Revista Bioética
Print version ISSN 1983-8042 | On-line version ISSN 1983-8034

Rev. Bioét. vol.34 Brasília 2026

Duelo en contexto de pandemia y postpandemia en Brasil: análisis bioético

Luciana Soares Rosas [1], *Mary Rute G. Esperandio* [1], *Juan José Camou Viacava* [1]

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

Con el advenimiento de la pandemia de COVID-19, investigadores se han dedicado a comprender las posibles repercusiones de esta experiencia en las complicaciones del proceso de duelo. El objetivo del estudio fue recopilar evidencias sobre las expectativas de una mayor prevalencia de indicios de duelo prolongado entre personas en duelo durante la pandemia de COVID-19 en Brasil, así como verificar si variables específicas del contexto pandémico exacerbaron los niveles de sufrimiento por duelo, con impactos en el bienestar en el período pospandemia. Se realizó una investigación cuantitativa, exploratoria, descriptiva y transversal con 426 personas en duelo durante (n=302) y después de la pandemia (n=124). Los resultados demostraron que el 26,2% de las personas en duelo durante la pandemia y el 21,8% en el período pospandemia presentaron indicios de duelo prolongado. Variables del contexto pandémico mostraron un efecto significativo en mayores niveles de sufrimiento por duelo, con impacto en un menor bienestar en el período pospandemia. Se espera que la investigación contribuya al desarrollo de políticas públicas e intervenciones en salud mental.

Palabras clave: Luto. COVID-19. Salud mental. Vulnerabilidad ante desastres. Bioética.

Resumo

Luto em contexto de pandemia e pós-pandemia no Brasil: análise bioética

Com o advento da pandemia de covid-19, estudiosos têm se debruçado para compreender possíveis repercussões dessa experiência em complicações no processo do luto. O objetivo do estudo foi levantar evidências sobre as expectativas de maior prevalência de indicativo de luto prolongado entre enlutados durante a pandemia de covid-19 no Brasil, bem como verificar se variáveis específicas do contexto pandêmico exacerbaram os níveis de sofrimento do luto, com impactos no bem-estar no pós-pandemia. Foi realizada pesquisa de abordagem quantitativa, exploratória, descritiva, de corte transversal com 426 enlutados durante (n=302) e pós-pandemia (n=124). Os resultados demonstraram que 26,2% dos enlutados durante a pandemia e 21,8% no pós-pandemia apresentaram indicativo de luto prolongado. Variáveis do contexto pandêmico apresentaram efeito significativo em maiores níveis de sofrimento do luto, com impacto em menor bem-estar no pós-pandemia. Espera-se que a pesquisa contribua para subsidiar políticas públicas e intervenções em saúde mental.

Palavras-chave: Luto. Covid-19. Saúde mental. Vulnerabilidade a desastres. Bioética.

Abstract

Grief during the pandemic and in the post-pandemic period in Brazil: a bioethical analysis

With the outbreak of the COVID-19 pandemic, researchers have sought to understand the repercussions of this experience on complications in the grieving process. This study aimed to gather evidence regarding expectations of a higher prevalence of prolonged grief indicators among bereaved individuals during the COVID-19 pandemic in Brazil, as well as to verify whether specific variables related to the pandemic exacerbated levels of grief-related suffering, impacting well-being after the pandemic. A quantitative, exploratory, descriptive, and cross-sectional study was conducted with 426 bereaved individuals during (n=302) and after the pandemic (n=124). The results showed that 26.2% of bereaved individuals during the pandemic and 21.8% in the post-pandemic period presented indicators of prolonged grief. Variables related to the pandemic had a significant effect on higher levels of grief-related suffering, with impacts on lower well-being in the post-pandemic period. It is expected that this research will contribute to supporting public policies and mental health interventions.

Keywords: Bereavement. COVID-19. Mental health. Disaster vulnerability. Bioethics.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP/PUC-PR 6.495.514 para el escenario de pandemia y dictamen 6.908.210 para el escenario posterior a la pandemia.

Investigación

Con el advenimiento de la pandemia de COVID-19, declarada en el 2020 [1], muchos estudiosos del duelo han intentado comprender los impactos del contexto excepcional de la pandemia en la experiencia del duelo y las posibles complicaciones en su proceso a lo largo del tiempo.

Experimentar el duelo durante una pandemia que afectó al mundo entero puede adquirir dimensiones e impactos aún más devastadores debido al contexto político y social en el que se vivió la pandemia de COVID-19 en Brasil, durante el gobierno negacionista del expresidente Jair Messias Bolsonaro. Las vulnerabilidades históricamente presentes en la población brasileña se acentuaron durante la pandemia, lo que exige la atención y la acción activa de la bioética [2].

Por lo tanto, los intentos de comprender el alcance, la profundidad y los posibles impactos del duelo pandémico en el contexto brasileño no pueden separarse de los llamados problemas persistentes que afectan a la población brasileña, los cuales se vieron exacerbados durante la pandemia. La pandemia de COVID-19 en Brasil estuvo marcada por cuestiones necropolíticas que surgieron durante este período, caracterizadas por el poder de dictar quién puede vivir y quién debe morir [3]. Por lo tanto, se hizo aún más apremiante afirmar una práctica deliberada llamada vulneración programática, que *sintetiza la categoría explicativa de problemas éticos que se expresan fenomenológicamente como cuestiones de gestión, longitudinalidad, práctica de equipo, perfil de atención primaria o confidencialidad y privacidad* [4].

Esta práctica hizo vulnerables tanto a quienes buscaban acceso a la atención médica como a los profesionales, ya que se veían incapaces de acceder a los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de quienes llegaban al sistema de salud. De este modo, también se volvieron vulnerados, programáticamente, las personas en duelo que perdieron a sus seres queridos durante este período, víctimas de la negligencia y de la acción deliberada del gobierno federal brasileño.

Las personas en duelo que experimentan la muerte de un miembro de la familia debido a causas no naturales, como accidentes, homicidios y suicidios, tienen un mayor riesgo de desarrollar tanto duelo prolongado como trastorno de estrés postraumático y depresión [5]. Se trata de muertes que invaden la vida de manera inesperada, creando situaciones de vulnerabilidad que dificultan el procesamiento y la integración del duelo [6]. Investigaciones realizadas en el contexto de la pandemia de COVID-19 corroboran estos hallazgos, ya que el nuevo escenario cambió la percepción de la muerte y el duelo [7], en el sentido de dificultar el proceso de atribución de sentido al evento de la muerte, aumentando los sentimientos de soledad, angustia y culpa entre las personas en duelo [8] y aumentando el riesgo de ideación suicida y depresión [9]. Estos sentimientos pueden persistir a lo largo del tiempo, lo que dificulta el proceso de aceptación de la muerte [10] y la integración del duelo en la vida. Por lo tanto, las circunstancias de la muerte pueden exponer a la persona en duelo a un mayor riesgo de sufrimiento mental [11].

La experiencia singular del duelo durante la pandemia de COVID-19 en Brasil pone de manifiesto una situación que debe abordarse en términos de salud pública: el sufrimiento de las personas en duelo a causa de la pandemia en Brasil, más de tres años después del pico de la pandemia en el país, lo que puede resultar en un menor bienestar general para la población en duelo en el período posterior a la pandemia.

Investigaciones con mayor distancia temporal puede contribuir a una mejor comprensión de los impactos de la experiencia del duelo en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Brasil y, con ello, prever la posibilidad de procesos de duelo más complicados en los años venideros [12]. Por lo tanto, el objetivo del estudio fue recopilar evidencias sobre las expectativas de una mayor prevalencia de indicadores de duelo prolongado entre las personas en duelo durante la pandemia de COVID-19 en Brasil, así como verificar si variables específicas del contexto pandémico brasileño exacerbaron los niveles de sufrimiento por duelo, con impactos en el bienestar en el período posterior a la pandemia.

