



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

T E S I S

**DUELO, MIEDO A LA MUERTE Y AL COVID-19, EN
HABITANTES DEL VALLE DEL MEZQUITAL, HIDALGO**

**Para obtener el título de
Licenciada en Psicología**

P R E S E N T A

Lic. Itzel Yeneimi García Ramírez

**Directora
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña**

**Comité Tutorial
Mtra. Ana María Rivera Guerrero
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña
Mtro. Jesús Antonio Carrillo Citalán
Mtra. María Luisa Escamilla Gutiérrez
Mtro. Carlos Cervantes Ortiz
Mtra. Mariana Valdez Aguilar
Mtro. Julio César Vargas Ramos**

Pachuca de Soto, Hgo., México., noviembre 2022



08 de noviembre de 2022
 Asunto: Autorización de impresión formal

DR. ABEL LERMA TALAMANTES
 JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
 Head of academic psychology area

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante **ITZEL YENEIMI GARCÍA RAMÍREZ**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es **“Duelo, miedo a la muerte y al COVID-19, en habitantes del Valle del Mezquital, Hidalgo”** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

“AMOR, ORDEN Y PROGRESO”

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Mtra. Ana María Rivera Guerrero	Presidente	
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña	Primer Vocal	
Mtro. Jesús Antonio Citalán	Segunda Vocal	
Mtra. María Luisa Escamilla Gutiérrez	Tercer Vocal	
Mtro. Carlos Cervantes Ortiz	Secretario	
Mtra. Mariana Valdez Aguilar	Suplente	
Mtro. Julio César Vargas Ramos	Suplente	



Cirujía Ex Hacienda, Grupo 2n S.A.
 Carretera Pacluca Actopan - Huamantla
 Ssn Agustín Tlaxiama, Hidalgo, México. C. P. 42189
 Teléfono: 02 (771) 71 720 00 Ext 4325, 4326, 4344 y 4313
 psicologia@uaeh.edu.mx



Dedicatoria.

Continúa con lo que te apasiona, porque ahora te miran desde el cielo.

Anónimo (s.f)

Por fin, veo hecho realidad este hermoso sueño, lleno de insomnios, acompañados de café, de cada noche que ha llegado hasta un amanecer, de cada estrella que no desistió y de cada fase de la luna que no se rindió. De cada persona que me inspiro con su esencia extraordinaria, y de cada chispa convertida en fuego.

Un sueño llega con una dosis de espiritualidad, que solo se hace realidad, cuando que se crea en la arquitectura perfecta de la mente, que se materializará ante la persistencia, y que detrás de él, siempre habrá algo que lo inspire; por este motivo, con amor y cariño, dedico esta hermosa tesis, a mis ángeles terrenales y espirituales. Agradezco principalmente a Dios por ser el motor de mí existir, mi fortaleza, mi todo, pero, en particular por su sabiduría, por guiar mi camino hacia el lugar correcto y enseñarme hacer aquello que encienda mi alma.

Con cariño, para mis maravillosos padres, a mi mamá, por enseñarme a buscar mi felicidad a pesar de lo que te digan los demás, a mi querido y amado papá, quien me motivo a perseguir mis sueños, quien con su forma de vida me ha enseñado que para que los sueños crezcan, se persiste y sobre todo se tiene fe, pues, nadie puede arrebatarte los sueños que algún día te harán grande.

A mis preciosas hermanas, quienes, sin saberlo, son mi motivación en todo lo que hago, mis compañeras de vida.

A mi cantante favorito, mi amigo, mi guerrero, mi compañero de alma, a mi novio, por acompañar cada uno de mis sueños y sobre todo por inspirar otros tantos más. Gracias por regalarme tan bellos angelitos🐾: Duque, Luna y Roki, quienes me han ayudado, a crear, más incisos en la lista de los mejores momentos de mi vida, los amo.

A mis queridos y amados amigos: Adri, Vianney, Fer, Angel, Caro, quienes acompañaron mi caminar en esta bella carrera, de quienes nunca olvidaré cada risa y menos cada desvelo,

porque juntos aprendimos de todos, siendo rumis, maestros y compañeros a la vez. Son el recuerdo más bonito de mi Universidad.

Gracias a aquellas las personas que siempre han estado para mí, de una forma muy especial, cuya luz, brilla de forma sensacional y hoy, me alegra tanto decir “colegas”, querido Martín, Yessi, Irving, Danny, Lucí; y otros tantos que llevo en el corazón, pero, que no podía dejarlos pasar desapercibidos: Carlitos, Nassa, David, Dave, Rosita, Astrid, Mafer, Cuahu, Señora bonita, Rossy, Marco, gracias por siempre iluminar con su esencia, los adoro.

A las personas que la vida y el destino me permitieron coincidir con ellas, gracias a CELUH Tetepango, MPA, MFCJ, a IPSI, y Fundación Calaveras, por la oportunidad de inspirar y dejar una huella preciosa.

Muy en especial a las personas que me enseñaron a seguir brillando y continuar aún sin ellas, querida Ale, Tía Gaby, donde quiera que ahora se encuentren un fuerte abrazo, siempre estarán en mi corazón. A mis pequeños angelitos, Duquesa y Stich, sé que la vida nos reencontrará.

Por supuesto honor a quien honor merece, a mis queridos profesores que fueron mi inspiración en esta hermosa carrera: profesor Felipe, Humberto, Sergio, Carlitos, José, Gina, Karmina, Aglaya, Antonia, Nidia, María Luisa, muchas gracias a todos, por sus consejos y por su chispa tan increíble. Y claro, con mucho cariño, admiración y respeto, a una mujer inquebrantable, a mi asesora de tesis, gracias Doctora Rebeca, fue un gusto coincidir.

Así, como a cada uno de mis sinodales, por sus aportaciones a esta tesis y por marcar cada error, porque siempre será la oportunidad para mejorar.

Finalmente, pero, no por ello menos importante, a mi guía, en todo este proceso de titulación, Doctora Dayana, gracias por su paciencia. Maestro Felipe, Doctora María Luisa, gracias, por hacer crecer, aún más, la inspiración de lograr algún día una maestría y un doctorado.

Con cariño y admiración, Yei ✧

Hay personas que están contigo, estén, donde estén. Anónimo.

ÍNDICE

Resumen	10
Abstract	11
Introducción	12
Capítulo I. COVID-19	15
1.1 ¿Qué es la COVID-19?	15
1.1.1 Características del Virus SARS-CoV-2	16
1.1.2 Transmisión de la COVID-19	18
1.1.3 Síntomas de la COVID-19	20
1.2 Estadísticas de Mortalidad por el Virus SARS-CoV-2	22
1.2.1 Internacional	22
1.2.2 Nacional	22
1.2.3 Estatad	23
1.2.4 Valle del Mezquital del Estado de Hidalgo	24
Capítulo II: Salud Mental en Tiempos de Pandemia	26
2.1 Concepto de Salud Mental	26
2.2 Datos Estadísticos	27
2.3 Factores de Riesgo para el Desarrollo de Problemas Sociales y de Salud Mental	28
2.4 La COVID-19 y las Consecuencias Psicosociales en la Salud Mental	31
2.5 Estrategias para Mantener la Salud Mental Durante la Pandemia por COVID-19	36
2.6 La Respuesta del Sistema de Salud en México ante la COVID-19	39
Capítulo III. Miedo a la Muerte y a la COVID-19	42
3.1 Definición de Miedo	42
3.2 Modelos que Explican el Miedo	43
3.2.1 Modelo Neurobiológico	43
3.2.2 Modelo Psicológico	46
3.2.3 Modelo Sociológico	49

3.2.4	Modelo Antropológico	52
3.3	Miedo a la COVID-19	55
3.4	Miedo a la Muerte	56
3.5	Miedo a la Muerte por la COVID-19	57
3.6	Concepción del Miedo a la Muerte y a la Enfermedad, Desde la Niñez	58
3.7	Expresión Patológica del Miedo	59
3.8	Instrumentos y Técnicas de Evaluación del Miedo	62
3.8.1	Instrumentos de Evaluación del Miedo a la Muerte	63
3.8.2	Instrumentos de Evaluación del Miedo a la COVID-19 y Aspectos Psicológicos Relacionados.	65
3.9	Estado del Arte	72
Capítulo IV. Duelo y Muerte		77
4.1	Definición de Muerte	77
4.2	Características de la Muerte	78
4.3	Modelos que Explican la Muerte	79
4.3.1	Modelo Neurobiológico	79
4.3.2	Modelo Psicológico	82
4.3.3	Modelo Sociológico	85
4.3.4	Modelo Antropológico	86
4.4	Concepción de la Muerte en la Cultura Mexicana	88
4.5	Definición de Duelo	94
4.5.1	Duelo Normal	95
4.5.2	Duelo Complicado	97
4.6	Modelos que Explican el Duelo ante la Muerte	99
4.6.1	Modelo Biológico	100
4.6.2	Modelo Constructivista	100
4.6.3	Modelo Psicoanalítico	101

4.6.4	Modelo Cognitivo-Conductual	103
4.6.5	Modelo de la Psicología Positiva	104
4.6.6	Modelos de Duelo como Enfermedad	105
4.6.7	Otros modelos	106
4.7	Aspectos Espirituales Relacionados con el Proceso de Morir	107
4.8	Rituales de Despedida ante la Muerte	108
4.8.1	Beneficios de los Rituales de Despedida	110
4.9	Factores Asociados al Duelo Normal y al Duelo Patológico	112
4.10	Duelo por COVID-19	114
4.11	Instrumentos de Evaluación del Duelo	118
4.12	Estado del Arte Vinculado a Factores Psicosociales, Duelo, y Muerte de un ser Querido por COVID-19	120
Capítulo V. Método		126
a)	Planteamiento del Problema	126
b)	Justificación	128
c)	Objetivos	129
d)	Hipótesis Conceptual	130
e)	Hipótesis Estadísticas	130
f)	Definición Conceptual y Operacional de Variables	131
g)	Tipo de Diseño y Tipo de Estudio	133
h)	Población y Muestra	133
i)	Criterios de Inclusión	134
j)	Criterios de Exclusión	134
k)	Criterios de Eliminación	134
l)	Instrumentos y Materiales	134
m)	Procedimiento	139
n)	Proceso de Sistematización y Análisis de Datos	141

ñ) Aspectos Éticos y de Bioseguridad	141
Capítulo VI. Resultados	143
Capítulo VII. Discusión y Conclusiones	164
-Referencias	181
-Anexos	210
Anexo 1: Consentimiento Informado	210
Anexo 2: Datos Sociodemográficos	211
Anexo 3: Cuestionario	213
Anexo 4: Escala de Miedo ante la Muerte (<i>EMMCL</i>)	216
Anexo 5: Inventario de Duelo Complicado (<i>IDC</i>)	218
Anexo 6: Escala de Miedo a la COVID-19 (<i>FCV-19S</i>)	219
Índice de Tablas	
Tabla 1. La COVID-19 en el Valle del Mezquital	25
Tabla 2. Escalas para medir el impacto psicológico y las actitudes hacia la COVID-19	68
Tabla 3. Investigaciones relacionadas con el miedo a la COVID-19 y el miedo a la muerte	75
Tabla 4. Investigaciones relacionadas con factores psicosociales, duelo y muerte de un ser querido por COVID-19	125
Tabla 5. Variables de Estudio	132
Tabla 6. Lugar de residencia	143
Tabla 7. Datos Sociodemográficos y puntajes obtenidos en la batería de instrumentos	146
Tabla 8. Creencia de la existencia de la COVID-19 y el uso de las medidas sanitarias	150
Tabla 9. Presencia de enfermedades crónicas y el padecimiento de la COVID-19	151
Tabla 10. ¿Durante este tiempo de confinamiento has presentado algunos síntomas relacionados con alguno de los siguientes padecimientos?	152

Tabla 11. Tipo de relación/parentesco con el ser querido fallecido	154
Tabla 12. Enfermedades comórbidas relacionadas con la causa de muerte por COVID-19 en seres queridos de los participantes.	155
Tabla 13. Frecuencia con las que los participantes comparten su experiencia y emociones con otras personas que han pasado por un duelo por COVID-19.	156
Tabla 14. Nivel de Miedo a la Muerte conforme la escala de EMMCL	157
Tabla 15. Resultados de la Aplicación de la Escala de Miedo a la Muerte, en habitantes del Valle del Mezquital, Hidalgo (N=121)	157
Tabla 16. Puntajes estadísticos de la Escala del Miedo a la Muerte	158
Tabla 17. Nivel de Duelos conforme a la escala de IDC	159
Tabla 18. Puntajes estadísticos del Inventario de Duelo Complicado	159
Tabla 19. Nivel de Miedo a la COVID-19 conforme a la escala de <i>FCV-19S</i>	160
Tabla 20. Puntajes estadísticos la Escala de Miedo a la COVID-19	161
Tabla 21 Correlación entre las escalas de <i>EMMCL</i> , <i>IDC</i> y <i>FCV-19S</i>	161
Tabla 22 Correlaciones de las subescalas de las escalas utilizadas	207

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo identificar la relación del miedo a la muerte, duelos complicados y miedo a la COVID-19 en habitantes del Valle del Mezquital del Estado de Hidalgo, ante la pérdida de algún ser querido por COVID-19. Haciendo uso de un diseño no experimental, transeccional-correlacional, con una muestra no probabilística por conveniencia, con N=121 participantes, a los cuales se les aplicaron la *Escala de Miedo ante la Muerte*, el *Inventario de Duelo Complicado* y la *Escala de Miedo a la COVID-19*, a través de un formulario Google que se difundió por redes sociales, cuyos resultados arrojaron una correlación estadísticamente significativa entre las tres variables, por medio de la estadística paramétrica de Pearson. Por lo que, los resultados de esta investigación vislumbran un quehacer psicológico importante para los próximos años.

Palabras clave: Miedo, Duelo, Muerte, COVID-19

Abstract

The objective of this research is to identify the relationship between fear of death, complicated grief and fear of COVID-19 in inhabitants of the Mezquital Valley of the State of Hidalgo, in the face of the loss of a loved one due to COVID-19. Using a non-experimental, transectional-correlational design, with a non-probabilistic sample by convenience, with 121 participants, to whom the *Fear of Death Scale*, the *Complicated Grief Inventory*, and the *COVID-19 Fear Scale*, through a Google form that was disseminated through social networks, whose results showed a statistically significant correlation between the three variables, by means of Pearson's parametric statistics. Thus, the results of this research point to an important psychological task for the coming years.

Keywords: Fear, Grief, Death, *COVID-19*

Introducción

El 31 de diciembre del 2019, el país de China anuncia un suceso que sin saberlo cambiaría la vida por completo de todo el mundo, un brote de 27 neumonías en la provincia de Wuhan, inicialmente con etiologías desconocidas hasta el día 9 de enero del 2020, fecha en la que se dio a conocer que el virus causante de dichas neumonías pertenecía a una nueva cepa, y al que, por sus características inicialmente se denominó como “coronavirus”, para después referirse a él de forma oficial como “SARS CoV-2” tal como lo describe Sáenz (2020) en el periódico *Capital 21*.

Poco a poco se dieron a conocer nuevos casos a nivel internacional a causa de la COVID-19, hasta que en marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020f) decide nombrarlo pandemia, debido al aumento de contagios y de defunciones, situación que generó un gran impacto en muchos ámbitos, principalmente en la esfera de la salud mental, ya que, muchas familias perdieron a sus seres queridos; y no pudieron realizar rituales de despedida, según sus creencias, Gómez (2011) explica que estos rituales funcionan como terapias que ayudan a los sobrevivientes a despedirse e iniciar su proceso de duelo al canalizar sus sentimientos, como la ira, el dolor, la rabia o incluso la impotencia.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020b), el duelo es una consecuencia psicosocial de gran importancia que afecta directamente a la salud mental. Guzmán Saldaña señala que “la muerte de un ser querido puede desencadenar aislamiento, frustración, rabia, enojo, depresión y agotamiento de los deudos “(Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [UAEH], 2020, p. 1).

Es por ello, que esta investigación tuvo como objetivo describir los procesos de duelo, miedo a la COVID-19 y a la muerte, buscando dar visibilidad del impacto en la salud mental que ha dejado el SARS CoV-2 en la región del Valle del Mezquital del Estado de Hidalgo, a través de la *Escala de Miedo ante la Muerte* (Tomás-Sábado *et al.*, 2007) el *Inventario de Duelo* (Limonero *et al.*, 2009), y la *Escala de Miedo a la COVID-19* (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020)

con la intención de que futuras investigaciones tengan elementos para su réplica en diferentes zonas del país. Llevar a cabo este estudio, es de suma importancia, puesto que, el impacto que ha dejado esta pandemia por COVID-19 es imborrable y permanente, considerando que varias familias han perdido a sus seres queridos de un momento a otro.

Según la OPS (2020b) la pandemia ha provocado un incremento de la demanda de servicios de salud mental, por factores como el **duelo**, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el **miedo**. Es por ello, que en esta tesis se abordarán temas relacionados con estos ámbitos, en el primer capítulo titulado como: *COVID-19*, está dedicado a la descripción del SARS-CoV-2, y sus semejanzas con otras variantes que han afectado estos últimos años a la humanidad, su forma de transmisión, y los datos estadísticos (número de casos confirmados, defunciones por COVID-19) a nivel internacional, nacional, estatal y en la región del Valle del Mezquital, Hidalgo (población con la que se realizó dicha investigación)

De igual manera, por el gran impacto que ha causado la COVID-19 en cuanto a la Salud Mental, se presenta en el segundo capítulo de esta tesis *Salud Mental en Tiempos de Pandemia* en el que se estudian los factores de riesgo para el desarrollo de problemas sociales y de salud mental, así como las estrategias implementadas por diversas instituciones.

Así es como el capítulo tres *Miedo a la Muerte y a la COVID-19* junto con el capítulo cuatro *Duelo y Muerte*, exponen a partir de varios autores y los modelos de neurobiología, psicología, sociología, y antropología las variables de miedo a la muerte, miedo a la COVID-19 y de duelos, desde un aspecto general, hasta el contexto de la pérdida de algún ser querido por COVID-19.

El capítulo cinco *Método*, expone los pasos para la realización de esta tesis: el tipo de diseño, las hipótesis planteadas, el procedimiento, y el apego a los aspectos éticos y de bioseguridad que establecen el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007); para finalmente dar paso a los apartados más interesantes de esta investigación, el capítulo seis *Resultados* y el capítulo siete *Discusión y Conclusiones*, en donde se confirman y

reafirman muchas de las investigaciones de los autores mencionados en los marcos teóricos, pero, también se exponen datos de gran interés para la Salud Mental. Evidenciando la importancia de realizar investigaciones similares en otras regiones del país o bien investigaciones enfocadas en conocer las repercusiones e impacto de los duelos de seres queridos por COVID-19 en un tiempo de 5 a 10 años.

Capítulo I. COVID-19

La pandemia por COVID-19 tomó desprevenidos a todos los países del mundo al tener que enfrentarse a un nuevo virus, con características únicas, por ello, el presente capítulo está dedicado a describir inicialmente al virus SARS-CoV-2; el virus causante de la COVID-19 y su rápida transmisión, logrando que dicho virus sea reconocido a nivel internacional al ocasionar una pandemia que ha generado una emergencia sanitaria por más de un año, con inicio el 31 de diciembre de 2019 (OMS, 2020f), razón por la cual lleva la numerología de 19.

De igual manera, en este capítulo se busca comprender por qué la COVID-19, ha generado tal impacto, y cómo ha sido el actuar gubernamental ante ella, pues, si bien, la COVID-19 es la enfermedad que actualmente tiene al mundo de cabeza, muchas otras pandemias hicieron lo mismo en su respectivo tiempo, acabando con la vida de miles de personas, incluso más que las guerras (Pagana, 2020).

En el caso de México, el país también ha pasado por diversas pandemias, la penúltima de ellas fue el virus de la Influenza, situación que hizo creer al Gobierno Federal que estaba preparado para hacer frente a la COVID-19, medidas que posteriormente fueron criticadas por su poca eficacia y congruencia (Santillán, 2020).

Por último, se encontrará un apartado de suma importancia, en la que se muestran los números de casos positivos y las defunciones a causa de la COVID-19, a nivel nacional, estatal y en lo que respecta a la región del Valle del Mezquital. Dichas cifras hablan por sí solas.

1.1 ¿Qué es la COVID-19?

Según la OMS (2020c) la COVID-19 es una enfermedad causada por un nuevo coronavirus conocido como “Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2” (SARS-CoV-2), este virus rose había detectado anteriormente en seres humanos y fue notificado por primera vez el 31 de diciembre de 2019, a partir de varios casos que se presentaron de neumonía en la provincia de Hubei, en la ciudad de Wuhan, China.

Los coronavirus son una gran familia de virus que se encuentran tanto en animales como en los seres humanos, en los humanos pueden causar enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves. Los daños de los coronavirus pueden ser incluso tan graves, como las que se registraron en la epidemia por el coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV) de 2002 a 2003 y el Coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) mismo que se presentó por primera vez en 2012 en Arabia Saudita (Fundación MF, 2020).

El día 30 de enero de 2020 la epidemia por COVID-19 fue nombrada por la OMS como emergencia sanitaria a nivel internacional, dos meses después, el 11 de marzo de 2020, el Director General de la OMS, el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, describió a la COVID-19 como como pandemia (OPS, 2020c); cabe mencionar, que cuando una enfermedad se caracteriza como pandemia significa que dicha enfermedad se ha esparcido por varios países de todo el mundo afectando a una gran cantidad de personas (Real Academia Española, 2014, definición 1).

La OMS (2020, como se citó en la Fundación MF, 2020), pidió a todos los países tomar las medidas necesarias para detectar la infección y prevenir la propagación, e indicó tres prioridades para los países: 1) Salvaguardar la salud de los trabajadores de la salud, 2) Involucrar a las comunidades para proteger a las personas con mayor riesgo de enfermedades por comorbilidad, 3) Apoyar a los países vulnerables para contener la infección.

1.1.1 Características del Virus SARS-CoV-2

Aguilar, Hernández e Ibanes (2020) plantean en la *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica* que el virus causante de la COVID-19 es el SARS-CoV-2, el cual pertenece a la familia de los β -coronavirus, los cuales solo afectan a mamíferos, poseen una polaridad positiva, con una cadena simple de ácido ribonucleico (ARN) y un genoma de entre 27 a 32 kb, por lo que poseen un tamaño que va desde los 80 a 160 nm, siendo los virus más grandes de ARN que hasta ahora se han descubierto, los cuales según la clasificación de Baltimore pertenecen al grupo IV. Los

coronavirus se encuentran presentes tanto en animales como en seres humanos pero el SARS-CoV-2 solo se ha encontrado en seres humanos (Fundación MF, 2020).

Según explica el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP,2021) de México, los coronavirus fueron descubiertos en 1960 y deben su nombre a sus características microscópicas (picos o espigas en forma de corona). Hasta el día de hoy se han identificado siete tipos de coronavirus que pueden afectar a los seres humanos, de los cuales cuatro causan comúnmente enfermedades respiratorias que van desde leves a moderadas: los tipos 229E (alfa coronavirus), NL63 (alfa coronavirus), OC43 (beta coronavirus) y HKU1 (beta coronavirus), mientras que los coronavirus que causan enfermedades graves, e incluso la muerte son el MERS-CoV (Coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente), SARS-CoV (Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo), y el SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratorio Agudo Severo por Coronavirus 2), virus causante de la enfermedad de la COVID-19, los cuales se describen a continuación:

a) SARS-Co-V-1 fue considerada como la primera pandemia del siglo XXI causada por un coronavirus, fue descubierto en noviembre de 2002, en Wuhan, China, el origen inicial del virus fue a través murciélago, el huésped intermedio fue una civeta común de las palmeras, fue transferido a los humanos a través de ACE2 (enzima convertidora de angiotensina). Finalmente, a inicios del mes de julio de 2003, la OMS la declara a esta pandemia como controlada y sin la aparición de nuevos casos (Aguilar *et al.*, 2020)

b) MERS-CoV (el segundo el coronavirus que afectó a la humanidad) fue descubierto en el mes de abril del 2012, descubierto en Medio Oriente, razón por la cual este virus lleva este nombre, su origen fue, de igual manera, a través de un murciélago, el huésped intermedio fueron los camellos, y receptor en humanos fue el DDP-4 (dipeptidil-peptinasa), este virus actualmente se encuentra en fase activa, pero de forma controlada (Aguilar *et al.*, 2020).

c) SARS-Co-V-2, fue descubierto a finales del año 2019, su origen también se dio a través de un murciélago, su huésped intermediario fue el pangolín, y el receptor en los humanos también fue a través de la ACE2, como lo fue con el SARS-Co-V-1, este virus aún sigue en la

fase activa, y hasta el momento es la pandemia del siglo XXI que más muertes ha generado. La COVID-19, ha abarcado un territorio geográfico de 216 países (744% más que el impacto que generó, en su momento, el SARS-CoV-1, el cual afectó a 29 países, mientras que el coronavirus MERS-CoV afectó solo a 27 países a nivel mundial). El genoma de SARS-CoV-2 tiene 96% de homología con un beta-coronavirus descrito en murciélagos y 91% con un beta-coronavirus del pangolín; además de tener 80% de homología con el SARS-CoV-1 y 55% con MERS-CoV (Aguilar *et al.*, 2020)

En resumen, como ya se mencionó, de forma general, la similitud de estos tres virus no solo es que afecta al ser humano, sino también tienen su origen a través de un murciélago, mientras que los coronavirus SARS-CoV-1 y SARS-CoV-2 tienen como semejanza el país de origen (China), y el receptor (la enzima convertidora de angiotensina: ACE 2) (Fundación MF, 2020).

1.1.2 Transmisión de la COVID-19

Respecto al análisis del genoma del SARS-CoV-2 se encontró que la fuente primaria del COVID-19 eran los murciélagos, pero la primera versión que se dio a conocer fue que los primeros casos relacionados con la enfermedad tenían en común un mercado mayorista de mariscos en Wuhan, China; sin embargo, posteriormente, se dio a conocer que no fue a través de este mecanismo y se observó que el virus podía transmitirse de persona a persona (Aguilar *et al.*, 2020).

La OMS (2020f) describió que la COVID-19 se propaga más fácilmente por medio del contacto con una persona con la infección. Cuando alguien que tiene COVID-19 tose, habla, canta o estornuda, se liberan gotículas que pueden infectar a otra persona al entrar en contacto con las mucosas, más cuando las personas están en fase asintomática, y según varios estudios analizados por la organización, las personas infectadas son capaces de infectar a otras antes de que se enfermen, en un estudio realizado en Singapur se informó de que el 6,4% de los casos secundarios se habían producido como consecuencia de la transmisión presintomática. Las

partículas del virus SARS-CoV-2 tienen un tamaño $> 5-10 \mu\text{m}$, (las gotas con diámetro inferior a $5 \mu\text{m}$ se denominan núcleos goticulares o aerosoles) lo que hace fácil su transmisión, se desplazan aproximadamente un metro de distancia al hablar y hasta cuatro metros al toser o estornudar, está es la razón por la que la OMS, nombró a una de sus medidas preventivas: “sana distancia”.

