasta 7 horas. Al ingresar, los enfermos sentían miedo de morir, pues lo que se escuchaba de boca en boca, era que una vez que te internaban existía mucha posibilidad de que te intubaran, y que prácticamente nadie sobrevivía a ello. “No pude darle un beso ni nada, nada más me despedí de él y entró y... ya no volvió a salir” (Emilio, 2022).

Una vez ingresado el familiar al hospital las personas pedían que fueran por ellas “vieja, ven por mí, yo ya no quiero estar aquí...tú no sabes lo que vive uno aquí adentro y lo que pasa aquí adentro es algo feo, mañana que te vea te platico”, le suplicada el esposo de Chela a ella, sin embargo, a los familiares les era imposible sacarlos, primero porque no los dejaban salir del hospital sin protocolos de salud, segundo, se tenía que

tener suficiente dinero para solventar medicamento y tanques de oxígeno, sin tomar en cuenta que al presentarse alguna complicación, en casa sería imposible intubarlo o alguna otra maniobra para salvarle la vida, por tanto, “siento que lo llevé a morir...y me va a pesar toda la vida que lo llevé a dejar morir” comentó Chela.

El temor de él era quedarse ahí, sentirse solo, y se sintió solo al final de cuentas.

Vivencia en el hospital.

Casi nadie estamos preparado para que algún familiar muera, y el Covid-19 no es la excepción, “nunca pensé que no volviera a regresar” (Chela, 2022), siempre existe la idea de que se vuelva a ver a la persona querida, que sea solo un sueño o una pesadilla, sin embargo, es una realidad y “es como estar en el infierno” (Emilio, 2021).

En algunos casos existía la posibilidad de comunicarse con la persona internada por medio de llamadas e incluso por video llamadas, están otros casos donde entra un día y muere al día siguiente, no consiguiendo ni siquiera un informe médico, lo cual los deja con aún más desconcierto, pues no saben si se les realizaron las maniobras para salvar su vida o si “llegó uno más, ahí aviéntenlo y esperen nada más a que se muera” (Emilio, 2021).

De acuerdo con la enfermera Bere, por parte de su equipo de enfermería se realizó todo lo posible y lo permitido por tener en contacto a los pacientes con sus familiares, ella misma veía cómo la comunicación, aunque fuera corta, “les regresaba las ganas de seguir luchando por su vida”. Por su parte, ella entregaba las cartas que hacían los pacientes para sus familiares a trabajo social, quien, a su vez, se encargaba de hacerlas llegar a los familiares, también llegó a prestar su celular para hacer llamadas por

unos minutos. Félix, enfermero también, no se quedó atrás e igual brindó herramientas para mantener la comunicación entre familias.

El caso de Félix tiene un tinte bastante peculiar, al ser enfermero y su madre enfermar de Covid-19, tuvieron la oportunidad de mantener comunicación de forma presencial, la veían diario, durante toda su estancia hasta que falleció con la oportunidad de despedirse.

Sin embargo, no todos los fenómenos fueron iguales durante la estancia en el hospital, quien tuvo la posibilidad de comunicarse con su familiar, se daba cuenta de su estado de salud, había días en que se les veía bien, y el día de su muerte o un día antes, se veían más deteriorados, dejando entre ver que la muerte acechaba la cabecera del enfermo. La piel más oscura, los ojos sumidos, muy delgados, pero con mucha paz, como si el mismo enfermo supiera lo que iba a pasar, sin embargo y a pesar de ver su estado de salud “tengo la idea de que lo mataron” (Chela, 2022). La idea que tiene Chela sobre la muerte de su esposo es un común denominador en todos los participantes, bastantes personas rumoraban que eran los médicos quienes por miedo no los atendían y “los dejaban morir”.

Esta idea de que “los dejaban morir”, no está muy alejada de la realidad en algunas instituciones y para algunos médicos, pues el Dr. Leonardo menciona que efectivamente hubo colegas que pensaban que “de todas formas se va a morir, ya déjalo” y poco o nada hacían por los pacientes que les llegaban, añadido (y no por justificar) el miedo que los mismos médicos tenían de contagiarse y llevar el virus a sus familias.

Entró y ya no volvió a salir. Cuando un familiar fallece en el hospital.

La frase que representa el continuo de la narración es lo que menciona Emilio en su entrevista, “entró y ya no volvió a salir (su papá)”, lo que representa para él y algunos otros participantes la incógnita, la zozobra sobre lo que pasó con sus familiares dentro del hospital. Una vez muerta la persona, para algunos familiares fue un “show” (Emilio, 2021) el fallecimiento de su familiar y sobre todo la forma de dar la noticia de muerte, pues de acuerdo con Emilio, existen datos que no concuerdan con el acta de defunción y la notificación de muerte, consideran que se les vio la cara y que no hicieron nada para salvar a su familiar.

Dentro de las entrevistas que se realizaron, es de suma importancia denotar que existían dos tipos de situaciones, una donde por ser parte del sector salud y de alguna forma tener contactos con las personas que están de turno y laboran en el nosocomio, se tuvo la oportunidad de identificar el cuerpo, sin embargo, quienes no cuentan con conocidos en los hospitales no pudieron reconocer el cuerpo de su familiar, únicamente el personal operativo funerario encargado de identificar y tratar el cuerpo, fue quien estuvo con el finado reconociéndolo a través de una foto o solo el expediente.

Quienes no tuvieron a bien identificar el cuerpo de su familiar o en algunos casos familiares, viven con la incertidumbre “estoy tan escéptica que eran tantos cuerpos que no sé si era el de mi viejo el que me entregaron o no” (Chela, 2022), es decir, no porque alguien más reconozca el cuerpo de tu familiar, eso alivia o aminora el peso de no haberlo visto por última vez, e identificar y constatar que la persona ha muerto y que se va sepultar o cremar a la persona correcta.

Las personas refieren que, así como vieron a sus otros familiares muertos (por otras causas y en otros tiempos), les hubiera gustado ver a su familiar muerto por Covid-

19, “ahora lo que hago es ver sus fotos...y tengo una foto de él dormido y su recuerdo en mi cabeza de cómo era” (Chela, 2022). Coincidió que Daniel (2021), en su participación como personal operativo en esta investigación, tuvo a bien compartirme la experiencia donde él también perdió a un familiar cercano por Covid-19, su abuela, y resalta, “hubiera preferido que muriera de cáncer, el cáncer avisa, el Covid no, solo te mueres”. Lo que deja entrever que no existe posibilidad de un reconocimiento, mucho menos de una despedida.

Los participantes también señalan diferencias entre hospitales, pues hay quienes creen que el hospital donde fue ingresado su familiar no fue el mejor lugar para llevarlo, y viven con la incertidumbre de “¿qué hubiera pasado si lo hubiera llevado a otro hospital?” (Emilio, 2021) y se culpan de la muerte de su familiar. Esto le sucedió a Emilio quien, al enfermar primero papá, decide llevarlo a cierto hospital donde falleció. Días después su mamá enferma y la lleva a un nosocomio distinto, donde ella vive, y concluye que la diferencia fue el hospital, pues asegura que en un se dio adecuadamente el servicio y en el otro no.

“Nos despedimos, pero no creímos que pudiera ser real”. ¿Qué pasa inmediatamente después de la muerte?

En algunos casos las últimas palabras previas al entrar al hospital fueron las últimas que se dijeron, en otros, se suscitaron por video llamada, y otros más ni siquiera pudieron hablar, pero siempre con la intención de que no fuera la última vez que se tuviera contacto con su familiar, albergaban la esperanza de volverlo a ver, sin embargo, no fue así, y al entregar el cuerpo, y al ser Covid-19 la causa de muerte, era obligación del hospital mandar el cuerpo a cremación directa, es decir, que no los volvieron a ver.

Por lo anterior, una vez que dejan a su familiar en el hospital y transcurridos unos días o incluso solo uno, “cuando vuelves a estar cerca de él ya es una cajita, una urna con cenizas” (Emilio, 2021). “Es un dolor muy grande no haberlo visto por última vez, no haberlo abrazado por última vez, nunca me imaginé que no volviera” (Fernando, 2022), son las palabras con las que algunas personas describen el desconsuelo de recibir los restos de su ser querido en una pequeña caja.

La mayoría de las personas y cabe resaltar que no todas, tienen la idea de realizar ciertos rituales cuando un familiar fallece, entre los que destacan los de la religión católica como lo son: el velorio, la misa, el entierro o incluso cremación, con gran asistencia de personas que tengan a bien brindar un abrazo, palabras de consuelo, hasta ayuda económica, o simplemente estar presentes, sin embargo, las condiciones de la Covid-19 no lo permitieron por las ya conocidas medidas de contingencia sanitaria, donde básicamente se prohibían las reuniones masivas.

Pero, ¿qué pasa con las personas que tienen cierta influencia en el hospital donde ingresaron a su familiar? A ellos se les dio la posibilidad de no mandar a cremación directa a su familiar, es decir, que pudieron recibir el cuerpo de su familiar en un ataúd empleado (cubierto de plástico), personas que ya en casa y haciendo caso omiso de las recomendaciones de médicos y personal funerario, abrieron el ataúd por unos segundos y reconocieron el cuerpo. Para ellos existe cierta tranquilidad “sí, era mi hija”, palabras y experiencia de Tere (2022), quien tenía un conocido en el hospital donde falleció su hija y se le brindó la oportunidad de sepultar el cuerpo. Caso similar el de Félix quien, por ser enfermero, estuvo dentro del hospital durante todo el procedimiento de entrega del cuerpo de su mamá.

Por otro lado, con las personas que no tuvieron a bien reconocer a su familiar, los rituales, por ejemplo, misas y depósito de cenizas, se llegan a suscitar días, semanas o

meses después de la entrega de cenizas, ya que cabe resaltar que la pandemia, así como sus medidas para mitigarla, continuaban vigentes.

Fue el caso de Emilio, quien permitió estuviera presente en la misa y el depósito de cenizas de su padre, ocurrido en un templo de la ciudad de Morelia, donde previamente se encuentra la hermana de Emilio. Fue una experiencia por demás conmovedora, pero peculiar o distinta a lo que se tiene establecido socialmente, hubo muy poca afluencia de personas, Emilio comentó que les decían a él y su familia que no podrían asistir para seguir cuidando su salud o que incluso estaban enfermos. Todas las personas portamos cubrebocas y no hubo saludos de mano o beso, pero sí inevitablemente por el sensible momento, se suscitaron los abrazos, lo que recuerda que, a pesar de los límites sanitarios, nunca dejamos de ser humanos y sensibilizarnos ante momentos conmovedores. Fue una misa y plegarias cortas, donde la gente después de depositar las cenizas se retiró pronto.