Método

Se trata de un estudio empírico, con un enfoque cuantitativo, exploratorio, descriptivo y transversal. El método de investigación cuantitativa busca probar teorías que sean objetivas, analizando la relación entre variables, que generalmente se miden mediante instrumentos que proporcionan datos numéricos, lo que permite su análisis por medio de la metodología estadística [13].

La participación en el estudio fue de carácter voluntario. La recopilación de datos se llevó a cabo poniendo a disposición enlaces creados para este propósito, que estaban alojados en la plataforma Qualtrics. Para el escenario de pandemia, la recopilación de datos tuvo lugar entre noviembre del 2023 y marzo del 2024. Para el escenario posterior a la pandemia, la recopilación de datos tuvo lugar entre julio y octubre del 2024. La modalidad de investigación en línea ha sido un recurso ampliamente utilizado para la recopilación de datos, principalmente porque amplía el acceso del investigador a diferentes poblaciones, reduce los costes asociados con las etapas presenciales (de desplazamiento y personales) y permite a los participantes privacidad y flexibilidad con respecto a cuándo responder los cuestionarios [14].

La selección de participantes para esta investigación tuvo en cuenta criterios específicos de inclusión y exclusión. Para la muestra del escenario de pandemia, se incluyeron los participantes que perdieron a una persona significativa (familiar, amigo, compañero de trabajo, etc.) debido a cualquier causa de muerte, entre marzo del 2020 y diciembre del 2022. Como referencia temporal se eligió el 11 de marzo del 2020 cuando tuvo lugar la declaración de pandemia. Para la muestra del escenario posterior a la pandemia, se seleccionaron individuos que perdieron a una persona significativa por fallecimiento a partir de mayo del 2023, ya que el 5 de mayo del 2023 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el fin de la emergencia de salud pública de importancia internacional. Esto marca un cambio, a saber, la salida de una situación de emergencia a un escenario de manejo, junto con otras enfermedades contagiosas, un momento que puede caracterizarse como pospandémico [15].

El reclutamiento de participantes para el estudio se llevó a cabo tanto de forma virtual, mediante la difusión del enlace a la encuesta en línea, como en persona, a través del contacto directo con los posibles participantes. Virtualmente, los enlaces de la investigación se enviaron a grupos objetivo de personas en duelo, se distribuyeron a las redes de contactos de la investigadora y se publicaron en redes sociales (como Instagram, Facebook y grupos de discusión y foros sobre el tema). La información se difundió mediante el procedimiento *snowball*, que se refiere a una muestra no probabilística, utilizando cadenas de referencia [16].

La edad mínima para participar fue de 18 años y el encuestado debía residir en territorio brasileño. La recopilación de datos solo se llevó a cabo si el participante aceptaba el formulario de consentimiento libre, previo e informado (CLPI) y aceptaba participar en la investigación, en el cual declaraba haber leído y comprendido toda la información proporcionada, haber sido capaz de tomar una decisión sin influencias externas, aceptar no recibir ninguna compensación económica por participar en la investigación y declarar tener 18 años o más; si el CLPI no se aceptaba por medio del enlace en línea para la recopilación de datos, el cuestionario se daba por terminado automáticamente.

La recopilación de datos de las personas en duelo tuvo en cuenta el riesgo de un aumento de sufrimiento durante y después de la participación. De este modo, se informó a los participantes sobre los riesgos de malestar emocional y se les ofreció apoyo psicológico en caso de que experimentaran dificultades emocionales como resultado de la investigación. También se les aseguró que podrían interrumpir su participación en cualquier momento (si así lo decidían), sin ninguna penalización.

Todos los datos recopilados durante la investigación fueron tratados con estricta confidencialidad y procesados de forma anónima. Esto significa que toda la información proporcionada durante la investigación no se vinculará a ninguna persona específica en ningún momento futuro. Se respetaron plenamente todas las preocupaciones relativas a la confidencialidad y a la protección de datos.

Se administraron dos cuestionarios a dos muestras distintas: la primera compuesta por personas que perdieron a un ser querido por fallecimiento durante la pandemia de COVID-19, y la segunda compuesta por personas que perdieron a un ser querido por fallecimiento en un contexto posterior a la pandemia.

La recopilación de datos sociodemográficos tuvo como objetivo mapear las características de los participantes en duelo (género, edad, raza/etnia, nivel educativo, ingresos mensuales, entre otros), así como información sobre la persona fallecida, como su relación con el encuestado (categorizada como “familiar” o “amigo y conocido” para los análisis), el grado de cercanía y la edad, la causa de la muerte (categorizada como “muerte por COVID-19 o complicaciones”, “muerte no natural” o “muerte natural”) y la fecha de fallecimiento. También se

recabó información sobre la posibilidad de haberse despedido de la persona fallecida y de haber participado en el funeral (categorizada como "participó" o "no participó"), y sobre su percepción de la atención brindada por el equipo de atención médica.

Para evaluar el sufrimiento con el duelo, se utilizó la Escala Revisada de Duelo Prolongado (PG-13-R) con 13 ítems, ya que es un instrumento que puede utilizarse con un doble propósito: evaluar continuamente la intensidad de este sufrimiento, así como contribuir al diagnóstico diferencial del trastorno de duelo prolongado (TDP) según los criterios establecidos por el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-5-TR) [17]. Para mapear el bienestar, se utilizó la Escala de Índice de Bienestar General de 5 ítems (WHO-5), ya que es un instrumento propuesto por la OMS para la autoevaluación de la dimensión del bienestar psicológico [18].

El PG-13-R es un instrumento unidimensional compuesto por diez ítems medidos mediante una escala *likert*, en la que: nada en absoluto=1, un poco=2, algo=3, bastante=4 e insoportablemente=5. El cálculo de la puntuación corresponde a la suma de todas las respuestas, donde 10 corresponde a la puntuación mínima y 50 a la máxima en la escala. El instrumento también incluye tres preguntas consideradas como *gatekeepers*: si la persona ha experimentado una pérdida debido a la muerte de alguien significativo; cuántos meses hace que ocurrió la pérdida; y si siente que el sufrimiento por el duelo está afectando áreas importantes de su vida, como la vida social y laboral. El alfa de Cronbach para la muestra fue de 0,920.

La WHO-5 es una escala de cinco ítems, desarrollada por la OMS basándose en la Escala de Bienestar Psicológico General (Psycological General Well-Being Index) y en la Escala de Ansiedad y Depresión (Scales for Anxiety and Depression), que va de 0=nunca, 1=a veces, 2=menos de la mitad del tiempo, 3=más de la mitad del tiempo, 4=la mayor parte del tiempo y 5=siempre. La puntuación se calcula sumando todas las respuestas de la escala, con un mínimo de 0 y un máximo de 25 puntos. El alfa de Cronbach para la muestra fue de 0,899.

Los procedimientos de análisis de datos siguieron los principios del análisis descriptivo con el fin de verificar la existencia de estándares o tendencias que debían mapearse. Las comparaciones entre muestras se realizaron utilizando la prueba de chi-cuadrado entre grupos para variables categóricas y la prueba t de muestras independientes para variables de intervalo. También se aplicaron las pruebas de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney (para grupos no proporcionales), el Anova de dos factores (para verificar la interacción de factores cualitativos en la variable dependiente) y el módulo Process Macro de SPSS para el análisis del modelo de moderación para la variable moderadora cuantitativa [19]. Una variable moderadora es aquella que puede afectar la dirección o la fuerza entre una variable independiente (VI) y una variable dependiente (VD) [20].