Van Doremalen, Bushmaker, Morris *et al.* (2010) realizaron una investigación, en la que compararon la estabilidad de aerosol y superficie del virus SARS-CoV-1 y del SARS-CoV-2 (virus causante de la COVID-19), por medio de la cual lograron describir la existencia de otra forma de transmisión, a través de aerosoles, donde las partículas miden $< 5 \mu\text{m}$ y quedan suspendidas en el aire ambiente, en una conversación de diez minutos, una persona infectada puede producir hasta 6,000 partículas de aerosoles, cabe mencionar que se genera una mayor concentración de partículas en las fases iniciales de la enfermedad, al igual que durante la realización de procedimientos intensivos como intubación endotraqueal, broncoscopia y resucitación cardiopulmonar, puesto que, las partículas se desplazan aproximadamente entre ocho a diez metros de distancia.

En una publicación de la Fundación MF (2020) se hace mención que no se sabe con exactitud los días en los que una persona puede transmitir el virus SARS-CoV-2; sin embargo, se han observado que los lapsos de tiempo van desde 8 a 37. Se considera que cada paciente transmite el virus en promedio de dos a cuatro personas, aparentemente, los primeros días de la aparición de los síntomas son el período más contagioso, periodo en el que muchas personas son asintomáticas. Las personas que presentan una evolución más severa de la enfermedad propagan el virus durante más tiempo que los casos leves. La transmisión del virus también se puede generar de forma indirecta, a través del contacto con las superficies que han sido contaminadas.

Fueron también Van Doremalen *et al.* (2020), quienes explican que el virus SARS-CoV-2 puede permanecer hasta 72 horas en una superficie hecha de plástico, acero inoxidable tiempo mayor que en el cobre o el cartón, y durante este tiempo el virus podría ser transmitido de una

forma indirecta.

Es por eso que la OMS (2020e) crea el “*Plan Estratégico de Preparación y Respuesta para la COVID-19*”, con el objetivo de contener la propagación del virus SARS-CoV-2 y ello la prevención de las enfermedades y la muerte conexas, mediante la interrupción de la cadena de infección, entre las medidas recomendadas al público en general está el lavado de manos constante, evitar tocar la cara con las manos, desinfectar las superficies, uso de gel antibacterial, uso de mascarillas, evitar aglomeraciones y lugares mal ventilados, darse una ducha después de regresar del trabajo, compras o alguna otra actividad que haya implicado salir fuera de casa, y toser, cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo. Dentro de este Plan Estratégico, también dieron a conocer medidas para el personal de salud: 1) Identificar los casos sospechosos, comprobar o descartar en ellos la enfermedad de la COVID-19 mediante la realización de pruebas, poner en aislamiento a las personas infectadas, reconocer a todas las personas que hayan tenido contacto estrecho con ellas y ponerlas en cuarentena; 2) Todo el personal sanitario deberá utilizar ininterrumpidamente una mascarilla médica durante todas las actividades que realicen durante su turno, además de practicar en todo momento el lavado de manos médico; 3) Personal sanitario que se vea en la necesidad de atender a pacientes con diagnóstico presunto y confirmado de COVID-19, ponga en práctica las precauciones para evitar el contagio por contacto y/o por gotículas, y practique las precauciones para evitar la transmisión aérea al realizar procedimientos en los que se produzcan aerosoles; 4) Mantener los espacios ventilados, y desinfectados de manera adecuada.

Es importante mencionar, que también se han estudiado otras posibles vías de transmisión, tales como la vía fecal-oral, vertical, sexual y ocular; sin embargo, aún no existen evidencias certeras al respecto (Aguilar *et al.*, 2020).

1.1.3 Síntomas de la COVID-19

La OMS (2021a) describió que, en la mayoría de los casos, la COVID-19 provoca síntomas leves, como secreciones nasales, dolor de garganta, tos y fiebre. Pero pueden ser más

graves para algunas personas y causar neumonía o dificultad para respirar; sin embargo, es importantemencionar que la COVID-19 en algunos casos puede causar la muerte. Los síntomas más habituales de la COVID-19 son fiebre, tos seca, y cansancio. Otros síntomas menos frecuentes y que pueden afectar a algunos pacientes son pérdida del gusto o el olfato, congestión nasal, conjuntivitis, dolor de garganta, cefalea, dolores musculares o articulares, diferentes tipos de erupciones cutáneas, náuseas o vómitos, diarrea, escalofríos o vértigo.

En un cuadro grave de la COVID-19 se encuentra la opresión persistente en el pecho, confusión, disnea (dificultad respiratoria), pérdida de apetito, fiebre (temperatura mayor a los 38° C), sin embargo también se puede dar la presencia de síntomas menos frecuentes entre los que está la pérdida de la conciencia, asociada con convulsiones, la irritabilidad, trastornos de sueño, depresión, ansiedad, complicaciones neurológicas como accidentes cerebrovasculares, inflamación del cerebro, estado delirante y lesiones neurales (OMS,2021a) esto dependerá de la existencia de enfermedades comórbidas que a su vez interactúen en las personas con la COVID-19 (Romo *et al.*, 2020).

De esta manera la COVID-19 tiene una amplia presentación en cuanto a sus síntomas, tanto en adultos como en niños, y desde un paciente asintomático hasta un cuadro grave por COVID-19. Los pacientes inmunosuprimidos pueden presentar síntomas atípicos, sin datos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria, cuando presentan sólo síntomas de una infección no complicada (Romo *et al.*,2020), o por el contrario, cuando se presenta de forma grave puede desencadenar complicaciones que pueden llevar a la muerte como insuficiencia respiratoria, síndrome de dificultad respiratoria aguda (rara vez los niños manifiestan esta complicación) lesiones cardíacas, hepáticas y renales, choques septicémicos, tromboembolia y/o la insuficiencia multiorgánica (OMS,2021a).

Según la OMS (2021a) el tiempo entre la exposición a la COVID-19 y el momento en que comienzan los síntomas es, de media, de cinco o seis días, pero puede variar entre uno y catorce días. Razón por la que las personas que hayan estado expuestas al virus deben permanecer casa, durante 14 días, alejadas de otras personas, con el fin de prevenir la propagación del virus.

Es por ello, que el 23 de marzo de 2020a la Secretaría de Gobernación (SEGOB) pidió por medio de la “Jornada Nacional de Sana Distancia” evitar el contacto con otras personas durante los 15 días posteriores del inicio de los síntomas.

1.2 Estadísticas de Mortalidad por el Virus SARS-CoV-2

1.2.1 Internacional

Desde los primeros casos descritos de infección por SARS-CoV-2 en diciembre de 2019 en Wuhan (provincia de Hubei), China, la pandemia ha afectado a las seis regiones de la OMS (América, Europa, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental y África), causado un grave problema de salud pública en 222 países del mundo, todo esto según el *Informe Técnico Diario sobre el COVID-19* descrito por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS, 2022), mismo en el que se reporta de forma general hasta el 8 de noviembre 2022 a nivel mundial se han reportado 628 887 715 casos confirmados (de los cuales (298 393 son casos nuevos) y 6 576 927 defunciones (de las cuales 704 son nuevas defunciones), lo que representa una tasa de letalidad global de 1%; a diferencia de las estadísticas del mes de mayo de 2021 en el que la tasa de letalidad global se encontraba ubicada en 2.1% y las cuales existían 12 870 nuevas defunciones, estas variables se deben a la inmunización con la vacuna para controlar la expansión de la COVID-19 (SPSS, 2021).

1.2.2 Nacional

Según los resultados del último censo realizada meses antes del inicio de la pandemia por COVID-19 por parte el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [INEGI] (2020) del 2 al 27 de marzo de 2020, México tiene un total de 126 014 024 habitantes, de los cuales el 48% son hombres, y el 51.2% mujeres, en donde la población menor de 15 años representa 25.3%, la de 15 a 64 años 66.5% y la de 65 y más 8.2%.

Por su parte, los datos estadísticos descritos por la SPPS en México hasta el día 8 de noviembre de 2022 se habían confirmado 7,113,429 casos totales, 774, 780 casos sospechosos, 10, 744, 551 casos negativos, 330, 406 defunciones, 3,709 casos activos estimados, dando un total de 18,632,760 personas notificadas. Respecto a la distribución por sexo en los casos

confirmados existe una mayor predominancia en mujeres con un 53.2%, una mediana de edad en la población en general de 38 años, y una tasa de incidencia de los casos acumulados de 5,466.9 por cada 100 000 habitantes (SPSS, 2022).

Los diez primeros estados que suman la mayor cantidad de casos confirmados son la Ciudad de México, el Estado de México, Nuevo León, Guanajuato, Jalisco, Tabasco, San Luis Potosí, Veracruz, Puebla, y Sonora, (siguiendo dicho orden) que en conjunto conforman el 64%, es decir más de dos tercios de todos los casos acumulados registrados en todo el país.

Si bien, como se mencionaba anteriormente, las mujeres tienen una mayor tasa de predominancia en cuanto a casos confirmados (53.2%), son los hombres quienes poseen una mayor tasa de incidencia respecto a las defunciones confirmadas con un 62%, con una mediana de edad de 64 años. Existiendo 330 406 defunciones a nivel nacional, 13,978 defunciones sospechosas de COVID-19 que incluyen los pendientes de laboratorio (n=3,178), al igual que las que están en proceso de dictaminación clínica (n=10,800) en SISVER (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias). Siendo la Ciudad de México el estado que encabeza la lista con 747 959 defunciones (SPPS, 2022 noviembre 08).

1.2.3 Estatal

Antes de la pandemia por COVID-19 las principales causas de muerte se debían a enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos (INEGI, 2020).

Según el Gobierno del Estado de Hidalgo (2022), describe en una infografía titulada “Resumen técnico sobre coronavirus COVID-19”, su reporte diario de los casos de COVID-19 del día 08 de noviembre del 2022, se reportaron 120, 502 casos positivos, de los cuales 18,973 vivieron un proceso hospitalario, mientras que 101, 529 casos se trataron de forma ambulatoria. En donde 62, 112 son mujeres y 58, 390 hombres. Hasta esta fecha existe un total de 16, 023 casos sospechosos, 100,977 son casos negativos y se han presentado 8,301 defunciones por COVID-19.

De los 10 municipios con mayor cantidad de casos acumulados, hasta el día 08 de noviembre fueron Pachuca de Soto 29 393, Mineral de la Reforma con 14 153, Tulancingo de

Bravo 9 646, Tizayuca 8 294, Tepeapulco 5 971, Tula de Allende 5 180, Tepeji del Rio Ocampo 3 586, Zempoala 2 704, Atotonilco de Tula 2 233, Apan 2 233. Mismos municipios que también se posicionan en los 10 primeros en defunciones a causa de la COVID-19, a excepción de Tepeapulco, Zempoala, y Atotonilco de Tula, remplazados por los municipios de Ixmiquilpan, Actopan, y Huejutla de Reyes, encabezando la lista Pachuca de Soto con 1 396 defunciones. Siendo cinco localidades las que contribuyen con el 73.58% de casos activos: Pachuca de Soto con 23 casos, Mineral de la Reforma con 7, Tepeapulco con 4 y Emiliano Zapata con 3 casos. Cabe mencionar que esta información está sujeta a la Información Epidemiológica de Casos Activos, Tasa de Incidencia y Defunciones (Gobierno del Estado de Hidalgo, 2022)

1.2.4 Valle del Mezquital del Estado de Hidalgo

Según el Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal [INFDM] (s.f.) el Estado de Hidalgo se divide en diez regiones: Valle del Mezquital, Sierra Gorda, Sierra Baja, Sierra Alta, Sierra de Tenango, La Huasteca, Cuenca de México, Altiplanicie Pulquera, Valle de Tulancingo y la Comarca Minera. El Valle del Mezquital se conforma de 27 municipios, mismos que se describen en la Tabla 1 junto con los datos estadísticos sobre el número de casos positivos y defunciones por la COVID-19, retomados de la página del Gobierno del Estado de Hidalgo (2022) el día 08 de noviembre de 2022, en su publicación diaria, “Evolución de la pandemia de COVID-19 en Hidalgo” es importante recalcar que estos datos pueden verse modificados según el día de consulta.

De los 27 municipios pertenecientes de la región del Valle del Mezquital hasta el día 08 de noviembre de 2022 los diez municipios con mayores casos positivos de COVID-19 está en primer lugar Tula de Allende, en segundo Tepeji del Rio Ocampo, en tercer lugar Atotonilco de Tula, y de allí en este orden siguen los municipios de Actopan, Ixmiquilpan, Huichapan, Tezontepec, Atitalaquia, Mixquiahuala de Juárez y Progreso de Obregón. Mientras que los diez municipios con mayores defunciones siguen siendo al igual que el número de casos positivos, en primer y segundo lugar los municipios de Tula de Allende y Tepeji del Río Ocampo, también están los municipios de Ixmiquilpan, Actopan, Atotonilco de Tula, Tezontepec de Aldama, Mixquiahuala

de Juárez, Francisco I. Madero, San Agustín Tlaxiaca, y Tlaxcoapan. Nueve municipios se mantienen entre los 10 primeros lugares, tanto de casos positivos como de defunciones, a excepción de Huichapan y San Agustín (UAEH, 2022).

Tabla 1

COVID-19 en el Valle del Mezquital

Municipio	Población total	Casos positivos	Defunciones
Actopan	56 429	1881	215
Ajacuba	18 320	645	58
Alfajayuca	20 332	268	27
Atitalaquia	29 683	1 346	95
Atotonilco de Tula	35 564	2 704	133
Cardonal	18 737	319	48
Chapantongo	13 789	401	26
Chilcuautla	29 683	410	47
El Arenal	1 887	333	60
Francisco I. Madero	35 872	610	111
Huichapan	45 959	1758	81
Ixmiquilpan	93 502	1 793	221
Mixquiahuala de Juárez	46 224	1 272	130
Nopala de Villagrán	16 896	319	13
Progreso de Obregón	23 451	712	81
San Agustín Tlaxiaca	36 079	848	104
Santiago de Anaya	17 032	347	40
San Salvador	35 547	624	94
Tasquillo	16 403	371	34
Tecoautla	37 674	465	39
Tepetitlán	10 932	236	26
Tepeji del Rio Ocampo	87 442	3 586	289
Tetepango	11 624	329	23
Tezontepec de Aldama	53 009	1 431	130
Tlahuelilpan	19 389	590	50
Tlaxcoapan	28490	1 242	100
Tula de Allende	109 093	5 180	338

Nota: Tula de Allende y Tepeji del Rio Ocampo son los dos municipios del Valle del Mezquital que se mantienen en las primeras dos posiciones de casos positivos y defunciones por la COVID-19.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Gobierno del Estado de Hidalgo (2022) y UAEH (2022).

Capítulo II. Salud Mental en Tiempos de Pandemia

La COVID-19 trajo consigo varios cambios que terminaron impactando en la salud mental, desde el momento en que se pidió un aislamiento en casa para evitar la transmisión del virus SARS-CoV-2, esto vino a cambiar por completo la forma de vida de todo el mundo, principalmente de los mexicanos, quienes por cultura a comparación de otros países se caracterizan por ser más sociales, y lo demuestran a través de sus tradiciones y costumbres familiares, por ende un aislamiento sin el contacto físico, elevó la aparición de problemas mentales y agravó otros tantos; aspectos que en este segundo capítulo se abordarán de forma más detallada.

2.1 Concepto de Salud Mental

Para la OMS (2022a) la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1) Este concepto de salud pone en manifiesto tres tipos de salud: la física, mental y social, ya que, muchas veces el término enfermedad solo era visto desde el punto de vista físico, sin embargo, el ser humano interactúa a diario con diferentes factores: biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales, que impactan en su vida diaria.

Según la OMS (2004), en el *Informe Compendiado Promoción de Salud Mental: Conceptos, Evidencia, Emergente, Práctica* retoma del año 2001 el concepto de la salud mental, la cual es: “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (OMS, 2004, p.12)

Mientras que en 2013 la OMS en el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013– 2020*, menciona que la salud mental se concibe como:

Un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad. Con respecto a los niños, se hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos

y emociones, así como para crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad (OMS, 2013, p.7).

La salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, los valores culturales y las estructuras de la sociedad. Es importante que la salud mental no se reduzca a tener un diagnóstico mental por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM 5, APA [Asociación Americana de Psiquiatría] 2013), puesto que, otras causas pueden afectar a la sociedad y no necesariamente ser catalogado con algún diagnóstico (Lolas, 2008).

Fue a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando la salud mental empezó a adquirir protagonismo, a raíz de la gran cantidad de muertes a causa de la guerra, en donde muchas familias perdieron a sus seres queridos, más las situaciones traumáticas que vivieron los soldados, aunado a esto, todo lo que estaba ocurriendo política y socialmente, de esta manera la Organización Mundial de la Salud desde sus orígenes en 1948, cuenta con una sección para la Salud Mental y es en 1950, cuando presenta la primera definición de salud mental, misma que ha evolucionado hasta nuestros días (Miranda, 2018).

2.2 Datos Estadísticos

La OMS (2022b) identificó que a raíz de la pandemia por COVID-19 la depresión y la ansiedad aumentaron un 25%, al igual que los niveles de estrés ocasionados por el inevitable aislamiento social ocasionado por el SARS-CoV-2, generando limitaciones en la población para solicitar apoyo con sus seres queridos. Según un estudio del *Global Burden of Disease* (OMS, 2022b) los jóvenes, mujeres y personas con alguna enfermedad (cáncer, asma y enfermedades cardíacas) son las poblaciones que más se han visto afectadas respecto a su salud mental; en cuanto a los jóvenes existe un riesgo desproporcionado ante conductas autolesivas y suicidas, mientras que en las mujeres se presentan mayor afectación que los hombres, y en las personas con alguna condición física poseían mayores probabilidades para desarrollar síntomas relacionados con trastornos mentales, sin embargo, quienes ya tienen un diagnóstico con algún trastorno

mental, cuando llegan a dar positivo a la COVID-19, tienen mayor probabilidad de ser hospitalizadas, sufrir enfermedades graves y la muerte.

La soledad, el miedo a la infección, el sufrimiento y la muerte de uno mismo y de los seres queridos, el dolor después del duelo y las preocupaciones financieras también se han citado como factores estresantes que conducen a la ansiedad y la depresión (OMS,2022b, p.1).

Para la OPS (2020b) la pandemia ha provocado un incremento de la demanda de servicios de salud mental, por factores como el duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo, situaciones que están generando o agravando trastornos de salud mental. Muchas personas sufren crecientes problemas de insomnio y ansiedad y han aumentado su consumo de alcohol o drogas.

El aumento de los problemas relacionados con la salud mental ha coincidido con la falta de los servicios de salud mental que durante los primeros años de la pandemia se vieron interrumpidos (incluso los encargados de la prevención de suicidio) para dar prioridad a la atención de casos positivos por COVID-19, por lo que ante la demanda del requerimiento de hospitales las áreas psiquiátricas fueron utilizadas de forma temporal. A pesar de que a finales del 2021 la situación parecía mejorar, aún existen millones de personas que siguen sin poder tener atención mental tanto en aquellas afecciones preexistentes y nuevas. El no tener acceso a la atención presencial provocó que la población busque atención online, lo cual sigue siendo un desafío para los países con recursos limitados (OMS, 2022b).

En el año 2022 los gobiernos de todo el mundo mencionan que en promedio gastaron poco más del 2% del presupuesto para salud, para asignarlo a salud mental; sin embargo, países de bajos ingresos señalaron tener un trabajador de salud mental por cada 100 000 personas, lo que visibiliza la inversión insuficiente e histórica en los servicios de salud mental (OMS, 2022b).

2.3 Factores de Riesgo para el Desarrollo de Problemas Sociales y de Salud Mental

En este apartado se pretende identificar los factores de riesgo que pueden desencadenar o agravar diversos trastornos mentales y emocionales, en la población mexicana por la pandemia por COVID-19. Según la OPS (2020b) la pandemia ha provocado un incremento de la demanda de servicios de salud mental, por factores como el duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el

miedo, situaciones que están generando o agravando trastornos de salud mental.

Los rumores infundados y el exceso de información pueden hacer que las personas pierdan el control y no tengan claro qué hacer, lo que genera en la sociedad estrés, ansiedad, miedo, tristeza, y soledad, y aumenta la posibilidad de que empeoren los trastornos de salud mental (Hall, 2020).

Esta pandemia se ha extendido rápidamente por todo el mundo, provocando un grado considerable de miedo y preocupación en la población en general, particularmente en adultos mayores, personal de salud, y personas con enfermedades subyacentes (OMS, 2021b). Entre las personas con enfermedades subyacentes están diversos grupos de la población a los que se les considera *grupos vulnerables* por el alto riesgo que significa a su salud física y mental contraer el virus del SARS-CoV-2, entre ellas mujeres embarazadas y en lactancia, adultos mayores de 60 años, personas que padecen enfermedades inmunodepresoras, crónicas (diabetes mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica [HAS]), enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares, pulmonares (Enfermedad Obstructiva Crónica [EPOC], asma, bronquitis) renales, hepáticas, sanguíneas o metabólicas, así como padecimientos como obesidad, sobrepeso, estados patológicos con tratamiento inmunosupresor, infección por VIH, cáncer, e incluso por combinaciones de comorbilidades, es decir tener dos o más enfermedades que cumplan el valor de vulnerabilidad (Gobierno de México, 2020a).

La Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (OME-AEN, 2020) retoman que entre los factores de riesgo para desarrollar problemas sociales y de salud mental durante esta pandemia están la dependencia de sustancias alcohólicas y adictivas, personas de escasos recursos (entre ellas personas que deambulan por la calle y sin un techo o bien poco acceso a la tecnología), personas con pocas o nulas redes de apoyo, individuos en entornos de riesgo (violencia o aislamiento), menores de edad o sujetos dependientes de otras personas, empleadores con la obligación de acudir a su puesto laboral, con la posibilidad de la pérdida de su trabajo. Estos factores de riesgo dependen a su vez de las circunstancias cotidianas de cada individuo, y en conjunto pueden propiciar un mayor riesgo psicosocial ante la pandemia de la COVID-19.

Ser personal de salud también representa un factor de riesgo para tener problemas de salud mental, ya que, la enfermedad por COVID-19 implica grandes retos para los trabajadores de la salud, las altas tasas de transmisibilidad han generado gran cantidad de contagios e incluso la muerte, situaciones que generan temor. Las diversas manifestaciones clínicas, los casos asintomáticos, elevada mortalidad y rápida evolución de la enfermedad pueden generar impotencia, incertidumbre y frustración entre el personal de salud. Aunado a esto está la estigmatización y la discriminación social, los estrictos requerimientos de bioseguridad, la incomodidad del equipo protector, la carencia de equipos, la necesidad de mantenerse en hipervigilancia constante para no contagiarse, la poca convivencia con los compañeros de trabajo y la familia, la sensación de tener huecos de información respecto a los procedimientos realizados en pacientes infectados, la sensación de injusticia en torno a la repartición de trabajo por servicios o niveles de puesto. El temor de contagiar a familia, pareja y amigos, lleva a algunos médicos o enfermeras a tomar estrategias de aislamiento. El cansancio físico, por jornadas que superan las 48 horas semanales recomendadas, generan mayor prevalencia del Síndrome de Burnout. Es importante mencionar que no todos los trabajadores de la salud experimentan el mismo impacto emocional, lo que implica que existen factores de riesgo, o protectores, para contener el estrés psicológico de la pandemia (Muñoz *et al.*, 2020).

Además del personal de salud, otra población en riesgo psicosocial, es justamente la población diana, es decir las personas que se han visto afectadas directamente por la COVID-19 (casos confirmados, ingresados en el hospital o aislados en su domicilio), y bien sus familiares y conocidos frecuentes (OME-AEN, 2020) familias que no solo han tenido que conocer en experiencia propia enfermarse por COVID-19, sino también vivir la pérdida de algún ser querido por esta enfermedad, y peor aún no haber podido despedirse de ellos. Y según la OPS (2020b) el duelo es uno de los factores que ha ocasionado un aumento de los servicios de salud mental; sin embargo, es importante mencionar que no todas las personas que han padecido un duelo acuden a los servicios de salud, ya sea por el recurso económico o por el temor de acudir a una clínica, por el miedo a contagiarse.

Según el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020), ser adolescente también constituye un factor de riesgo para preservar la salud mental en estos tiempos de pandemia por la COVID-19, por el cierre de escuelas, la cancelación de actividades públicas, el poco contacto con la sociedad, para convivir, o charlar directamente con sus amistades, situación que ha ocasionado en ellos ansiedad, aislamiento, e incluso decepción.

Los adultos mayores también son grupo vulnerable para desarrollar problemas de salud mental además de ser una población de alto riesgo de contraer la enfermedad de la COVID-19, según la Facultad de Psicología de la República de Uruguay (2020), es importante tener presente que los adultos mayores no son una población homogénea, en el sentido que no impacta de la misma forma en una persona mayor que tenga garantizada su protección (vivienda, alimentación, ingreso, saneamiento, afectos, redes sociales, estado de salud, etc.) a alguien que no (personas mayores institucionalizadas, en situación de calle, con condiciones precarias, con aislamiento afectivo o deterioro cognitivo, entre otras), no tener en cuenta estas situaciones de desigualdad es no reconocer el verdadero nivel de vulnerabilidad de los adultos mayores ante esta pandemia. Otro grupo vulnerable son los padres de familia, y trabajadores, puesto que, a raíz de la pandemia por COVID-19, se hicieron muchos recortes de personal, se cerraron los negocios, el turismo se pauso, lo que causó pérdidas de trabajo de personas que eran la fuente de ingreso para sus familias.

2.4 La COVID-19 y las Consecuencias Psicosociales en la Salud Mental

La COVID-19, es una enfermedad “que toca a todo el cuerpo social” (OME-AEN, 2020, p. 1) por ende tiene consecuencias psicosociales que impactan directamente en la salud mental. En este apartado conoceremos algunas de las consecuencias psicosociales que ha generado la pandemia provocada por el virus del SARS.CoV-2. Es importante destacar que las autoridades de salud pública a nivel internacional, en particular la OMS, se encuentran generando estrategias para poder controlar la pandemia por COVID-19; sin embargo, “esta época de crisis está generando estrés en toda la población” (OMS, 2021b, p.1).

La pandemia por COVID-19 se ha caracterizado por ser una situación estresante elevando las probabilidades de activar la desesperanza en las personas, incluso es catalogada como una

crisis humanitaria, convirtiéndose en una gran problemática para el contexto actual del país, la pandemia ha afectado de diversas maneras a la población mexicana, no sólo con problemas económicos, sociales o de salud física, sino que también con afecciones en el ámbito psicológico. A medida que la pandemia por COVID-19 se expande a nivel internacional, los niveles de miedo, y preocupación son considerables en la población en general, en particular, en los adultos mayores, los proveedores de atención médica y las personas con problemas de salud subyacente (OMS, 2020d) “...En términos de salud mental pública, el principal impacto psicológico hasta la fecha son las elevadas tasas de estrés o ansiedad” (OMS, 2020d, p. 1).