Como si no hubiera tenido familia. Expresiones de la sociedad ante la muerte por Covid-19.

El acompañamiento social e incluso familiar no fue lo más experimentado por parte de los familiares que perdieron a su ser querido por Covid-19, “porque pues estaba la pandemia y la gente no quería ir, tenía miedo de enfermarse y sobre todo pus como ahí había estado él (en la casa)” (Chela, 2022); “todo mundo se entera que es Covid-19 y haz de cuenta que nadie te conoce, nadie te conoce, incluso ni su familia de él...”, continuó Chela (2022).

Por otro lado, en algunos casos si recibieron ayuda de conocidos o compañeros de trabajo, con alimentos o despensa dejada en las puertas y con palabras de ánimo a través

de los celulares, caso de Tere (2022), quien al vivir en una calle privada y tener buena relación con sus vecinos, ellos se acercaron al hogar con despensa y artículos indispensables. Hay quienes realizaron novenario con las cenizas en casa, donde la afluencia de gente era mínima, reducida a la familia nuclear; pero quien tuvo a bien tener el cuerpo en ataúd, tuvo la oportunidad incluso de realizar velorio de una noche en casa, donde la familia extensa pudo desde la calle despedir a su familiar y, sobre todo, acompañar a los deudos como le pasó a la señora Tere, quien veló a su hija por una noche, pero donde los familiares o amigos no ingresaron a la casa por miedo a enfermarse y prefirieron acompañar desde la calle.

Existen familias que no desean o no están listas para recibir apoyo por parte de gente externa a su familia central, pues consideran que es algo muy íntimo y personal de cada familia, además de que piensan que solicitar o aceptar ayuda, es no darle la importancia que se merecía su ser querido, es lo que piensa la mamá de Emilio, pues fue ella quien llevó a cabo todos los trámites funerarios y de hospital sin solicitar ayuda a nadie, pues lo consideraba una falta de respeto y compromiso con su esposo.

Confiar en el hospital, que realmente el cuerpo que entregaron era el de mi papá.

Rituales posteriores a la muerte.

Cuando el personal médico hace la entrega del cuerpo al personal funerario contratado, todos los familiares narran una experiencia de respeto y ayuda de parte del personal fúnebre, sin ningún contratiempo y mucha empatía por parte de ellos.

El personal operativo deja los restos de la persona en el atrio de la iglesia o capilla para cuando los familiares decidan llevarlo a casa o a depositar a un templo específico lo puedan hacer “nada más rezarle...fue la misa, el padre...bendijo sus cenizas, a él, en el

templo bajamos le abrieron, bendije unas cosas que obsequié una foto de él con un rosario y bendijeron su cajita y ya lo colocamos con unas flores...artificiales...no lo he vuelto a abrir porque no tengo el valor, no me siento bien porque siento que no está ahí, tal vez porque no lo haya visto la última vez, por eso me hago a la idea de que no está ahí” dice Chela mientras llora. Las personas que no reconocen a su familiar solo se llevan una urna con la esperanza y confiando en que sea su familiar, pero sin la certeza. Por otro lado, quienes tuvieron la posibilidad de reconocimiento quedaron tranquilos.

Algunos de los participantes realizaron novenarios a sus familiares, otros más no, quienes decidieron llevarlo a cabo, mencionan que, asistieron solo unos días algunos familiares, pero la mayor parte del tiempo solo fue familia nuclear. Las personas tuvieron a bien decirle algunas palabras de despedida y/o incitar a sus hijos a que se despidieran de sus padres con el objetivo de que se sientan mejor. Quienes decidieron no realizar novenario aún y profesando la religión católica fue porque “¿para qué?, si nadie va a venir y no quiero ver a nadie” mencionó Lulú (2022), quien ha decidido procesar su pérdida de manera aislada y enfocándose en el trabajo, pues al morir su esposo, el proveedor de casa, ahora es ella quien trabaja al menos por un tiempo, su plaza.

¿Cómo le voy a hacer para seguir sobreviviendo?. Reasignación de roles familiares.

“No dormía, me sentía muy mal, me agarraba mi cabello y me lo jalaba con una desesperación tan grande porque no sabía qué hacer, una enorme tristeza, una impotencia por no poder haber estado con él ni darle consuelo, no darle nada porque no se podía” dijo Chela, cuando le pregunté sobre su experiencia posterior a la muerte de su esposo, y algunos participantes comparten su sentir.

Es también cuando llegan comentarios como “que me perdone por todo lo que le hice si es que le hice” (Chela, 2022), buscando el perdón y dejar las cuentas saldadas con el que se fue. Cuando se pierde la vida, las personas del entorno tienden a hablar bien de la persona que murió, sin embargo, no siempre es así, “me duele que hablen mal de él” dice Chela cuando expresan de su esposo que “fue mejor que se muriera ya que era un alcohólico que no trabajaba”, menciona, existen comentarios hechos por otras personas con el objetivo de agredir a la persona muerta tal vez con la intención de hacer sentir mejor a los que se quedan, pero sin lugar a dudas no es lo mejor que se puede hacer en esos momentos.

Las personas hablan con su familia de la muerte de su familiar, es un tema que se maneja ampliamente, expresando cada uno lo que piensa o siente, pidiéndole y motivando a los hijos que también lo expresen, como lo hace Fernando con sus hijos pues perdieron a su abuelo. Muy diferente con la familia extensa y en su mayoría familia política donde “si antes no me visitaban, ahora menos” dice Lachino, tras la muerte de su mamá, o donde se cierran tanto que no aceptan la ayuda de los demás, caso de la señora Lulú.

Sigue una añoranza de los que se han ido “abrázame viejo, abrázame mucho, bésame, hazme el amor” dice Chela que lo piensa y lo llora casi todas las noches, también existe quien no se permite llorar para no caer en depresión, como la señora Lulú, quien prefiere trabajar y sacar a sus hijos adelante. Los hijos caen en cuadros de depresión y ansiedad donde fue necesario llevarlos al médico y recetarles tratamiento, caso de la hija de la señora Chelo, quien ya contaba con antecedentes de depresión y ansiedad y se agudizaron tras el fallecimiento de su padre.

Sin embargo, así como hay añoranza, hay reproches, “tú mataste a mi papá porque llevaste a mi papá al hospital”, le dice su hija a Chelo, donde se le explica a la

joven que de ninguna manera la intención fue matar a su padre, sino ayudarlo a que siguiera vivo. Los autorreproches se manifiestan cuando los participantes se arrepienten de llevar a su familiar a un hospital y no a otro y que tal vez seguiría con vida, como lo que se redactó de Emilio. Tienden a sentirse tristes, solos, sin nadie, necesitando una tabla de salvación que los haga emerger del lugar donde se hunden.

Los roles familiares cambian, porque el hijo mayor, tiende a apropiarse de las responsabilidades del padre que ha muerto, eso menciona Lulú, que tras la muerte de su esposo, su hijo mayor ha intentado guiar y hacerse cargo de la familia como si fuese su responsabilidad, aún y cuando Lulú le solicita no hacerlo y que lleve su vida como hijo, no como padre. Por otro lado, al morir el hijo mayor, los demás hermanos se descontrolan, pues era la persona que llevaba la casa y daba ánimo a todos los demás como lo comentó la señora Tere, ya que al fallecer su hija mayor sus otros hijos no logran reajustar roles.

Las personas agradecen los hijos que les dieron, la vida vivida con ellos, agradecen el sacrificio de irse a internar al hospital tal vez con el objetivo de no contagiar a los demás integrantes de la familia y sin lugar a duda aprendieron que “debemos de vivir la vida, de vivir el momento, no se enojen, no peleen...si traten de hacer su vida, traten de estudiar, tienen que estudiar tienen que prepararse pero sí sean conscientes de prepararse para vivir, no de vivir para prepararse, eso valórenlo” menciona Lulú.

Capítulo 8: Discusión

Los primeros aportes al campo de duelo y Covid-19 están registrados desde el año 2020, donde se establecieron recomendaciones sobre el abordaje del duelo y la muerte en familiares de pacientes con Covid-19, además, se ofrecieron recursos sustitutivos de los rituales y procedimientos necesarios con el fin de favorecer duelos funcionales (Araujo et al., 2020; Vega et al., 2020; Osiris et al., 2020), pues como se observó en esta investigación, la falta de rituales mortuorios y/o despedidas a los familiares, deja incertidumbre en los familiares sobre si era o no, su familiar. Para enfatizar lo anterior se encuentra en estudio de Baños e Hidalgo (2021), el cual resalta que los recursos simbólicos como los ritos fúnebres son necesarios para la elaboración del duelo.

Si bien el duelo es considerado una experiencia universal (Payas, 2010), para el duelo por Covid-19 es necesario integrar nuevas características y elaborar con ello un concepto que lo describa, pues como se puede apreciar en los resultados, el duelo que experimentan las personas que pierden un ser querido por Covid-19, está impregnado de huecos, de ausencias, de faltas de rituales y ceremonias que despidan los restos mortales del ser amado, ¿dónde queda experimentado el constructo de ritual que tanto ha costado a las sociedades construir a lo largo de la humanidad lo que Rosenblatt (2001) además de en algunos casos una larga agonía o una abrupta muerte, ambas de forma aislada de sus familiares y/o amigos.

El duelo por Covid-19 es un fenómeno que se precipitó en las tres primeras olas de manera distinta a lo que Neimeyer, Klass y Dennis (2014) denominaron como modelo construccionista del duelo, donde el proceso de duelo se vive y experimenta en entornos sociales y culturales. Lo anterior lleva a los rituales solitarios que los participantes expresaron en sus historias y que deja entrever las diferencias de los rituales pre pandemia y los que se suscitaron durante la misma.