El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el *software* IBM SPSS v.20 para Windows (Statistical Package for the Social Science). El nivel de significación adoptado fue de 5% (α=0,05) [21]. Las hipótesis puestas a prueba fueron: 1) existe una mayor prevalencia de indicios de duelo prolongado entre quienes sufrieron la pérdida de seres queridos durante la pandemia de COVID-19, y 2) ciertas variables de la experiencia del duelo durante la pandemia de COVID-19 exacerbaron el sufrimiento por duelo, con repercusiones en el bienestar en el período posterior a la pandemia.

Resultados

Se obtuvieron 695 respuestas de los enlaces de los cuestionarios alojados en la plataforma Qualtrics, de las cuales 426 (61,30%) se consideraron válidas para el análisis de los resultados. Se consideraron válidas las respuestas que superaron los filtros/*gatekeepers* y que respondieron a las preguntas PG-13-R, WHO-5 y a todas las demás preguntas. Se compararon los datos sociodemográficos de las dos muestras para verificar si los grupos son homogéneos (Tabla 1).

Solo la variable demográfica "Educación" mostró una diferencia entre las dos muestras, pero sin diferencias estadísticamente significativas para las respuestas de duelo (Kruskal-Wallis x^2=8,889, p=0,114). Por lo tanto, a pesar de una mayor prevalencia de personas con niveles educativos más altos en la muestra posterior a la pandemia, no existen diferencias sociodemográficas significativas entre las dos muestras recopiladas.

También se compararon los datos contextuales sobre la experiencia del duelo durante y después de la pandemia para las dos muestras, con el objetivo de verificar las diferencias entre los grupos (Tabla 2).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	Pandemia (n=302)	Pospandemia (n=124)
Género		
Femenino	79,47%	76,61%
Masculino	19,87%	23,39%
Otro	0,66%	0,00%
x^2=1,434; p=0,628		
Relación con la persona fallecida		
Padre o madre	29,14%	25,00%
Hijo	0,99%	1,61%
Hermano/a o cónyuge	8,28%	13,71%
Amigo, conocido u otro	61,59%	59,68%
x^2=3,510; p=0,167		
Cercanía con la persona fallecida		
Muy distante	2,32%	1,61%
Distante	5,96%	7,26%
Ni distante ni cercana	12,25%	16,94%
Cercana	31,79%	24,19%
Muy cercana	47,68%	50,00%
x^2=3,669; p=0,453		
Raza/etnia		
Blanca	68,54%	67,74%
Negra	6,29%	2,42%
Parda	22,85%	20,16%
Amarilla	1,32%	6,45%
Indígena	0,99%	0,81%
Otra	0,00%	2,42%
x^2=18,390; p=0,117		
Escolaridad		
Educación primaria incompleta	0,00%	0,00%
Educación primaria completa	0,66%	0,00%
Educación secundaria incompleta	0,33%	1,61%
Educación secundaria completa	7,62%	4,03%
Educación superior incompleta	21,85%	8,87%
Educación superior completa	24,83%	21,77%
Estudios de posgrado	44,70%	63,71%
x^2=19,454; p=0,001		

continúa...

Tabla 1. Continuación

	Pandemia (n=302)	Pospandemia (n=124)
Ingresos mensuales		
Hasta 1 salario mínimo	9,60%	1,61%
De 1 a 3 salarios mínimos	29,14%	18,55%
De 4 a 6 salarios mínimos	16,23%	29,03%
De 6 a 8 salarios mínimos	9,93%	12,10%
Más de 8 salarios mínimos	15,89%	27,42%
Sin ingresos	9,60%	3,23%
Prefiero no revelarlo	9,60%	8,06%
x^2=30,019; p=0,160		
Religiosidad y espiritualidad		
Religiosa	20,20%	10,48%
Espiritual, pero no religiosa	35,43%	50,81%
Religiosa y espiritual	32,78%	31,45%
Ni religioso ni espiritual	11,59%	7,26%
x^2=11,629; p=0,977		
Creencia en Dios		
Sí	85,10%	84,68%
No	7,28%	7,26%
No lo sé	7,62%	8,06%
x^2=0,025; p=0,887		
Afiliación religiosa		
No creo en Dios y no tengo religión	6,29%	4,84%
Creo en Dios, pero no tengo religión	23,84%	29,03%
Católica	42,05%	33,87%
Evangélica	15,23%	10,48%
Espiritista	5,96%	8,87%
Religiones afrobrasileñas	2,65%	6,45%
Otra	3,97%	6,45%
x^2=9,793; p=0,177		
Edad de la persona en duelo (en años)	**37,74±14,18**	**40,27±14,25**
t=−1,651; p=0,100		
Edad del fallecido (en años)	**63,20±19,15**	**63,48±18,69**
t=−0,034; p=0,973		

Investigación

Tabla 2. Datos contextuales sobre la experiencia del duelo

	Pandemia (n=302)	Pospandemia (n=124)
Causa de muerte		
COVID-19 o complicaciones	53,64%	4,84%
Causas naturales	24,17%	53,23%
Causas no naturales	6,95%	10,48%
Otras	15,23%	31,45%
x^2=88,796; p<0,001		
La posibilidad de decir adiós de alguna manera antes de morir		
Sí	30,46%	52,42%
No	69,54%	47,58%
x^2=18,209; p<0,001		
El fallecido tuvo acceso a atención médica y recursos adecuados		
Sí	55,82%	68,55%
Algo	28,08%	20,97%
No	16,10%	10,48%
x^2=5,962; p=0,020		
El fallecido recibió un buen trato por parte del equipo médico		
Sí	66,10%	73,39%
Un poco	20,21%	16,13%
No	13,70%	10,48%
x^2=2,145; p=0,167		
¿Te sentiste bien atendido por el equipo?		
Sí	36,99%	40,32%
Algo	10,96%	16,13%
No	8,22%	4,84%
No tuve ningún contacto con el equipo	43,84%	38,71%
x^2=4,036; p=0,246		
Participación en funerales		
Participé	68,54%	81,45%
No participé	31,46%	18,55%
x^2=8,033; p=0,005		
Apoyo médico/psicoterapéutico directamente relacionado con la pérdida		
Sí, actualmente	20,20%	21,77%
Sí, justo después de la pérdida, actualmente no	17,88%	14,52%
No	61,92%	63,71%
x^2=0,740; p=0,691		
Tiempo de diagnóstico (en meses)	**31,22±8,51**	**8,62±4,83**
t=34,52; p<0,001		

Con excepción de las variables "Percepción del tratamiento ofrecido por el equipo de cuidado" (tanto para la persona fallecida como para la persona en duelo) y "Seguimiento médico/psicoterapéutico", todas las demás mostraron una diferencia significativa en su composición entre las muestras. El "Tiempo de duelo" no tuvo impacto en las respuestas de duelo (p=0,692). En las categorías restantes, se observaron diferencias estadísticamente significativas: "Causa de muerte" (Kruskall-Wallis x^2=11,021, p=0,012), "Acceso adecuado a la atención médica por parte del fallecido" (Kruskall-Wallis x^2=16,632, p<0,001), "Posibilidad de despedirse" (U de Mann-Whitney=17957,000, p<0,001) y "Participación en funerales" (U de Mann-Whitney=12793,500, p<0,001). Esto demuestra que factores específicos dentro del contexto de la pandemia influyeron en la experiencia del duelo.