Brooks *et al.*(2020) describieron al inicio de la pandemia por COVID-19, que, entre más se prolongará el aislamiento voluntario más estresante sería la situación, haciendo una observación de que las indicaciones a nivel internacional tenían que intentar reducir la duración del aislamiento social para evitar la aparición de emociones como el aburrimiento y el enojo, así como el aumento de casos de violencia intrafamiliar y de conflictos familiares; sin embargo, a nivel internacional la duración del tiempo del aislamiento lejos de reducir aumentó debido a las altas tasas de contagio. En lo que respecta al incremento de violencia intrafamiliar, según el documento “*Mirada Legislativa*” escrito por Gómez y Sánchez (2020) en el primer cuatrimestre del año 2020 se registró un aumento del 10% en comparación del año 2019 (mismo periodo) lo que significa un aumento de 62,225 casos a 68,468 casos.

Otras problemáticas que fueron palpables durante la pandemia por COVID-19, fue el desconocimiento de la propia enfermedad, el equipamiento inadecuado, y la confusión ante la información poco clara por parte de las entidades gubernamentales, lo que generó un aumento de los niveles de ansiedad en la población mexicana (Brooks *et al.*, 2020).

Por lo que esta pandemia es siembra en terreno fértil de trastornos relacionados con la depresión y la ansiedad, ya que, esta situación es considerada para la población a nivel internacional como un evento inesperado, por lo que esta situación puede ser traumática al representar para la población una amenaza de vida o muerte y porque la complejidad del evento en un contexto político y económico particular, puede activar en un grupo de personas la

desesperanza y el desencanto en las instituciones (Santillán, 2020, p.21).

Tal como lo describe la OPS (2020b) muchas personas han aumentado su consumo de alcohol o drogas y sufren crecientes problemas de insomnio y ansiedad. Por otra parte, la COVID-19 puede generar complicaciones neurológicas, mentales, o accidentes cerebrovasculares; y las personas que ya padecen estos trastornos y problemas derivados del consumo de las drogas se convierten en grupos vulnerables a la infección por SARS-CoV-2 y podrían estar expuestos a un mayor riesgo de enfermedad grave e incluso de muerte.

Así mismo, según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), se han generado diferentes trastornos relacionados con trauma y factores de estrés, el estrés agudo lo experimentan las personas cuando están expuestas a la muerte, a una lesión grave o a violenciasexual. Santillán (2020) señala que en el caso de la pandemia por COVID-19 las personas no logran identificar reacciones fisiológicas importantes ni sus malestares psicológicos, pero de lo que si es que se han percatado es de la dificultad para conciliar el sueño y el hecho de despertarse varias veces en la madrugada o mucho más temprano de lo que estaban acostumbrados. Generalmente, el insomnio es un indicador de una persona que se está enfrentando a la incertidumbre.

Por otro lado, tomando en consideración las fases definidas por Selye (1950) respecto al estrés, se comprenden tres momentos: a) Fase de alarma: percepciones fisiológicas y psicológicas que se predisponen para enfrentar situaciones estresantes, b) Fase de resistencia: adaptación a la situación estresante, y c) Fase de agotamiento: ocurre cuando la fase de resistencia no funciona y los aspectos fisiológicos y psicológicos tienden a ser crónicos. De las cuales debido al alto nivel de estrés que se ha producido durante la pandemia por COVID-19 la población en general está viviendo estas tres etapas, donde la amenaza implica que las personas lleguen a presentar tanto síntomas físicos como psicológicos importantes, y utilicen sus recursos personales y sociales para enfrentarse a la amenaza (Palomino y Huarcaya- Victoria, 2020).

Ahora bien, según Santillán (2020), se presenta un grupo de personas que tienen un estilo de afrontamiento más dirigido a la solución de problemas, mostrando eficacia para responder a las demandas que la propia amenaza representa, pero también se tiene un grupo de personas

con un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción, el cual es muy intenso y en algunos casos podría paralizarlos. Santillán pronosticó que, durante el verano del año 2020, la población estudiantil podría empezar a caer en la tristeza o la desesperanza, ya fuera por la precariedad laboral a la que se enfrentarán durante el siguiente año o por estar separados de sus parejas y de sus amigos más cercanos; y también por no poder realizar sus actividades deportivas y artísticas, mismas que funcionan de manera importante en la prevención de la depresión. Más la gran cantidad de familias que sufrieron alguna pérdida de algún ser querido por COVID-19, y lamentablemente la muerte de los héroes de nuestros días: el personal de salud. Tal como lo describe la OPS (2020b) la pandemia ha provocado un incremento de la demanda de servicios de salud mental, por factores como pérdida de ingresos, el aislamiento, el miedo, el duelo, y las situaciones que están generando o agravando trastornos de salud mental.

Respecto a los problemas de salud mental que ya se venían presentando en la población, es importante considerar que, en 2012 ya se había proyectado que la depresión sería la principal causa de discapacidad laboral para el año 2020 (OMS, 2012); sin embargo, el surgimiento de la pandemia incrementó las probabilidades de que más personas desarrollen la enfermedad, convirtiéndola en un problema de prioridad mundial, misma que se ve agravada al enfrentarse con pérdidas inesperadas. Guzmán Saldaña (2020) señaló que:

La población en México está viviendo un momento coyuntural en lo que respecta a la pérdida de un ser querido durante la crisis epidemiológica por la COVID-19, debido a las disposiciones de las autoridades de salud para evitar la transmisión del virus. Son las ceremonias mortuorias como velorios, rosarios, levantamiento de la cruz, etcétera, las que se ven modificadas y suspendidas con el fin de salvaguardar la vida de las personas, sin embargo, dichos rituales fungen como mecanismos para sobrellevar un proceso tan complejo y difícil como suele ser el duelo. La muerte de un ser querido puede desencadenar aislamiento, frustración, rabia, enojo, depresión y agotamiento de los recursos (UAEH, 2020, p. 1).

Justo por el gran impacto psicológico que tiene el pasar por un proceso de duelo durante la pandemia por COVID-19, tal como lo refiere Guzmán Saldaña, la OPS (2020b) hace mención que el duelo es una consecuencia psicosocial de gran importancia que afecta directamente a la salud mental.

Según la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF, 2020) las consecuencias psicosociales han sido mayores en el personal sanitario debido a la fuerte demanda de los servicios de atención, ocasionando en ellos el miedo a contagiarse o bien de contagiar a otros, sumado al estigma y a las agresiones que pueden sufrir por sus actividades, por lo que el personal de salud presenta a corto plazo desgaste profesional o síndrome burnout, crisis emocionales, reacciones agudas al estrés, abuso de sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco y así como la precipitación o exaltación de síntomas depresivos y trastornos de ansiedad generalizada. A mediano y largo plazo pueden presentar Trastorno por Estrés Postraumático (TEP), el riesgo suicida, dependencia al alcohol, tabaco y otras sustancias, la fatiga por compasión, y el duelo.

De acuerdo con una encuesta de la revista especializada en salud mental *The Lancet Psychiatry* en China de 1,257 enfermeras y médicos que atendieron a personas con COVID-19 el 50.4% desarrollaron depresión, el 71.5% síntomas vinculados al estrés, el 44.6% tuvo ansiedad, y el 34% insomnio (AMIIF, 2020).

Según la OME-AEN (2020), en su “*Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus*” las reacciones psicosociales que presentan las personas ante la pandemia por COVID-19 tienen como común denominador al estrés y la preocupación. Dentro de estas reacciones psicosociales se presentó el miedo a enfermarse y/o morir, temor de ser excluido socialmente si se era portador de la COVID-19, el temor a la separación de sus seres queridos debido al aislamiento, la impotencia de no poder proteger a sus seres queridos, y por el otro lado el miedo a perderlos, sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y tristeza (OME-AEN, 2020).

Otra reacción psicosocial de relevancia fue el temor y la preocupación de perder la fuente

de ingresos (OME-AEN, 2020), puesto que, la pandemia por COVID-19 es una situación complicada para todos los niveles sociales, principalmente la clase media y baja, debido a que, muchas familias en México viven al día, según el INEGI (2021), a inicios del año 2020, cuando aún el virus del SARS-CoV-2, solo era catalogado como brote, habían 12 533 197 personas que subsistían con solo un sueldo mínimo.

2. 5 Estrategias para Mantener la Salud Mental Durante la Pandemia por COVID-19

El Departamento de Salud Mental de la OMS y el Departamento de Uso de Sustancias, generó un conjunto de medidas para fomentar el bienestar psicosocial en diversos grupos sociales, con el fin de dar contención a problemas de salud mental (OMS, 2020d).

Como primer punto la OMS (2020d) solicitó respeto a todas las personas que han contraído la COVID-19, con el fin de evitar la estigmatización y discriminación hacia las personas, para proteger su salud mental, por lo cual no debe atribuir la enfermedad por COVID-19 específicamente a ninguna etnia o nacionalidad, con esta medida también se pretende ser empático con todos los afectados desde cualquier país. Así mismo señala evitar referirse a las personas con la enfermedad como "víctimas", "el enfermo", "casos de COVID-19", "familias de COVID-19". Ya que, después de pasar por esta enfermedad, su vida continuará, pero al utilizar las frases iniciales se marcaría un estigma para la persona.

Akfer Karaoglan, directora del Programa de Salud Mental de la OMS de Turquía, señala que el miedo y la preocupación hasta cierto punto es normal, y aceptable en tiempos de pandemia, ya que, permiten tomar medidas preventivas para protegerse de la COVID-19; sin embargo, cuando estas son excesivas generan comportamientos irracionales. Por lo que recomienda dedicar tiempo a actividades de ocio y evitar ver, leer o escuchar noticias sobre COVID-19, que provoquen ansiedad o angustia, y en caso de querer estar informado buscar información actualizada y solo de fuentes confiables (como el sitio web de la OMS y de servicios de salud locales) y no rumores (Sert,2020).

Por su parte, la OME-AEN (2020) también pide hacer una introspección, para identificar los pensamientos más recurrentes, ya que, pensar constantemente en la enfermedad puede hacer

que aparezcan o se incrementen los síntomas de su malestar emocional. Alejarse del ciclo de pensamientos negativos que alimentan la ansiedad y la depresión, lo cual ayuda a controlar la ansiedad y funciona como una estrategia sana de afrontamiento (Hall,2020). Otras acciones para mantenerse relajado y reducir tanto como la fatiga como el estrés son: buscar un área de descanso para alejarse cada cierto tiempo del espacio de trabajo (respetando la sana distancia y las medidas de higiene), así como mantener rutinas diarias con flexibilidad, priorizando el bienestar y la salud mental positiva (OME-AEN, 2020).

La OPS (2020a) retoma a su vez la estrategia de crear grupos de autoayuda, mismos que se conforman de manera voluntaria entre colegas (en caso de ser personal de salud) o con profesionistas, con la finalidad de expresar sus emociones, y sentimientos como la culpa, tristeza, descontrol, confusión, inquietud, miedo, la irritabilidad e insensibilidad, a través de un ambiente de confianza y total confidencialidad. Para conformar un grupo de autoayuda se debe tener en cuenta que esta debe ser de forma voluntaria, en un espacio privado y con horarios claros de inicio y cierre. Compartir emociones con personas que transmiten seguridad y confianza ayuda a regularlas. Ya que, las medidas de aislamiento pueden generar sentimientos de frustración, ansiedad, estrés, aburrimiento, soledad, desesperanza, enfado, y miedo (OME-AEN, 2020).

Como señala Hall (2020) algunas medidas de autocuidado de Salud Mental son tan sencillas y de gran ayuda, como el dormir lo suficiente y realizar actividades físicas, puesto que, hay una liberación de endorfinas lo que genera la reducción de ansiedad, así mejorando el estado de ánimo. Así como el hecho de establecer prioridades, a través de metas razonables y bajo un esquema de los pasos para lograrlas, no importa que pequeñas sean

Otras de las recomendaciones importantes que hace la OMS (2020d) es mantenerse conectado con sus seres queridos a través de redes sociales para evitar la sensación del aislamiento, apagando los dispositivos electrónicos por ciertos lapsos y 30 minutos antes de dormir (para poder tener un buen descanso).

La OME-AEN (2020) señala que es común que niños y niñas en tiempos de estrés estén

más apegados y demandantes hacia sus cuidadores ante el miedo y la ansiedad , es por ello, que dentro de las estrategias y recomendaciones que propone la OMS (2020d) dirige algunas hacia los padres de familia: 1) ayudar a los niños a encontrar formas positivas de expresar sentimientos como el miedo y la tristeza, recordando que cada niño tiene su propia forma de expresar emociones, las actividades recreativas como jugar o dibujar pueden facilitar este proceso, en un entorno seguro y de apoyo. 2) Mantener rutinas familiares, especialmente si los niños deben quedarse en casa. Proporcionar actividades atractivas y apropiadas para la edad de los niños, que incluyen actividades para su aprendizaje. Siempre que sea posible, animar a los niños a seguir jugando y socializando con otros, aunque solo sea dentro de la familia. 3) Durante momentos de estrés y crisis, es común que los niños busquen más apego y sean más exigentes con los padres, por lo que estos deben dialogar con ellos sobre la COVID-19 de acuerdo a la edad de sus hijos, para una mejor comprensión del tema, si muestran inquietudes, es conveniente abordarlas juntos, esto ayuda a aliviar la ansiedad, ya que, al observar los comportamientos y las emociones de los adultos durante tiempos difíciles les enseña a aprender a manejar sus emociones en tiempos difíciles.

La infección por SARS-CoV-2 ha afectado a todo el mundo en general, pero en los adultos mayores la probabilidad de contraer el virus es mayor y con un desenlace fatal, por tal motivo es importante ayúdalos a sentirse en contacto con sus seres queridos, a sentirse involucrados y a mantenerse conectados, y útiles (Gobierno de México, 2020b).

Los adultos mayores, especialmente en aislamiento y aquellos con deterioro cognitivo/demencia, pueden volverse más ansiosos, enojados, estresados, agitados y retraídos mientras están en cuarentena. Por ello, que se debe brindar información clara, concisa y de manera respetuosa y paciente, sobre cómo reducir el riesgo de infección en palabras que las personas mayores con o sin deterioro cognitivo puedan entender. E involucrar a los miembros de la familia y otras redes de apoyo para brindar información y ayudar a las personas a practicar medidas de prevención (por ejemplo, lavarse las manos, etc.). Si el adulto mayor tiene alguna condición de salud subyacente, la persona debe de tener acceso a cualquier medicamento que está utilizando

actualmente, en caso de ser necesario deberá activar como su cuidador a sus contactos sociales para que le proporcionen ayuda (OMS, 2020d).

2.6 Respuesta del Sistema de Salud en México ante la COVID-19

Fue a finales del 2019 cuando inició la pandemia de COVID-19 en China, pero el primer caso que llegó a la Ciudad de México fue el 27 de febrero de 2020, lo que obligó al Estado mexicano a adoptar medidas extraordinarias ante la crisis sanitaria para la contención de la pandemia y evitar el contagio, por lo que se establecieron políticas de emergencia, con el fin de otorgar la atención médica a los contagiados, sin embargo, se dejó a un lado la atención en cuanto a la salud mental (López *et al.*, 2020).

El 23 de marzo de 2020a la SEGOB publicó por medio del Diario Oficial de la Federación, en una sesión extraordinaria reconoció a la epidemia por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México como una enfermedad grave de atención prioritaria, nombrando a la Secretaría de Salud(SSA) como la encargada de establecer las medidas necesarias para la prevención y control de la epidemia (modalidades, las fechas de inicio, término, y extensión territorial).

Al día siguiente y, de igual manera, la SEGOB (2020b) publicó un Acuerdo en el que se establecen las medidas preventivas a implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), en donde se establecieron las siguientes medidas para la epidemia por COVID-19, por medio de tres artículos.

Artículo primero: La creación de la “Jornada Nacional de Sana Distancia” que estableció como objetivo el distanciamiento social para disminuir la trasmisión directa del virus SARS-CoV-2, con especial énfasis en grupos vulnerables.

Artículo segundo: Este artículo se caracteriza por un conjunto de peticiones, para contener el virus SARS-CoV-2, en los cuales se solicitaba evitar la asistencia a centros de trabajo, espacios públicos y otros lugares concurridos, la suspensión temporal de actividades escolares y de los sectores público, social y privado, así como eventos masivos y congregaciones de más de 100 personas, cumplir las medidas básicas de higiene (lavado frecuente de manos, estornudar o toser cubriendo boca y nariz con un pañuelo desechable o con el antebrazo, evitar saludar de beso, de

mano o abrazo y la recuperación efectiva para las personas que presenten síntomas del virus SARS-CoV-2 (evitando el contacto con otras personas durante los 15 días posteriores del inicio de los síntomas), y las que, en su momento, se determinen necesarias por la SSA.

Mientras que el artículo tercero expresa que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal se veían en la obligación de mantener coordinación con la SSA para la instrumentación de las medidas objeto de dicho Acuerdo. Puesto que, en el artículo 4to se estipula que la SSA sería la única instancia responsable de la emisión y manejo de la información de forma oficial.

Posteriormente, el 27 de marzo de 2020b la SEGOB permitió la utilización de todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado, así como la adquisición de todo tipo de bienes, servicios, mercancías y objetos sin necesidad de llevar a cabo el procedimiento de licitación pública, para dar mayor agilidad a trámites y rápida contención al virus SARS-CoV-2.

Según Tetelboin (2020, como se citó en Ramírez, 2020) fue necesario invertir en instalaciones militares, unidades temporales, reorganización funcional de otros hospitales, y los bonos otorgados los trabajadores expuestos a la COVID-19:

Para poder atender a la población afectada por COVID-19 se invirtió en 117 instalaciones militares para poderlos convertir en hospitales COVID, así como instalaciones del Centro Citi Banamex, el DIF [Sistema Nacional para el Desarrollo integral de las Familia], CRIT Teletón [Centros de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón], INER [Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias], INR [Instituto Nacional de Rehabilitación], por lo que se tuvieron que contratar 50 mil trabajadores para dar solvencia dicha situación sanitaria, y se establecieron acuerdos para la exportación de vacuas, con el país de Rusia (Ramírez, 2020)

Es importante señalar que la Secretaría de Gobernación (2020b, 27 de marzo) recapitula en el Diario Oficial de la Federación el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, en su numeral II, señala que el derecho a la salud no puede ni debe ser denegado ni parcial o totalmente, particularmente en los sectores más desprotegidos (Secretaría de Gobernación, 2020b, 27 de marzo). Sin

embargo, en esa búsqueda del cumplimiento del artículo 4to y del numeral II, también pone en desbalance otros aspectos.

López *et al.* (2020) señala que la saturación de los servicios de salud y la atención médica de alguna manera, presenta el incumplimiento de la obligación constitucional de proporcionar consentimientos informados a los pacientes y sobre la información oportuna al paciente, junto con una inadecuada documentación de la atención médica respecto al expediente clínico, de esta forma las decisiones políticas repercuten directamente en servicios de salud y por ende a la pandemia por COVID-19, situaciones que probablemente se continuarán, aun cuando la pandemia haya sido controlada

Capítulo III. Miedo a la Muerte y a la COVID-19

*“Morir es fácil; lo difícil es vivir. Y cuanto más difícil se vuelve,
más fuerte es la voluntad de seguir viviendo.
Y cuanto mayor es el miedo a la muerte,
mayor es el esfuerzo que se hace por conservar la vida”*

Mo Yan (1996)

Este tercer capítulo está dedicado a una de las variables de esta investigación: el miedo a la muerte, no solo desde la perspectiva psicológica, sino también neurobiológica, sociológica y antropológica, ya que, la suma de todos ellos nos brinda un panorama completo de la forma en que se revela el miedo y las razones del porque se manifiesta de esa manera, y no solo eso sino que también como a lo largo de nuestra vida nuestros miedos van cambiando poco a poco, sin en cambio, cuando esto no se da de la manera adecuada por ciertas circunstancias se puede caer en un miedo patológico que puede desencadenar algún tipo de fobia.

Por otro lado, la COVID-19 plasmó muchos de los miedos inconscientes de la sociedad como el aislamiento, el morir solo, el miedo a las enfermedades, el proceso de morir, y el miedo a la muerte de otros, incluso más que a la muerte propia.

3.1 Definición de Miedo

Según el DSM 5 de la APA, el miedo se define como “una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria” (APA, 2013, p. 189). Cobián *et al.* (2016), definen al miedo como una emoción básica por lo que como consecuencia motiva conductas de protección, tanto para la supervivencia física como para la psicológica. El miedo es considerado una emoción primaria, porque no es una emoción aprendida, por lo que puede observarse desde el nacimiento, a través las reacciones de sobresalto ante ciertos estímulos. La función psicológica de miedo, busca evitar algún daño a la identidad, para así preservar la autoestima. Concepto similar al de Ekman y Cordaro (2011), ya que, según ellos el ser humano solo posee siete emociones básicas de las cuales parten todas las demás, y entre las que se encuentra al miedo, seguida de la ira, alegría, asco, sorpresa, tristeza, y el desprecio .

Tal como lo afirmó Álvarez (2020 en Pérez, 2020) el miedo “es una circunstancia que resulta de eventos catastróficos, como el que estamos viviendo, que nos son desconocidos y que

además rebasan la forma en que siempre hemos respondido obteniendo resultados positivos” (p.1), además señala que el miedo colectivo se da cuando “existe tal cantidad de información como la que tenemos hoy, donde abundan noticias falsas, verdades a medias, opiniones sesgadas y toda una serie de desinformaciones, ocasionando confusión en la gente que, al final, no sabe a quién creerle o cómo responder ante determinada circunstancia” (p.1).

Además a través de la página en línea de Ciencia de la Universidad Autónoma del Estado de México [UNAM], Álvarez (2020 en Pérez, 2020) sostuvo que el miedo en esta pandemia es la incertidumbre de no poder afrontar exitosamente lo que está por venir, especialmente cuando algo desconocido toma mayor poder, como es el caso de la COVID-19, de esta manera la sociedad mexicana ha reaccionado buscando no infectarse ni infectar a otros del virus SARS-CoV-2, y a la par evitar alcanzar altas tasas de mortalidad como ha sucedido en diversos países, situación que ha generado un conjunto de cambios, que van desde el ámbito de la convivencia hasta de forma irracional las compras de compulsivas de gran cantidad de víveres y de productos sanitarios, como otra forma de expresión del miedo. Clasificando al miedo, en dos tipos de temores: los racionales que se derivan de una situación real, y los ficticios, que se basan en suposiciones, pero no tienen un fundamento. Según esta clasificación el autor explica que las personas pueden actuar siguiendo las indicaciones señaladas por los sectores de salud, con la finalidad de evitar el contagio, o bien cuando lo externo nos controla, al permitir que nuestras acciones sean de forma irresponsable, atribuyéndose a la mala suerte o a la fatalidad.

3.2 Modelos que Explican el Miedo

Todos tenemos miedo, incluso los que presumen ser valientes.

Nacemos con miedo a la vida y morimos con miedo a la muerte.

Anónimo (s.f)

Este apartado tiene la finalidad de explicar de una forma más amplia al miedo, por medio de cuatro modelos: neurobiológico, psicológico, sociológico y antropológico.

3.2.1 Modelo Neurobiológico

Sistema de Alarma es el nombre con el que los científicos nombran al miedo, y este sistema se activa al detectar una posible amenaza, por ello, en los últimos años el estudio neurobiológico

del miedo se ha centrado en la amígdala. La amígdala es una pequeña estructura que se encuentra en el seno del sistema límbico. Las estructuras del sistema límbico comprenden áreas corticales como el giro subcallosal, la corteza cingulada, y la corteza parahipocampal, y otras estructuras como el hipotálamo, el hipocampo, y la amígdala (Netter *et al.*, 2002, p.69)

La amígdala es el principal núcleo cerebral relacionado con las respuestas emocionales básicas especialmente, sobre las experiencias del miedo, tanto aprendidas como innatas (Rains, 2004), ésta permanece activa incluso durante la fase de sueño profundo (Vaas, 2002). La amígdala se ubica en la porción anteromedial del lóbulo temporal, ventral al núcleo putamen y pálido, y anterior a la porción temporal de los ventrículos laterales, se encuentra compuesta por diferentes núcleos. Los núcleos basolaterales poseen aferencias visuales, auditivas, gustativas y táctiles mientras que los núcleos corticomediales poseen una función aferente por lo que reciben información olfativa, finalmente el núcleo central posee conexiones eferentes lo que permite diversas respuestas emocionales autónomas (parasimpáticas y simpáticas), endocrinas y conductuales (Kiernan, 1998).

Es en el complejo basolateral que se encuentra el núcleo lateral, el cual es considerado una entrada sensorial de la amígdala, sobre todo la estimulación auditiva o somatosensorial (sensaciones distintas a las olfativa) que proviene del tálamo y las cortezas sensoriales, así como, las señales de las cortezas de asociación prefrontal y orbitofrontal (Meis *et al.*, 2008). El núcleo medial también está relacionado con las entradas sensoriales, especialmente frente a la estimulación olfativa (Shimizu *et al.*, 2007), lo que lo involucra como núcleo de entrada a la porción ventrolateral de la sensación olfativa. Por su parte, es desde la corteza prefrontal que los núcleos basal y basolateral lateral reciben entradas nerviosas, sin embargo, la conexión con mayor importancia es la que se tiene con el hipocampo esto le permite al organismo reaccionar ante situaciones amenazantes por medio de estimulación sensorial (Álvarez *et al.*, 2008).

La vía de salida de la amígdala es el núcleo central, su activación proviene de los núcleos amigdalinos corticomediales, lateral, y basolateral; a través de proyecciones al hipotálamo y núcleos del tallo cerebral el núcleo central permite mediar la expresión de comportamientos relacionados

con el miedo (Shumyatsky *et al.*, 2002), es decir el núcleo central se encarga de la reacción ante el temor.

Descrito de forma general, la amígdala está caracterizada por recibir información del tálamo (estructura cerebral integradora de información sensorial y motriz) y de las regiones de la corteza responsables de las percepciones sensoriales, pues, la amígdala está conectada al prosencéfalo a través de sistemas que aumentan la estimulación general de la corteza. Ante situaciones de peligro, la amígdala puede influir en la memoria, la percepción y la capacidad de atención. De esta manera las señales orgánicas del miedo retroalimentan a la corteza cerebral y a la amígdala. El hipotálamo aumenta la presión sanguínea y regula la liberación de hormonas del estrés; el tronco encefálico y el mesencéfalo transmiten la rigidez vinculada al terror y las reacciones derivadas del espanto. Los núcleos inferiores y laterales reciben información del tálamo poniendo en marcha comportamientos de la huida (Vaas, 2002).

La adquisición del miedo se da por la activación de receptores de glutamato, la modulación positiva, mediante la actuación de noradrenalina vía β - adrenorreceptores y señales intracelulares, incluyendo PKA. Mientras que la expresión de respuestas de miedo condicionado está mediada por el núcleo central medial, a través de sus proyecciones al hipotálamo y al tronco encefálico. Y la extinción del miedo se da a través de la corteza prefrontal ventromedial por medio de una aferencia excitatoria de la corteza orbitofrontal a las neuronas GABAérgicas (García, 2021).