El duelo se ha de vivir más como proceso que como un estado, es un proceso activo donde los deudos son agentes activos (Neimeyer, 2021), lo que implica tomar decisiones, este “privilegio” por llamarlo de algún modo, se vio mermado durante la pandemia, pues las personas que perdieron un ser querido por Covid-19 en un hospital, no pudieron tomar muchas decisiones respecto a los restos de su ser amado, ejemplo de ello es que no decidieron si reconocían el cuerpo o no, si sus restos eran cremados o sepultados, nada, solo la entrega de los restos en cenizas sin la certeza de que sea su familiar.

Neimeyer (2021), describe las fases del duelo como únicas para cada persona, donde el significado, la duración y la intensidad son distintos:

- **Evitación:** es una fase donde claramente se hace el intento por evadir la realidad, sin embargo, en el duelo por Covid-19, los deudos no toman la decisión de evadir la realidad, es decir, la muerte de su familiar, se vieron en la obligación de no vivir el proceso, pues los mecanismos para mitigar la pandemia prohibían hacer contacto con la realidad a través de los rituales funerarios pre establecidos.
- **Asimilación:** fase donde se experimenta la ausencia del ser amado, y en el duelo por Covid se experimenta de forma tardía y más con la “sensación de vacío”, de que “falta algo por hacer”.
- **Acomodación:** en esta fase la aceptación se empieza a hacer presente, la angustia y la tensión disminuyen, en el duelo por Covid-19, y para esta investigación, no se está seguro cuando llega la aceptación pues el estudio fue en un periodo específico y no se sigue monitoreando el proceso de duelo.

¿Dónde queda pues el objetivo del proceso de duelo? ¿Dónde se deja la función adaptativa de este proceso de vida? ¿Cómo se encauzan los sentimientos, manifestaciones físicas y cogniciones si no hay rituales? (Centeno, 2013). El objetivo

queda mermado, con la ausencia de los procesos funerarios, con cosas por hacer, por despedidas sin manifestar, sin decisiones por tomar.

Existe la posibilidad de que un proceso de duelo se vea complicado, ya sea por su duración y/o por su intensidad, Stroebe, Schut y Stroebe (2007), proponen su modelo de procesamiento dual, el cual consta de dos oscilaciones.

- La **primera oscilación orientada hacia la pérdida**: donde el deudo hace contacto con sus emociones, en el duelo por Covid-19, las personas se vieron limitadas en su expresión de emociones, pues los rituales funerarios son los momentos donde se expresan, además de con las personas que tienden una mano en esos momentos. Por lo contrario, solo existe un desconcierto e incertidumbre con un poco de aceptación, pero solo por el hecho de que la persona muerta ya no está con ellos, ya no regresó, no la han vuelto a ver.
- La **segunda oscilación orientada hacia la reconstrucción**: es la oscilación que va encaminada a la reorganización de la vida de los deudos aceptando la ausencia del familiar fallecido, como se menciona en las fases de acomodación y asimilación planteadas por Neimeyer, se suscita un “hueco” al hacer falta rituales de despedida y/o funerarios, sin la presencia de rituales es poco probable que se llegue a la reconstrucción en un proceso de duelo normal, sano, funcional, sin atravesar un duelo complicado, donde se opte por realizar otro tipo de rituales o ceremonias de despedida con el objetivo de asimilar el proceso.

Lo descrito en los párrafos anteriores, puede ser complicado de ejecutar, por el hecho de que al no existir un precedente sobre cómo abordar este duelo, las personas no tienen un referente sobre lo que podrían hacer para trabajar y resignificar su pérdida familiar, es decir, ¿qué se hace con los restos de una persona que no se tiene la certeza de que es el familiar muerto? ¿cómo se trabaja la incógnita de no saber qué pasó con su

familiar en sus últimos momentos? ¿cómo fue estar hacinado junto a más personas que estaban muriendo? Son incógnitas difíciles de responder y que seguramente no se pueden responder a la ligera.

Otro modelo muy importante son las tareas que describe William Worden (2004), pues indican acciones a realizarse durante el proceso de duelo, la **primera tarea de duelo es la aceptación de la realidad**, donde el objetivo es que el deudo comprenda que su familiar ya no está y no va a volver. De acuerdo con Worden, el objetivo anterior, se realiza a través de la participación en rituales y/o ceremonias, estas actividades se vieron mermadas, pausadas, incluso canceladas en los deudos que perdieron un familiar por Covid-19 en un hospital, orillando a los deudos a realizar algunas otras acciones de aceptación, o como en la mayoría de los casos encontrados, se quedaron sin realizar nada.

La **segunda tarea tiene como objetivo expresar las emociones**, de manera general, estas emociones se expresan durante los rituales o ceremonias de despedida, pero no hubo. Además de estos espacios, se expresan con amigos, familiares, vecinos, conocidos incluso, y dada las medidas de contingencia sanitaria, fue imposible entablar una relación física con las personas que no habitaran un mismo hogar, pues dado el temor de contagio, se le aisló a las personas que perdían un ser querido por Covid-19, algunos participantes refirieron que sentían como si tuvieran sarna o alguna enfermedad que de solo tocarlos se contagiarían.

El principal objetivo de la **tercera tarea es la adaptación a un espacio sin el otro**, el o los deudos tienen como principal actividad, encargarse de lo que hacía su familiar, esta tarea fue y ha sido complicada en el duelo por Covid-19, pues al estar en confinamiento no se seguía con las actividades del ser querido, solo se permaneció en casa, sin seguir haciendo nada.

En lo que concierne a **la cuarta tarea, implica una recolocación emocional del ser querido muerto, además de seguir con la vida**, esta tarea se describe como una vida plena sin el otro, donde se viva el presente y se recuerde sin dolor al ser amado. Lo que pasa con esta última tarea es que es difícil de llegar a ella o comenzarla a trabajar sin la previa elaboración de las demás, y como se ha explicado en párrafos anteriores, las tareas anteriores se vieron mermadas o canceladas.

Duelo desautorizado y Covid-19

El concepto de duelo desautorizado es relevante en esta investigación pues de acuerdo con lo propuesto por Doka (2002), el duelo desautorizado se define como aquellas experiencias de pérdidas no validadas por la sociedad. De acuerdo con las medidas para mitigar los contagios por Covid-19, como eran el aislamiento social, la sana distancia, la poca o nula interacción entre personas incluso del mismo hogar, se vieron obstaculizadas las manifestaciones de dolor, es decir, que la sociedad no promovía por ejemplo las reuniones para una despedida del familiar muerto por Covid-19, al contrario, en cuanto se sabía que la persona había fallecido por Covid-19 y/o complicaciones por la misma enfermedad, las personas, la familia, vecinos y la sociedad en general, prefería mantener distancia y hacer como que “no pasaba nada”.

Doka (2002), describe cinco situaciones o experiencias que pueden dar lugar a un duelo desautorizado, de acuerdo con los resultados de esta investigación, el duelo por Covid-19 tiene matices de: pérdidas no reconocidas y circunstancias de la muerte.

Las pérdidas no reconocidas se presentaron una vez que la sociedad, en su mayoría por miedo y/o desconocimiento del tema, no le dio importancia tanto a la muerte de la persona, si no a la causa por la cual falleció, llegando a una exclusión de la familia y personas que hayan tenido contacto con la persona muerta. Aunada a la situación

anterior, se encuentran las circunstancias de la muerte, se catalogan como circunstancias “escandalosas” donde el contexto está inmerso en estigmas y tabús, tal como sucedió en las muertes por Covid-19, donde, como se mencionó anteriormente, la causa es el “escándalo”, morir por Covid-19 en el auge de la pandemia era sinónimo de familias solas.

Duelo complicado/patológico

Rosenblatt (2001), denomina al duelo complicado o patológico como duelo desviado, sin embargo, los conceptos tienen el mismo objetivo de definir un duelo que no va por una vía de la resignificación y/o está tardando mucho tiempo, además de que las reacciones emocionales pueden ser excesivas.

Dentro de las características que describen a un duelo patológico y que tienen relación con los resultados de la presente investigación, se encuentran:

- La culpa, presente desde que se precipita el contagio, hasta el momento fulminante.
- Síntomas físicos, ya sea como consecuencia del proceso de duelo, o como portador del Sars-CoV-2.
- Mucho enojo, contra personal de salud por el trato que se le dio al familiar que falleció, consigo mismo por “no cuidarse adecuadamente” y no haber prevenido la enfermedad.
- Y algunas dificultades del funcionamiento diario, dado el contagio familiar, era pertinente que ningún miembro del hogar saliera de casa, por tal motivo, las personas no llevaron a cabo sus actividades diarias.

Si bien las características antes mencionadas pertenecen a un duelo funcional/normal, dadas su cronicidad y la peculiaridad de las causas que las precipitaron pueden considerarse características de un duelo por Covid-19.

Duelo familiar y Covid-19

El concepto de duelo familiar fue importante para esta investigación porque los duelos producto del Covid-19 fueron experimentados de una manera reducida de la familia, es decir, que a las exequias en muy pocos casos acudieron solo la familia nuclear, en muchos otros, no hubo la oportunidad de realizar ningún ritual funerario, mucho menos una reunión familiar para despedir a su familiar, actividades indispensables para iniciar un proceso de duelo familiar que llegue a buen puerto.

En un proceso de duelo familiar se ponen en marcha distintos mecanismos de defensa, cuyo objetivo es perpetuar la integridad de la familia (Pereira, 2002).

1. Reagrupamiento de la familia nuclear: se prefiere estar en contacto con la familia nuclear, sin embargo, el duelo por Covid-19 las personas que fallecían en hospital lo hacían aisladas de algún familiar, ni siquiera conocían a las personas con las que compartían espacio. La familia nuclear, por su parte, en casa, encerrados, experimentando incertidumbre, teniendo noticias a cuenta gotas de sus familiares, o sin ninguna información en algunos casos. Dada la noticia de la muerte se acude por los restos de la persona sin hacer más. La unión de la familia nuclear se realiza de forma obligada dada las medidas para la contención sanitaria.
2. Intensificación del contacto con familiares extensos: respecto a este mecanismo de defensa, se apreció que para el duelo por Covid-19, es uno de los que tendieron a cambiar más, puesto que el inicio del proceso de duelo se experimentó de manera aislada de la familia extensa.
3. Comunicación con el exterior disminuida: es esperado en un proceso de duelo ante cualquier pérdida, en esta ocasión, se precipitó debido a las medidas sanitarias para mitigar los contagios y las potenciales muertes, entre las

medidas que más destacaron en el auge de la pandemia, fueron la sana distancia y el uso de cubre bocas.