Efecto directo del escenario de pandemia

La puntuación media de la PG-13-R para el escenario de pandemia fue de 23,02 (DE=9,051, mínimo=10, máximo=49, mediana=21,00, asimetría=0,714, curtosis=−0,407, Shapiro-Wilk p<0,001, Kolmogorov-Smirnov p<0,001), y el 26,2% de los encuestados obtuvo una puntuación de 30 o superior, lo que indica un sufrimiento intenso relacionado con el duelo, con indicios de duelo prolongado.

Para el escenario pospandémico, la puntuación media de la PG-13-R fue de 23,11 (DE=8,991, mínimo=10, máximo=48, mediana=21,50, asimetría=0,733, curtosis=−0,186, Shapiro-Wilk p<0,001, Kolmogorov-Smirnov p<0,001), y el 21,8% de los participantes mostró indicios de duelo prolongado.

Las pruebas de hipótesis (1) indicaron que no hubo impacto del escenario (pandemia/pospandemia) en las respuestas de duelo (U de Mann-Whitney = 18630,000, p= 0,935). Tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las prevalencias de indicadores de duelo prolongado (x^2=0,904, p=0,342). Por lo tanto, la hipótesis (1) fue refutada.

Efecto directo de la relación con la persona fallecida

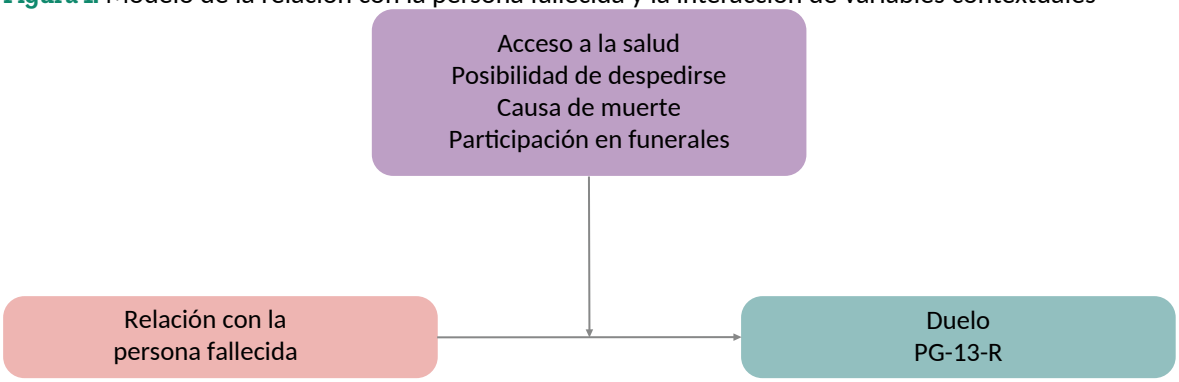
Se espera que la relación entre la persona en duelo y la persona fallecida tenga un efecto significativo en las respuestas al duelo. Por lo tanto, se realizó la prueba de Kruskal-Wallis, que confirmó el efecto previsto (x^2=31,114, p<0,001). La prueba se realizó excluyendo la categoría "Hijo", dado el pequeño tamaño de la muestra: n=5. Para las demás categorías: "Padre/madre" (n=119), M=25,65, DE=9,936; "Hermano/cónyuge" (n=42), M=27,55, DE=9,077; "Amigo/conocido/otro" (n=260), M=20,90, DE=7,735, con diferencias entre "Amigo/conocido/otro" y los otros grupos (p<0,001), pero no entre "Padre/madre" y "Hermano/cónyuge" (p=0,216).

Al considerar las relaciones familiares del tipo "Padre/madre" y "Hermano/cónyuge" como una sola categoría, bajo la nomenclatura "Familiares", y bajo la nomenclatura "Amigos y conocidos" las relaciones que involucran "Amigo/conocido/otro", se encontró que el 39,76% de los "Familiares" mostraron indicios de duelo prolongado, mientras que para "Amigos y conocidos" el porcentaje fue del 15,38%, con una diferencia estadísticamente significativa (x^2=32,204, p<0,001).

Efectos de interacción de variables contextuales

Con base en los datos contextuales de la experiencia de duelo (presentados en la Tabla 2), se verificó si las variables que se vieron afectadas por el contexto (pandemia/pospandemia) interactuaron con la variable "relación con la persona fallecida" (0=familia y 1=amigo/conocido). Por lo tanto, se puso a prueba un modelo de moderación considerando el impacto de las variables contextuales y la relación con la persona fallecida. Para los análisis se utilizaron pruebas Anova de dos factores (Figura 1).

Figura 1. Modelo de la relación con la persona fallecida y la interacción de variables contextuales



Acceso a la salud y a recursos adecuados

La Anova de dos factores (Levene p<0,001) reveló un efecto significativo de la variable independiente "Acceso a la salud" sobre la variable dependiente "Puntuación PG-13-R" (F(2,410)=8,175, p<0,001, ηp^2=0,038, con $M_{sí}$=21,67 y DE=8,650, M_{algo}=24,18 y DE=8,083 y M_{no}=26,63 y DE=10,849) y de la variable independiente "Relación con la persona fallecida" sobre la variable dependiente "Puntuación PG-13-R" (F(1,410)=31,590, p<0,001, ηp^2=0,072, con $M_{familiares}$=26,24 y DE=9,790 y M_{amigos}=20,95 y DE=7,831). Esto significa que tanto la relación con la persona fallecida como la percepción del acceso a la salud influyen en las respuestas de sufrimiento por duelo. No se encontró interacción significativa entre las variables independientes "Acceso a la salud" y "Relación con la persona fallecida" (p=0,258).

La prueba *post hoc* de Bonferroni indicó diferencias significativas para el grupo "Acceso a la salud" ("Sí": p<0,001; "Algo": p=0,027; "No": p<0,001). Para el grupo "Relación con la persona fallecida", la prueba *post hoc* indicó diferencias significativas en el subgrupo "Familiares" entre "Sí" y "No" (p=0,002) y "Algo" y "No" (p=0,045). Esto significa que, para los familiares que perciben que la persona fallecida no tuvo un acceso adecuado a la atención médica, los niveles de duelo son significativamente más intensos. Para el subgrupo "Amigos y conocidos", no hubo diferencia significativa (p>0,117).

Posibilidad de despedirse

La Anova de dos factores (Levene p<0,001) reveló un efecto significativo de la variable independiente "Posibilidad de despedirse" sobre la variable dependiente "Puntuación PG-13-R" (F(1,422)=10,371, p=0,001 ηp^2=0,024, con $M_{se\ despidió}$=21,80 y DE=9,087 y $M_{no\ se\ despidió}$=23,77 y DE=8,922) y de la variable independiente "Relación con la persona fallecida" sobre la variable dependiente "Puntuación PG-13-R" (F(1,422)=42,800, p<0,001, ηp^2=0,092, con $M_{familiares}$=26,41 y DE=9,855 y M_{amigos}=20,90 y DE=7,735). En otras palabras, aquellos que informaron que se trataba de un familiar y que no habían tenido la oportunidad de despedirse mostraron respuestas de sufrimiento por duelo más intensas. No se encontró interacción significativa entre las variables independientes "Posibilidad de despedirse" y "Relación con la persona fallecida" (p=0,493).