Pues bien, la amígdala se conecta directamente el sistema endócrino, en donde se producen las hormonas cuyas funciones, entre otras, está la de protección del peligro y la búsqueda de la supervivencia, entre ellas se encuentran las llamadas hormonas del estrés, la adrenalina, noradrenalina y el cortisol (Martín, 2014).

Según Maren (2005) el complejo amigdalino también es el área central encargada del recordo de las experiencias de miedo y en el aprendizaje de nuevos estímulos a los que pueden asociarse a través de interconexiones con el hipocampo y el córtex prefrontal que modulan la expresión de estas memorias una vez aprendidas.

La importancia de la corteza cerebral está en la capacidad de reconocer las sensaciones

propias y las de otras personas, por lo que si se sufriera algún tipo de lesión habría una incapacidad para percibir dichas sensaciones (Vaas, 2002).

El troncoencéfalo o también conocido como el “cerebro reptil” contiene y se relaciona con nuestros miedos más primitivos, más instintivos, incapaz de un pensamiento más superior, ya que, al ser un sistema ancestral se relaciona con el miedo más primitivo, con emociones simples como la reacción miedo-huida, una reacción más visceral por lo tanto, es incapaz de procesar emociones complejas. Mientras que el neocórtex evalúa los mensajes que le llegan del troncoencéfalo y la amígdala actúa en protección propia a través de mensajes de consuelo y de seguridad (Martín, 2014).

El sistema del miedo involucra una gran cantidad de secciones cerebrales, por ello, que para Vaas (2002) “no existe ninguna una zona cerebral exclusiva donde se produzca y se haga consciente el miedo” (p.59), de igual manera, “no hay un único gen del miedo, sino muchos relacionados con los neurotransmisores y sus receptores” (p.61).

3.2.2 Modelo Psicológico

“No llores porque las cosas hayan terminado, sonríe porque han existido”
C.E. Bordakian (s.f)

Desde el punto de vista psicológico la mente y el cuerpo están unidos a través del historial emocional de la vida de cada persona, tanto que, se vuelve contradictorio y engañoso, y se visualizan diferentes caras del miedo, a través de la culpa, el remordimiento, la soledad, obsesión, incertidumbre, cólera, e inseguridad, para así buscar culpables externos del caos interior (Martín, 2014).

En el artículo de Ekman y Cordaro (2011) titulado *¿Qué significa llamar básicas a las emociones?* Se describe la existencia de siete emociones básicas (y no seis como el mismo Ekman en 1972 había afirmado) el asco, la sorpresa, alegría, miedo, ira, tristeza y el desprecio (agregándose a la lista esta última emoción), ya que, emergen desde los primeros momentos de la vida, cada una tiene una función adaptativa y desencadenantes específicos, un procesamiento cognitivo definido, una experiencia subjetiva característica, una expresión facial distintiva que conllevan distintas conductas de afrontamiento.

Para Cobián *et al.* (2016), el miedo al encontrarse entre las emociones básicas motiva conductas de protección, para la supervivencia física y psicológica. Al considerar al miedo como una emoción, se abordará la concepción de la emoción a partir de dos teorías: la psicoanalítica y la conductista.

Para la Teoría Psicoanalítica, a la emoción no se le considera como un evento mental o “first impression”, sino una impresión secundaria o “reflective impression”. Las emociones contienen dos elementos principalmente: las descargas de energía física (percepciones de las acciones motrices que se producen) y ciertos sentimientos (placer y/o desagrado) de la que en conjunto genera repetición (Freud, 2015).

Respecto a la Teoría Conductista, Watson (1913) sostuvo que las emociones son el resultado de algunos cambios fisiológicos, una emoción es un “pattern- reaction” heredado que contiene cambios profundos en los mecanismos corporales, en particular del sistema límbico, pero este “pattern-reaction” tiene una modificación casi inmediata por eso en los adultos es difícil distinguir una emoción de un sentimiento no emotivo o una emoción de otra. El principal problema para Watson consiste en descubrir estas pattern-reactionantes de que se modifiquen, ya que, la emoción consiste en una simple reacción, es decir es una situación la que causa una emoción. Ante la misma situación, similar o misma reacción, pues, los cambios fisiológicos son los mismos.

Por su parte, Piqueras *et al.* (2010) las emociones son patrones individuales de conducta expresiva cada uno asociado a un patrón específico de activación fisiológica y a una experiencia cognitiva-subjetiva o sentimiento específico; las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, como el peligro, la amenaza, el daño, la pérdida, el éxito, la novedad, etc. Estas reacciones son universales e independientes de la cultura, por lo que emociones básicas como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira se dan en todos los individuos de las diferentes culturas.

Las emociones son estados complejos del organismo, respuestas globales en las que intervienen tres componentes, los fisiológicos, cognitivos y conductuales, el componente fisiológico está caracterizado por procesos involuntarios como secreciones hormonales, tono

muscular, presión sanguínea, la respiración, etc., que involucran cambios en la actividad del sistema nervioso central y autónomo, así como cambios neuroendocrinos y neuromoduladores. Mientras que el componente cognitivo explica el procesamiento de la información, y el componente conductual la forma en la que se expresan de forma no verbal las emociones, esto incluye expresiones faciales, movimientos corporales, tono de voz, volumen, ritmo, etc. (Kolb y Wishai, 2005).

Ekman (1972, citado en Triglia, s.f.), además de categorizar a las emociones básicas, entre las que se encuentra el miedo, es considerado como el décimo quinto psicólogo más destacado del siglo XXI por su estudio en la conducta no verbal y las expresiones faciales, por ser el primero en atreverse a explorar lo no verbal, como algo nuevo e innovador, respecto a su estudio de microexpresiones caracterizó las gesticulaciones del miedo a través de cejas tensas, pupilas dilatadas, mandíbula relajada, labios que se estiran y una boca ligeramente entreabierta, como una conducta instintiva para poder gritar

Según Vaas (2002) en algunas encuestas, a lo que más le teme el hombre es a las grandes alturas, a los animales peligrosos, a lesiones corporales, enfermedades, al tráfico lugares públicos abiertos, y angostos, mientras que en los niños el miedo más recurrente es a la oscuridad, así el miedo reduce la alegría de lo nuevo.

William James (1890, como se citó en Vaas, 2002) describe que el miedo y algunas emociones son sólo respuestas a reacciones fisiológicas, como las palpitaciones cardíacas o contracciones pectorales y que “una vivencia puede remover nuestros sentimientos hasta casi dejar una cicatriz en nuestro tejido cerebral”. Por su parte, Freud (2015) distinguió tres tipos de miedo, el miedo real del “yo” al mundo exterior y el miedo angustioso del “súper yo” y el miedo neurótico del “ello” por las fuerzas de las pasiones. Mientras que, para los psicólogos del aprendizaje, el miedo es aprendido a través de un proceso de condicionamiento, si la incidencia de un estímulo neutro coincide con uno desagradable, el primero puede desencadenar una reacción de temor.

El miedo es una de las emociones que en su desequilibrio puede ocasionar un sin número

de trastornos mentales, iniciando por fobias y estados de angustia. El miedo exagerado e irreal causa fobias y los estados de angustia obsesiones, de forma incontrolable y de pánico, por ello, cada corriente psicológica ha creado tratamientos específicos, los psicoanalistas buscan descifrar conflictos inconscientes, mientras que, los conductistas prefieren combatir los síntomas, principalmente a través de dos métodos opuestos, la desensibilización sistemática y la inmersión, la inmersión muestra al estímulo en forma de shock para desensibilizar (Vaas, 2002), mientras que la desensibilización sistemática está basada en el principio de inhibición recíproca, la técnica consiste en un entrenamiento para reducir las respuestas que generan miedo en la persona, para hacer que se vaya familiarizándose poco a poco al estímulo al que le teme bajo un entrenamiento de relajación (Wolpe, 1992).

3.2.3 Modelo Sociológico

Para el Modelo Sociológico el miedo es visto como emoción y nace de una percepción derivada de una experiencia personal, pero sociológicamente el miedo depende de las estructuras sociales, modos de vida y las significaciones que se le dé (Olvera y Sabido, 2007). Por su parte, Elías (1998) refiere que las emociones combinan tanto elementos aprendidos y no aprendidos, pero ninguna es totalmente no aprendida.

En el discurso social al miedo se describe con términos semióticos como “temor, terror, pavor, pánico, espanto, horror, alarma, susto, sobresalto, recelo, aprensión, desconfianza, turbación, asombro, desasosiego”, sin embargo, cada una de estas palabras remiten a su vez a otras que se actualizan según episodios sociales, y con significados variantes (Boria y Barei, 2020).

Uno de los rasgos más recurrentes de la experiencia social e individual en las sociedades contemporáneas es el incremento de la percepción del miedo. Teniendo temor a ciertos espacios que se consideran peligrosos en ciertos horarios, al no encontrar trabajo, a perderlo, al propio futuro o al de los hijos, familiares o allegados (Olvera y Sabido, 2007), y en la pandemia por COVID-19, estos miedos se acentúan.

Olvera y Sabido (2007) señalan que el miedo también varía según la condición social, por

ejemplo, en sectores medios se le teme a perder lo obtenido, a los asaltos, a quedarse sin empleo, a una enfermedad, y en la clase alta a los secuestros, una extorsión, o comportamientos que amenacen su seguridad material, su estatus. Sin embargo, así como esto afecta a la sociedad mexicana, en otros países a lo que se le teme es a los desastres nucleares o naturales, a las guerras, o al terrorismo, esto, debido a que, en cada lugar afecta es visto de manera diferente, y esto no significa que no afecte a México, sino que se vive de manera diferente al estar inmersos más en los problemas cotidianos e inmediatos. Por ello, para la diversidad de condiciones sociales e individuales dificulta y hace rigurosa la generalización respecto al miedo, la sociología está en condiciones de identificar al menos dos grandes segmentos sociales asociados al miedo, por una parte todos los miedos relacionados vinculados con un entorno social: los lugares, horarios, la ciudad, la delincuencia, la policía, el desempleo, la violencia, los efectos no deseados de la migración, que están políticamente bajo el rubro de la inseguridad y por otro lado los sentimientos sociales de temores y ansiedades en un entorno sistemático y del cuerpo, identidad, intimidad, ubicación de la cadena intergeneracional, a los que las autoras llaman “miedos psicológicos”, de esta manera los temores “externos” son procesos de significación y los “psicológicos” producen efectos en el mundo social. Sentir miedo es “innato”, pero la intensidad y el tipo de miedo dependen de las relaciones sociales de cada ser humano y sus historias personales.

Para Bauman, (2007), el miedo es el nombre que se le da a la incertidumbre de lo que no se conoce, o lo que se considera una amenaza, de algo que quizás sí se puede combatir o no, y de forma complementaria. Goffman (1979) afirma que cuando no se conoce dónde está el peligro el sentimiento de vulnerabilidad se apropia del ser humano como consecuencia de la percepción de inseguridad.

Luna Zamora (2006) describe en su libro *“Sociología del miedo. Un estudio entre las ánimas, diablos y elementos naturales”* que el miedo es uno de las herramientas más utilizadas por poderosos para mantener el “status quo”, como una forma preventiva, punitiva y castradora. De tal forma que solo se detecta cuando esto es evidente, o el estímulo es muy grande, aunque la dimensión y sensibilidad del miedo depende de forma relativa que cada sujeto lo percibe. Con los

cambios de esta modernidad se pusieron en pausa miedos de épocas anteriores, sin embargo, el autor plasma que los miedos relacionados con los fenómenos metafísicos y vinculados con el mundo de los muertos nunca desaparecerán, aunque sí es probable que cambien sus significados. Luna señala que todo tipo de leyendas contribuyen al miedo, inclusive la ideología de la existencia del diablo, como mecanismo de control, que se debe en gran parte a la socialización que desde niños se ha inculcado en la cultura mexicana, pero que con el avance de la modernidad ha perdido fuerza.

Por otro lado, los orígenes sociales del miedo, se remontan al inicio de la conciencia, la “angustia social” (Freud, 1973) y el “reproche” de la comunidad contra los malos instintos, por ejemplo, en la Edad Media el miedo no nacía de la violencia física en la sociedad cortesana, pero sí de la pérdida de prestigio, de esta manera el miedo empezó a funcionar como una forma de control hacia la propia conducta, y como respuesta psíquica a las exigencias de la interdependencia social.

Las coacciones tienen su validez psíquica en la culpa, generando un malestar de la cultura (Béjar, s.f.) y generando tres consecuencias, la primera de ellas como un sentimiento de continua ansiedad e insatisfacción, desplazando sus temores al entorno social (Gellner, 1988). En segundo lugar, la represión de la espontaneidad (Eliás, 1987a), ya que, a largo de los siglos se ha enseñado a la sociedad a repudiar la violencia individual (violaciones, asesinatos o torturas), pero por otro lado a aceptar con naturalidad las guerras y catástrofes sobre pueblos enteros, sobre todo si están lejos y son pobres. Y, por último, la soledad, la cual aqueja a los más necesitados, a los más viejos y a los moribundos. Sin embargo, es Béjar (s.f.) quien destaca que, aparte de las tres consecuencias antes mencionadas, es la muerte la que representa la máxima violencia.

Para Bauman (2007) el miedo original, es el miedo a la muerte, como una emoción innata y endémica que se comparte con el resto de los animales debido al instinto de supervivencia.

Freud (1973) describió que la “represión a la muerte” esconde las fantasías de la inmortalidad del ser humano. Eliás (1987a) afirmó que el discurso en torno a la muerte y la pérdida progresiva de rituales revela un hueco normativo, ante la muerte y su antesala, la vejez, la agonía

o la enfermedad, la expresión de la conducta y los sentimientos ante el duelo recaen en el individuo, donde no se está acostumbrado a morir solos, y donde los profesionales de salud sustituyen la compañía de los familiares y amigos. “Jamás anteriormente ha muerto la gente de una manera tan poco ruidosa y tan higiénica como hoy día, y jamás lo ha hecho en unas condiciones que haya fomentado tanto la soledad” (Elías, 1987b, p. 105).

Por otra parte, socialmente los medios de comunicación participan activamente en la globalización del miedo (Reguillo, 2000). Para Robinson (2009) los medios de comunicación se desnaturalizan, abandonan su función informativa para ser parte del ejercicio del poder, donde su papel como eje desordenador de las subjetividades colectivas, generan angustia, terror, miedo, y criminaliza los actos emergentes de la ciudadanía...

Construyendo en el imaginario social la idea de un enemigo oculto que vulnera la seguridad personal y pone en riesgo el patrimonio familiar, de ahí que angustia, miedo y temor son tres escenarios que articulan la nueva estrategia del Estado para estar presente en el subconsciente colectivo de los ciudadanos (Robinson, 2009, p. 1).

Sin embargo, el exceso de alarmismo provocaría en la sociedad reacciones que explican la teoría del caos, el alarmismo es parte de la cadena del miedo, construido socialmente por los medios desestructurar la vida cotidiana con el fin de inmovilizar la acción colectiva transformar la realidad, y poder manipular la mente de las personas, fragmentando a los colectivos.

3.2.4 Modelo Antropológico

La humanidad conoció el miedo en el momento de enfrentar lo desconocido, y así el hombre aprendió a temerle a la vejez, la violencia, las pandemias, la muerte, al hambre, los accidentes, las multitudes, las riñas, los desastres naturales y otras fuentes de dolor, frustración, pérdidas materiales y desengaño (Salazar, 2011).

En este apartado se describe el Modelo Antropológico del miedo, encontrando disyuntivas entre diversos autores respecto al origen del miedo, como emoción individual, o como una emoción social y cultural (colectiva).

Antes de la mitad del siglo XIX se consideraba que las emociones eran expresiones

personales, pero para el paradigma evolucionista, con Charles Darwin en su libro "*La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*", publicado en 1872, describe a las emociones como las propiciadoras de la comunicación social, y propone seis componentes universales que articulan las emociones: alegría, miedo, sorpresa, asco, ira, tristeza, y el asco, como emociones básicas. Y en combinación, el miedo y la sorpresa dan como resultado al sobrecogimiento, de la unión del miedo y la confianza: la sumisión, de la confianza y la dicha: el amor. Reguillo (2006) comenta que el miedo es "una experiencia individual que requiere, no obstante, la confirmación o negación de una comunidad de sentido" (p.28).

Por su parte, Ekman y Cordaro (2011) (al igual que Darwin) coinciden en que seis son las emociones básicas, de las cuales pueden generarse todas las demás: ira, alegría, asco, sorpresa, tristeza, miedo; con respecto a la hipótesis de Charles Darwin propuesta en 1998, las expresiones faciales están asociadas a las emociones y no determinadas culturalmente, puesto que, estas expresiones son involuntarias, inconscientes y universales con un origen biológico. Sin embargo, existen algunas discrepancias con antropólogos y con recientes investigaciones en neurobiología, las cuales demuestran que las emociones no son totalmente innatas, sino que, están relacionadas con la cultura y las experiencias (Kandel, 2013), esto a través de las neuronas-espejo, en donde, se propone que, en ellas se encuentra la base de las emociones (Ramachandran, 2011), sumado a esto, en 2011, Ekman y Cordaro agregan una emoción más: el desprecio.

Para Boscoboinik (2016), "el miedo es una emoción individual, pero también puede ser una experiencia social, colectiva y compartida"(p. 119), ya que, los miedos individuales se derivan de los miedos colectivos, por lo que las emociones pueden estudiarse desde el ámbito de las ciencias naturales, sociales o culturales; en lo que respecta a Morin (1993) sus numerosas dimensiones y manifestaciones del miedo no hace fácil delimitar su concepto, recalando que típicamente es equívoco, debido a que, no solo se debería de etiquetar como algo negativo; aunque sea una emoción desagradable a causa de la amenaza del peligro, el dolor o el daño (Scruton, 1986), pues, también actúa positivamente para protección y prevención.

Para Scruton (1986) las emociones son creaciones culturales, no individuales, por ello

concluye que “si las emociones son experimentadas por los individuos, su significado se encuentra solo en nuestra existencia colectiva” (1986, p. 6); influenciados por las creencias y valores sociales, “los miedos no se pueden estudiar como si estuvieran aislados del mundo social” (Boscoboinik, 2016, p. 120). Desde la perspectiva antropológica el autor antes citado, afirma que la forma en la que las personas temen y enfrentan sus miedos, enseña mucho sobre una determinada sociedad, ya que, los miedos son los espejos en los que se reflejan los valores, las representaciones, creencias, ideas y algunos otros elementos de la sociedad. Boscoboinik, también afirma que, los temores se construyen a partir de la construcción de riesgos, y estos de las percepciones. Los **principales riesgos/temores** que amenazaron la humanidad, eran de origen natural, **a causa de las epidemias**, malas cosechas, incendios, terremotos, posteriormente, las guerras fueron el centro de estos temores, pero después los peligros naturales se hicieron menos importantes, en comparación con los que inventaron los hombres (Walter, 2008). Por lo tanto, si la percepción de lo que es un riesgo cambia, los temores que este origina cambian también, de hecho, se siente el miedo no cuando se es vulnerable, sino cuando el individuo se siente vulnerable.

Según Delumeau (1978), los miedos colectivos más conocidos, son aquellos estudiados por los historiadores durante los tiempos de epidemias, en particular la peste en la Edad Media en Europa. Actualmente muchos miedos no son el fruto de una experiencia o percepción personal, sino que son resultado de discursos transmitidos por diversos medios, que dan forma a un miedo común, de esta manera los medios de comunicación promueven el miedo desde la parte emocional y generando preocupación a nivel social (Jodelet, 2011).

Boscoboinik señala que el miedo fundamental que sobresale en todas las perspectivas históricas y culturales, se trata del **miedo a la muerte**, miedo que se traduce como el miedo al fin, a la ausencia, al vacío, a la nada, mismo que se puede conjugar con otros finales, a nivel individual, el miedo al propio fin, y a nivel colectivo, el miedo al fin del mundo (Boscoboinik, 2016). Según Jodelet (2011) “la creencia en el Apocalipsis ha sido y sigue siendo un miedo total que se reactiva por los temores indefinidos que suscita el estado del mundo contemporáneo” (p. 245).

Morin (1993) designó el término “**mecanismos anti-miedo**” para referirse a las estrategias que utiliza la sociedad para enfrentar al miedo. Frente al miedo al otro, se realizan rituales cotidianos: los saludos, el pedido de novedades, y las charlas necesarias particularmente en tiempos inciertos. Otro mecanismo frente al miedo es aferrarse a la identidad, a las tradiciones, buscar refugio en los orígenes, la amistad y la solidaridad, estas dos últimas generan desconfianzas, pero también generosidad, pues, afirmaciones del vínculo son grandes antídotos contra el miedo.

Otro de los antídotos contra el miedo es la esperanza milenaria que lleva al miedo a la promesa; estas son creencias acerca de la venida de Cristo a la Tierra y años de felicidad, compensando temores de incertidumbre y apocalípticas por la creencia de un futuro mejor. El último antídoto anti-miedo es través de “industrias de la seguridad”, que han transformado a las comunidades en barrios cerrados, con dispositivos de seguridad (Morin, 1993), todo esto a raíz de empresas que se benefician de las ansiedades de la gente (Furedi, 2007) en conjunto con todo tipo de consumo, en tecnología, entretenimiento, prestigio, viajes, etc., como mecanismos para alejar los grandes miedos y pequeñas angustias (Boscoboinik, 2016).

3.3 Miedo a la COVID-19

El miedo originado a raíz de la pandemia por virus del SARS-Co-2, es uno de los desafíos sociales más críticos; sin embargo, el miedo no es exclusivo de la pandemia por la COVID-19 (Ho *et al.*, 2005); ya que, según Guan *et al.* (2020) este, se originó desde los brotes de ébola y el primer SARS.

Tal como lo señala Steimer (2002), el miedo es un mecanismo de defensa diseñado para mejorar las posibilidades de supervivencia, pero, cuando los niveles del miedo presentan un desequilibrio para actuar ante una amenaza real, puede ser resultado de una mala adaptación, por un lado se puede caer en miedo patológico (limpiar excesivamente, y en todo momento, evitar salir para absolutamente todo) ante la incertidumbre por la pandemia, pero por otro lado, cuando el miedo es insuficiente (como el hecho de ignorar las medidas del gobierno para frenar la propagación del coronavirus o emitir políticas imprudentes que ignoren los riesgos) ambos pueden

resultar dañinos para sí mismo, y la sociedad (Deacon y Maack 2008; Engelhard *et al.*, Olatunii *et al.*, 2011).

A medida que aumentan los números de casos y defunciones por la COVID-19, también aumentaba la ola de miedo y preocupación (Lin, 2020), miedo a desarrollar una infección, miedo a no brindar una atención adecuada a los pacientes con recursos limitados, miedo a llevar el virus a casa e infectar a familiares y amigos, miedo a la estigmatización, miedo a perder el trabajo y otro de los miedos que se desarrolla es el miedo a la muerte (mismo que por su complejidad se abordará en el siguiente apartado de esta tesis).

3.4 Miedo a la Muerte

Aranguren (1987) sostiene que el miedo está asociado a un objeto al que se le atribuye esasensación. El miedo a la muerte deriva de la incertidumbre que despierta el no saber qué ocurre después, es una experiencia única e irrepetible sobre la cual recae el halo de misterio, por ello, en este los significados culturales de la muerte impactan de forma diferente.

Por su parte, Sánchez y Salas (2015), señalan que el miedo a la muerte se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en el que el miedo se relaciona a la pérdida de la vida misma, a lo desconocido, a lo que hay más allá de la muerte, al sufrimiento, al dolor, y el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. El miedo surge como resultado de la falta de significado tanto de la propia muerte como de la propia vida.

Dicho en palabras del célebre filósofo griego Sócrates:

El temor a la muerte, señores, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que, es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizá la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe y sin embargo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males (Bernal, 2017, p.1).

En nuestra sociedad para algunas personas la muerte es un tema tabú y constituye una de las fuentes de angustia y miedo más significativas e importantes. De acuerdo con Domínguez e Isidro (2020), son las personas mayores las que afrontan la muerte de una forma mucho más

positiva que las personas más jóvenes, produciendo una aceptación de la misma, disminuyéndose esta forma los sentimientos negativos de ansiedad y miedo.

Por su parte, de acuerdo con Gala *et al.* (2002) el miedo a la muerte, como concepto global, ha de ser estudiado desde dos puntos de vista: el miedo ante la propia muerte y el miedo ante la muerte de otros. La primera se ve afectada por diferentes factores, como “la personalidad, la duración de la enfermedad, la interacción con el personal sanitario, la edad del paciente, el lugar de la asistencia, el entorno familiar, la educación recibida, las creencias religiosas o espirituales, la presencia o ausencia de dolor. y el tipo de enfermedad” (p.8) como lo que ocurre con las enfermedades comórbidas relacionadas con la COVID-19, y la propia enfermedad. Pero la mayor parte del temor se centra en el proceso de la agonía y no en el hecho de morir como tal. Por lo que el miedo se manifiesta a través del miedo al proceso de la agonía, miedo a perder el control de la situación, miedo y preocupación de lo que sucederá con sus seres queridos después de su muerte, miedo al aislamiento, a la soledad, a lo desconocido y miedo ante la muerte de otro.

3.5 Miedo a la Muerte por la COVID 19.

Para Limonero (1997), la muerte generalmente es vista con connotaciones muy negativas, ya que, suele asociarse con la tristeza, el dolor, la pérdida y el fin, por lo que se vuelve un tema difícil de hablar, ya que, implica hablar de la separación y del sufrimiento, por ello, se prefiere que sea rápida y repentina, de preferencia cuando se duerme para así evitar el dolor. Sin embargo, la muerte es uno de los acontecimientos más críticos que todo ser humano debe afrontar, tanto su propia muerte o la pérdida de algún ser querido (Holmes y Rahe, 1967).

Desde la perspectiva de Tomás- Sábado (2020) la pandemia por COVID-19 ha activado en la sociedad sus miedos existenciales, pues, las muertes en estos tiempos de pandemia se perciben como una amenaza real a la vida; la evidencia de la inevitable mortalidad es aterradora e intolerable, y todo aquello que recuerde a la enfermedad y a la muerte despierta los temores más íntimos que han sido reprimidos y provocando reacciones de desesperación y temor (Limonero, 1996).

Los pacientes que han sido atendidos por COVID-19, manifiestan que sus niveles de

ansiedad se han visto aumentados ante la sensación de no poder respirar y el temor a morir, puesto que, surgen cuestionamientos sobre el tema de la vida y la muerte, donde su mayor preocupación, es saber qué pasará con su familia, si ya no podrán abrazarlos o no podrán volver a verlos (Equipo Editorial de Médico Sin Fronteras, 2020).

Según Gómez (2020), la pandemia por COVID-19 ha traído consigo diversos miedos, miedo al contacto físico, a los espacios cerrados, a salir a la calle, a enfermarse, a la muerte o a estar solos, lo que ha generado importantes repercusiones en la salud emocional y psicológica de las personas.