4. Apoyo socio-cultural para que la familia continúe, este mecanismo se vio mermado puesto que instancias gubernamentales, escuelas y en general, programas de apoyo tenían suspendidas sus labores presenciales y lo que se hacía era trabajar desde casa.
5. Reconciliación: respecto a este mecanismo basado en el cese de hostilidades entre familiares se puede decir que, al ser una enfermedad aislante socialmente, lo cual incluye a los familiares, no existe un cese o una redención a conflictos previos, además, los síntomas de la enfermedad no permiten un acercamiento para limar perezas.
6. Conductas de debilidad cuyo objetivo es reclamar atención: estas conductas se pueden camuflar con los síntomas que trae consigo Covid-19, cansancio, malestar físico, además de la pérdida de actividades diarias, es decir, existe un límite difuso entre los síntomas por Covid-19 y las conductas de debilidad.

De acuerdo con Pereira (2002), los mecanismos antes descritos tienen el objetivo de que el trabajo de duelo sea más fácil, al no ejecutarse a cabalidad los mecanismos de defensa el trabajo de duelo se complica.

Aunado a los mecanismos de defensa, Pereira (2002), propone las siguientes etapas de duelo familiar:

➤ Aceptación familiar de la pérdida

Cuya etapa tiene como objetivo crear un espacio donde las emociones puedan ser expresadas y donde puede existir un problema si toda la atención se centra en un solo familiar, inhibiendo a los demás para expresarse. En el duelo por Covid-19 sucede una

consternación, no se sabe qué pasó con su familiar, si el servicio de salud hizo lo necesario, si “lo dejaron morir” como mencionan, no se tiene la certeza. Al no existir un panorama claro no se puede pasar a una aceptación familiar, las emociones que se presentaron en los participantes fueron de enojo y de tristeza, donde el enojo resalta por las razones mencionadas e impidiendo una aceptación de la pérdida y tomándola como “no le tocaba”.

➤ Reagrupamiento y reorganización familiar

El reagrupamiento era obligado por decirlo de alguna manera, pues dadas las medidas de contingencia sanitaria, no se tenía contacto con familia extensa, mucho menos amigos o conocidos.

➤ Reorganización de la relación con el medio externo

La reorganización con el exterior se obstaculizó debido a que las recomendaciones sanitarias sugerían mantener distancia, incluso con familiares que no pertenecieran al mismo hogar, por lo tanto, esta etapa quedó postergada, incluso cancelada, porque para los familiares fue difícil abordar el tema de Covid-19 en reuniones familiares posteriores.

➤ Reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar

¿Cómo pertenecer a un nuevo sistema familiar si no se ha aceptado la pérdida, no se ha trabajado en una reestructuración familiar interna y mucho menos externa? Los participantes narraron su experiencia como “hueca” y con la sensación de falta de cosas por hacer, no se puede llegar a una reincorporación familiar a las esferas sociales más amplias de forma sana, sin experimentar etapas anteriores u oscilar entre ellas.

Las etapas de duelo familiar son importantes en cualquier tipo de duelo, pues como individuos no se está exento de pertenecer a una familia, tampoco a la sociedad, es

la red de apoyo quienes tienen el objetivo de ser el bálsamo en momentos que de manera individual no se podrían atravesar en determinado momento.

Por otro lado, de manera individual, existen las emociones autoevaluativas, para la presente investigación se trabajó con la culpa, la cual a groso modo y para recordar, se define como una evaluación negativa sobre las actividades que se llevaron a cabo ante una situación (Etxebarria, 2003). En el duelo por Covid-19 la culpa estuvo presente en las narraciones en momentos como la decisión de llevar o no al familiar al hospital, incluso una vez que lo llevaron, saber si fue la mejor decisión, tener la sensación de culpa por pensar que, si no lo hubieran llevado al hospital, tal vez no hubiera muerto.

Una vez dado el deceso, los participantes narraron una sensación de culpa porque piensan que tal vez ellos llevaron el Covid-19 a casa, oscilan entre pensamientos como “me hubiera cuidado mejor”, “no hubiera salido a trabajar”, pues tal y como lo describe Pizarro (2008), se puede percibir como un incumplimiento con el medio.

Rituales funerarios y Covid-19

En otro aspecto de la investigación, se encuentran los rituales mortuorios que se llevaron a cabo o no, para las personas que murieron por Covid-19 durante la pandemia y sus primeras 3 olas. De acuerdo con Rosenblatt (2001), los rituales funerarios tienen varios objetivos, el primero es reubicar los restos del ser querido, lo cual implica que los miembros de la familia tomen la decisión de qué hacer con los restos, esta decisión no fue tomada por los familiares al perder a un miembro de su familia, aspecto inicial en el que el proceso de duelo se ve modificado. Otro objetivo de los rituales post mortem es expresar los sentimientos hacia la persona finada durante el ritual y aspecto fundamental de esto, es quién o quiénes han de ayudarlo a sobrellevar la experiencia. De acuerdo con lo que describieron los participantes, las personas no tuvieron velación, despedida o algún

espacio y lugar para llorar su pérdida, tampoco hubo acompañamiento de familiares extensos, mucho menos amigos o conocidos, lo que lleva al tercer objetivo de los rituales, la asistencia pública, donde en pandemia, fue nula o muy reducida.

Para ser más específico, se describieron los rituales funerarios desde su Re-creación con los rituales españoles a partir de la conquista, hasta lo que se hace al día de hoy, y que, por el auge de la pandemia y las medidas de contención de la misma, se vieron modificados o nulificados algunos aspectos de los rituales.

El objetivo principal de los rituales religiosos es paliar la soledad, así como reestablecer los vínculos sociales, otro aspecto igual de importante es que a través de los rituales religiosos funerarios, se adquiere el estatus de “deudo”, esto facilita el proceso de duelo mediante el reconocimiento y la aceptación de la pérdida ante la sociedad (Yoffe, 2015), por lo tanto, al no darse este reconocimiento público en los rituales religiosos, el proceso de duelo se vio modificado. Incluso y cabe resaltar, los rituales en algunos casos se realizan previo al deceso, esto incita a una cercanía con el otro, durante la pandemia por Covid-19 y los decesos por la misma, no hubo rituales previos, tampoco posteriores como hasta entonces se habían practicado, no se realizó la vigilia por el difunto, la misa exequial, tampoco el rito de sepelio.

Para una elaboración del duelo y posterior resignificado de la muerte del familiar son indispensables los ritos fúnebres y como lo mencionan Baños e Hidalgo (2021), se buscaron alternativas para resignificar la muerte, sin embargo, existen personas que no lo han hecho, aunque hayan pasado meses, pues de acuerdo a lo que narraron los participantes, aún conservan las cenizas dentro de casa porque no saben qué hacer con ellas.

Trauma, Duelo traumático y Covid-19

El trauma es un evento que potencialmente amenaza la integridad física y/o psicológica del ser humano que lo experimenta (Pérez-Sales, 2006). El evento puede ser descrito como horrible, absurdo, confuso y de mucho desconcierto de acuerdo con lo que menciona Pérez-Sales (2006), como sus características principales, dichas características se presentan en lo que los participantes narraron: que muera un ser querido por Covid-19 y/o sus complicaciones, en un hospital público en la ciudad de Morelia durante las tres primeras olas de la pandemia es un hecho incomprensible, confuso, evento con muchas interrogantes que no son respondidas por nadie.

El trauma no solo se produjo de manera individual, también lo hizo de manera colectiva, provocando una desestructuración social. Tanto en el trauma colectivo como en el trauma individual se ve mermada la confianza en sí mismo como en los demás (Echeburúa et al., 2007), esto se pudo observar en el repliegue de la sociedad a sus hogares, limitando el contacto con los demás por el temor a ser contagiado, lo anterior, se suscitaba aún más cuando las personas se daban cuenta que los miembros de la familia estaban contagiados con Sars-CoV-2, pues sentimientos como temor por la vida propia, pérdida de control e indefensión eran sensaciones a diario.

De acuerdo con la definición de duelo traumático como un hecho abrupto, súbito y que desencadena un duelo (Corredor, 2002), se puede apreciar que el duelo por Covid-19 tiene características de un duelo traumático, pues como se observó en los resultados, los participantes narraron la muerte de su familiar como inesperada y muy rápida, como un evento que se dio de un día a otro o de una noche a la mañana siguiente.

Aunado a lo anterior, “un apoyo social próximo insuficiente, ligado a la depresión y al aislamiento, y la escasa implicación en las relaciones sociales y en actividades lúdicas

dificultan la recuperación del trauma” (Echeburúa et al., 2007, p.253); de acuerdo con las narraciones de los participantes, y lo que era evidente para toda la sociedad, no hubo un apoyo social próximo suficiente que ayudara a amortiguar el deceso del ser querido, mucho menos se realizaron actividades lúdicas que facilitaran la recuperación del trauma.

Para terminar con este apartado, se retoma una aportación reciente al campo del duelo por Covid-19, Sánchez (2020), menciona que al presentarse eventos nunca antes vistos como el repliegue social, la falta de procedimientos clínicos, prohibición de rituales posteriores a la muerte incluido el reconocimiento del cuerpo, incrementa un duelo patológico y elaboraciones traumáticas, esto se pudo identificar en las narraciones de los participantes pues la constante fue una falta de reconocimiento de los finados, tampoco pudieron decidir qué hacer con los restos, solo se les hizo entrega de la urna con cenizas o en otros casos, un ataúd empleado sin la posibilidad de abrirlo y donde el ataúd debía ser inmediatamente enterrado.

Capítulo 9: Conclusiones

De acuerdo con el objetivo principal de la investigación y con base en los análisis preliminares de los participantes piloto y de los participantes meta, así como las aportaciones del personal fúnebre y médico, se puede concluir que las características de los duelos de las personas que pierden un familiar cercano como consecuencia de enfermar de COVID-19 en Morelia, Michoacán y Querétaro, Querétaro, en un hospital público y cuyos restos fueron entregados en cenizas sin las posibilidad de despedirse y/o reconocer el cuerpo, podrían evolucionar a un duelo complicado por la ausencia de rituales mortuorios y/o de despedida, por la falta de reconocimiento corporal y por la escasa compañía social y hasta familiar por la que se transita esa experiencia.