Causa de muerte

La Anova de dos factores (Levene p=0,024) reveló un efecto significativo de la variable independiente "Causa de muerte" sobre la variable dependiente "Puntuación PG-13-R" (F(3,418)=4,451, p=0,004, ηp^2=0,031, con M_{covid}=24,18 e DE=9,469, $M_{no\ natural}$=24,85 y DE=8,907, $M_{natural}$=22,58 y DE=8,459 y M_{otras}=19,54 y DE=7,751) y de la variable independiente "Relación con la persona fallecida" con la variable dependiente "Puntuación PG-13-R" (F(1,418)=32,194, p<0,001, ηp^2=0,072, con $M_{familiares}$=26,41 y DE=9,855 y M_{amigos}=20,90 y DE=7,735). Cabe resaltar que tanto la relación con la persona fallecida como la causa de la muerte influyen en las respuestas de sufrimiento por duelo. No se encontró interacción significativa entre las variables independientes "Causa de muerte" y "Relación con la persona fallecida" (p=0,218).

La prueba *post hoc* ajustada de Bonferroni indicó diferencias significativas para el grupo

"Causa de muerte" ("COVID-19 o complicaciones": p<0,001; "Causas no naturales": p=0,007; "Causas naturales": p=0,008; "Otras causas": p=0,045). Para el grupo "Relación con la persona fallecida", la prueba *post hoc* indicó diferencias significativas en el subgrupo "Familiares" entre "COVID-19" y "Causas naturales" (p=0,039) y "COVID-19" y "Otras causas" (p=0,038), pero no entre "COVID-19" y "Causas no naturales" (p=1,000). En otras palabras, para los familiares que perdieron a un ser querido a causa de la COVID-19, el nivel de sufrimiento por duelo es equivalente al que se experimenta con muertes no naturales, como homicidio, suicidio y accidente. Para el subgrupo "Amigos y conocidos", no hubo diferencia significativa (p>0,946).

Participación en funerales

La ANOVA de dos factores (Levene p<0,001) reveló un efecto significativo de la variable independiente "Participación en funerales" sobre la variable dependiente "Puntuación PG-13-R" (F(1,422)=8,753, p=0,003, ηp^2=0,020, con $M_{participó}$=24,33 y DE=9,295 y $M_{no_participó}$=19,69 y DE=7,305) y de la variable independiente "Relación con la persona fallecida" sobre la variable dependiente "Puntuación PG-13-R" (F(1,422)=24,717, p<0,001, ηp^2=0,055, con $M_{familiares}$=26,41 y DE=9,855 y M_{amigos}=20,90 y DE=7,735). Cabe resaltar que aquellos que declararon ser familiares y haber podido asistir al funeral mostraron respuestas significativamente más intensas de sufrimiento por duelo. No se encontró interacción significativa entre las variables independientes "Participación en funerales" y "Relación con la persona fallecida" (p=0,460).

Las puntuaciones de la PG-13-R son más altas para quienes asistieron a funerales que para quienes no lo hicieron. Entre las personas en duelo que asistieron a los funerales, el 45,45% se identificaron como familiares. Entre quienes respondieron que no participaron en los ritos funerarios, solo el 22,03% afirmó ser familiar.

El papel moderador del contexto en el bienestar

Con base en los datos del estudio, también se verificó si el contexto de la experiencia del duelo (0=pandemia y 1=pospandemia) desempeña un papel moderador en el bienestar de los participantes en duelo. Se utilizó el modelo 1 del módulo PROCESS: Bootstrap samples 5000.

Las variables PG-13-R y WHO-5 mostraron una correlación moderada negativa y significativa (r=−0,500, p<0,001), es decir, cuanto mayores son los niveles de sufrimiento por duelo, menor es el bienestar; ya considerando WHO-5 como variable dependiente y PG-13-R como variable independiente, R^2=0,250, F(1,425)=141,594, constante=20,422, B=-0,303 y r=-0,500.

Los resultados del modelo (F(3,422)=49,2160, p<0,0001, R^2=0,2592) indicaron que cuando los niveles de angustia por duelo son más altos, hay una reducción significativa en el bienestar (Coef=−0,2691, p<0,0001, LLCI=−0,3281, ULCI=−0,2101); que para el escenario de pandemia, el bienestar es significativamente menor (Coef=3,1126, p=0,0253, LLCI=0,3870, ULCI=5,8382). Además, se verificó una interacción significativa entre el contexto y el duelo en el bienestar (Coef=−0,1168, p=0,0376, LLCI=−0,2268, ULCI=−0,0067, con un incremento de R^2=0,0076 en el modelo); y que, en el escenario de la pandemia, los niveles de sufrimiento por duelo tienen un mayor impacto negativo en el bienestar (Coef=−0,3858, p<0,0001, LLCI=−0,4787, ULCI=−0,2929) que en el escenario posterior a la pandemia (Coef=−0,2691, p<0,0001, LLCI=−0,3281, ULCI=−0,2101).

Discusión

Hasta donde se sabe, este es el primer estudio brasileño que compara la experiencia del duelo entre quienes sufrieron una pérdida durante y después de la pandemia de COVID-19, además de considerar diversas causas de muerte y diferentes relaciones con la persona fallecida.

Aunque la hipótesis (1) no fue corroborada, los resultados apuntan y confirman las expectativas iniciales de la investigación: el contexto de la pandemia exacerbó los niveles de sufrimiento por duelo, impactando el bienestar en el período posterior a la pandemia.

Cabe resaltar que el período de duelo no pareció ser una variable con un impacto significativo en las respuestas de duelo, lo que plantea la hipótesis de que la experiencia reciente de duelo de la muestra pospandémica puede haber contribuido a que el resultado no sea estadísticamente significativo. Sin embargo, el hecho de que el 26,2% de

las personas en duelo durante la pandemia mostraran signos de duelo prolongado, en promedio más de dos años y medio después de la muerte, indica una prevalencia mayor que la reportada en la literatura, de aproximadamente el 10% entre las personas en duelo [22-25].

La hipótesis (2) fue corroborada, sin embargo, el resultado para la variable "Participación en funerales" destaca. La literatura presenta resultados no concluyentes sobre el efecto de la participación en ritos funerarios en las respuestas de duelo en el contexto de pandemia: a veces con resultados significativos [26-30], y a veces sin diferencias significativas [31-35].

Los resultados de este estudio indicaron un impacto significativo de la participación en funerales en las respuestas de duelo, pero con un resultado contrario a lo que se había hipotetizado inicialmente, ya que se observaron respuestas de mayor sufrimiento por duelo entre quienes participaron que entre quienes no participaron en los ritos funerarios. En el caso de la muestra estudiada, esto puede deberse al mayor número de familiares que participaron en los funerales, ya que, incluso durante las restricciones sanitarias, fueron los familiares quienes pudieron asistir a los ritos.

Dado que los familiares cercanos fueron quienes tuvieron mayor contacto con el sufrimiento de la persona fallecida y quienes, en general, estuvieron estrechamente involucrados en cualquier posible negligencia sufrida por la persona fallecida en el contexto brasileño de pandemia, es comprensible que sean ellos quienes muestren las respuestas más intensas de sufrimiento por duelo, a pesar de haber participado en los ritos funerarios. Sin embargo, es importante destacar la importancia de considerar los ritos funerarios y su significado más allá de los niveles sintomáticos de duelo [35], ya que son una forma de honrar a la persona fallecida, ayudar en el reconocimiento del cambio de identidad social por parte de las personas en duelo y reafirmar el sentido de comunidad [36].

La percepción de la falta de acceso a la salud y a recursos adecuados por parte de la persona fallecida como un factor de riesgo significativo para una mayor intensidad del sufrimiento por duelo puede revelar la consecuencia de la incidencia de la mistanasia en el contexto pandémico brasileño, es decir, el sufrimiento por duelo debido a la muerte entendida como prematura y evitable [37]. La mistanasia es consecuencia del incumplimiento, por parte del Estado, de sus *deberes sociales para con sus ciudadanos, optando por prácticas o medidas inadecuadas que conducen a la muerte innecesaria de ciudadanos* [38].