3.6 Concepción del Miedo a la Muerte y a la Enfermedad, Desde la Niñez

Para Bastida (2018) el miedo es una emoción universal, necesaria y adaptativa que se activa frente a determinados estímulos, reales o imaginarios, y que desde la niñez se experimentan. Los miedos a través del aprendizaje, resultan muy útiles al momento de enfrentarse de forma adecuada y adaptativa a situaciones peligrosas, amenazantes o complicadas, de hecho, los miedos van tomando un carácter más social a partir de los dos a los cuatro años, con miedo a los animales, coches, caídas, máscaras, personas extrañas, ruidos fuertes, oscuridad, a la separación con los padres, y cambios de entornos, sin embargo, es entre los seis y nueve años, que los miedos suelen ser más realistas, más específicos y concretos (desapareciendo poco a poco el mundo fantástico: seres imaginarios).

Para Herrán y Cortina (2007), es entre los seis y los doce años la **edad en la que los miedos relacionados con la muerte son de dos tipos: miedos físicos y miedos psíquicos**. A su vez los miedos psíquicos los clasifica en miedo de inserción social y **miedo a la propia muerte**, estos pueden perdurar o en algunos casos acentuarse. Los miedos físicos (entre los seis y los once años) están relacionados al dolor, las heridas, **las enfermedades y la muerte**. Pero es entre los 12 y los 16 años en los que se toma relevancia el **miedo a la muerte**, en conjunto del miedo al sufrimiento, a las guerras, violencia, terrorismo, hambre, catástrofes naturales, terremotos, inundaciones, **miedo al dolor y a la enfermedad** (que se acentúa por las experiencias de las enfermedades de algún ser querido, según el apego con la persona, que es lo que hace que el

individuo tenga más o menos miedo a ello), sienten miedo a los lugares, objetos y situaciones que les recuerda la muerte y el morir, junto con el miedo al espíritu de los muertos (este miedo es fomentado por narraciones, experiencias, cuentos, y películas)

A partir de los 18 años los temores evolucionan en función al aprendizaje, a las experiencias propias o ajenas, de esta manera los miedos pueden ser necesarios y adaptativos como un estado de alerta y precaución ante ciertas circunstancias, otros se superarán sin dejar alguna huella, pero de otros se derivan auténticas fobias, por ello, Bastida (2018) prioriza la importancia de prevenir, resolver y adquirir recursos y habilidades necesarias para impedir que un miedo, que en un inicio es adaptativo, termine generando alguna fobia que lejos de ser adaptativa sea patológica. Ya que, el miedo es el origen de numerosas patologías que aquejan poderosamente a la sociedad, tales como: fobias, ansiedad, trastornos obsesivos-compulsivos, ataques de pánico, trastornos por estrés postraumático, entre otros (Psiguide, s.f.).

Por su parte, los adultos le temen a la vejez, la violencia, la **muerte**, al hambre, los accidentes, las multitudes, las riñas, los desastres naturales y otras fuentes de dolor, como a la **enfermedad**, frustración, pérdidas materiales y desengaño (Salazar, 2011).

3.7 Expresión Patológica del Miedo

“El miedoso edifica sus terrores y luego se instala en ellos”

Emil Cioran (s.f)

El miedo es la emoción con mayor cantidad de investigaciones, debido a que, es la emoción con mayores efectos negativos, como somatización, ansiedad, estrés y otros problemas de salud (Noyes *et al.*, 2002), de esta manera se convierte en una de las emociones con la mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos (Piqueras *et al.*, 2010).

Es importante hacer mención que el miedo y la ansiedad están estrechamente relacionados, ya que, la ansiedad es la reacción fisiopsicológica del miedo intenso (Bastida, 2018). El DSM 5 (APA, 2013) define al miedo como “una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria”, mientras que la ansiedad es “una respuesta anticipatoria a una

amenaza futura” (p. 189).

Cuando el temor excede los niveles habituales de intensidad sobrepasando las habilidades adaptativas del sujeto es cuando el miedo se convierte en una patología, denominada “ansiedad” refiriéndose a ellas a través del término “fobia” (Psiguide, s.f.), puesto que, cuando el miedo supera cierto umbral, el ser humano se bloquea y se vuelve incapaz de reaccionar ante ciertas circunstancias, por ello, para Nardone (2003) la diferencia entre el miedo como emoción natural y el miedo como reacción patológica, es que el primero permite manejar la realidad y el miedo como reacción patológica la limita e incluso anula esa capacidad. La característica más importante para definir una patología fóbica es el nivel de afectación en la vida de la persona.

Es también Nardone (2003) quien señala la existencia de fobias simples y fobias generalizadas, estas últimas bloquean completamente al individuo creando el Síndrome de Ataques de Pánico o las obsesiones compulsivas, la agorafobia y las manías hipocondríacas.

Las fobias simples están representadas por un miedo patológico centrado en una realidad concreta: un animal (arañas, los escorpiones, las serpientes), una situación, una fantasía, un ruido, un objeto u otras cosas. En opinión de Nardone existen tantos miedos como puedan inventarse. La fobia simple puede ser limitante sólo frente a las situaciones aterradoras, pero puede convenirse poco a poco en una fobia difusa y generalizada convirtiéndose inhabilitante, por ejemplo, el miedo a la altura (acrofobia), a los lugares cerrados (claustrofobia), a permanecer solos o alejarse (agorafobia) y a estar entre la gente (fobia social), tienden a convertirse en fobias generalizadas porque se relacionan con situaciones de vida cotidianas. Existen dos clases de fobias simples comunes: situacional y zoológica pero también está una relativa al miedo al contagio a través del contacto con jeringas, sangre, suciedad, sustancias contaminantes, etc. en lo que respecta a esta clase de fobia simple esta se puede derivar a una fobia generalizada, ocasionando un síndrome obsesivo compulsivo este se basa en rituales de desinfección y limpieza, o bien en una forma de manía hipocondríaca fundamentada en la continua necesidad de controles médicos, rasgos que han sido muy frecuentes a raíz de la pandemia de la COVID-19.

En cambio, la fobia Nardone (2003) describe la fobia generalizada como un tipo de trastorno completamente difuso, dentro del cual a menudo el sujeto ya no necesita estímulos externos para tener miedo, pues, es su misma percepción. De esta manera la fobia generalizada es por lo general, el efecto de algunas fobias simples (agorafobia, miedo a perder el control, etc.). Una persona con un Trastorno Fóbico Generalizado presenta regularmente dos tipos de miedo profundo: el miedo a enloquecer, a perder la lucidez y el miedo a morir.

Por su parte, en el DSM 5 (APA, 2013), los Trastornos por Ansiedad se clasifican en: Trastorno de Ansiedad por Separación, Mutismo Selectivo, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Social, Fobia Específica, Trastorno de Pánico, y Trastorno de Ansiedad Generalizada. Mientras que la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS, 1992) en vez de definirlos como Trastornos de Ansiedad, y los clasifica como: Trastornos Neuróticos, Trastornos Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos, y estos a su vez los clasifica como Trastornos de Ansiedad Fóbica (agorafobia, sin trastorno de pánico, y con trastorno de pánico), Fobia Social, Fobias Específicas (aisladas), Otros Trastornos de Ansiedad Fóbica, Trastorno de Ansiedad Fóbica Sin Especificación, Trastorno de Pánico, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, Otro Trastorno Mixto de Ansiedad, Otros Trastornos de Ansiedad Especificada, Otros Trastornos de Ansiedad No Especificada, Trastornos Somatomorfos, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastornos Disociativos.

Es importante recordar que el miedo cumple una función adaptativa que permite mecanismos preventivos y defensivos, con el objeto de preservar la vida, generando comportamientos para distanciar al sujeto de los estímulos de riesgo, facilitando la puesta en marcha de mecanismos de evitación o de escape. Sin embargo, cuando la expresión patológica del miedo deriva en uno de los trastornos anteriormente mencionados por la DSM 5 (APA, 2013) ya como ansiedad, provoca una respuesta negativa en la eficacia de la respuesta del organismo. Para Psiguide (s.f.) al sobrepasar los niveles naturales del miedo, es bastante posible que se genere un bloqueo emocional, y, por ende, se obstaculice la ejecución de las acciones necesarias ante alguna amenaza.

3.8.1 Instrumentos y Técnicas de Evaluación del Miedo

*“Puedes llorar porque se ha ido,
O puedes sonreír porque ha vivido.
Puedes cerrar los ojos y rezar para que vuelva,
O puedes abrirlos y ver todo lo que ha dejado.
Tu corazón puede estar vacío porque no lo puedes ver,
O puedes estar lleno del amor que compartieron
Pueden llorar, cerrar tu mente, sentir el vacío, dar la espada,
O puedes hacer lo que a él o ella le gustaría
Sonreír, abrir los ojos, amar y seguir.”
Poema popular escocés (s.f)*

En este apartado se mostrarán diversas herramientas psicológicas que permiten la evaluación al miedo a la muerte y miedo a la COVID-19, con la finalidad de mostrar herramientas que permitan evaluar el impacto psicológico ante la pandemia por la COVID-19.

Según Valdés (1994), entre otros de los procedimientos para valorar las reacciones del miedo utilizados por los investigadores está la *Observación y Registro Directo*, ésta es una técnica muy recurrida, ya que, a partir de esta se realiza una observación intencionada, con la finalidad de medir y evaluar conductas de aproximación, acercamiento, evitación o huida, observadas en el sujeto en presencia de aquellas situaciones, personas o eventos que le resultan amenazantes, sin embargo, una de las limitaciones de la técnica es en cuanto a lo costoso que resulta la reproducción de situaciones generadoras de miedo, con la máxima exactitud y realismo. También se encuentran las *Escalas de Observación y Calificación*, permiten obtener numerosos datos referidos a varios aspectos del problema; origen del miedo, niveles de intensidad, estado actual, y consecuencias ambientales, esto permite la cuantificación de los datos obtenidos.

De igual manera, para Valdés (1994) entre otra de las técnicas más populares y más efectivas están las entrevistas, esta se divide en varios bloques con la finalidad de recolectar información respecto al origen del miedo, estado actual del problema, factores ambientales desencadenantes y consecuentes, trastornos conductuales asociados, entorno familiar e historia personal del individuo. Pero también están los autoinformes, que son procedimientos que permiten que sea el propio individuo el que proporcione la información necesaria para evaluar sus

respuestas de miedo, a través de una serie de situaciones en las que se presenta una conducta de miedo y comportamientos fisiológicos, cognitivos, o motores. Existen autoinformes que evalúan miedos generales tal como el *Termómetro de Miedos de Walk* (1965) y el *Inventario General de Miedos* de Wolpe y Lang (1964), pero también hay otros que miden miedos específicos como el *Cuestionario de Miedo ante las Serpientes* de Suedfeld y Hare (1977), el *Cuestionario de Agorafobia* de Cohen (1977), o el *Escala de Miedo a la Muerte* o la *Escala de Miedo a la COVID-19* (estas dos últimas se explicarán más adelante).

3.8.1 Instrumentos de Evaluación del Miedo a la Muerte

Se han descrito anteriormente algunos procedimientos que permiten la evaluación del miedo, en términos generales, a través de técnicas directas e indirectas (dentro de las primeras las más relevantes son las entrevistas, los cuestionarios y las escalas; y en las indirectas se encuentran los test proyectivos) pero siguiendo con la evaluación del miedo a la muerte y miedo a la COVID-19, se citarán algunos de los instrumentos más, para tal fin, puesto que, los elementos más utilizados actualmente son las técnicas directas, específicamente las Escalas de Evaluación Conductual, en cuanto al miedo a la muerte, existen diversas escalas que pretenden obtener una valoración sobre dicho temor (Valdés, 1994), mismas que se presentarán a continuación.

La *Escala de Miedo ante la Muerte* (Tomás-Sábado et al., 2007) (escala utilizada en esta investigación) fue creada por Jessica Collett y David Lester en 1969, esta escala es la más popular para estudiar el miedo a la muerte, y es la única que permite distinguir entre la muerte y el proceso de morir, tanto con respecto a la muerte propia como a la ajena, es por ello, que la escala está conformada por cuatro escalas distintas que proporcionan puntuaciones separadas para cuatro tipos de miedo a la muerte: miedo a la propia muerte, miedo al propio proceso del morir, miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros, sin embargo, la última modificación que tuvo fue por parte de Tomás-Sábado et al., (2007) escala que se utiliza para esta investigación.

De acuerdo con Gala et al. (2002) el miedo a la muerte debe ser estudiado desde dos puntos de vista: el miedo ante la propia muerte y el miedo ante la muerte de otros. El miedo a la propia muerte se ve afectada por diferentes factores, como “la personalidad, la duración de la

enfermedad, la interacción con el personal sanitario, la edad del paciente, el lugar de la asistencia, el entorno familiar, la educación recibida, las creencias religiosas o espirituales, la presencia o ausencia de dolor, y el tipo de enfermedad” (p.8) así la mayor parte del temor se centra en el proceso de la agonía y no en el hecho de morir como tal, el miedo se centra en el miedo a perder el control de la situación, miedo y preocupación de lo que sucederá con sus seres queridos después de su muerte, miedo al aislamiento, a la soledad, a lo desconocido y miedo ante la muerte de otro.

En palabras de Gala el miedo es:

“una de las respuestas más comunes, asociada a la muerte en nuestra cultura aparecerá con mayor o menor frecuencia dependiendo de si se trata de la muerte propia o de la muerte de otro, pudiendo generar ansiedad tan solo el hecho de imaginar, pensar o hablar de ella. La ansiedad ante la muerte, está ligada a la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento” (Gala *et al.*, 2002, p. 43).

(Ver apartado G: Instrumentos y Materiales, en la que se describe dicha escala con mayor precisión).

Además de la *Escala de Miedo ante la Muerte*, está la *Escala de Preocupación por la Muerte* de Dickstein (1972), esta escala se creó con 48 ítems, pero actualmente consta de 30 ítems. Este instrumento está conformado por dos subescalas, la primera de ellas esta denominada como la contemplación consciente de la muerte y otra evaluación negativa de la muerte. También está el *Índice de Temor de Krieger, et al.* (1975), este instrumento originalmente constaba de 200 ítems, pero ahora por practicidad solo se utiliza una forma abreviada que consta de 90 ítems. En la que se le presenta a cada persona tres tarjetas con declaraciones asociadas con la muerte. Los encuestados describen en cada uno de los elementos con las palabras: “yo preferiría”, “yo” y “mi propia muerte”, en una de las estructuras o polos de contraste. La puntuación total es el número de veces que “mi propia muerte” es colocada en un polo diferente al de “yo” y “yo preferiría” (Valdés, 1994).

3.8.2 Instrumentos de Evaluación del Miedo a la COVID-19 y Aspectos Psicológicos

Relacionados.

Creer en la escala de información COVID-19 (BCIS), es una escala cuya finalidad es evaluar cómo las personas creen en la información de COVID-19 que obtienen, a través de seis fuentes (sala de chat online, página de noticias online, *Facebook*, noticias en línea, la televisión y los periódicos tradicionales). La escala consta de seis ítems, mismos que se evalúan en una escala Likert de 5 puntos (5: creer firmemente, 1: no creer firmemente;) una puntuación más alta del BCIS indica un mayor nivel de creencia en la información COVID-19 obtenida. La BCIS tiene una consistencia interna muy buena $\alpha = 0,91$ (Chang *et al.*, 2020).

Escala Preventiva de Comportamientos de Infección por COVID-19 (PCIBS). Según Chang *et al.* (2020) la PCIBS se desarrolló a partir de los comportamientos preventivos recomendados por los cuestionamientos y respuestas de la OMS en 2020, sobre la COVID-19. La OMS aconseja a las personas de todo el mundo que adopten estos comportamientos para evitar la infección por COVID-19. El PCIBS comprende cinco ítems a los que se responde en una escala Likert de 5 puntos (1 = casi nunca; 5 = casi siempre) y evalúa cómo las personas realizan conductas preventivas de infección por COVID-19. Una puntuación más alta del PCIBS indica que se realizan comportamientos preventivos con mayor frecuencia. Un elemento de ejemplo del PCIBS es "¿Con qué frecuencia evita tocarse los ojos, la nariz y la boca?" La PCIBS obtuvo una consistencia interna de un alfa de Cronbach de 0,82 (Chang *et al.*, 2020).

Escala de Miedo a la COVID-19. Según Huarcaya-Victoria *et al.* (2020) esta escala también conocida en inglés como *Fear of COVID-19 (FCV-19S)*, se creó inicialmente con el objetivo de evaluar el miedo en la población general de Irán, al mostrar propiedades psicométricas adecuadas, validada en italiano (Soraci *et al.*, 2020), árabe (Alyami *et al.*, 2020), bengalí (Sakib *et al.*, 2020) turco (Satici *et al.*, 2020) y en español (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020).

Esta escala fue adaptada al español por un equipo de investigadores que pertenecientes al Instituto Peruano de Orientación Psicológica y a otras instituciones, conformado por Jeff Huarcaya-Victoria, David Villarreal-Zegarra, Angela Podestà y María Alejandra Luna-Cuadros en

el año de 2020, a raíz de la pandemia por COVID-19, para ello se publicó un estudio sobre las propiedades psicométricas de la versión en español en una muestra de la población peruana, el estudio fue un estudio instrumental transversal y en una muestra por conveniencia, con un total de 832 participantes, los resultados apoyan un modelo bifactorial que consta de un factor general y dos factores específicos: uno de reacciones de miedo emocional y otro de expresiones somáticas de miedo al COVID-19 (CFI = 0,988, RMSEA = 0,075), encontrando una validez convergente con los síntomas de estrés depresivo, ansioso y postraumático (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020).

Según Novoa (2021) los ítems que componen al factor específico de Reacciones al Miedo Emocional son los ítems 1,2,4, y 5, mientras que el factor de Expresiones Somáticas del Miedo que conforman la escala unidimensional de *FCV-19S* está compuesto los restantes tres ítems 3,6 y 7.

El factor general del miedo al COVID-19 y los factores específicos tuvieron un nivel óptimo de consistencia interna ($\omega > 0.89$ y $\alpha > 0.83$), de esta manera el estudio evidenció que esta escala breve de miedo al COVID-19 presenta adecuadas propiedades de medición (validez y confiabilidad) (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020), ya que, conforme lo que menciona Kelley y Pornprasertmanit (2016) cuando los coeficientes tienen valores superiores a 0,80 los coeficientes son aceptablemente fiables; por lo que la *Escala de Miedo a la COVID-19* se recomienda su uso para investigación y para futuras mediciones clínicas o en salud (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020),

El *FCV-19S* es una escala compuesta de siete ítems que sirve para evaluar el miedo al COVID-19 entre la población general. Para el puntaje total, todos los ítems se califican en una escala de 5 puntos, que van de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Las puntuaciones totales oscilan entre 7 y 35. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el miedo al COVID-19. Los valores de confiabilidad como la consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,82) y la confiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclass = 0,72) fueron aceptables (Ahorsu *et al.*, 2020).

Tal como lo señala Alfonso *et al.* (2020) las herramientas para medir el impacto y las actitudes hacia la COVID-19, tanto empíricas como las escalas validadas y los cuestionarios son

vitales para la detección y tratamiento de problemas de salud mental como resultado del impacto psicológico de la pandemia por la COVID-19 actual, por ello, en la Tabla 2 se presenta una recopilación de varias herramientas empíricamente válidas para abordar los problemas de salud mental relacionados con COVID-19.

Tabla 2

Escalas para medir el impacto psicológico y las actitudes hacia la COVID-19

Enfoque de evaluación	Nombre de la escala	Factores	Autores	Idioma disponible	Propiedades psicométricas probadas empíricamente
Estrés	<i>Escala de estrés COVID-19 (CSS)</i>	Peligro Consecuencias socioeconómicas. Xenofobia Contaminación Estrés traumático Comprobación compulsiva	Taylor <i>et al.</i> , 2020	Inglés	Estructura interna Consistencia interna Validez convergente Validez discriminante
	<i>Escala de estrés percibido modificada para COVID-19 (PSS-10-C)</i>	Estrés (unifactorial)	Pedrozo-Pupo <i>et al.</i> , 2020	Español Inglés	Consistencia Interna Validez de los criterios
	<i>Índice de angustia peritraumática COVID-19 (CPDI)</i>	Angustia peritraumática (unidimensional) Ansiedad y miedo	Costantini y Mazzotti, 2020 ^a Qiu <i>et al.</i> , 2020 ^b Petrozzi <i>et al.</i> , 2020 ^d	Italiano ^a Chino ^b Iraní ^c Español ^d Inglés ^d	Consistencia interna Validez convergente Validez discriminante Validez de los criterios Validez predictiva Validez de contenido Validez semántica Estructura interna
Angustia	<i>Angustia psicológica relacionada con COVID-19 en público sano (CORPD)</i>	Sospecha	Feng <i>et al.</i> , 2020 Lee <i>et al.</i> , 2020 ^a Lee, Mathis, <i>et al.</i> , 2020 ^b	Chino	Consistencia interna Validez de los criterios Validez del procesode respuesta Validez de contenido y estructura interna

Ansiedad	<i>Escala de ansiedad COVID-19</i>	Ansiedad (unifactorial)	Evren <i>et al.</i> , 2020 ^c	Inglés ^{a, b} Turco ^c	Consistencia interna Validez convergente Validez de los criterios Validez predictiva
		Miedo a la interacción social.		Hindi	Validez de contenido
	<i>Escala de ansiedad COVID-19</i>	Ansiedad por enfermedad	Chandu <i>et al.</i> , 2020		Validez semántica Estructura interna Consistencia interna Validez de los criterios Validez predictiva
Temor		Miedo (unifactorial)	Ahorsu <i>et al.</i> , 2020 ^a	Proto-iraní ^a	Validez de contenido
			Reznik y col., 2020 ^b	Ruso ^b	Validez semántica
			Amir y col., 2020 ^c ; Pakpour <i>et al.</i> , 2020 ^c	Hebreo ^{c, d}	Validez del proceso de respuesta
			Tzur Bitan <i>et al.</i> , 2020 ^d Nguyen <i>et al.</i> , 2020 ^e	Vietnamita ^e	Estructura interna
			Satici <i>et al.</i> , 2020 ^f	Turco ^{f, g}	Consistencia interna
			Haktanir y col., 2020 ^g ; Sakib <i>et al.</i> , 2020 ^h	Bengalí ^h	Validez de los criterios
			Alyami <i>et al.</i> , 2020 ⁱ , Soraci <i>et al.</i> , 2020 ⁱ	Árabe ⁱ Italiano ^j	Validez de la diferencia funcional
Obsesión.	<i>Obsesión con la escala COVID-19 (OCS)</i>	Obsesión (unifactorial)	Lee <i>et al.</i> , 2020 ^a	Inglés ^a	Validez de contenido Estructura interna Consistencia interna

Actitud	<i>Actitudes hacia la respuesta pandemia de COVID-19</i>		Ashraf <i>et al.</i> , 2020 ^b	Urdu ^b	Validez de los criterios Validez convergente Validez predictiva Validez de invaricia Validez de contenido
Fobia (C19P-S)	<i>Escala de fobia COVID-19</i>	Actitudes hacia los planes de respuesta Actitudes hacia los planes de actividades. Actitudes hacia los planes de comunicación de crisis	Ben Abdelaziz <i>et al.</i> , 2020	Arábica	Validez semántica
		Factores psicológicos. Factores psicosomáticos.			Validez de contenido Estructura interna
		Factores económicos	Arpaci <i>et al.</i> , 2020	Turco	Consistencia interna Validez convergente Validez discriminante Validez de los criterios Validez de contenido
Percepción	<i>Vulnerabilidad percibida a COVID-19</i>	Infeciosidad percibida	González-Sanguino <i>et al.</i> , 2020	Español	Consistencia interna Validez de los criterios Validez de contenido.
		Aversión a los gérmenes			
	<i>Cuestionario breve de percepción de enfermedades para COVID-19</i>	Percepción de la enfermedad (unifactorial)	Pérez-Fuentes <i>et al.</i> , 2020	Español	Estructura interna Consistencia interna Validez de invariancia

	Conocimiento sobre COVID-19	Conocimiento (unifactorial)	Liang <i>et al.</i> , 2020	Chino	Validez de contenido
	Conocimientos, actitudes, y prácticas (CAP) hacia COVID-19	Conocimiento	Zhong <i>et al.</i> , 2020	Inglés chino	Validez de los criterios
		Actitud	Azlan <i>et al.</i> , 2020 Al-Hanawi <i>et al.</i> , 2020	Malayo Inglés Árabe Inglés	Validez predictiva
		Práctica	Maheshwari <i>et al.</i> , 2020; Haque <i>et al.</i> , 2020		
Función funcional	Escala de estado (PCFS) posterior a COVID-19	Estado funcional (unidimensional)	Klok <i>et al.</i> , 2020	Inglés	Validez de contenido

Nota: De "Tools to measure the psychological impact of the COVID-19 pandemic: What do we have in the platter?", por Afonso, *et al* (2020). *Asian Journal*

Psychiatric, 53(102371), p.1. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7456260/>). PMID: PMC7456260

3.9 Estado del Arte

En el presente apartado se hace una revisión exhaustiva de investigaciones que abordan los efectos de la COVID-19, a raíz de que se declaró a nivel mundial como pandemia, así como el impacto en la salud mental de la población, haciendo énfasis en la forma en que se percibe el miedo ante la muerte, y el miedo a la COVID-19 (mismos que se encuentran en la Tabla 3); cabe mencionar, que para esta tesis existe otra variable que es respecto duelos, mismo que se abordará en el siguiente capítulo. En lo que respecta a este marco teórico se pone énfasis en las dos variables antes mencionadas con la finalidad de identificar los resultados de otras investigaciones que contribuyan a la presente.

Pérez-Mengual *et al.*(2021) recomiendan el uso de la *Escala Miedo a la COVID-19* (Ahorsu *et al.*, 2020), ya que, “no se debe ignorar el miedo a COVID-19 cuando se estudia el miedo a la muerte”.(p.5) y al igual que Júnior *et al.*(2020) retoman que otra variable de interés es identificar si los participantes han experimentado la pérdida de familiares y/o amigos a causa de la COVID-19, pues, podría incrementar el sufrimiento psicológico y el proceso de miedo a la muerte personal.

Por su parte, Pakpour y Griffiths (2020) confirmaron la validez y la confiabilidad de la *Escala de Miedo a la COVID-19' (FCV-19S)*; pero en su investigación no se encontró correlación entre el miedo y los comportamientos preventivos para evitar la propagación de la COVID-19; contrario a la investigación que realizaron Harper *et al.* (2020) en donde se obtuvo una correlación positiva entre estas variables, en otras palabras, las personas se involucran más en actividades preventivas cuando perciben la amenaza como grave

Doshi *et al.*(2020) usaron la *Escala Miedo a COVID-19 (FCV-19S)* (Ahorsu *et al.*, 2020) señalaron que los grupos con altos niveles de miedo a la COVID-19 fueron grupos con menores cantidades de contagios (esto debido a las medidas estrictas que han seguido para evitar la propagación del virus), mujeres casadas con nivel educativo bajo, y trabajadores de la salud (debido a la interacción directa con pacientes COVID-19); sin embargo, Sandín *et al.*(2020) no encontraron relación entre el miedo a la COVID-19 y el impacto emocional por los miedos relacionados con la infección, la enfermedad y la muerte.