De acuerdo con los objetivos específicos, el primero versa sobre las reacciones presentes en el proceso de duelo por COVID-19, del cual puedo concluir que las reacciones emocionales y cognitivas son las que destacan con peculiaridades en este tipo de duelo, pues se genera impotencia y enojo, aunado a que los deudos se sienten y físicamente están solos. Constantemente se culpan por lo que pudieron haber hecho o por lo que ignoraban, son una vorágine de pensamientos sobre la forma en la que abordaron la enfermedad.

Para el segundo objetivo específico se puede decir que la ausencia o retraso de rituales deja en las personas un hueco, como si les faltara algo por hacer, y que una vez que se llevan a cabo el camino a la resignificación se vuelve más claro.

Para terminar este apartado se responde a la pregunta de investigación: ¿cuáles son las características del duelo y los rituales que experimentan los deudos que perdieron un ser querido por COVID-19?, pues bien, si algo destaca en este tipo de duelo es la

soledad y la impotencia, impotencia porque al ser una enfermedad nueva se desconoce mucho sobre su comportamiento, transmisión, letalidad y en un inicio no se sabía qué hacer, porque de acuerdo a los familiares, otra enfermedad “avisa” que el fin se acerca, COVID-19 por su parte es repentino y aislado, donde las familias no saben cómo está siendo tratado su familiar. Es en soledad porque por reglas de salud no se pueden hacer velorios ni funerales, pero, ¿a cuáles restos humanos? ¿a los que les dijeron que era su familiar? ...no queda más que confiar... y “abrazarte a ti mismo”.

En conclusión, la Covid-19 es una enfermedad que llegó a revolucionar el mundo como lo conocíamos, sobre todo por la inconmensurable cantidad de muertes que ha dejado a lo largo de más de dos años, muertes que se suscitaron de manera repentina y que como lo describen varios participantes “entró y ya no volvió a salir, solo me entregaron cenizas que ni sabía si eran de él”.

Capítulo 10: Alcances y Limitaciones

Dentro de las limitaciones con las que contó la investigación, fue la dificultad al acceso de los participantes, pues como se ha mencionado, la investigación tuvo lugar cuando aún estaban vigentes los protocolos sanitarios y el miedo al contagio aún era considerable. Además de que hablar de la muerte de un familiar siempre resulta difícil y más aún con la incertidumbre que deja Covid-19 sobre los últimos momentos de su familiar y si la atención fue adecuada o “solo lo dejaron morir” como mencionan algunos participantes. Otro punto a destacar es que el proceso de duelo lleva meses, incluso años, y en la presente investigación sólo se les entrevistó en un corto periodo de tiempo, donde las emociones y cogniciones aún están a flor de piel. Aunado a lo anterior y como propuesta para una posterior investigación, es entrevistar de manera periódica a los participantes para conocer cómo se va desarrollando su duelo y en algún punto conocer si llegaron a resignificar o se ha quedado como duelo no resuelto.

Sin embargo, y a pesar de las vicisitudes por las que se atravesaron, la investigación propone una descripción de lo que vivieron las personas que perdieron un ser querido en tiempos de pandemia, proporciona voz a las personas con esta experiencia y queda un antecedente de lo que los seres humanos sentimos cuando no podemos despedirnos de algún familiar ante una muerte y rituales tan peculiares.

Capítulo 11: Referencias

- Agudelo, M. y Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (17), 353-378.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=574261387015>
- American Psychological Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*.
- Anderson, H. (2010). *How rituals heal. Word and World*, 30(1), 41-50.
https://wordandworld.luthersem.edu/content/pdfs/30-1_Health_Healing_and_Wellness/30-1_Anderson.pdf
- Araujo, M., García, S., & García-Navarro, E. B. (2021). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con Covid-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 31(1), 112-116. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Baños, I. P. & Hidalgo, D. A. (2021). *Incidencia de la pandemia mundial y la prohibición de rituales fúnebres, en el proceso de duelo de los dolientes*. [Tesis de licenciatura, Universidad católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio digital UCSG.
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/16119>
- Berger, P. y Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
https://www.academia.edu/27308285/LA_CONSTRUCCI%C3%93N_SOCIAL_DE_LA_REALIDAD_BERGER_PETER_Y_LUCKMANN_THOMAS_pdf

- Bertaux, D. (1980). L approche biographique. Sa Valité methodologique, ses potentialités, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 69, 197–225.
<http://www.jstor.org/stable/40689912>
- Bertaux, D. (1989). Los Relatos de vida en el análisis social. *Historia y Fuente Oral*, 1, 87–96. <http://www.jstor.org/stable/27753230>
- Bowlby, J. (1980): *La pérdida afectiva*. Paidós.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151. doi: 10.1016/j.rpsm.2010.09.003
- Camic, P., Rhodes, J. y Yardley, L. (2003). *Qualitative research in psychology: expanding perspectives in methodology and desing*. American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10595-000>
- Cañete, R., Guilhem, D., y Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*, 18(1), 121-127. doi:
<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000100011>
- Centeno, C. (2013). *Gestión del duelo y las pérdidas*. Formación Alcalá.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (enero de 2021).
<https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines/Pfizer-BioNTech.html>
- Ciudades y directorio. Todas las ciudades de México. (s.f.). *Morelia, Michoacán de Ocampo*. Recuperado el 17 de enero de 2022 de
<http://www.ocdemexico.org.mx/Michoacan/Morelia/>
- Ciudades y directorio. Todas las ciudades de México. (s.f.). *Querétaro Arteaga*.
Recuperado el 17 de enero de 2022 de <http://www.ocdemexico.org.mx/Queretaro/>

CNN español. (20 febrero 2020). *Cronología del coronavirus: así comenzó y se extendió el virus que tiene en alerta al mundo.*

<https://cnnespanol.cnn.com/2020/02/20/cronologia-del-coronavirus-asi-comenzo-y-se-extendio-el-virus-que-pone-en-alerta-al-mundo/>

Cornejo, M., Mendoza, F., Rojas, R. (2008). La Investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé (Santiago)*, 17 (1), 29-39.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000100004>

Corredor, A. (2002). Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal. *Revista Colombiana de psicología*, (11), 35-55.

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1196>

COVID-19 México. (2021). *Información general*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>

Covid-19 México (s.f.). Información General, Morelia, Michoacán. Recuperado el 03 de agosto de 2022 de <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>

Covid-19 México, (s.f.). Información general, Querétaro. Recuperado el 17 de enero de 2022 de <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>

Creswell, J. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*, Sage.

Creswell, J. (2014). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. SAGE.

Del Río Sánchez, C. (2007). Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad. *Información psicológica* (90), 12-27.

<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/74070/Dilemas%20%20c3%a9ticos%20rela>

cionados%20con%20la%20confidencialidad%20art%3%adculo%20personalidad.
pdf?sequence=1&isAllowed=y

Doka, K. (2002). *Disenfranchised Grief: new directions, challenges, and strategies for practice*. Research Press.

Duque, H. y Aristizábal, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensamiento psicológico*. 15 (25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>

Echeburúa, e., de Corral, P. y Amor, P. (2007). *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/RESISTENCIA-A-LAS-PERDIDAS-ECHEBURUA-1.pdf>

Etxebarria, I. (2003). Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo. EG Fernández-Abascal, MP Jiménez y MD Martín (Coor.). *Motivación y emoción. La adaptación humana*, 369-393. https://www.researchgate.net/profile/Itziar-Etxebarria/publication/264909909_Etxebarria_I_2003_Las_emociones_autoconscientes_culpa_verguenza_y_orgullo_En_E_G_Fernandez-Abascal_M_P_Jimenez_y_M_D_Martin_Coor_Motivacion_y_emocion_La_adaptacion_humana_pp_369-393_Madrid_Centro_de_E/links/53fd90ed0cf22f21c2f80ba4/Etxebarria-I-2003-Las-emociones-autoconscientes-culpa-vergueenza-y-orgullo-En-E-G-Fernandez-Abascal-M-P-Jimenez-y-M-D-Martin-Coor-Motivacion-y-emocion-La-adaptacion-humana-pp-369-393-Madrid-Centro.pdf

- Expansión política (8 de julio de 2021). *La OPS confirma tercera ola de COVID-19 en México*. Expansión política. <https://politica.expansion.mx/mexico/2021/07/08/la-ops-confirma-tercera-ola-de-covid-19-en-mexico>
- Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. (2010). Principios Éticos de los psicólogos y código de conducta. American Psychological Association (APA). Argentina.
- Fiotti, J. y Borensztein, K. (2020). *Duelo y tecnología en tiempos de pandemia: un estudio exploratorio* [Presentación de escrito]. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, <https://www.aacademica.org/000-007/236>
- Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Morata.
- Flores, M. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista digital universitaria*, 5(1), 1-9.
<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-digital-universitaria/articulo/implicaciones-de-los-paradigmas-de-investigacion-en-la-practica-educativa>
- Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico* 2 (7), 15-39.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80120703>
- García, A. (2020). Duelo y confinamiento. *Revista de enfermería*, 14(1), 1-7.
<http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1152>

- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*.
Universidad de los Andes. Facultad de Ciencias Sociales.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Morata.
- Gilbert, K. (1996). "We've had the same loss, why don't we have the same grief?" loss and differential grief in families. *Death Studies*, 20 (3), 269–283.
doi:10.1080/07481189608252781
- Goverment of Ireland (2020). *A Guide for the Bereaved during the COVID-19 Pandemic*.
<https://www.gov.ie/en/publication/f43301-covid-19-coronavirus-a-guide-for-the-bereaved/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Howitt, D. y Cramer, D. (2011). *Introduction to research methods in psychology*. Pearson.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (noviembre 2022). *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes (14 de noviembre)*.
EAP_DIABETES2022.pdf (inegi.org.mx)
- Jiménez, P. y Robayo, A. (2021). *Factores de riesgo y variantes del duelo durante la pandemia COVID 19. Un modelo de abordaje*. [Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría. Instituto Superior de Investigación y Posgrado, Universidad Central del Ecuador].
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23771>
- Kapitány, R., & Nielsen, M. (2015). Adopting the ritual stance: The role of opacity and context in ritual and everyday actions. *Cognition*, 13-29.

https://www.academia.edu/18174934/Adopting_the_ritual_stance_The_role_of_opacity_and_context_in_ritual_and_everyday_actions

- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. *Obras completas, Desarrollos en Psicoanálisis*, 235-251. (PDF). [https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Klein,%20Melanie%20\(1882-1960\)/Klein,%20Melanie%20-%20Sobre%20la%20teor%C3%ADa%20de%20la%20ansiedad%20y%20la%20culpa.pdf](https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Klein,%20Melanie%20(1882-1960)/Klein,%20Melanie%20-%20Sobre%20la%20teor%C3%ADa%20de%20la%20ansiedad%20y%20la%20culpa.pdf)
- Lara, L., Castellanos, V. (2020). Derecho a decir adiós: muerte en soledad y duelo crónico en la pandemia COVID-19. *Publicaciones e investigación*, 14 (2), <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/publicaciones-e-investigacion/article/view/4440>
- Levine, P. (2012). *Sanar el trauma. Un programa pionero para restaurar la sabiduría de tu cuerpo*. Neo Person
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência y Saúde Coletiva*, 17 (3), pp. 613-619 <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER), (2020). *Mayo Clinic*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coping-with-coronavirus-grief/art-20486392>
- Medina, F. (2020). *No somos nadie, cuando lo somos todo: un programa de intervención en duelo complicado en situación de COVID-19 para personas mayores que viven en residencias*. [Tesis de maestría, Universidad de Barcelona].