De igual manera, los hallazgos sobre la correlación entre COVID-19 como causa de muerte y los mayores niveles de sufrimiento directamente relacionados con el duelo y equivalentes a otras muertes no naturales (como accidentes, homicidios y suicidios), resaltan la importancia de comprender el impacto del escenario pandémico brasileño en el duelo. Este mismo resultado fue corroborado por otros estudios [39,40], sin embargo, varios estudios no encontraron diferencias significativas entre las muertes por COVID-19 y otras causas [28,32,34,41-44].

Las diferencias encontradas previamente en las respuestas de duelo al comparar la COVID-19 con otras causas de muerte podrían explicarse por el momento de la recopilación de datos y que, con el tiempo, han disminuido [41]. La COVID-19, como causa de muerte, ahora se entiende como una muerte natural, debido a la percepción de que las pandemias afectan a la humanidad de tiempo en tiempo y debido a un sentido de humanidad común, ya que las restricciones de la pandemia afectaron al mundo entero [45]. Contrariamente a esta tendencia, los resultados de este estudio demuestran que, en el contexto brasileño, esto puede no haber ocurrido.

La incapacidad de despedirse también aparece como una variable contextual que influye en respuestas más intensas de sufrimiento por duelo, y puede estar asociada con la forma en que ocurrió la muerte, así como con el hecho de que la muerte fue repentina, como en el caso de la COVID-19. La muerte inesperada y la incapacidad de haber estado presente y despedirse de la persona fallecida pueden sugerir la presencia de sentimientos de arrepentimiento, tristeza, culpa y cavilación [34,36].

Por último, destacan los resultados en cuanto al bienestar al comparar a las personas en duelo durante y después de la pandemia. Los menores niveles de bienestar de las personas en duelo a causa de la pandemia, así como el mayor impacto negativo del sufrimiento por duelo en el bienestar las personas en duelo durante la pandemia de COVID-19, ponen de manifiesto el sufrimiento persistente de las personas en duelo.

El paso del tiempo no determina si una persona en duelo experimentará un sufrimiento intenso

relacionado con el duelo, o de este asociado con síntomas de depresión [46]. Existen pocos estudios longitudinales sobre el duelo en poblaciones que sufrieron desastres, y, aunque el nivel de sufrimiento disminuye con el tiempo, el duelo parece tener un impacto significativo a largo plazo en el sufrimiento psicológico y ralentizar el proceso de recuperación de la persona en duelo [11].

Desde el punto de vista de comprender el impacto del contexto de la pandemia como un factor que exacerbó el sufrimiento por duelo en Brasil, la bioética de la intervención nos insta a comprometernos con los vulnerables y con los asuntos de interés público mediante el cultivo de la *responsabilidad*, *cuidado*, *solidaridad crítica*, *alteridad*, *compromiso*, *transformación*, *tolerancia* [47]. También apela a la responsabilidad social del Estado brasileño, una vez que, en situaciones en las que las personas son víctimas de vulnerabilidades sociales específicas, es su deber intervenir y protegerlas por medio de políticas públicas [4]. Por lo tanto, es necesario reconocer las vulnerabilidades y vulneraciones a las que estuvo sometida la población durante la pandemia de COVID-19 en nuestro país y trabajar para promover una asistencia especializada que permita paliar el sufrimiento que aún persiste.

En ese sentido, también se menciona la responsabilidad de los profesionales de la salud mental en el cuidado de estas personas en duelo. El duelo es, a la vez, una experiencia universal, puesto que todos lo experimentamos, y una experiencia profundamente personal [48]. Por lo tanto, las estrategias terapéuticas deben tener en cuenta las experiencias únicas de cada persona en duelo que experimenta sufrimiento, promoviendo la dignidad de la persona humana, un pilar defendido por la bioética y por el cuidado ético [49].

El cuidado ético es una ética relacional [50,51] que valora y asegura la autonomía y la dignidad de las personas vulnerables, utilizando para ello un enfoque relacional y contextual [52] y permitiendo la ampliación de los horizontes morales para la discusión y promoción del cuidado [53]. Por lo tanto, el cuidado debe centrarse en la singularidad de la persona en duelo, entendido como una forma de manifestación de lo universal, pero siempre con la preocupación específica de comprender y acoger el sufrimiento en su presentación única [54].

Por lo tanto, el cuidado a la persona en sufrimiento por duelo debe brindarse de manera acogedora, con una atención especial a las necesidades personales, con una escucha activa y atenta y respeto por las vulnerabilidades [50]. También da lugar a la acción, puesto que es mediante las actitudes que se construye la colectividad, dado que aspectos como la etnia, la jerarquía, la raza y la clase social influyen en el cuidado ofrecido [50]. Por lo tanto, los profesionales de la salud mental deberían comprender mejor los posibles factores que complican el duelo, ya que esto *exime a la persona la responsabilidad exclusiva por los problemas. Hay circunstancias previas a la muerte, en la situación misma y posteriores a la muerte que pueden hacer que el proceso de duelo sea más difícil* [55].

Los resultados demostraron que hubo repercusiones significativas en el proceso de duelo para quienes perdieron a un ser querido durante la pandemia de COVID-19 en Brasil, repercusiones que persisten en el período posterior a la pandemia. Analizar el duelo pandémico en Brasil y sus implicaciones pospandémicas desde la perspectiva de la bioética amplía la comprensión del fenómeno, ya que permite *integrar, en el debate, las dinámicas socioculturales y político-económicas, dado que su función es hacer que la gente piense y reflexione críticamente sobre los temas relacionados con la vida en su sentido más amplio* [56].

Por lo tanto, se espera que este estudio aporte información para el (re)conocimiento, la discusión, la planificación y la acción sobre el tema en nuestro país, tanto en el contexto de las políticas públicas como en la intervención de los profesionales de la salud mental.

La investigación, como todos los estudios, tiene limitaciones. La recopilación de datos de personas en duelo durante el período posterior a la pandemia presentó limitaciones en cuanto a la duración del duelo. Cabe destacar también que los datos de la investigación se basan en información autodeclarada, que puede estar sujeta tanto a sesgos de memoria como a respuestas socialmente deseables por los participantes del estudio.

La investigación cuantitativa pretende servir como un estudio sobre un fenómeno en particular. En el caso del duelo, objeto de este estudio, se recomienda desarrollar en el futuro investigaciones cualitativas, con un análisis en profundidad, para comprender mejor las singularidades, repercusiones y necesidades de las personas en duelo durante la pandemia de COVID-19 en el contexto brasileño.

También es importante destacar que la muestra general está compuesta, en su mayor parte, por personas blancas, de género femenino y con estudios superiores o de posgrado. Estas limitaciones ponen de manifiesto la importancia de realizar esfuerzos para tener en cuenta los factores sociales de interseccionalidad en la investigación científica, como la raza/etnia, el género y la clase social, sin limitarse a ellos.

Consideraciones finales

El entorno caótico y de angustia social que se vivió durante la pandemia de COVID-19 en Brasil hizo que el dolor y el sufrimiento derivados del duelo en estas condiciones, a menudo, no pudieran procesarse ni integrarse en la vida de las personas en duelo.

Los resultados que presenta este estudio ponen de manifiesto las particularidades del sufrimiento del duelo experimentado durante la pandemia en el contexto brasileño. El sufrimiento persiste y afecta al bienestar de quienes están de duelo en el período posterior a la pandemia.