Pérez-Mengual *et al.*(2021) encontraron que las mujeres son quienes presentan mayores puntuaciones altas en ansiedad y miedo a la muerte personal, al igual que el estudio de Sandín *et al.*(2020) en la que una de cada dos mujeres informó haber tenido mucho miedo o temor extremo de que algún familiar cercano pueda morir (54%), que alguien de su familia pudiera estar infectado (47,9%), que el coronavirus se propagaría (46,9%), o no poder estar con familiares cercanos o amigos cercanos (45,4%); mientras que en los hombres, el patrón de estos miedos aplica a uno de cada tres hombres. Ahorsu *et al.* (2020) menciona que son los hombres quienes ante los desafíos psicosociales como la estigmatización y la discriminación son quienes sufren altos niveles de miedo ante la COVID-19.

Por su parte, Pradhan *et al.* (2020) identificaron que eran los adultos jóvenes el grupo con mayor ansiedad por la muerte a pesar de que dicho grupo es menos vulnerable a la COVID-19.

Wang *et al.*(2020) describieron que el uso de mascarillas actuó como un factor para reducir los niveles de miedo a la COVID-19, así como los niveles de ansiedad y depresión, independientemente de la presencia o ausencia de síntomas, esto a pesar de que la OMS (2020e) enfatizará que las mascarillas son efectivas sólo cuando se usan en combinación con la limpieza frecuente de las manos con desinfectante para manos a base de alcohol o agua y jabón, usando una máscara independientemente de la presencia o ausencia de los síntomas pueden ofrecer beneficios psicológicos potenciales al ofrecer una sensación de seguridad.

Pradhan *et al.*(2020) identificaron que la ansiedad por la muerte tiene una correlación positiva con el neuroticismo y el estrés percibido, es decir las personas con neuroticismo alto tienen un mayor miedo a la muerte que las personas con neuroticismo bajo, además, indicaron que aunque no se puede cambiar el tipo de personalidad de los individuos para reducir su ansiedad por la muerte, si se puede reestructurar la forma en que se ve la realidad, reducir el estrés percibido, el miedo a la muerte o la ansiedad por la muerte por la COVID-19.

Según el estudio realizado por Wang *et al.* (2020) a 1210 participantes, las personas que pasan entre 20 a 24 horas al día en casa (84,7%); estaban preocupados por los miembros de su familia por el riesgo de contraer COVID-19 (75,2%). Mientras que Sandín *et al.* (2020) encontraron

que los temores más comunes son referentes respecto a la enfermedad, contagio, muerte, aislamiento social, empleo e ingresos, y en el impacto emocional fueron miedo al coronavirus, problemas de sueño y síntomas emocionales como la preocupación, angustia, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo e inquietud.

Para examinar los miedos más comunes de coronavirus Sandín *et al.* (2020) utilizaron la *Escala del Miedo al Coronavirus* obteniendo un mayor impacto en cuanto el miedo a la infección, enfermedad o la muerte (en más del 40% de los participantes). Casi la mitad de los participantes (49%) tenían niveles muy altos de miedo y preocupación asociados a la muerte de algún miembro de la familia. En cuanto a la dimensión de los miedos al aislamiento se distribuyen irregularmente: miedo muy frecuente de no poder ver a familiares o amigos cercanos, la preocupación de estar socialmente aislado se mantiene con una frecuencia relativamente alta, mientras que el miedo o ansiedad por no poder celebrar eventos importantes debido a las condiciones de confinamiento tuvo un impacto menor.

Tabla 3*Investigaciones relacionadas con el miedo a la COVID-19 y el miedo a la muerte*

Objetivo	Autores (año)	Variables Estudiadas	Muestra	Resultados
El miedo al COVID y su papel en las conductas preventivas				
Estudiar el miedo ante la pandemia por COVID-19 a través del co-desarrollo de la <i>Escala Miedo a COVID-19 (FCV-19S)</i>	Pakpour y Griffiths (2020)	Miedo al COVID-19 y Conductas Preventivas	A través del análisis de estudios que utilizaron la escala	Confirmación de la validez y confiabilidad de la <i>escala FCV-19S</i> , correlación significativamente positiva con los instrumentos que evalúan la depresión y la ansiedad. *No quedan completamente claras las puntuaciones que se correlacionan con los comportamientos preventivos.
El miedo funcional predice el cumplimiento de la salud pública en la pandemia de COVID-19				
Explorar el miedo a la COVID-19 y la relación con la mitigación del riesgo de comportamientos de riesgo.	Harper, Satchell, Fido y Latzman (2020)	Miedo a la COVID-19	324 participantes	Encontraron una correlación positiva con los comportamientos preventivos hacia la COVID-19
Evaluación de miedo al coronavirus en la población India con <i>Escala de Miedo al COVID-19</i>				
Determinar el nivel de miedo al COVID-19 entre la población de la India, a través de identificación de las poblaciones de alto riesgo de psicointervenciones lógicas	Doshi, Karunaka, Rao, Surya y Vishnu (2020)	Miedo a la COVID-19, sexo, edad, estado civil, calificaciones educativas, condición del trabajador de la salud y residencia	1499 participantes	Las poblaciones con alto nivel de miedo al COVID-19 fueron mujeres casadas con nivel educativo bajo, los trabajadores de la salud y grupos con menores cantidades de contagios debido a las medidas estrictas que han seguido para evitar la propagación del virus.
La relación del miedo a la muerte entre el neuroticismo y la ansiedad durante la pandemia de COVID-19.				
Analizar el papel del miedo a la muerte personal durante el brote de COVID-19 en relación con la personalidad y la ansiedad	Pérez-Mengual, Aragonés-Barbera, Moret-Tatay Reyes (2021)	Miedo a la muerte, neurocismo y ansiedad	303 participantes	Las mujeres presentaron puntuaciones más altas en ansiedad y miedo a la muerte personal. Mientras que los hombres, el miedo a la muerte personal medió la relación entre neuroticismo y ansiedad.

Respuestas psicológicas inmediatas y factores asociados durante la etapa inicial de la epidemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) entre la población general en China

<p>Conocer el impacto psicológico en la población china en la etapa inicial de la COVID-19.</p>	<p>Wang, Pan,Wan, Tan, Xu, Ho, C, y Ho, R. (2020)</p>	<p>Ansiedad, depresión y estrés.</p>	<p>1210 chinos de 194 ciudades</p>	<p>El 84,7% pasaba de 20 a 24 horas al día, en casa preocupados porque algún los miembros de su familia pudiera contraer COVID-19. El 53,8% de los encuestados calificaron el impacto psicológico del brote como moderado o severo; el 16,5% informó síntomas depresivos de moderados a graves; 28,8% informó síntomas de ansiedad de moderados a severos; y el 8,1% informó niveles de estrés moderado a severo.</p>
---	---	--------------------------------------	------------------------------------	---

Miedo a la muerte a la sombra de la COVID-19: el papel mediador del estrés percibido en la relación entre el neuroticismo y la ansiedad por la muerte

<p>Identificar el nivel del miedo a la muerte a raíz del COVID-19, para identificar la correlación del neuroticismo y la ansiedad por la muerte durante esta pandemia.</p>	<p>Pradhan, y Chettri, Maheshwari (2020)</p>	<p>Miedo a la muerte, neuroticismo y ansiedad</p>	<p>200 participantes de entre 18 y 30 años</p>	<p>El neuroticismo se correlaciona positivamente con la ansiedad por la muerte; cuya relación estuvo completamente mediada por el estrés percibido.</p>
--	--	---	--	---

Impacto Psicológico de la Pandemia COVID-19: Efectos Negativos y Positivos en la Población Española Durante la Cuarentena Nacional Obligatoria

<p>Examinar el impacto psicológico de la pandemia y la cuarentena nacional española.</p>	<p>Sandín, Valiente, García- Escaler, Campagne,y Chorot (2020)</p>	<p>Miedo al COVID-19, síntomas emocionales, problemas de sueño, y efectos positivos</p>	<p>1,161 participantes</p>	<p>Encontraron que los temores más comunes pertenecen a los dominios de contagio, muerte, enfermedad, aislamiento social, ingresos, empleo. Niveles de impacto emocional más altos: miedo al COVID-19, problemas de sueño y síntomas emocionales: preocupación, depresión, angustia, desesperanza, ansiedad, nerviosismo e inquietud.</p>
--	--	---	----------------------------	---

Nota: El miedo a la muerte ha sido estudiado en diversas investigaciones de forma similar que el miedo a la COVID-19.

Elaboración propia.

Capítulo IV. Duelo y Muerte

*“¡Qué raro es el ser humano! Se pelea con los vivos y regala flores a los muertos.
Se queda sin hablar con un vivo y cuando se muere, le hace un homenaje.
No tiene tiempo para visitar a un vivo, pero se queda todo el día en el velorio.
No llama, no abraza, pero se lamenta con el muerto.
Hasta parece que es más valiosa la muerte que la vida.”*
Anónimo (s.f)

En este capítulo se abordarán las características sobre la muerte y por ende sobre lo que implica para las personas el duelo, ambos desde diferentes modelos que permiten explicar la forma en la que las personas afrontan el proceso de morir y la muerte tanto propia como la de otros, en el que juegan un papel importante los rituales de despedida que son un tanto terapéuticos para el doliente, ya que, les permite sentirse acompañados en este proceso, sin embargo, ahora con la pandemia por COVID-19, estos rituales de despedida han cambiado de forma drástica, pues, sus seres queridos que han fallecido a causa de la COVID-19 han sido cremados, esto como una norma sanitaria, lo que impide a los familiares despedirse de ellos como se quisiese o su cultura y creencias lo dicta.

4.1 Definición de Muerte

Según la RAE ([Diccionario de la Real Academia] 2014, definición 1) la muerte se define como el cese o el término de la vida. Pues, la muerte se ve como el final, el término o la interrupción de la vida, como algo inevitable para la humanidad, y en donde cada persona tiene sus propios lapsos de existencia, la muerte es la experiencia final de todos los organismos vivientes (aunque solo los humanos son conscientes de ello), y a su vez es tan universal que se toma como metáfora del fin de las cosas: la muerte de un imperio, la muerte de la civilización, la muerte del Sol, etc. (Editorial Etecé, 2012).

Según Schumacher (2017) la muerte es un hecho que está ligado a la inactividad cerebral, y no la del corazón, debido a que, el cerebro es el verdadero protagonista de este hecho, junto con la pérdida del “yo” personal. Por lo tanto, tal como lo menciona Osuna(2021) la muerte no solo es un hecho biológico, como ocurre con los demás animales, sino que también existe un carácter personal, al conocer la existencia de la muerte (aunque se niegue) propia y la de otros, en el que se sabe que otras personas participaron en ella, pues, al ser sociales se interactúa con los otros

compartiendo sentimientos, vivencias, razón por la que se le tiene miedo al acto de morir en soledad, a la muerte de un amigo, o de un familiar. Ante la pandemia por coronavirus, en consecuencia, de la elevada tasa de contagio y el peligro para la salud pública, se han adoptado medidas que han privado el acompañamiento y el apoyo espiritual o religioso, intentando disolver a la soledad ante la muerte con medios electrónicos.

Por ello, la muerte es un proceso biológico, sociocultural y biográfico que se vivencia de forma individual, pero que a la vez se comparte con los seres queridos; por lo que la muerte se torna un evento social, con procesos legales y ritos (Hernández, 2006).

En apartados siguientes de esta tesis se describe a la muerte desde diferentes perspectivas para comprenderla desde el modelo neurobiológico, psicológico, sociológico, y antropológico.

4.2 Características de la Muerte

Todos tenemos miedo a morir, pero no aprendemos a vivir.

Anónimo (s.f).

Para Samarel (1995) las principales características de la muerte, es que es: universal, natural, necesaria, cotidiana, indeterminable, única, definitiva, única y radical. En lo que respecta a la característica de que la muerte es universal se debe a que la muerte es la experiencia final de todos los organismos vivientes (Editorial Etecé, 2012).

La muerte es natural, porque es normal que suceda, los seres vivos están limitados en tiempo y espacio, pero también es necesaria, puesto que, contribuye al equilibrio de las especies y es parte del ciclo vital de vida (Samarel, 1995). Para Carl von Linneo (1707, citado en Klarseld y Revah, 2002), la muerte mantiene la justa proporción de las especies, pues, según Carl la sabiduría divina ha impuesto un orden natural el cual descansa sobre cuatro fenómenos relacionados: propagación, distribución geográfica, destrucción y conservación, por ello, todas las calamidades han sido instauradas para equilibrar nacimientos y muertes. Desde un punto de vista científico, la vida y la muerte logran un equilibrio autosustentable (Editorial Etecé, 2012).

Otra característica de la muerte es que es cotidiana, debido a que, se suscitan diariamente

en todo el mundo, al igual que indeterminable: es decir a pesar de la certeza de morir, hay incertidumbre del momento en el que aparecerá, pues, no hay tiempo ni edad predeterminada para ello (Samarel,1995).

Otra particularidad es que la muerte es un única, es decir, su concepción es personal, ya que, está influenciada por las etapas del desarrollo de la persona, el género, la personalidad, la forma de afrontamiento, el estado civil, la historia de vida de la persona en duelo, el estrato socioeconómico, las causas o circunstancias en las que sucede, las costumbres y las creencias religiosas o espirituales de la persona en duelo. (Sociedad Americana de Oncología Clínica, 2018)

Por último, las dos últimas características que menciona Samarel (1995) sobre la muerte es que es definitiva y radical, debido a que, no es posible volver a la vida. De esta manera para si no fuera por la muerte los organismos estarían sometidos a una competencia feroz por los recursos, o quizá ni siquiera habría vida en absoluto. Si bien la muerte es fuente de melancolías, angustias y tristezas, sin ella la vida carecería de sentido (Editorial Etecé, 2012).

4.3 Modelos que Explican la Muerte

Para Hernández (2006) el hecho de definir la muerte es mucho más complejo de lo que parece, debido a que, implica diversos ámbitos: médico, biológico, legal, social, religioso etc. los cuales se encuentran entrelazados de una forma compleja, intentando darle un sentido. En lo que respecta a esta tesis se abordará la concepción de la muerte desde cuatro principales modelos, modelo neurobiológico, modelo psicológico, modelo sociológico, y modelo antropológico.

4.3.1 Modelo Neurobiológico

Como se mencionó anteriormente la muerte es un proceso que involucra una serie de aspectos tanto biológicos, sociales como psicológicos los cuales son importante conocer para tener una aproximación más amplia sobre ella (Bustos,2013), por ello, en este apartado se buscará comprender a la muerte desde el punto de vista Neurobiológico.

La concepción de la muerte biológica consiste en la detención completa y definitiva, es decir irreversible de las funciones vitales, especialmente del cerebro, corazón y pulmones; después de ellos sigue la extinción de las unidades tisulares y celulares. La muerte opera, a nivel

de la célula, del órgano, del organismo y, en última instancia, de la persona en su unidad y especificidad (Louis-Vicent, s.f. citado en Castro, 2008).

Aunque parezca sencillo diferenciar la vida y la muerte, no siempre es clara esa línea divisoria, por ello, tantos debates entre médicos, filósofos y científicos sobre si se está muerto al encontrarse sumergido en un coma eterno, o si alguien está muerto cuando el corazón se le detiene durante unos instantes en una mesa de operaciones, quedando la pregunta ¿Cuándo comienza la muerte exactamente? (Editorial Etecé 2012). Ya que, muchas veces se cree que la muerte sólo llegará después de cierta edad, aunque no solo sea así, situación que describe August Weismann (1834-1914 citado en Klarseld y Revah, 2002) menciona que para llegar a lo que se le llama una “muerte normal” la edad es el indicador de diversos cambios en los tejidos.

Para el biólogo Nasif (2004), no se puede definir biológicamente a la muerte sin antes definir primero a la vida, pero para ésta, a su vez, no tiene una definición directa y es solo a partir de las observaciones directas e indirectas del estado térmico de las estructuras vivas, sobre las cuales el autor pudo definir que “la vida es la dilación en la difusión o dispersión espontánea de la energía interna de las biomoléculas hacia más microestados potenciales” (p.1). De esta manera, la muerte es “el estado de un biosistema termodinámico en el que éste no puede organizar autónomamente su energía interna, por haberse hecho dependiente de operadores externos y de procesos espontáneos”. (p.1), de esta forma explica que se puede caer en un error de interpretación cuando el cerebro del ser humano sobrevive aún cuando el cuerpo de la persona ha muerto, y desde la perspectiva estrictamente biológica, cuando cualquier biosistema es incapaz de manipular y obtener en autónomamente su energía tanto del entorno como interna su entidad está muerta.

Para comprender un poco mejor lo dicho anteriormente, se mencionará un controversial y real caso que plantea justamente Nasif (2004), en el que explica que las células HeLa (Henrietta Lacks), son generadoras de muchos conflictos filosóficos. Debido a que, si de una persona antes de morir, se le extraen diversas células, las células donantes biológicamente aún no han muerto, puesto que, cada célula HeLa viva, contiene un código genético, misma que puede ser

clonada, por lo que, la persona Henrietta Lacks regresaría de la muerte, quizás con una personalidad diferente, pero biológicamente idéntica a la Henrietta original.

Para Frutos *et al.* (2007) “para averiguar estrictamente lo que supone la muerte biológica hay que recurrir a la medicina, ya que, hoy en día, casi todo el mundo muere en manos de un médico, y no como alguien maliciosamente dice a manos de un médico” (p.5). Durante años, con la ausencia cardiorrespiratoria se decía que la persona había muerto (Bernat, 1992; Walker, 1981); sin embargo, con la creación del área de la terapia intensiva, a partir de la segunda mitad del presente siglo, fue posible suplir aquellas funciones reconocidas hasta ese momento como vitales, generando por automático una verdadera revolución en el concepto de la muerte, considerando la pérdida definitiva de funciones integradas en el encéfalo (Machado, 1992; Walker, 1981).

Según Trueba (2007) las causas de la muerte se han clasificado de muy manera práctica en dos grandes grupos fisiopatogénicos: muertes repentinas o inesperadas, y muertes terminales o esperables en el proceso final de la vida. La desestructuración del organismo y la muerte celular no ocurren al mismo tiempo, debido a que cada célula posee su propio ritmo de instauración, por lo que, el médico no puede certificar la muerte por un solo signo, aunque hay algunos signos que tienen mayor valor que otros, como la ausencia irreversible de latido cardiaco y de la respiración (aunque las maniobras de reanimación hicieron que las pérdidas de funciones vitales como la respiración y el latido cardiaco fueran reversibles), siendo éste, el primer modo de realizar el diagnóstico de muerte clínica en el final de la vida, del cual, el médico puede firmar el certificado de defunción, pues, desde el punto de vista legal, y social, se considera que la vida del paciente ha terminado. Ante la falta de función cardiaca y respiratoria, el cuerpo deja de recibir oxígeno (anoxia), generando muerte celular, y una destrucción por lisis (deterioro de la célula debido a una lesión de su membrana plasmica), siendo el cerebro el órgano más sensible, lo que lleva a un paro cardiorrespiratorio que genera la muerte total del encéfalo, provocando la pérdida irrecuperable de todo, es decir, es cuando se da, la muerte clínica.

4.3.2 Modelo Psicológico

En opinión de Metchnikoff (s.f., citado en Klarsfeld y Revah, 2002) la angustia por la muerte se debe a que muy poca gente alcanza lo que se considera el fin normal de su existencia con una vejez normal, pero para Erick Erikson (1982) existen ciertas etapas que solo pueden existir ante una resolución positiva y satisfactoria de los conflictos propios de cada fase, de tal manera que puedan enfrentarse a una muerte inevitable pero con un sentimiento de plenitud, paz e integridad en lugar de sentimientos de fracasos, horror y desesperación, puesto que, los adultos mayores que resuelven esta fase logran aceptar tanto lo que hicieron con su vida como su muerte inminente, a través de una revisión de su vida, así las personas que sienten que su vida ha tenido significado y que se han adaptado a sus pérdidas pueden estar mejor preparadas para enfrentar la muerte.

Por su parte, Jung (1999) en su libro taoísta chino *El secreto de la flor de oro*, menciona que

La muerte, en efecto, vista psicológicamente de manera correcta, no es un término sino una meta, por lo tanto, comienza la vida para la muerte tan pronto como se sobrepasa la altura del mediodía, la muerte como meta y, en analogía con la meta de la primera mitad de la vida, o sea, la generación y propagación, el medio de perpetuar la vida física, pone como objetivo de la existencia espiritual la generación y nacimiento simbólicos de un “cuerpo-hálito” psíquico (subtle body), que asegura la continuidad de la conciencia desligada. Es el nacimiento del hombre neumático, conocido desde la antigüedad por el europeo, quien busca empero alcanzarlo con símbolos y procedimientos mágicos completamente diferentes, con fe y conducta cristianas. También aquí nos hallamos otra vez sobre una base totalmente distinta a la del Este. (Jung, 1999, p.56)

De esta manera Jung (1972) concluye que en lo que respecta con los adultos mayores, la muerte es una amenaza para las consciencias de que se acerca un final total, e intentar evadirla

es una forma de alejarse de la vida, una huida de los propósitos naturales.

Según Lazarus y Folkman (1984), el miedo y la ansiedad a la muerte podrían deberse a estímulos ambientales, tales como la presencia de una enfermedad grave, ver morir a un ser querido, la visión del cadáver, la noticia del fallecimiento, o estímulos situacionales provocando una respuesta emocional condicionada a estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte de algún ser querido o incluso la propia muerte. De esta manera la forma de visualizar la muerte dependerá de varios estímulos, según las características de la persona, la forma de valorar y afrontar las situaciones que resulten amenazantes; el grado de control percibido (Fernández y Edo, 1994) y el apoyo social recibido.(Vachon, 1993).

Por otro lado, Papalia y Martorell (2017) explican en su libro *Desarrollo Humano* que no todos los seres humanos ven la muerte de la misma manera a lo largo de su existencia, esto depende del desarrollo cognoscitivo del individuo como del momento normativo o no normativo del evento. Los niños desde los cuatro años comienzan a tener una comprensión parcial de lo que sucede después de la muerte, pero es hasta los cinco y siete años que los niños entienden que la muerte es irreversible, universal, inevitable; y que todas las funciones de la vida terminan al morir, antes de esa edad los niños pueden creer que ciertos grupos de personas (como los maestros, los padres y los niños) no mueren, pues, creen que una persona lo bastante lista o afortunada puede evitar la muerte, y que ellos podrán vivir para siempre; también pueden creer que una persona muerta todavía puede pensar y sentir.

En cuanto los adolescentes, la forma como ellos ven a la muerte es como una situación alejada y se consideran inmortales, según Papalia y Martorell (2017) esta es la razón por la que los jóvenes realizan actividades que implican alto riesgo y se exponen a conductas peligrosas que pueden acabar con su vida, los adolescentes no suelen pensar mucho en la muerte. Las personas entre 20 y 40 años, no se consideran tan próximos a la muerte, y esto los hace pensar que eso se vivirá hasta la edad avanzada, por lo que no tiene importancia pensar en ello. En el caso de la edad adulta media que oscila entre los 40 a 65 años aproximadamente, las personas si comienzan a ver la inminencia de la muerte debido a las señales físicas que se comienzan a presentar

después de los cuarenta años, por lo que sus pensamientos se centran en cuántos años más les quedan para en que aprovecharlos y es después de la muerte de ambos padres, adquieren la conciencia de ser la generación mayor o la siguiente en la línea para morir.

McCue (1995) define que los adultos mayores pueden experimentar sentimientos encontrados acerca de la perspectiva de morir. Los quebrantos físicos, además de otros problemas y pérdidas de la vejez, pueden disminuir su gusto por la vida y su voluntad de vivir. Algunos adultos mayores, en especial después de los 70 años, desisten de alcanzar metas no satisfechas. Otros pueden esforzarse más para aprovechar el tiempo que les queda (Cicirelli, 2002).

El ser humano al enfrentarse a la muerte, pero en particular a la pérdida no es posible permanecer indiferente, y es entonces donde aparece el Duelo, que para O' Connor (2006) en su libro "*Déjalos ir con amor*" describe al duelo, como los cambios y reacciones físicas, emocionales, intelectuales, sociales y cognitivas.

Sensaciones afectivas. Es importante mencionar que los estados de ánimo pueden variar y manifestarse en diferentes intensidades. Y suele presentarse tristeza, apatía, frustración, abatimiento, angustia, ira, culpa, auto-reproche, soledad, fatiga, ansiedad, abandono, impotencia e indefensión, shock, emancipación y/o alivio fugaces y breves, anhelo, shock, insensibilidad, impotencia e indefensión (Cabodevilla, 2007).

Sensaciones fisiológicas. Vacío de estómago, opresión en el pecho o garganta, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, resequedad de boca, náuseas, vértigo, palpitaciones, taquicardia, trastornos del control de esfínteres, erupción cutánea, hipersensibilidad al ruido, quejas somáticas (FUNDASIL [Fundación Silencio], 2021).

Sensaciones conductuales. Trastornos del sueño y alimentos, aislamiento social, conducta distraída, aislamiento social, llorar, suspirar, sentido de presencia, buscar y hablar en voz alta, hiper-hipo actividad, llevar y atesorar objetos (Cabodevilla, 2007).

Sensaciones cognitivas. Sentido de presencia, preocupación, alucinaciones (visuales y/o auditivas) fugaces y breves, incredulidad e irrealidad, distorsiones cognitivas, dificultades de

concentración, atención y memoria, obsesión por recuperar la pérdida, pensamientos e imágenes recurrentes (FUNDASIL, 2021).

Sensaciones espirituales. Existe un replanteamiento de creencias, un cuestionamiento a la trascendencia sobre la vida y la muerte (Cabodevilla, 2007).

Limonero (1996) concluye que es ante la proximidad de la muerte o la muerte misma que se generan un amplio abanico de actitudes y emociones, pero las más frecuentes son: ansiedad, miedo y depresión. Pero para muchas personas el hecho de no conocer, cómo, cuándo, y dónde llegará su propia muerte les genera ansiedad (Kastenbaum y Aisenberg, 1972).

4.3.3 Modelo Sociológico

Para Caycedo (2007) desde el punto de vista filosófico, a la muerte se le ha considerado como un proceso social, en el que cada cultura maneja el problema de distinta manera, a causa de que, el miedo a la muerte ha sido uno de los grandes problemas existenciales que generan angustia en el ser humano.

Según De Miguel, (s.f) se le teme más a la muerte de los seres queridos que la muerte propia, pues, el ser humano suele vivir como si fuera inmortal, aun siendo la única especie que sabe que va a morir, pero incongruentemente y como se mencionó anteriormente se vive como si no se fuese a morir jamás, siendo la muerte es uno de los pocos aspectos sociales en los que la racionalidad se deja a un lado.

Según Hernández (2006) la forma en la que se representa a la muerte y el más allá depende de cada época y las creencias ligadas a ella, ordenadas a través de un sistema social. Pero no se puede hablar de muerte sin antes hablar de la búsqueda del sentido de trascendencia, de tal manera que la religión tiene un papel importante ante la búsqueda de un consuelo ante la muerte como un hecho inevitable, mismo que da también el significado a la propia muerte. Lara y Osorio (2014) concuerdan en que la muerte es una experiencia universal, aunque la forma en que el ser humano se relaciona con ello es sumamente diversa y singular, ya que, esto depende de cada época histórica y del contexto sociocultural.