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/172410/1/TFM_francisco_manuel_molina_moreno.pdf

Mendoza Luján, J. (2006). La festividad indígena dedicada a los muertos en México. En *Que viva el día de muertos, rituales que hay que vivir en torno a la muerte* (págs. 24-40). México: CONACULTA.

<https://jfernandodanieltehozol.neocities.org/nacimiento%20de%20tradiciones.pdf#page=41>

Mora, E. (2021). Los duelos del COVID-19. Acompañamiento pastoral desde la Teología Práctica. *Teología Práctica Latinoamericana*, 1 (1), 61-80.

<https://revistas.ubl.ac.cr/index.php/tpl/article/view/164>

Moos, N. (1995). An integrative model of grief. *Death Studies*, 19 (4), 337–364.

doi:10.1080/07481189508252737

Neimeyer, R. (2021). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós.

Neimeyer, R., Klass, D. y Dennis, M. (2014). A Social Constructionist Account of Grief:

Loss and the Narration of Meaning. *Death Studies*, 38 (8), 485-498. DOI:

10.1080/07481187.2014.913454

Ojeada, R. (14 noviembre 2020). *Diabetes en México: así se comporta la segunda causa de muerte en el país*. <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/diabetes-en-mexico-2020-estadisticas-y-porcentaje>

Olachea, O. (09 de enero de 2021). Michoacán rompe récord de casos diarios: registra 273 contagios de COVID-19 en un día. *La Voz*, pág. línea.

<https://www.lavozdemichoacan.com.mx/pais/covid-19/michoacan-rompe-record-de-casos-diarios-registra-273-contagios-de-covid-19-en-un-dia/>

Organización Mundial de la Salud. (13 noviembre 2020). *Especificaciones técnicas para el equipo de protección personal frente a la Covid-19.*

https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-PPE_specifications-2020.1

Organización Mundial de la Salud. (06 de diciembre de 2020).

https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=CjwKCAiAn7L-BRBbEiwAI9UtkF-3TyDzBko4MxFRbhQW_hbC9G5NbgCPIorJUArdeRgOvrbab-CoERoCR8UQAvD_BwE

Organización Panamericana de la Salud. (05 de diciembre de 2020). *Organización Mundial de la Salud.* <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>

Organización Mundial de la Salud. (29 junio 2021). *Cronología de la respuesta de la OMS a la Covid-19.* <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

Organización Panamericana de la Salud. (enero de 2021). *Brote de enfermedad por el coronavirus (COVID-19).* Paho.org.

https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19?gclid=CjwKCAiAn7L-BRBbEiwAI9UtkGQv9nDAzXj45hp1vpKJUkx6H6LO58vCzRsKkr0_q3W4k_iuLrLMKBoC4sEQAvD_BwE

Osiris, R., Guerrero, G., Herrera, A., Ascencio, L., Rodríguez, M., Aguilar, I., ...Ibarreche, J. (2020). *Manual operativo del curso para el acompañamiento del duelo en situaciones especiales durante la pandemia de la COVID-19 en México.* http://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual_duelo.pdf

- Pascual, Á. y Santamaría, J. (2009). Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44, 48–54. doi: 10.1016/j.regg.2009.05.012
- Payas, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Pereira, R. (2002). Duelo familiar. *Sistemas familiares*, 18, (1-2), 48-61.
https://www.researchgate.net/profile/Roberto-Pereira/publication/265571895_DUELO_FAMILIAR/links/551bc6050cf2909047b96293/DUELO-FAMILIAR.pdf
- Pérez-Sales, P., y Lucena, R. (2000). Duelo: una perspectiva transcultural. Más allá del rito: la construcción social del sentimiento de dolor. *Psiquiatra pública*, 12(3), 259-271. <http://www.pauperez.cat/wp-content/uploads/2018/04/Perez-Sales-Duelo-Transcultural.pdf>
- Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Desclee de Brouwer.
- Pérez, M. (2020). *Duelo, proceso individual, proceso familiar, proceso social* [Archivo PDF]. <http://www.caritasvitoria.org/datos/documentos/Material%20Duelo-magdalena.pdf>
- Pizarro, C. (2008). La culpa como elemento constitutivo del incumplimiento en las obligaciones de medio o de diligencia. *Revista de derecho (Valparaíso)*, (31), 255-265. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512008000200005>
- Pujadas, J. (2002). *Cuadernos Metodológicos 5. El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

<https://dokumen.pub/el-metodo-biografico-el-uso-de-las-historias-de-vida-en-ciencias-sociales-8474761743.html>

Real Academia Española. (s.f.). Resiliencia. En *Diccionario de la lengua española*.

Recuperado el 10 de abril de 2021, de <https://dle.rae.es/resiliencia?m=form>

Real Academia Española (s.f.). Rito. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 28 de junio de <https://dle.rae.es/rito?m=form>

Real Academia Española. (s.f.). Trauma. En *Diccionario de la lengua española*.

Recuperado el 10 de abril de <https://dle.rae.es/trauma?m=form>

Reséndiz, R. (2018). Desde los individuos a lo social. En M. Tarrés (Coord), *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 125-158). El Colegio de México: FLACSO

Roman Catholic Diocese of Orange, s.f. *Guía para los ritos funerarios católicos*.

<https://www.rcbo.org/resource/guia-para-los-ritos-funerarios-catolicos/>

Romero, V. (2014). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10 (2-3), 377-392. doi:10.5209/rev_psic.2013.v10.n2-3.43456

Rosalmeida, C., Soares de Azevedo, R., Ciaramello, L., Ferreira, M., Palma, A., Matta, L., . . . Smeke, R. (2020). O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 23(3), 509-533. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142020000300509&tlng=pt

Rosenblatt, P. (2001). A social constructionist perspective on cultural Differences in Grief.

En M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (Ed.), *Handbook of*

- bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp. 285-300). American Psychological Association.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205-209. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.001
- Samsung (14 de octubre de 2021). *Especificaciones Galaxy S21+ 5G*.
<https://www.samsung.com/mx/smartphones/galaxy-s21-5g/specs/>
- Sánchez, C. (2020). *Del duelo normal al duelo patológico. Abordaje psicológico*. Punto rojo.
- Sánchez, T. (2020). Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. *Studia Zamorensia (segunda etapa)*, 19, 43-65.
<http://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/29365>
- Secretaría de Salud. (31 marzo 2023). *En México, más de 30 millones de personas padecen hipertensión arterial: Secretaría de Salud*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-mas-de-30-millones-de-personas-padecen-hipertension-arterial-secretaria-de-salud>
- Secretaría de Salud. (s.f.). *¿Qué es el Sars-CoV-2?* Gobierno de México.
<https://coronavirus.gob.mx/covid-19/>
- Secretaría de Salud. (s.f.). *Vacunación Covid*. <http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/>
- Secretaría de Salud. (s.f.). *Calendario de vacunación*.
<http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/calendario-vacunacion/>
- Secretaría de Salud Michoacán, (8 de agosto de 2021). *Información por municipio: Morelia*. Covid19.srs.care. <https://covid19.srs.care/#!/michoacan>

Secretaría de Salud Michoacán, (17 de agosto de 2022). *Información por municipio:*

Morelia. Covid19.srs.care. <https://covid19.srs.care/##michoacan>

Sin embargo (25 de diciembre de 2020). La segunda ola de la COVID-19 en México ya

superó el punto máximo de julio, afirma López-Gatell. *sinembargo.mx*

<https://www.sinembargo.mx/25-12-2020/3914934>

Stroebe, M., Schut, H. y Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: an

updated overview. *Estudios de Psicología: Studies in Psychology*, 38 (3), 582-607.

<https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>

Stroebe, M., Schut, H. y Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The*

Lancet, 370 (9603), 1960–1973. doi:10.1016/s0140-6736(07)61816-9

Torres, D. (2006). Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las

relaciones entre las personas y las culturas. *SAPIENS*, 7(2), 107-118.

http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1317-58152006000200008&script=sci_arttext

Ballesteros B. (2014). Reflexión sobre la teoría de la sociedad del riesgo. *Temas*

Sociales , (35), 203-215.

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0040-](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0040-29152014000200008&lng=es&tlng=es)

[29152014000200008&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0040-29152014000200008&lng=es&tlng=es)

Vega, N., Alarcón, E., Cabrera, C. E., García, N., Montejo, M., Plaza, G., Prieto, P., Rey,

P. & Robles, M. (2020). *Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos del coronavirus (COVID-19)* [Archivo PDF].