La bioética intervencionista, al atribuir a la bioética el deber social de estar comprometida con los vulnerables y con los asuntos de interés público, contribuye a comprender la responsabilidad del Estado brasileño en sus omisiones y acciones deliberadas de la gestión necropolítica implementada durante la pandemia en nuestro país. Por lo tanto, exige a ese mismo Estado que asuma la responsabilidad hacia la población que sufrió (y sigue sufriendo) sus pérdidas y su dolor.

Desde la perspectiva del papel de los profesionales de la salud mental, el cuidado debe brindarse respetando las vulnerabilidades y vulneraciones que experimentan las personas en duelo. El cuidado ético, al integrar la empatía, la responsabilidad colectiva y la sensibilidad hacia las relaciones humanas, promueve prácticas de cuidado que respetan la dignidad y el contexto de cada persona.

Esta investigación tuvo como objetivo llenar un vacío en la literatura de estudios cuantitativos sobre los impactos de la experiencia del duelo en los contextos pandémico y pospandémico en Brasil, considerando una mayor distancia del evento que causó la muerte, así como una mayor diversidad de variables, para una comprensión más completa de los impactos del fenómeno.

Se espera que los resultados de este estudio aporten evidencias para fomentar el debate sobre el tema, así como para respaldar el desarrollo y la implementación de políticas públicas en salud mental y la intervención de profesionales de la salud mental para promover un cuidado ético basado en la experiencia de duelo de brasileños. Este compromiso debe considerarse un imperativo bioético a la luz de la magnitud de las pérdidas y duelos a los que se enfrenta la población brasileña.

***Financiación**: Esta investigación fue financiada parcialmente por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (311588/2020-4 y 311082/2023-8).*

Referencias

1. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. [Internet]. Washington: Opas/OMS; 2020 [acesso 31 out 2022]. Disponível: https://bit.ly/3Rq8vrJ
2. Matos PBL, Correa RS, Branco DC, Almeida GM, Silva ÉQ, Nascimento LS. Vulnerabilidades evidenciadas pela pandemia de covid-19 na perspectiva da bioética. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2022 [acesso 1º jul 2023];30(4):900-9. DOI: 10.1590/1983-80422022304580PT
3. Mbembe A. Necropolitics. Public Culture [Internet]. 2003 [acesso 2 set 2024];15(1):11-40. DOI: 10.1215/08992363-15-1-11
4. Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde. Trab Educ Saúde [Internet]. 2018 [acesso 15 jul 2023];16(3):935-53. p. 951. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00149
5. Kaltman S, Bonanno GA. Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. J Anxiety Disord [Internet]. 2003 [acesso 6 abr 2024];17(2):131-47. DOI: 10.1016/s0887-6185(02)00184-6

6. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 10 out 2024];22(1):94-104. Disponível: https://bit.ly/4u4Jpwb
7. Tang S, Xiang Z. Who suffered most after deaths due to COVID-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. Global Health [Internet]. 2021 [acesso 28 jun 2024];17(1):1-9. DOI: 10.1186/s12992-021-00669-5
8. Kaya E, Barlas Z, Barlas F, Wilson A, Dönmezler S. Bereavement during lockdown: the potential impact of COVID-19 restrictions on grief and post-traumatic stress disorder in a Turkish-Muslim population. Ment Health Relig Cult [Internet]. 2024 [acesso 1° maio 2024];1-14. DOI: 10.1080/13674676.2023.2244905
9. Drucker A, Levi-Belz Y, Hamdan S. Depression, complicated grief, and suicide ideation following bereavement during the covid-19 pandemic. Omega (Westport) [Internet]. 2023 [acesso 10 jun 2024];1-15. DOI: 10.1177/00302228231186361
10. Harrop E, Medeiros Mirra R, Goss S, Longo M, Byrne A, Farnell DJJ *et al*. Prolonged grief during and beyond the pandemic: factors associated with levels of grief in a four time-point longitudinal survey of people bereaved in the first year of the COVID-19 pandemic. Front Public Health [Internet]. 2023 [acesso 11 jun 2024];11:1-29. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1215881
11. Kristensen P, Weisæth L, Heir T. Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. Psychiatry [Internet]. 2012 [acesso 10 nov 2024];75(1):76-97. DOI: 10.1521/psyc.2012.75.1.76
12. Pereira DA. O canto que não cala: biossegurança e o direito à ritualização dos mortos [dissertação] [Internet]. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2023 [acesso 3 maio 2024]. Disponível: https://bit.ly/49l1Vc8
13. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto. 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2021.
14. Salvador PTC de O, Alves KYA, Rodrigues CCFM, Oliveira LV. Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2020 [acesso 5 set 2023];41:e20190297. DOI: 10.1590/1983-1447.2020.20190297
15. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19 [Internet]. Washington: Opas/OMS; 5 maio 2023 [acesso 10 de set 2023]. Disponível: https://bit.ly/4dC2MI0
16. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas [Internet]. 2014 [acesso 20 ago 2023];22(44):203-20. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977
17. Esperandio MRG, Rosas LS, Viacava JJC, Prigerson HG. Brazilian validation of the Prolonged Grief Disorder Scale – Revised (PG-13-R). Omega (Westport) [Internet]. 2025 [acesso 1° jun 2025]. DOI: 10.1177/00302228251348277
18. Souza CM, Hidalgo MPL. World Health Organization 5-item well-being index: validation of the Brazilian Portuguese version. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2012 [acesso 28 ago 2023];262(3):239-44. DOI: 10.1007/s00406-011-0255-x
19. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis. New York: The Guilford Press; 2018.
20. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. J Pers Soc Psychol [Internet]. 1986 [acesso 3 out 2023];51(6):1173-82. DOI: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
21. Field A. Descobrindo a estatística usando o SPSS. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
22. O'Connor MF. O cérebro de luto: como a mente nos faz aprender com a dor da perda. Rio de Janeiro: Principium; 2023.
23. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord [Internet]. 2017 [acesso 15 ago 2023];1:212:138-149. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.030
24. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W, editores. Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association; 2008. p. 165-86.
25. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. Suicide Life Threat Behav [Internet]. 2004 [acesso 12 jul 2023];34(4):350-62. DOI: 10.1521/suli.34.4.350.53737

26. Manquinho S, Albuquerque S, Delalibera M, Coelho A, Salvador Á. "I could not give him the funeral he deserved": the role of alternative mourning rituals during the pandemic. Curr Psychol [Internet]. 2024 [acesso 7 jul 2024];43(15):13668-78. DOI: 10.1007/s12144-023-05305-6

27. Vincenzo C, Biancalani G, Sani L, Bacqué MF, Novelletto L, Scussolin D, Testoni I. The impact of covid-19 on grief: a quantitative and qualitative analysis in Italy. Omega (Westport) [Internet]. 2024 [acesso 2 jun 2024];1-20. DOI: 10.1177/00302228241248534

28. Blanckenburg P von, Seifart C, Ramaswamy A, Berthold D, Volberg C. Prolonged grief in times of lockdown during the covid-19 pandemic. Omega (Westport) [Internet]. 2023 [acesso 27 jun 2024];1-19. DOI: 10.1177/00302228231182738

29. Bovero A, Pidinchedda A, Clovis F, Berchialla P, Carletto S. Psychosocial factors associated with complicated grief in caregivers during COVID-19: Results from a preliminary cross-sectional study. Death Stud [Internet]. 2022 [acesso 14 jun 2024];46(6):1433-42. DOI: 10.1080/07481187.2021.2019144

30. Selman LE, Farnell DJJ, Longo M, Goss S, Torrens-Burton A, Seddon K *et al*. Factors associated with higher levels of grief and support needs among people bereaved during the pandemic: results from a national online survey. Omega (Westport) [Internet]. 2022 [acesso 2 maio 2024];1-28. DOI: 10.1177/00302228221144925