Respecto a la religión y la muerte, Freud (1932-1936) afirmó que la religión es un poder

inmenso que dispone de las emociones del ser humano, por lo que la religión cumple principalmente tres funciones: la primera de ellas satisfacer la curiosidad natural del hombre para saber sobre el origen y la génesis del Universo, la segunda función es calmar la angustia ante las crueldades de la vida y el destino inevitable de la muerte, pues, sirve para consolar la desdicha y le asegura un buen final. Y por último expone reglas del cómo comportarse en la vida.

Según De Miguel (s.f) fue hasta el siglo XVIII cuando en occidente la muerte era un ritual organizado por la familia del moribundo, como un asunto privado (familiar) limitándose a profesionales de la salud en los hospitales. Actualmente la muerte (tanto propia como la de otros) es un tema tabú, por lo que, se vive retrasando a la muerte lo más que se pueda, se muere en soledad en el área de cuidados intensivos de un hospital (intubado, e inconsciente), y no en casa con los hijos. Contradictoriamente, antes, era en hospitales en donde morían los pobres y ahora es el lugar donde mueren los ricos. De esta forma, la muerte y el miedo a la muerte, es uno de los procesos sociales más relevantes desde el punto simbólico y cultural, en donde las personas no saben cómo actuar ante tal suceso, que conducta seguir con los seres queridos del difunto y como expresar sus emociones, ante tal experiencia, pareciera, que esta es la razón por la que el ser humano, ha creado ciertas organizaciones, como los hospitales, industria funeraria, e iglesias, con la finalidad de sobrellevar el proceso de morir y la disposición del cadáver.

4.3.4 Modelo Antropológico

Según Potter (1971) y Gutiérrez (2006) el concepto de la muerte ha ido variando conforme pasa el tiempo, según su cultura, su contexto, y su religión, los cuales varían según la época, y la creencia o no, de la vida después de la muerte, con la esperanza de un reencuentro con los seres queridos.

Para algunas culturas la muerte produce dolor, pesar, aflicción, llanto, vacío de esta manera, se celebra y festeja el tránsito que tiene el muerto porque se cree que pasará a una mejor vida (Ortiz y Laso, 2018).

El estudio de la muerte siempre ha estado ligado a la antropología desde sus inicios, comenzando con la relación entre los hombres, dioses y espíritus en búsqueda de lo que se

encuentra en el más allá, por ello, Duche (2012) propone tres grandes periodos. El primero comprende las teorías evolucionistas y las percepciones a finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, mientras que el segundo periodo, se ubica desde el estructuralismo hasta el gran apogeo de la antropología simbólica y por último el tercer periodo se enmarca en los años 90's y hasta la actualidad.

Respecto al primer período para evolucionistas del siglo XIX y según Tylor (1958) la muerte es un suceso más sobrenatural que real, esto se puede entender a través de la religión que profesa cada ser humano, pues, es de aquí donde surgen las ideas de la veneración de los muertos (desde el politeísmo al monoteísmo), la idea del “animismo” es decir que todo individuo posee un alma, esta idea permite al sobreviviente afirmar su creencia de que quien muere no necesariamente desaparece, pues, su ser querido seguirá permaneciendo vivo a través de las visiones y sueños. La muerte como un proceso social comparten roles para institucionalizar a la muerte como un ritual social, y para Malinowski (1926) la muerte es un elemento constitutivo de la vida humana por lo que se ha institucionalizado por un conjunto de normas sociales que permiten determinar el tipo de ritual, según el estatus e importancia del sujeto a quien el ritual mortuario acompaña, así como de las respectivas funciones y otorgamientos de los familiares y deudos.

Respecto al segundo período en los años 50's, Lévi-Strauss (1955) explica que al contrario de otras épocas la muerte no es un hecho meramente natural, ya que, esto significa considerar a la muerte como un proceso de reafirmamiento obligatorio y carente de significado personal de diversas prácticas sociales, la muerte está ligada a la vida cultural y social de todos los individuos, de sus creencias sobre el cultivo, la familia, la religión, los mitos, etc., por lo que, el proceso hacia la muerte es una etapa de reflexión propia pero dentro del grupo al que pertenece. Por ello, para Lévi-Strauss (1988) la muerte en las sociedades primitivas o cualquier sociedad en general no son estáticas.

Pero para Goody (1962), la forma en que los individuos enlazan sus creencias religiosas con las prácticas cotidianas, tienen relación con las ceremonias funerarias, pues, estas competen no sólo a la familia sino a todo el grupo social, lo que les permite a los seres humanos que son parte

de una familia, que al morir, la persona se convierte en un medio por el cual las disputas y los rencores acaban por apaciguarse y perdonarse, puesto, que socialmente la muerte es concebida como el momento para permanecer unidos y de encontrarse a sí mismos a través de los ancestros comunes, la muerte trae unión y memoria, no separación ni olvido.

Para los años 70's Geertz (2003) en sus famosos estudios sobre la religión encontró que la muerte posee diferentes consideraciones simbólicas que la representan "de manera que lo que un pueblo valora y lo que teme y odia están pintados en su cosmovisión, simbolizados en su religión y expresados en todo el estilo de vida de ese pueblo" (p.122), de tal forma que la muerte posee un mayor significado social que del propio muerto. Por ello, Harris y Eric (1987) describen como la muerte funge como regulador demográfico.

El tercer período que va a partir de los años 90's, fue estudiado por Scheper-Hughes (1997) quien sostiene que, al morir el hombre, muere también con él su espacio, su lugar, y a la inversa, por lo que para estudiar la muerte se debe considerar la historia y las condiciones que le dan sistema simbólico (muerte).

Por último, los científicos sociales, pero en especial los antropólogos han analizado bastante los rituales funerarios y han encontrado que los rituales fúnebres se realizan cada vez más en la intimidad (De Miguel, s.f). A lo que Gorer (1965) comenta que actualmente se habla de la muerte como un tabú, mayor incluso que el del sexo, que se representa de forma simbólica, pero poco realista.

4.4 Concepción de la Muerte en la Cultura Mexicana

Es importante recalcar que la forma de concebir a la muerte depende del país y a su vez de la región de la que estemos hablando, por ejemplo, en el caso de México, al ser un país multiverso cada región celebra el día de muertos de una manera diferente, y finalmente todos estos estados pertenecen a México. Sin embargo, en este apartado conoceremos la influencia de los pueblos de Mesoamérica y la influencia de la cultura occidental para tener ahora la cultura mexicana como resultado de la unión de estas dos grandes culturas que se vieron mezcladas a raíz de la conquista, que hace que la visión ante la muerte y la manera de vivir el duelo sean

diferentes a otros lugares.

Según Gómez (2011) las civilizaciones antiguas de Mesoamérica estaban relacionadas con el estudio de la astrología, lo que los llevó a ser culturas cosmológicas, por lo que los fenómenos naturales siempre los relacionaban con el universo y los rituales que se realizaban eran justamente para el universo, y su ideología respecto a la muerte era un medio para ascender al cosmos y generar un equilibrio en el universo, ya que, cuando alguien moría se pensaba que la sangre servía para el mantenimiento del mundo. Así construyeron un conjunto de creencias religiosas para explicar el origen y la estructura del cosmos, así como el papel que la humanidad juega en el mantenimiento del orden en esa realidad, esta creencia se veía reforzada con su religión que era politeísta en donde sus dioses de la muerte estaban representados por medio de una imagen de una calaca.

Justamente por la cultura que le antecede al mexicano surge posteriormente una ambivalencia respecto a la muerte en la que se visualiza como negativa cuando esta afecta a alguien cercano, pero indiferente cuando está lejana, además de que el mexicano genera burla ante ella en los días de muertos, (1 y 2 de noviembre) en los que la gente se disfraza de la muerte, y bromea a través de calaveritas y chistes muy característicos del mexicano (Gómez, 2011), pero esto no siempre fue así, tal como lo describe Octavio Paz en su libro *El laberinto de la soledad*:

Para los antiguos mexicanos la oposición entre muerte y vida no era tan absoluta como para nosotros. La vida se prolongaba en la muerte. Y a la inversa. La muerte no era el fin natural de la vida, sino la fase de un ciclo infinito. La vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico, que se repetía insaciablemente. La vida no tenía función más alta que desembocar en la muerte, su contrario y complemento; y la muerte, a su vez, no era un fin en sí; el hombre alimentaba con su muerte la voracidad de la vida, siempre insatisfecha (Paz, 1950, p. 21).

Sin duda, lo escrito por Octavio Paz (1950), describe la concepción del mexicano

prehispánico sobre la muerte; pero conoceremos a continuación como era el proceso de muerte para ellos, y quienes eran sus dioses en los que creían y permitían ver a la muerte como algo cercano, y entender porque Octavio Paz describió que “La vida se prolongaba en la muerte. Ya la inversa” (p.21).

Dentro de la visión prehispánica, el acto de morir era el comienzo de un viaje hacia el Mictlán, el reino de los muertos descarnados o inframundo, también llamado Xiomoayan, término que los españoles tradujeron como infierno. Este viaje duraba cuatro días. Al llegar a su destino, el viajero ofrecía obsequios a los señores del Mictlán: Mictlantecuhtli (señor de los muertos) y su compañera Mictecacíhuatl (señora de los moradores del recinto de los muertos). Estos lo enviaban a una de nueve regiones, donde el muerto permanecía un periodo de prueba de cuatro años antes de continuar su vida en el Mictlán y llegar así al último piso, que era el lugar de su eterno reposo, denominado “obsidiana de los muertos”. “Para los indígenas la muerte no tenía la connotación moral de la religión católica, en la cual la idea de infierno o paraíso significa castigo o premio; los antiguos mexicanos creían que el destino del alma del muerto estaba determinado por el tipo de muerte que había tenido y su comportamiento en vida.

Por citar algunos ejemplos, las personas muertas en combate, cautivos, sacrificados y las mujeres fallecidas durante el proceso del parto llegaban al paraíso del Sol (Omeyocan) regido por Huitzilopochtli (dios de la guerra), las almas de los que morían a causa de situaciones dadas por el agua, se dirigían al paraíso de Tláloc (Tlalocan), los niños muertos llegaban a un lugar especial llamado Chichihuacuauhco (donde se encontraba un árbol con gotas de leche, para que pudieran alimentarse), mientras que, los que morían de muerte natural se dirijan al Mictlán (Denis *et al.*, 2012).

Según el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes ([CONACULTA], 2006), para los mexicanos por una parte existe una fuerte devoción a la muerte misma que vive con la necesidad de sentir cerca a los seres queridos que se han marchado, a esa tentación de no dejarlos ir y la oportunidad de traerlos a la presencia terrenal es cada 2 de noviembre. Sin embargo, por una parte ven a la muerte como una festividad, un rito y una costumbre y por otra como una etapa que

les arranca a sus seres queridos, pero que ilógicamente también les da la oportunidad de reencontrarse en algún momento con ellos, durante las fechas del festejo de Día de Muertos, una tradición mexicana que fue constituida a través de sus antepasados, por ello, las calaveras son un símbolo mexicano más representativo de la muerte, mismas que fueron popularizadas por José Guadalupe Posada, durante la Revolución Mexicana de 1910. Hoy en día las calaveras son omnipresentes: se ven en piñatas, en el juego de la lotería, en juegos de ajedrez y en disfraces, representación con la que a la muerte se le ve como algo presente y normal, mas no se concientiza. En la cultura anglo protestante los fantasmas son figuras amenazantes que se aparecen para traer mensajes desagradables, pero en México son espíritus amables, incluso encantadores, y siempre están listos para ofrecer su consejo y se les da la bienvenida a los antepasados con música, baile y con deliciosos manjares.

El xoloitzcuintle, es un perro endémico de México que, para los mexicas y aztecas, la raíz del nombre viene de dos referencias, la primera hacía referencia al dios Xólotl, el cual que era una deidad relacionada con la muerte, por su parte, la palabra "itzcuintli" significa perro, es decir el perro de Xólotl. Para los mexicas el xoloitzcuintle era un acompañante y guía de los espíritus hacia el Mictlán (el mundo de los muertos) y para llegar a él se tenía que cruzar un río. Lo cual representa que ante la muerte no se viajaría solo, sino que se iría acompañado, realmente para los nativos de México antes de la conquista la muerte no era considerada un evento penoso o angustiante, al contrario, era parte de un sacrificio para adorar a sus dioses y la muerte era concebida como algo glorioso y más morir de esta manera, sin embargo, con la llegada de los españoles pasado el tiempo la forma de ver a la muerte se transformó en una visión dual (Villaseñor, 2013).

Los ritos funerarios y el duelo, reflejaban la sabiduría del pueblo mexicana, al utilizarlas como catarsis ante el vacío que dejan los seres queridos con su ausencia y así poder continuar con su vida con normalidad. A partir de la invasión española las tradiciones del pueblo mexicano se vieron estancadas, por nuevas ideologías y costumbres que fueron impuestas. Un mundo extraño y ajeno impactó en un mundo conocido y propio. Hoy, al pasar los siglos, los elementos sincréticos matizan la tradición y el pensamiento de México. De esta manera el mexicano se aferrará a una frívola,

pero también añorada alegría por la muerte. Por la necesidad de sentir cerca a los seres queridos que se han marchado, a esa tentación de no dejarlos ir y de sentir su cercanía en especial cada 2 de noviembre (Acuario Michin, 2020).

Otro simbolismo mexicano y relacionado con la muerte, son los famosos alebrijes, (animales, elaborados a base de cartón), que se elaboran de forma tradicional en Oaxaca, Los primeros alebrijes fueron creados por el artista Pedro Linares (1936), como resultado de una pesadilla a sus 30 años justo cuando enfermo, y soñó que animales híbridos y coloridos se aparecieron ante él en el transitar de un bosque, así, una vez recuperado, comenzó a elaborarlos y estos pronto se popularizaron. Así mismo dentro de los rituales que hacen los mexicanos para el Día de Muertos también está el tradicional altar que es adornado con la flor de cempasúchil, cuya creencia es que marca el camino que deben seguir los fallecidos desde el más allá. Pareciera que al darle tanto énfasis a la celebración de Día de muertos es una manera en que los mexicanos involucran a la muerte dentro de su cotidianidad, para quitarse el miedo a morir y morir con la esperanza de seguir teniendo contacto con sus seres queridos. Sin duda, alguna las tradiciones ancestrales de la cultura prehispánica y española aún siguen jugando un papel importante en la concepción del mexicano de la concepción de la muerte (CONACULTA, 2006).

Aunque, según Turu (2014) la concepción que ahora tiene el pueblo mexicano en pleno siglo XXI sobre la muerte es muy diferente al que tenía el mexicano prehispánico, ya que, los separa un gran lapso de tiempo, en donde sus costumbres y creencias han cambiado a gran medida. En donde, en esta actualidad ya no se concibe a la muerte con un significado de ser para agradar a otros dioses, debido a que, después de la conquista y con el paso del tiempo, el mexicano se convirtió en su mayoría católico y en donde prácticas como sacrificios humanos masivos eran rechazados, tanto que México en 2017 pasó a ser el 2do país a nivel mundial con más devotos católicos, según una lista que el Vaticano dio a conocer en Rome Reports (2017), lo cual tuvo un gran impacto en la concepción de la muerte, el proceso de morir y de los rituales que cada zona empleaba, pues, si bien es cierto en la zona centro de México suelen hacer rosarios empleando símbolos católicos (por ejemplo la cruz, las velas, el incienso), como símbolos prehispánicos

(como ponerle al difunto comida después de cada, o bien en combinación colocar una cruz de cal), en donde los rosarios solo se llevan a cabo por 9 días, por el contrario, en la zona sur (varía igual por regiones), llegan a hacerse estos rosarios hasta por 40 días; todo esto solo refleja la gran diversidad del mexicano que dependiendo la región lleva a cabo su ritual como una parte inicial de su proceso de duelo (Granados, 2019). Los rituales funerarios funcionan como terapia para los dolientes para poder despedirse, puesto que, les permite canalizar sus sentimientos (ira, dolor, impotencia, rabia) y de esta manera iniciar su proceso de duelo. (Gómez, 2011).

Como ya se ha señalado, la presencia de esta pandemia por COVID que enfrentamos actualmente, ha cambiado por completo la forma de celebrar rituales como los rosarios como parte de su proceso de duelo de los familiares, muy en particular de aquellas personas que fallecieron por COVID, ya que, como parte de un requisito en el sector salud, es que si el paciente ha fallecido a causa de este virus, tiene que ser incinerado, y en muchos casos, la familia, no ha podido despedirse físicamente de su ser querido, como el mexicano estaba acostumbrado a hacerlo antes de esta pandemia, sin duda, un impacto complejo en el mexicano al que se ha tenido que adaptar por esta circunstancia (Bousmaha, 2020).

Pero no solamente aquellos cuyos familiares o amigos murieron a causa del COVID, sino también cualquier otra persona que quizás por accidentes, otras enfermedades no relacionadas al COVID, o enfermedades naturales, en efecto el cuerpo de su familiar no tuvo que ser incinerado, pero si sus rituales tuvieron que añadir medidas de bioseguridad, y entre estos implicaba mantener su sana distancia (con sana distancia, se refiere a mantener un metro como mínimo de distancia entre una y otra persona), cuando en muchos casos conocidos y amigos expresan su sentir con un abrazo que significaba el apoyo emocional de la otra persona, a través de este contacto físico que ahora se les era negado, así como aquellos familiares que estaban lejos y no pudieron despedir a un padre, a una madre, e incluso a un hijo, etc. y su única forma de poder acompañar a la familia se convirtió en una modalidad virtual, propiamente en lugares con esta tecnología, ya que, en muchos otros lugares esta opción no era un recurso (Becerra y Becerra, 2020).

Durante este apartado se ha descrito cómo ha cambiado la concepción del mexicano

respecto a la muerte como un evento cercano y de gratitud a los dioses, aunque esto signifique la muerte, incluso de mujeres y niños; hasta la concepción de la muerte de una forma ambivalente, en la que por una parte de le teme, y por otra se hace fiesta a través de ella vistiéndonos de la muerte cada 31 de Octubre, 1 y 2 de Noviembre (Turu, 2014) en donde también en burla se hacen calaveritas, e incluso se ha retomado parte de la cultura estadounidense del Halloween (Granados, 2019) e incluso por la inseguridad que vive México, ante tantas muertes por secuestros, feminicidios, violencia intrafamiliar, riñas entre carteles, etc., la muerte ha pasado a ser una cosa de todos los días, no porque ha sido por muerte natural, sino por el contexto en el que México vive, y la sociedad ha perdido esta sensibilización ante la muerte del otro, que mientras está lejos no pasa nada, pero si ha sido en un familiar o persona cercana deja huella (Gómez, 2011). Pero ahora en este 2020, y los próximos años que afecte esta pandemia, la percepción de la muerte en el mexicano se verá afectada (Becerra y Becerra, 2020).

4.5 Definición de Duelo.

Las personas más bellas con las que me he encontrado son aquellas que han conocido la derrota, conocido el sufrimiento, conocido la lucha, conocido la pérdida, y han encontrado su forma de salir de las profundidades. La gente bella no surge de la nada.

Elisabeth Kübler-Ross

Según Neymeyer (1997) el término “duelo” viene del latín “dolium” que significa aflicción, o dolor, por lo tanto, el duelo es una reacción o una respuesta natural y esperada ante la pérdida de un objeto, un evento significativo o una persona, incluso la pérdida de algún vínculo afectivo, el cual incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, las duraciones del proceso del duelo dependerá de la dimensión y el significado que el doliente de a la pérdida.

Freud (1917) definió al duelo como el sufrimiento causado por la pérdida de un ser querido a raíz de la catexia sobre la persona que ha fallecido, por su parte, para autores como Kübler-Ross (1994) y Bowlby (2014) refieren que el duelo no se trata de una reacción emocional, sino, de un proceso sujeto a una serie de fases o momentos que el doliente debe atravesar para poder aceptar lo sucedido y finalmente adaptarse a dicho cambio. Para Worden (2018) el duelo es un proceso, que no está constituido por momentos que recaen sobre el doliente, sino que, por el

contrario, está sujeto a tareas que surgen a raíz de la pérdida mismas que deben ser asumidas de forma positiva y activa por el doliente para lograr un reajuste de su mundo.

Bucay (2003) describe al duelo como un proceso normal y doloroso ante una pérdida, en el que se buscará de forma normal una adaptación interna y externa al tener que enfrentar una nueva realidad, ya que, el proceso de la elaboración del duelo significa estar en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, reconocer su importancia y aprender a tolerar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia. Para Yauri (2005) el duelo simboliza un desequilibrio del estado de salud y el bienestar, por lo que se requiere de transitar un período en el que el doliente encuentre nuevamente un estado de equilibrio, el cual puede ser en un estadio de sano, o bien, patológico, dependiendo de varios aspectos importantes como son los siguientes: quién era la persona que murió, la naturaleza del apego, la fuerza y seguridad del apego, la ambivalencia en la relación, los conflictos con el fallecido, el tipo de muerte, variables de personalidad, variables sociales, u otros tipos de estrés simultáneo.

4.5.1 Duelo Normal

*“Las lágrimas más amargas derramadas sobre nuestras tumbas
son por las palabras nunca dichas y las obras inacabadas
Harriet Beecher Stowe (s.f)*

Para la APA (2010) el duelo normal es un “sentimiento de pérdida, en especial por la muerte de algún ser querido. La persona en duelo puede experimentar dolor y aflicción emocional” (p.152).

Diversos autores han identificado lo que se conoce como las etapas de duelo, Kubler-Ross (1969) propone cinco fases iniciando con la negación, la ira o enojo, negociación, depresión, y finalmente la aceptación final. Pero para George Engel (1836-1887) está la conmoción o incredulidad, el desarrollo de la conciencia de pérdida, restricción, resolución de la pérdida, idealización, y el resultado. Mientras que para Carl Nighswonger (1999) este proceso se divide en seis etapas: Shock, emoción, negociación, cognición, compromiso y terminación.

No existe un consenso entre los autores para estandarizar el número de estas etapas, en lo que respecta a la psiquiatra suiza norteamericana Elisabeth Kübler-Ross (1969) las etapas que propone son más conocidas debido a su estudio con pacientes moribundos y cuidados paliativos,

estas son cinco: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Mientras que el autor George Engel (s.f) causó polémica con su postura al considerar el duelo como una enfermedad, asociados con la pérdida del objeto: la reacción de lucha - huida lo que llamó como “fight-flight reaction” y el sistema de conservación retirada (the conservation-withdrawal system) (Montoya, 2012).

Tanto para Freud (1917) y Bowlby (2014), el duelo normal implica el reconocimiento de la realidad de la pérdida, para examinar esta realidad Freud propone retirar la libido del objeto perdido, mientras que para Bowlby el individuo concentra gran parte de su tiempo en intentos para recuperar lo perdido, finalmente el fracaso de este deseo lo llevará a reconocer la realidad de la pérdida y por ende a una reestructuración de las representaciones del mundo y del “self”.

Durante el proceso de duelo se presentan una serie de síntomas físicos y emocionales, los cuales contribuyen al bienestar psicológico de la persona, por mencionar algunos síntomas emocionales está: la ansiedad, depresión, insensibilidad, ira, confusión, reproche, tristeza, culpa, negación, miedo, irritabilidad, anhelo, soledad, alivio, y/o conmoción. También se presentan pensamientos negativos, tales como confusión, dificultad para concentrarse, incredulidad, alucinaciones o preocupación por lo que se perdió. Respecto a las sensaciones físicas se pueden presentar mareos, náuseas o malestar estomacal, cefalea, taquicardia, opresión o pesadez en la garganta o el pecho, fatiga, hiperventilación, falta de aliento, pérdida o aumento de peso; aunado a esto, las personas llegan a presentar ciertas conductas ante esta pérdida del ser querido como lo son episodios de llanto, actividad excesiva, irritabilidad o agresión, pérdida de energía, pérdida de interés en actividades agradables, inquietud o problemas para dormir (Tovar, 2004).

Los pensamientos generados por el doliente no se deben catalogar como “extraños” o “raros”, ya que, son resultado de una respuesta normal cognitiva ante la pérdida de un ser querido; aunque, es importante estar atento de lo que ya no es un duelo normal, y diferenciar el duelo individual, es decir, no todas las personas que están haciendo un duelo, experimentan las mismas reacciones, y menos en el mismo orden, por lo que es común repetir a algún síntoma o alguna de las etapas del duelo (Guillem *et al.*, s.f.).

4.5.2 Duelo Complicado

“Las lágrimas más amargas derramadas sobre nuestras tumbas son por las palabras nunca dichas y las obras inacabadas

Harriet Beecher Stowe (s.f)

Autores como Worden (2018) y Bowlby (2014), describen que si el doliente vive un proceso de aceptación a la pérdida de su ser querido y se ajusta a ella su salud no se verá afectada, por lo que solo es un factor de riesgo para la salud mental si se presenta como el fracaso o la incapacidad para afrontar el duelo.

Por su parte, el psiquiatra Lidenman (1944) experto en duelo, dio a conocer cinco reacciones por duelo complicado o lo que él llama “duelo no trabajado”: síntomas somáticos similares a los del difunto, culpa, pérdida de los patrones usuales de conducta, reacciones hostiles, y preocupación con la imagen de la persona muerta.

Mientras que para el connotado médico perteneciente a la corriente constructivista Robert A. Neimeyer (2014), considera que en el Duelo Complicado, debe existir la presencia de los siguientes síntomas: intensos sentimientos de culpa, provocados por cosas que hizo o dejó de hacer en el momento de la muerte de su ser querido, desesperanza extrema, sensación de estar atrapado (mantenida a lo largo de varios meses), ira incontrolada que solo provoca que sus amigos y seres queridos se distancian de él/ella, pensamientos suicidas cuya finalidad para el individuo es poder reunirse con su ser querido, incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana y abuso de drogas o alcohol con intención de olvidar el dolor de la pérdida.

El Duelo Complicado no aparece con un criterio estándar en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM 5, APA, 2013); sin embargo en la sección III dedicada a las afecciones que necesitan más estudio, aparece pero con el nombre de “Trastornos por Duelo Complejo Persistente”, aparece en esta sección con el objetivo de que posteriormente puedan incorporarse de forma estándar en el DSM 5 (APA, 2013, p.789), los criterios que en este trastorno se proponen son para personas con un duelo visto como trastorno, más allá de un duelo complicado, y se describen a continuación:

Criterio A: el individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.

Criterio B: Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, persistente durante al menos un periodo de 12 meses para los adultos en duelo y para los niños en duelo, seis meses.

1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido. En los niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación, y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apego.
2. Malestar y pena intensos como respuesta a la muerte.
3. Preocupación en relación al fallecido.
4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.