<https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2020/03/guicc81a-duelo-covid-19.pdf.pdf.pdf>

- Vergara H. (2021). *Rituales funerarios de la población Santo Domingo del municipio de Caucasia-Antioquia desde 1985 hasta el 2019*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Antioquia].
http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/18944/5/VergaraHaciela_2021_RitualesFunerariosPoblacion.pdf
- Villalobos, H., Sidedor, K. y Prieto, Y. (2021). *Formas de afrontar el duelo por pérdida de un ser querido asociada al COVID-19* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia].
<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/19888>
- Worden, W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- Yoffe, L. (2014). Rituales funerarios y de duelo colectivos y privados, religiosos o laicos. *Avances en psicología: Revista de la facultad de Psicología y Humanidades*, 22 (2), 145-163. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.182>
- Yoffe, L. (2015). Rituales funerarios religiosos, apoyo y consuelo en los duelos. *Revista Remanso*, 18, 90-107.
https://www.academia.edu/34771321/Yoffe_L_2015_Rituales_funerarios_religiosos_apoyo_y_consuelo_en_los_duelos_pdf?from=cover_page
- Zea, F. (27 de julio de 2021). *Vacunación redujo “sustancialmente” mortalidad por COVID-19, asegura López-Gatell*. Pacozea. <https://www.pacozea.com/vacunacion-redujo-sustancialmente-mortalidad-por-covid-19-asegura-lopez-gatell/>

Anexos

Anexo 1. Guía piloto

TEMA 1. EXPERIENCIA ANTE EL COVID 19

- ¿Qué pensaba usted de esta enfermedad cuando comenzó a escuchar al respecto?
- ¿Cómo se pensaban y vivían en su familia las recomendaciones de cuidado y confinamiento hacia la enfermedad?
- ¿Cómo llegó esta enfermedad a su familia/familiar? ¿Cómo fue el diagnóstico y qué vino después?
- ¿Además de su familiar fallecido, se enfermaron otros de sus familiares? ¿Cómo fue para ustedes esta situación?

TEMA 2. VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD DEL FAMILIAR

- En el caso de su familiar fallecido, ¿qué síntomas observaron y cómo los enfrentaron o atendieron?
- ¿Cómo se sentía usted al ver a su familiar con la enfermedad?
- ¿Qué pensaba usted de la enfermedad cuando estuvo presente en su familia?
- ¿Físicamente observó algún impacto en su salud o su vida?
- ¿Qué efectos observó en su familia a nivel emocional o de salud al ver a su familiar enfermo/a de COVID 19?

TEMA 3. VIVENCIA ANTE HOSPITALIZACIÓN O ESTADO DE GRAVEDAD

- ¿En qué momento decidieron hospitalizar a su familiar y por qué tuvieron que hacerlo?

- ¿Por qué decidieron llevar a su familiar a ese hospital y qué pensaba al saber que estaría en ese espacio? ¿Cree que era el espacio adecuado para una mejor atención?
- Si su familiar fue hospitalizado ¿cómo fue esto para su familia? ¿Qué pensaban al saber que estaría hospitalizado/a?
- ¿Fue difícil para ustedes saber cuál era la situación de su familiar al interior del hospital?
- Durante la hospitalización ¿percibía usted que su familiar recibía la atención necesaria o requerida por parte del personal médico y de salud? ¿Qué pensaba usted?
- ¿Tuvo usted que estar pendiente de su familiar en el área del hospital? Si es así, ¿cómo fue estar cerca del hospital en esta situación?

TEMA 4. PREPARACIÓN ANTE EL RIESGO DE FALLECIMIENTO DE FAMILIAR

- Mientras estuvo su familiar hospitalizado/a ¿de qué manera se mantuvieron en contacto con su familiar? ¿tuvieron esa posibilidad?
- Mientras estuvo hospitalizado su familiar ¿pensaron sobre la posibilidad de su fallecimiento en su familia?
- ¿Cómo se sentían ante esta posibilidad? ¿Tuvieron oportunidad de prepararse para esta posibilidad?

TEMA 5. VIVENCIA DEL FALLECIMIENTO/PERDIDA DE FAMILIAR POR COVID

- Una vez que falleció su familiar ¿Cómo les informaron del fallecimiento?
- ¿Cómo fue para usted enterarse del fallecimiento por COVID 19? ¿Cree que fue algo diferente saber del fallecimiento en las condiciones de la pandemia y que haya sido por esta enfermedad de reciente aparición?

TEMA 6. DESPEDIDA/EXPERIENCIA DE DESPEDIDA

- En su caso ¿tuvo la oportunidad de despedirse de su familiar antes de fallecer?
¿Cómo fue esta situación para usted y su familia?

TEMA 7. SERVICIOS FUNERARIOS Y PROCESO DE DUELO

- ¿Puede describirme qué fue lo que vivieron o cómo fue el proceso posterior al fallecimiento de su familiar para la entrega del cuerpo y los servicios funerarios?
- ¿Puede describirme cómo fue el proceso de entrega de los restos de su familiar?
- ¿Tuvo oportunidad de decidir o elegir si su familiar sería cremado o podría ser sepultado? Si es así, ¿qué fue lo que decidieron y cuáles fueron las razones?
- Si no tuvo oportunidad de decidir, ¿cómo se sintió con esta situación?
- Si no tuvo oportunidad de decidir, ¿puede describirme cómo fue esta situación?
- Desde este momento, ¿cómo fueron los servicios funerarios y el trato con el personal de la funeraria?
- Si fue así, ¿cómo decidieron que debían ser los servicios funerarios? ¿Quiénes participaron y en qué condiciones?
- ¿Cómo se sintió con la manera en que se llevaron a cabo los servicios funerarios?
- Posterior al funeral y la despedida de su familiar, ¿qué fue lo que vivieron después en su familia?
- De acuerdo a sus expectativas y/o creencias, ¿tuvo oportunidad de realizar alguna otra acción para despedir a su familiar o para vivir el proceso de duelo?
- En retrospectiva, ¿podría contarme cómo ha sido su proceso de duelo a lo largo de este tiempo? ¿cómo lo ha vivido sabiendo que la pandemia sigue latente?

Anexo 2. Guía participantes meta

EJES TEMÁTICOS

TEMA 1. EXPERIENCIA ANTE EL COVID 19

- ¿Qué pensaba usted de esta enfermedad cuando comenzó a escuchar al respecto?
- ¿Cómo se pensaban y vivían en su familia las recomendaciones de cuidado y confinamiento hacia la enfermedad?
- ¿Cómo llegó esta enfermedad a su familia/familiar? ¿Cómo fue el diagnóstico y qué vino después?
- ¿Además de su familiar fallecido, se enfermaron otros de sus familiares? ¿Cómo fue para ustedes esta situación?

TEMA 2. VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD DEL FAMILIAR

- En el caso de su familiar fallecido, ¿qué síntomas observaron y cómo los enfrentaron o atendieron?
- ¿Cómo se sentía usted al ver a su familiar con la enfermedad?
- ¿Qué pensaba usted de la enfermedad cuando estuvo presente en su familia?
- ¿Físicamente observó algún impacto en su salud o su vida?
- ¿Qué efectos observó en su familia a nivel emocional o de salud al ver a su familiar enfermo/a de Covid-19?

TEMA 3. VIVENCIA ANTE HOSPITALIZACIÓN O ESTADO DE GRAVEDAD

- ¿En qué momento decidieron hospitalizar a su familiar y por qué tuvieron que hacerlo?
- ¿Por qué decidieron llevar a su familiar a ese hospital y qué pensaba al saber que estaría en ese espacio? ¿Cree que era el espacio adecuado para una mejor atención?
- Si su familiar fue hospitalizado ¿cómo fue esto para su familia? ¿Qué pensaban al saber que estaría hospitalizado/a?
- ¿Fue difícil para ustedes saber cuál era la situación de su familiar al interior del hospital?
- Durante la hospitalización ¿percibía usted que su familiar recibía la atención necesaria o requerida por parte del personal médico y de salud? ¿Qué pensaba usted?
- ¿Tuvo usted que estar pendiente de su familiar en el área del hospital? Si es así, ¿cómo fue estar cerca del hospital en esta situación?

➤ TEMA 4. PREPARACIÓN ANTE EL RIESGO DE FALLECIMIENTO DE FAMILIAR

- Mientras estuvo su familiar hospitalizado/a ¿de qué manera se mantuvieron en contacto con su familiar? ¿tuvieron esa posibilidad?
- Mientras estuvo hospitalizado su familiar ¿pensaron sobre la posibilidad de su fallecimiento en su familia?
- ¿Cómo se sentían ante esta posibilidad? ¿Tuvieron oportunidad de prepararse para esta posibilidad?

TEMA 5. VIVENCIA DEL FALLECIMIENTO/PERDIDA DE FAMILIAR POR COVID

- Una vez que falleció su familiar ¿Cómo les informaron del fallecimiento?
- ¿Cómo fue para usted enterarse del fallecimiento por Covid-19? ¿Cree que fue algo diferente saber del fallecimiento en las condiciones de la pandemia y que haya sido por esta enfermedad de reciente aparición?

TEMA 6. DESPEDIDA/EXPERIENCIA DE DESPEDIDA

- En su caso ¿tuvo la oportunidad de despedirse de su familiar antes de fallecer? ¿Cómo fue esta situación para usted y su familia?
- En caso de realizar algún ritual o despedida, ¿cuál fue su alcance?
- Posterior a la muerte, ¿realizó algún ritual o despedida?

TEMA 7. ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL/FAMILIAR

- Tuvo algún tipo de acompañamiento por algún familiar y/o amigo, vecino a lo largo del proceso, o sólo por periodos?
- ¿De qué manera percibió la cercanía de las personas (virtual, físico, en especie)?
- ¿Usted percibía que las personas se alejaban de ustedes o ustedes por tener a un miembro de la familia enfermo de Covid-19?

TEMA 8. SERVICIOS FUNERARIOS Y PROCESO DE DUELO

- ¿Puede describirme qué fue lo que vivieron o cómo fue el proceso posterior al fallecimiento de su familiar para la entrega del cuerpo y los servicios funerarios?
- ¿Puede describirme cómo fue el proceso de entrega de los restos de su familiar?

- ¿Tuvo oportunidad de decidir o elegir si su familiar sería cremado o podría ser sepultado? Si es así, ¿qué fue lo que decidieron y cuáles fueron las razones?
- Si no tuvo oportunidad de decidir, ¿cómo se sintió con esta situación?
- Si no tuvo oportunidad de decidir, ¿puede describirme cómo fue esta situación?
- Desde este momento, ¿cómo fueron los servicios funerarios y el trato con el personal de la funeraria?
- Si fue así, ¿cómo decidieron que debían ser los servicios funerarios? ¿Quiénes participaron y en qué condiciones?
- ¿Cómo se sintió con la manera en que se llevaron a cabo los servicios funerarios?
- Posterior al funeral y la despedida de su familiar, ¿qué fue lo que vivieron después en su familia?
- De acuerdo a sus expectativas y/o creencias, ¿tuvo oportunidad de realizar alguna otra acción para despedir a su familiar o para vivir el proceso de duelo?
- En retrospectiva, ¿podría contarme cómo ha sido su proceso de duelo a lo largo de este tiempo? ¿cómo lo ha vivido sabiendo que la pandemia sigue latente?