31. Cunha M, Simões G, Soares J, Santos E. Coping e processo de luto em familiares e pessoas significativas de vítimas mortais de COVID-19. Referência [Internet]. 2023 [acesso 1° maio 2024];6(2). DOI: 10.12707/RVI22063

32. Arslan BS, Buldukoğlu K. Grief rituals and grief reactions of bereaved individuals during the covid-19 pandemic. Omega (Westport) [Internet]. 2023 [acesso 29 jun 2024];87(4):1293-307. DOI: 10.1177/00302228211037591

33. Zou X, Xu X, Tang R, Jiao K, Qian W, Shen X, Wang J. Potential risk factors for acute grief during the COVID-19 pandemic: the mediating role of avoidance processes. Clin Psychol Psychother [Internet]. 2023 [acesso 3 maio 2024];30(1):202-12. DOI: 10.1002/cpp.2794

34. Chen CYC. Grieving during the covid-19 pandemic: in-person and virtual "goodbye". Omega (Westport) [Internet]. 2022 [acesso 28 jun 2024];1-17. DOI: 10.1177/00302228221090754

35. Mitima-Verloop HB, Mooren TTM, Kritikou ME, Boelen PA. Restricted mourning: impact of the covid-19 pandemic on funeral services, grief rituals, and prolonged grief symptoms. Front Psychiatry [Internet]. 2022 [acesso 20 maio 2024];13:1-8. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.878818

36. Neimeyer RA, Lee SA. Circumstances of the death and associated risk factors for severity and impairment of COVID-19 grief. Death Stud [Internet]. 2022 [acesso 9 jul 2023];46(1):34-42. DOI: 10.1080/07481187.2021.1896459

37. Ricci LAL. A morte social: mistanásia e bioética. São Paulo: Paulus; 2017.

38. Loureiro CROMS. Mistanásia social, Covid-19 e direitos humanos: um tratado internacional para o enfrentamento das pandemias. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais [Internet]. 2022 [acesso 2 out 2024];22(3):135-57. p. 139. DOI: 10.18759/rdgf.v22i3.1896

39. Eisma MC, Tamminga A. COVID-19, natural, and unnatural bereavement: comprehensive comparisons of loss circumstances and grief severity. Eur J Psychotraumatol [Internet]. 2022 [acesso 15 jul 2023];13(1):2062998. DOI: 10.1080/20008198.2022.2062998

40. Gang J, Falzarano F, She WJ, Winoker H, Prigerson HG. Are deaths from COVID-19 associated with higher rates of prolonged grief disorder (PGD) than deaths from other causes? Death Stud [Internet]. 2022 [acesso 1° jul 2024];46(6):1287-96. DOI: 10.1080/07481187.2022.2039326

41. Lenferink LIM, Boelen PA. DSM-5-TR prolonged grief disorder levels after natural, COVID-19, and unnatural loss during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord Rep [Internet]. 2023 [acesso 30 jun 2024];12:1-4. DOI: 10.1016/j.jadr.2023.100516

42. Yıldırım YE. Prevalence of prolonged grief disorder and related clinical factors among turkish psychiatric outpatients during the covid-19 pandemic. Omega (Westport) [Internet]. 2023 [acesso 4 maio 2024];1-17. DOI: 10.1177/00302228231187296

43. Salisbury MR, Harmsen CRW, Muller RT. Help-seeking buffers the impact of grief on quality of life: a study of loss during the covid-19 pandemic. Omega (Westport) [Internet]. 2022 [acesso 1° jun 2024];1-20. DOI: 10.1177/00302228221146337

44. Shahini N, Abbassani S, Ghasemzadeh M, Nikfar E, Heydari -Yazdi AS, Charkazi A, Derakhshanpour F. Grief experience after deaths: comparison of covid-19 and non-covid-19 causes. J Patient Exp [Internet]. 2022 [acesso 7 jul 2024];9:1-6. DOI: 10.1177/23743735221089697

45. Akmese I, Foreman T, Brooks G. Bereavement during and not during the pandemic in terms of complicated grief and social support. Omega (Westport) [Internet]. 2024 [acesso 29 jun 2024];1-18. DOI: 10.1177/00302228241240944

46. Boelen PA, Reijntjes A, Djelantik AAAM, Smid GE. Prolonged grief and depression after unnatural loss: latent class analyses and cognitive correlates. Psychiatry Res [Internet]. 2016 [acesso 6 dez 2024];240:358-63. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.04.012

47. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC, organizador. Diccionario Latinoamericano de Bioetica. Cidade do México: Unesco; 2008. p. 161-164. p. 163.

48. Guldin MB, Leget C. The integrated process model of loss and grief – An interprofessional understanding. Death Stud [Internet]. 2024 [acesso 8 dez 2024];48(7):738-52. DOI: 10.1080/07481187.2023.2272960

49. Leget C. Analyzing dignity: a perspective from the ethics of care. Med Health Care Philos [Internet]. 2013 [acesso 8 dez 2024];16(4):945-52. DOI: 10.1007/s11019-012-9427-3

50. Tronto JC. Moral boundaries: a political argument for an ethic of care. London: Routledge; 2020.

51. Gilligan C. In a different voice. Cambridge: Harvard University Press; 2009.

52. Fernández-Truillo A, Vallverdú-Cartié H, Román-Maestre B. Care ethics. a new bioethical approach to humanize the ICU. Med Intensiva [Internet]. 2016 [acesso 7 dez 2024];40(8):511-3. DOI: 10.1016/j.medin.2016.07.001

53. Vries M, Leget CJW. Ethical dilemmas in elderly cancer patients: a perspective from the ethics of care. Clin Geriatr Med [Internet]. 2012 [acesso 11 nov 2022];28(1):93-104. DOI: 10.1016/j.cger.2011.10.004

54. Freitas J de L. Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. Rev Abordagem Gestalt [Internet]. 2013 [aceso 24 fev 2025];19(1):97-105. Disponível: https://bit.ly/4tZ0F5E

55. Kovács MJ. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. Paidéia (Ribeirão Preto) [Internet]. 2008 [acesso 10 out 2024];18(41):457-68. p. 460. DOI: 10.1590/S0103-863X2008000300004

56. Trombert A. Rumo à consolidação de uma bioética latinoamericana: entrevista ao professor José Roque Junges. Revista Binacional Brasil Argentina [Internet]. 2018 [acesso 10 out 2024];7:167-74. p. 168. Disponível: https://bit.ly/4abEDWg

Luciana Soares Rosas – Magíster – lucianasoaresrosas@gmail.com
0000-0001-5404-5659

Mary Rute G. Esperandio – Doctora – mary.esperandio@pucpr.br
0000-0001-8521-8794

Juan José Camou Viacava – Doctor – juan.camou@pucpr.br
0000-0002-1945-0592

Correspondencia
Luciana Soares Rosas – Rua Benedito Antunes de Oliveira, 53, Uberaba, CEP 81570-320. Curitiba/PR, Brasil.

Contribución de los autores (CRediT)
Luciana Soares Rosas: conceptualización; gestión de datos; metodología; análisis formal; redacción – manuscrito original; redacción – revisión y edición. Mary Rute G. Esperandio: conceptualización; supervisión; redacción – manuscrito original; redacción – revisión y edición. Juan José Camou Viacava: metodología; análisis formal; supervisión; redacción – manuscrito original; redacción – revisión y edición.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 8.12.2025
Revisado: 6.3.2026
Aprobado: 27.3.2026

Investigación