TEMA 9. CAMBIOS/RUPTURAS POSTERIORES A LA MUERTE POR COVID-19

- ¿Cómo ha cambiado su vida a partir de la muerte de su ser querido?
- ¿Han cambiado las relaciones familiares a partir del deceso?
- ¿El ambiente familiar ha experimentado cambios? ¿ha dejado de tener relación con algunos familiares a partir del deceso?
- ¿Se han generado conflictos en la familia a raíz de la pérdida de la persona, específicamente por el hecho de que fue por Covid-19 la muerte?
- A la fecha, ¿qué emociones le genera a la familia hablar sobre este tema (la muerte de...) ¿Lo hablan en familia?

Anexo 3. Diario de campo

Nombre del investigador: Nancy Adilene Soria Cisneros
Fecha:
Lugar:
Tema:
Objetivo:

Descripción	Reflexión
	Mis emociones:
Notas:	

Anexo 4. Guía de preguntas a personal de salud

Primero me presento, hago rapport y le explico el propósito de las preguntas.

1. ¿Usted ha estado cerca del proceso por el cual pasan las personas que mueren por COVID-19?
2. ¿De qué forma? ¿Podría contarme qué es lo que usted hace?
3. ¿Podría contarme lo que usted sabe acerca de lo que se hace con las personas que mueren por COVID-19? ¿Es diferente a cuando una persona muere por alguna otra enfermedad o accidente?
4. ¿Podría narrarme cómo es el procedimiento de entrega del cuerpo de una persona que muere por COVID-19?
5. ¿Usted conoce si los familiares de la persona fallecida tienen la opción de elegir cómo le entregan a su ser querido? ¿Qué sabe al respecto? ¿Cuál ha sido su experiencia?
6. ¿Cómo percibe usted a los familiares de las personas que murieron por COVID-19? Emociones, reacciones físicas, agresiones. ¿Es diferente a cuando las personas mueren por alguna otra situación?
7. ¿En su lugar de trabajo, se cuenta con alguna herramienta que facilite la despedida de los enfermos de sus familiares cuando es posible?
8. De ser afirmativo, ¿se sigue llevando a cabo a través de la pandemia?, ¿se dejó de usar?, ¿por qué motivo? ¿qué consecuencias arroja la falta de despedida que usted perciba en los familiares?
9. ¿Podría narrarme algún evento en el que los familiares o el familiar de la persona que falleció por COVID-19 le haya demostrado inconformidad con su trabajo?
10. Como parte de su trabajo, ¿usted qué emociones ha experimentado al saberse cerca de esta nueva enfermedad que tantas vidas ha cobrado?

11. ¿Cuál ha sido el caso/situación que más le ha marcado, podría contármelo?

Me despido, pero no “cierro la puerta”, le agradezco por su información y le pido que se contacte conmigo si recuerda algún dato relevante.

Anexo 5. Guía de preguntas a personal fúnebre

Primero me presento, hago rapport y le explico el propósito de las preguntas.

1. ¿Usted ha estado cerca del proceso por el cual pasan las personas que mueren por COVID-19?
2. ¿De qué forma? ¿Podría contarme qué es lo que usted hace?
3. ¿Podría contarme lo que usted sabe acerca de lo que se hace con las personas que mueren por COVID-19? ¿Es diferente a cuando una persona muere por alguna otra enfermedad o accidente?
4. ¿Podría decirme a dónde llegan los restos de una persona muerta por COVID-19, y si llega el cuerpo completo o en cenizas?
5. ¿Podría contarme si tienen algún protocolo que deban seguir ante el manejo de una persona que murió por COVID-19? ¿Cómo se siente usted con la implementación del mismo?
6. ¿Usted conoce si los familiares de la persona fallecida tienen la opción de elegir cómo le entregan a su ser querido? ¿Qué sabe al respecto? ¿Cuál ha sido su experiencia?
7. ¿Cómo percibe usted a los familiares de las personas que murieron por COVID-19? Emociones, reacciones físicas, agresiones. ¿Es diferente a cuando las personas mueren por alguna otra situación?

8. ¿Podría narrarme algún evento en el que los familiares o el familiar de la persona que falleció por COVID-19 le haya demostrado inconformidad con su trabajo?
9. Ya en la funeraria/panteón/lugar para depositar cenizas ¿Usted se ha percatado de algún ritual o despedida que se haga a la persona que murió, es decir, usted percibe que una despedida por COVID-19 es diferente a cuando muere una persona por otras causas?
10. Si no les permiten hacer velaciones, ¿podría contarme las reacciones que observa en los familiares cuando se les hace entrega de las cenizas? ¿ellos tienen la oportunidad de tocar la urna o sólo son depositadas por una persona capacitada o encomendada para esa acción?
11. Como parte de su trabajo, ¿usted qué emociones ha experimentado al saberse cerca de esta nueva enfermedad que tantas vidas ha cobrado?
12. ¿Cuál ha sido el caso/situación que más le ha marcado, podría contármelo?

Me despido, pero no “cierro la puerta”, le agradezco por su información y le pido que se contacte conmigo si recuerda algún dato relevante.

Anexo 6. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Michoacán a ____ de _____ de 2022.

Título del proyecto: CARACTERÍSTICAS DE LOS DUELOS SUFRIDOS POR LOS DEUDOS DE PACIENTES MUERTOS POR COVID-19

El presente proyecto tiene como objetivo conocer cómo se desarrolla el duelo en las personas que pierden un ser querido por COVID-19. Para lo cual es necesario realizar una o varias entrevistas audio grabadas aproximadamente de 30 a 40 minutos, con el propósito de recabar la mayor cantidad de información.

Antes de decidir si participa o no en la investigación, se hace de su conocimiento de manera verbal y escrita, que sus datos personales e identidad serán manejados de manera anónima y todas las respuestas obtenidas durante la entrevista serán manejadas de manera confidencial, además de que cuenta con absoluta libertad de suspender su colaboración en el momento que desee.

Una vez que se asegura que comprende el objetivo del estudio, y el manejo de sus datos, se le hace de su conocimiento que tiene absoluta libertad para preguntar acerca de cualquier duda que le surja sobre la investigación.

Nombre y firma

Anexo 7. Constancia de estudio



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Morelia, Mich., a 5 de julio del 2022

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente hago constar que la C. **NANCY ADILENE SORIA CISNEROS** está realizando la Tesis de Maestría titulada **Características del Duelo Por COVID 19** dentro del Programa de la Maestría en Psicología del Sistema Nacional de Posgrados del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) en la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Esta tesis consiste en hacer un estudio con familiares de personas que han fallecido a causa del COVID 19 en la ciudad de Morelia, Michoacán, para identificar su experiencia de duelo y pérdida del familiar ante esta grave enfermedad.

Así también hago constar que las actividades que realiza la estudiante tesista, son llevadas a cabo con apego a la confidencialidad y anonimato de las personas que decidan participar en el estudio, además con respeto a sus valores y creencias personales. Esta investigación es asesorada y dirigida por la Dra. Judith López Peñaloza y el Dr. Júpiter Ramos Esquivel, profesores investigadores de la Maestría en Psicología. Todas las actividades antes descritas fueron realizadas bajo nuestra supervisión y coordinación, como su Directora de Tesis y Director de Tesis.

Sirva la presente para los fines que a la interesada convenga.

Sin más por el momento, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E

Dr. Júpiter Ramos Esquivel

Director de Tesis

Profesor Investigador Tiempo Completo

Facultad de Psicología

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Anexo 8. Guía piloto 1

Cubrir los siguientes campos:

- ¿Por dónde considera o cree que pudo llegar la enfermedad?
- ¿Más familiares de usted enfermaron?
- Si la enfermedad se presentó de manera súbita o fue un proceso.
- Si hubo alguna prueba que confirmara la enfermedad.
- Reacciones al confirmarse la enfermedad:

--Físicas

--Emocionales

--Cognitivas

--Espirituales

- En algún momento antes de ser internado su familiar, ¿hablaron de una posible muerte? ¿qué se dijo?
- Para usted el hecho de intubar a una persona, ¿significa muerte inminente?
- En el trascurso que estuvo en el hospital, ¿usted percibía que su familiar estaba siendo atendido de la mejor manera por parte del personal de salud? ¿cómo se sentía al respecto?
- Si tuvo la oportunidad de despedirse de su familiar.
- De ser afirmativo: ¿cómo se dio?
- Si no hubo oportunidad: ¿cómo se sintió al no poderse despedir?
- Al no poder despedirse de su familiar cuando agonizaba, ¿realizó alguna práctica para despedirlo?, ¿cómo fue?, ¿qué hizo?
- La entrega de los restos de su familiar:

--Si tuvo la opción de elegir si su familiar sería cremado o sepultado de cuerpo completo.

--a partir de lo que conteste:

¿buscó en distintos panteones en la ciudad o salió de ésta para enterrarlo fuera?

- Si fue cremado inmediato a su muerte, ¿reconoció el cuerpo o no? cualquiera que sea la respuesta, ¿cómo se sintió (al reconocer o no a su familiar)? ¿fue más importante reconocer a su familiar, pese a los protocolos que establecen las funerarias específicamente?
- ¿cómo percibió a las personas trabajadoras de la funeraria respecto al trato que le dieron a usted y sus familiares?
- Una vez que le entregan los restos de su familiar, ¿realiza rezos o velación o alguna otra práctica ya con los restos presentes?
- ¿cómo vivió el proceso funerario? ¿quién lo (a) acompañó? ¿le hubiera gustado que fueran más personas? ¿por qué?
- ¿Usted realizó novenario?

--De ser afirmativo: ¿cuántas personas fueron y cómo se sintió con ellas?

--De ser negativo: ¿cuál fue el motivo por el que no realizó novenario?

- En retrospectiva, ¿podría contarme cómo ha sido su proceso de duelo a lo largo de este tiempo? ¿cómo lo ha vivido sabiendo que la pandemia sigue latente?