Criterio C: Desde la muerte, al menos seis de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo y persistente durante al menos 12 meses en el caso de los adultos en duelo y seis meses para niños en duelo:

Malestar reactivo a la muerte:

1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los infantes depende de la etapa de desarrollo del niño para poder comprender el significado de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
3. Dificultad para recordar de manera positiva al fallecido.
4. Amargura o rabia en relación a la pérdida
5. Valoraciones desadaptativas propias en relación a la muerte del fallecido o directamente con el fallecido (p. ej. Auto-inculparse)

Alteración social/de la identidad

1. Deseos de morir para poder estar con el fallecido

2. Dificultades para confiar en las personas desde el fallecimiento
3. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte
4. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que no puede funcionar sin el fallecido.
5. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej. Sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido)
6. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej. Amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida.

Criterio D: La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en las áreas sociales, laborales u otras áreas del funcionamiento.

Criterio E: La reacción de duelo es desproporcionada e inconsistente con las normas culturales, religiosas o apropiadas con la edad.

Especificar si: Con duelo traumático: Duelo debido a un homicidio, o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte (que a menudo aparecen en respuesta a recordatorios de la pérdida), incluyendo los últimos momentos del fallecido, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes, o la naturaleza maliciosa o intencionada del fallecimiento (DSM 5, APA, 2013, p.789).

4.6 Modelos que Explican el Duelo ante la Muerte

A lo largo de este apartado se mencionan diversos modelos a partir de los cuales se explica cómo se concibe el duelo ante la muerte para cada modelo, ya que, un duelo puede darse por diversas situaciones, como la pérdida de trabajo, la ruptura de una relación de noviazgo, entre otros, sin embargo, la variable que nos interesa para la realización de esta investigación de tesis, es la de duelo ante la muerte, es por ello, que en otro apartado se hablará específicamente del duelo ante la muerte por COVID-19.

4.6.1 Modelo Biológico

Guillem *et al.* (s.f) menciona que para los autores influidos por las teorías del estrés y por las teorías evolucionistas, el duelo se considera como una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, de esta manera el estrés supondrá la activación fisiológica y cognitiva, así como la preparación del organismo para una intensa actividad motora. Por su parte, Engel (1962 citado en Guillem *et al.*, s.f) entendía al duelo como un hecho de máximo estrés biológico que produciría una activación simultánea del sistema de ataque y huida y del de autoconservación-abandono. Primero se activará el paradigma del modelo biológico de la ansiedad (ataque y huida), lo que llevaría a la persona a sufrir sentimientos de ansiedad, intranquilidad psicomotriz y rabia irracional, después de ello se activará el sistema de autoconservación-abandono que podría verse como el modelo biológico de la depresión, provocando apatía, dificultad de concentración y aislamiento social, en el que ya con los dos sistemas activos durante el proceso de duelo se generará un cúmulo de sentimientos y reacciones contradictorios.

4.6.2 Modelo Constructivista.

El constructivismo es una corriente psicológica que describe que nuestro mundo es el resultado de las interacciones humanas en conjunto con estímulos sociales y naturales que surgen a través de operaciones mentales como una función adaptativa (Zumaya y Zurita, 2012). Para Neimeyer (2014) es la forma en que mantenemos relaciones la que hará que se conciba el proceso de muerte y duelo, por ello, para él los nuevos modelos sobre apego, afrontamiento y el sentido de la reconstrucción pueden ser más científicamente válidos y útiles que los modelos más antiguos de la pena, como la serie de "fases" de la regulación emocional.

Para el modelo constructivista el hecho de dar significado a la pérdida y a la reconstrucción incluye la capacidad de retener a la imagen del muerto a través de la empatía con otros y la adaptación al duelo en sentido narrativo, es decir narrar eventos de la vida a nosotros mismos y a otras personas, historia del evento como un suceso de la propia vida (Neimeyer, 2014).

4.6.3 Modelo Psicoanalítico.

Si bien el modelo constructivista recoloca emocionalmente al fallecido para poder continuar viviendo (Neimeyer, 2014) como una forma trascendental para mantener un vínculo con lo que se pierde o murió y que ahora ha formado parte de nuestra vida, para el modelo psicoanalítico se debe descubrir un sentido al sufrimiento, sin negar que existió una relación, un apego, y sin perder el sentimiento de identidad, para que el amor permanezca en la persona, y pueda tanto re-dibujar la imagen de sí misma como transferir el amor a otros (Juri y Morrone, 2012).

Trabajo del duelo. Sigmund Freud (1856 –1939). Propuso el término “Trabajo del duelo”, de esta manera fue el primero en proponer la primera teoría intrapsíquica de la aflicción sobre duelo (Zumaya y Zurita, 2012), en esta teoría se establece que cuando uno ama se apega al objeto amado por lo que “deposita su libido” en la persona que ama. Así cuando una persona tiene apego con una persona y cuando ésta se va, el apego por esa persona continúa.

En opinión de Freud (1917) en su famoso ensayo “*Duelo y Melancolía*” el origen del duelo es a raíz de la ruptura de relación con algo o alguien con quien se mantuvo algún tipo de vínculo y en el que existe una pérdida del objeto, lo que implica un proceso doloroso, y cuya finalidad del psicoanálisis será romper la unión que existiera entre el sujeto (deudo) y el fallecido (objeto), pero para ello él creía que era necesario dejar pasar un cierto tiempo, antes de sentir el mandato de la realidad, pues, esta devolvería al Yo la libertad de su libido, que podría así desligarse del objeto perdido y dirigirse a otro objeto.

De esta manera Freud (1917) no consideraba que fuera la pérdida en sí lo que produjera todos los síntomas del duelo, sino que la intensidad de éste dependería de la importancia que tiene para el sujeto el objeto.

Teoría del apego. Por otra parte se encuentra la “Teoría del Apego” teoría creada por el psicoanalista inglés John Bowlby en 1980, quien estudió en los años 40s y 50s observó la relación entre madre e hijo en el que los niños pasan por fases de protesta, ira, enojo, aislamiento, tristeza y abatimiento, si bien el adulto afronta el duelo de manera distinta, posteriormente él examinó el proceso de duelo a través del marco conceptual de su teoría y dedicó su trilogía “*Apego y pérdida*”

en el que encontró a diferencia de Freud que el duelo es compatible con la permanencia afectiva de la persona perdida, misma que se da a través un ritual, un objeto, una foto o una palabra al muerto y no necesariamente el hecho de tener que cortar con el apego (Bowlby, 2014).

Bajo una mirada psicoanalítica Bowlby (2014) y el psiquiatra Parkes (1998) deducen que las Fases de Duelo en el adulto dependen de la personalidad de cada individuo, y de los límites difusos y oscilantes entre sí, la primera fase para ellos es el breve periodo de aturdimiento o shock en el momento de recibir la noticia, en el que por tal motivo hay un rechazo a la noticia y un bloqueo afectivo, después del llanto o angustia, surge la ira o un ataque de pánico, sin embargo, este aturdimiento debe ser visto como adaptativo cuando actúa como barrera psicológica y física al dolor inmediato, y permite al deudo realizar sus rituales de despedida, contrario al Duelo Patológico, en el que, aparecen sueños angustiosos o malestar físico y un extenso y mayor tiempo del entumecimiento emocional.

La fase dos corresponde al anhelo y la búsqueda de la persona querida en el que en medio del dolor se incrementan los anhelos conscientes e inconscientes de un reencuentro con el muerto. Es importante mencionar que los autores refieren que se torna patológico cuando se prolongan los anhelos del reencuentro con la persona perdida y se recrea de forma anormal lo que ellos llamaron "museos familiares". Respecto a la fase caracterizada por desorganización y desesperanza (tarda meses) es considerada una etapa complicada en el que se reconoce que el comportamiento de búsqueda no tiene sentido y el enojo pierde potencia, predominan sentimiento de apatía y desesperanza, por lo que el deudo se ve forzado a aceptar un cambio en su mundo, como un intento de sobrevivir. Por último, la fase cuatro es de mayor menor reorganización, en el que finalmente el deudo admite que las cosas han cambiado, cuando se abandonan las viejas suposiciones, se redefinen los modelos y las figuras de apego, es hasta entonces cuando se acepta que su vida no será igual, pero en la que se incluya la ausencia de la persona perdida, lo que lleva a enfrentar un nuevo cambio de identidad, creando a su vez planes para el futuro (Bowlby, 2014; Parkes 1998).

Los discípulos de Bowlby, particularmente Mary Ainsworth determinaron en las personas

tres tipos de apego: apego seguro o balanceado 60%, apego inseguro o coercitivo 30% y apego evitativo 10%, aunque difícilmente se encontró un tipo de apego (Zumaya y Zurita, 2012), en base a estos tres tipos de apego y el grado de satisfacción respecto a la relación de apego será lo que harán las diferencias en los procesos de duelo (Pérez, 2011). El estudio del apego para los psicoanalistas es muy importante, ya que, de ello depende la intensidad, duración y calidad de la relación entre el ser querido y el doliente, la calidad y destino de las relaciones de apego que el sujeto ha presentado durante su vida temporal, los mecanismos de defensa que el sujeto utilice ante situaciones de pérdida, y la persistencia del apego interior, la cual tiene especial importancia en la fase 4, la cual cumple una función acompañante para continuar con ese cariño pero ahora de una manera diferente (Juri y Morrone, 2012).

En conclusión, para la Teoría Psicoanalítica, la muerte de un ser querido, afecta el mundo personal constituido por tres grandes dimensiones: la realidad, el sentido de vida y la personalidad, por lo que se tiene que reconstruir el mundo destruido y para recuperar la confianza se requiere enfrentarse con la Desorganización y la Adaptación en un entorno en donde ya no está el ser querido según las fases del duelo del adulto planteados por J. Bowlby (2014).

Modelo de sentimiento de pérdida. Por otro lado desde la posición de Rubín (1984) en su modelo de sentimiento de pérdida (bereavement) explica que la adaptación durante el duelo se genera entre dos “áreas” simultáneas: una del Funcionamiento Biopsicosocial, “la parte visible del Iceberg” (síntomas, relaciones familiares, autoestima, trabajo) y la otra “lo profundo” que es como nos relacionamos con el ser querido perdido (nuestro recuerdo, grado de aceptación de su deceso o idealización del proceso de pérdida), lo que lleva a dirigir la atención hacia aquel bloque que no vemos y que es en el que ocurren generalmente los desórdenes o dificultades particulares del duelo.

4.6.4 Modelo Cognitivo-Conductual

Guillem *et al.* (s.f) describe que para el modelo conductual la pérdida de algún ser querido significativo causaría una modificación en las conductas de los dolientes, así como un cambio en los constructos personales, lo que por ende tendría un impacto en sus futuras relaciones con

los demás. Respecto a este modelo, es importante la valoración que el sujeto hace sobre sí mismo, es decir lo que se pone en tela de juicio en el duelo, no son las creencias sobre la realidad sino las hipótesis cognitivas sobre la propia persona.

Pero para Barreto y Soler (2007) la teoría cognitiva establece que los sujetos construyen la realidad y el significado a partir de sus propias vivencias, siendo las conductas y las emociones el resultado de los pensamientos generados por los sujetos. En cuanto al malestar emocional este se generará después de la realización de una distorsión cognitiva lo que como consecuencia genera cambios significativos en la conducta. En cuanto al duelo, el paciente logra elaborar o superar este proceso mediante la resignificación de la pérdida, con la ayuda de un profesional que le ayudará a identificar estas distorsiones cognitivas, trabajarlas y mediante la aplicación de diferentes técnicas llegará a obtener de manera gradual un significado favorable para la situación que vivió.

4.6.5 Modelo de la Psicología Positiva

George Bonanno (s.f) profesor de psicología clínica, investigador en el campo del duelo y el trauma, en Estados Unidos plasmó en su libro *“El Otro Lado de la Tristeza”* estudios de personas que habían podido superar sus duelos de una manera satisfactoria, demostrando que la capacidad de Resiliencia (Zumaya y Zurita, 2012), desde la década de los 70s, la Psicología Positiva, reconoce que la Resiliencia depende, de ciertas características de personalidad, pues, ante la muerte puede tomarse una actitud Nostalgica tóxica, con la que se generan sentimientos que destruyen la vida viviendo como presente una herida del pasado, con culpabilidad, resentimiento, rencor, odio y deseo de venganza, o bien, tomarse con una Nostalgica Tónica en el que se vive con añoranza por un recuerdo pero transformándonos (Rivas Lacayo, nov. 2012), es por eso que ante un duelo, la psicología positivista sugiere estrategias resilientes, como lo es asumir la verdad, dejar el pasado, no reclamarle al fallecido algo que no se puede cambiar e incluir así el perdón, generar una red de vínculos en conjunto al intentar controlar los pensamiento pesimistas, recordar lo grato, celebrar la vida, en el que los recuerdos son fuente de alegría, conversar o escribir con gratitud y/u oración, meditación o fe, como un puente de trascendencia (Rivas, 2007).

4.6.6 Modelos de Duelo como Enfermedad

Según Erich Lindemann (1944, citado en Guillem *et al.*, s.f) quien fue el primero en demostrar y describir la sintomatología física y mental del duelo agudo, cuya evolución podría presentar cambios por experiencias previas del duelo o el tipo de pérdida. Para ello describió las características del duelo normal en el que describe que es normal algún tipo de malestar somático o corporal, la preocupación por la imagen del fallecido, la culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte, las reacciones hostiles y la incapacidad para continuar con su vida como anterior a la pérdida y el desarrollar rasgos del fallecido en su propia conducta, sin embargo, cuando estos se exageran deja de ser un duelo normal.

George Engel, un psiquiatra inglés (1964), hizo una comparación entre la fisiología de una herida física y el duelo para explicar cómo en algunas personas podría existir algunas secuelas leves y en otros una alteración permanente de sus funciones, es decir algunos individuos curarían por completo su duelo mientras que otros quedarían con alteraciones. Guillem *et al.*, (s.f) es concluyente al mencionar que en realidad, muy pocas personas consideran a el duelo como una enfermedad, aunque es importante mencionar que en ocasiones el duelo se asocia con el inicio de una o varias enfermedades (psíquicas o físicas), por ello, fue que hasta la aparición del DSM 5, en el que se coloca en la sección III sobre afecciones que necesitan estudio, tratando al duelo como un trastorno, ya que, tal como lo menciona Guillem *et al.*, (s.f) antes del año 2013, el DSM-4 (1998) dedicaba poca atención al tema.

Guillem *et al.* (s.f) señala que:

Para la CIE-10 el duelo no es admitido como entidad característica, y si queremos definir un proceso de duelo, debemos referirnos al apartado de los trastornos adaptativos breves, si el periodo de tiempo desde el fallecimiento es inferior a 6 meses, o prolongados, si dura hasta 2 años. Si después de este tiempo persisten síntomas habrá que recurrir a clasificar el proceso dentro de los trastornos correspondientes. Sin embargo, recientemente, el DSM-4 ha introducido un apartado específico sobre el duelo normal, reconociéndose como una entidad con características propias. Define el duelo

como una reacción a la muerte de una persona querida, afirmando que en muchos casos se confunde con una reacción depresiva mayor, recomendando hacer este diagnóstico en caso de que los síntomas persisten más de 2 meses después de la pérdida. Por lo tanto, de forma general podemos afirmar que el duelo suele interpretarse como una reacción o trastorno menor de carácter adaptativo, o a la sumo de depresión reactiva, sin entender que es una entidad con características propias, que la independizan con claridad de otras reacciones afectivas, y que el riesgo reside en una evolución patológica hacia otras entidades morbosas. (Guillem *et al.*, s.f, p, 66)

4.6.7 Otros modelos

Modelo de Elizabeth Kübler-Ross. Fue la primera psiquiatra en iniciar con el trabajo tanatológico a través de una investigación por medio de técnicas de observación y entrevista, con la intención de aprender directamente de ellos (Bravo, 2016).

Kresler (2016), describe cómo Elizabeth Kübler-Ross describe cinco fases por las que se transita durante el duelo: negación, ira, negociación, depresión, aceptación; el primero de ellos es la negación, el cual funciona como un mecanismo de defensa que permite al individuo soportar los hechos como una respuesta temporal, sin embargo, es importante mencionar que dicha fase la propuso Kübler-Ross por primera vez su libro *Sobre la muerte y los moribundos*, (1969) en el que se centraba en la persona que se encontraba agonizando, pero dicha perspectiva la cambio en su libro *Sobre el duelo y el dolor* (2005) hacia la persona que atraviesa por un duelo por la pérdida de un ser querido. La etapa de la negación es normal durante este proceso (pero si esta etapa perdura puede ser perjudicial) y suele ser más literal que simbólica, es decir esto no significa que las personas no sepan que sus seres queridos han muerto, sino que no puedan creerlo, ni puedan entender cómo es que ya no están con ellos.

La etapa dos que propone Kübler-Ross (1969) es la ira, si bien la emoción del enojo está presente durante todo el proceso de duelo, éste adquiere un mayor protagonismo relacionado ahora con su ser querido fallecido, a amigos, familiares, objetos inanimados, personas extrañas incluso con ellos mismos, es por ello, que en esta etapa es importante que los amigos y familiares

del doliente permitan expresar su ira sin juzgarlo, ya que, este enojo es temporal y necesario. Posteriormente se encuentra la fase de la negociación misma que puede ocurrir antes (por enfermedad terminal) o después de la pérdida, en el que el doliente hace un trato con la vida o un ser supremo para poder continuar con su vida, como una forma de encontrar alguna manera de aliviar su dolor. La cuarta etapa es la depresión, en esta etapa el doliente comienza a comprender la certeza de la muerte, pero tiende aislarse socialmente. Finalmente, la última etapa es la aceptación en la que el doliente comprende en su realidad que su ser querido ya no está físicamente. Sin embargo, a pesar de que estas etapas poseen dicho orden no necesariamente se cumplen así, pues, se puede recaer e iniciar nuevamente.

Modelo del proceso dual (DPM). El Modelo del Proceso Dual de Stroebe y Schut (1999) hace referencia al proceso pendular en el que oscila el doliente entre la Ubicación de Pérdida (introducción a la pena, sentimientos) y la Disposición a la Restauración (el mundo exterior que jala a la vida diaria, a explorar nuevos roles, la distracción de la pena a partir de hacer nuevas cosas, el poner distancia), dicho modelo permite entender la posición del doliente y su reorientación.

4.7 Aspectos Espirituales Relacionados con el Proceso de Morir

El sufrimiento espiritual aparece por la pérdida del sentido y el significado de la vida, y se refleja en el dolor espiritual, pues, existe el sufrimiento físico, mental y espiritual, y este último es tan perturbador como el físico y en ocasiones menos tolerable, pues, al necesitar un motivo para vivir de forma paralela se construye un sentido para lograr un afrontamiento ante la idea de la muerte. La capacidad del ser humano de reconocer que solo *estamos de paso*, es de alguna manera bloqueada para vivir día con día, desterrado a la muerte, por lo que se valora más la inmortalidad, la juventud, la salud, ocultando y negando a la muerte. La inmortalidad se afianza gracias a los recursos tecnológicos que han logrado aumentar la esperanza de vida de las personas, hacen crecer la fe en la ciencia y esto solo genera problemas complejos mediante la enfermedad y la muerte, con un aumento del sufrimiento espiritual y físico, que hace normal la deshumanización de la muerte en los hospitales, del tratamiento terapéutico o incluso la

eutanasia (aunque cabe resaltar que en México su práctica es ilegal) (Rodríguez, 2011).

Los seres humanos a lo largo de su vida están en una búsqueda de sentido, buscando explicaciones aceptables, incluso están en búsqueda de encontrar alguien o algo que les dé respuesta a sus preguntas, por ello, para autores como Bertanchini *et al.* (2006) comentan que la espiritualidad es un soplo de vida.

Para Cabodevilla (2001), los enfermos presentan una serie de necesidades especiales en los que está la reconciliación con la propia vida, la necesidad de ser reconocido como persona, y la búsqueda de la trascendencia como una esperanza. Tal como lo describe Rodríguez (2011): “En el sufrimiento, el miedo de morir, de sufrir, da dolor, hace que el ser humano sea capaz de desvelar el sentido de su existencia, pues, la angustia frente al sufrimiento y la muerte le impulsará a la vida” (p.1). De esta manera estas necesidades son satisfechas por medio de los aspectos espirituales (Lunn, 2003).

Es importante que el personal de salud sea consciente de la importancia de satisfacer las necesidades espirituales en momentos vulnerabilidad, de inquietud y angustia, puesto que, ante la idea de la muerte se produce una lucha dolorosa para la cual el ser humano no se está plenamente preparado (Sancho, 1999).

4.8 Rituales de Despedida ante la Muerte

Las pérdidas más contundentes que puede vivir un ser humano es la muerte de un ser querido e incluso saber sobre la próxima muerte propia, pues, estas cambian radicalmentela vida de quienes se quedan con el dolor que significa la pérdida (Gómez, 2007; Grau *et al.*, 2015).

De esta manera los rituales son muestra de que la muerte es quizás socialmente la pérdida con mayor reconocimiento social; estos rituales de despedida varían de acuerdo al lugar (Tovar, 2004).

Baudouin (1995), enfatiza que algunas costumbres han cambiado en muchos lugares, ya que, una vez que sucedía la muerte los familiares exponían en un ataúd al difunto durante

varios días en el domicilio de este, pero con el paso del tiempo va siendo más común acudir a una agencia funeraria, principalmente en las ciudades, anteriormente también era más común que la población murieran en su casa más no en los hospitales, actualmente se maquilla el cadáver para darle una mejor apariencia, y para hacer creer que la persona ahora duerme como una forma de reducir el impacto que genera la muerte. Gómez (2007) y Grau *et al.*, (2015), coinciden con esta acción y hoy en día la muerte para la sociedad ha quedado oculta, con ausencia de ritos y creencias, y la sensación de discontinuidad y ausencia se mantienen.

De esta manera el proceso de duelo está adquiriendo una nueva connotación en la cultura occidental, tan informatizada y moderna, buscando ahora rendirle homenaje al ser querido, el reencontrarse con él, instaurar una forma de recuerdo, con la finalidad de cerrar pendientes, y poder rememorar sin sufrir (Gómez, 2007; Grau *et al.*, 2015). El duelo es un proceso que todos debemos atravesar y algo que preocupa a todos (García-Viniegras *et al.*, 2014).

Pese a todos estos cambios en nuestra cultura la manifestación externa del duelo es el luto, como una expresión cultural y social, el duelo como una vivencia dramática de la muerte, y el luto codifica la pena, reglamentándola, poniéndole un fin temporal e imponiéndose a los sobrevivientes. Esto ayuda a los dolientes a rendirle tributo, acompañar a los difuntos, e intentar ayudarlo a llegar al más allá. Incluso la sociedad, se encarga de las relaciones del doliente con el muerto, según sus creencias, ritos o prohibiciones, desde las peticiones de misas hasta la negativa de las personas cercanas de que se encarguen de trámites. Para las sociedades modernas la decadencia de los sistemas rituales puede ser muy perjudicial, porque se suele impedir la escenificación del duelo, lo que dificulta también el consuelo de los amigos y de la sociedad en general, así como del reconocimiento de la pérdida al público (Gómez, 2007; Grau *et al.*, 2015).

La familia y las personas cercanas participan en rituales de despedida como parte de su cultura, su religión, sus tradiciones familiares o de su comunidad (velorios, funerales o

servicios religiosos,). Estas actividades sirven de apoyo a la gente para superar los primeros días después de posteriores la muerte y poder honrar así a la persona que murió. La gente cercana de esta manera puede pasar algún tiempo reunida compartiendo recuerdos de la persona que falleció, suelen llevar alimentos, tarjetas y visitar al inicio de forma frecuente, pero en algunos casos, cuando acaban los rituales asociados con el duelo, las personas pueden sentir que ya debieron de haber superado la pérdida porque ahora todo parece haber vuelto a la normalidad. (Valencia, 2003). Lo que Roccatagliata (2000) describe como que “Los amigos que nos habían acompañado masivamente en los primeros tiempos, discretamente desaparecieron. Sólo quedaba la familia y algunos amigos íntimos” (p. 30). Cuando la gente que está de duelo regresa a sus actividades normales, puede resultar difícil entregarse de lleno a las tareas de todos los días, sin embargo, es natural seguir teniendo sentimientos durante un tiempo (Valencia, 2003). Como lo menciona Jampolsky, (1999) “No existe un libreto sobre el modo como una persona debe llevar luto o enfrentar la muerte” (p. 91).

4.8.1 Beneficios de los Rituales de Despedida

Los rituales son diversos y complejos, que dependen de la región del país en donde se desarrollen (Tovar, 2004), así como la concepción sobre el duelo y la muerte, pues, es la muerte quien representa y reestructura los valores de la sociedad, da una explicación a la vida, misma cuya interpretación es tan diversa como lo son los seres humanos (Gómez, 2007). En la cultura mexicana los rituales de despedida son de gran importancia en el proceso de elaboración y aceptación de la pérdida de algún ser querido, en opinión de Pastor (2021) es de alguna manera como si los dolientes tuvieran la necesidad de ver y participar en los rituales de despedida para así iniciar el proceso del duelo, ya que, esto los ayuda a situarse en la realidad a pesar de que traten de negarlo, de lo contrario la mente se aferrará de manera continua a fantasías.

Pérez (2011) al decir que los rituales en relación a la muerte tienen el propósito de consolar a los dolientes y brindarles apoyo social, mientras que para Gómez (2007) estos rituales, cumplen con dos funciones principales: integrar en el grupo la pérdida y ayudar a comprenderla en quienes ocupan el papel de doliente.

Cabe mencionar, que hay circunstancias que impiden a los dolientes llevar a cabo un ritual de despedida (un velorio, un funeral o un entierro), por ejemplo cuando el doliente se encuentra en un país diferente al de su ser querido, cuando fallece un bebé, actualmente por COVID-19, o simplemente cuando el doliente desea realizar un ritual especial de despedida (Pastor,2021). Esto ocasiona que se dificulte el proceso de despedida y la elaboración del duelo, lo que hace una difícil aceptación de la pérdida y puede ocasionar un duelo complicado.

En opinión de Tovar (2004), aun cuando algunos los rituales de despedida tienen el objetivo de dar consuelo al doliente e incrementar el bienestar de los deudos, menciona que en su opinión es insuficiente el apoyo y el tiempo dedicados para la aceptación de la pérdida que al terminar estos obtienen un regreso a la cotidianidad de forma casi inmediata.

En estos tiempos de pandemia por COVID-19 la repentina pérdida del ser amado y la imposibilidad de rituales de despedida hace que la gente no tenga la oportunidad de la complicidad, comunión, conexión con lo sagrado e iniciar un proceso necesario de desprendimiento; dichos rituales de despedida/homenaje al ser querido es un bonito gesto social que además de eso es benéfico para la salud mental, ya que, permite a las personas hacerlas paces y reconciliarse con vida (Souza y Souza, 2019). En el que es esencial compartir el dolor y recibir apoyo social después la muerte de un ser querido (Franqueira, 2019). Las restricciones en los rituales de despedida favorecen la aparición de factores de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado o en su caso maximizar las dificultades para elaborar un duelo normal (De Olivera *et al.*, 2020). El hecho de brindar un significado a la muerte, especialmente en una situación excepcional e inesperada es considerado un factor protector contra el duelo complicado. Algunos miembros de la familia son consolados ante la creencia de que la muerte del ser querido tuvo un propósito mayor, esta acción puede proporcionar alivio ante la experiencia de la muerte, estos aspectos ayudan a minimizar factores de un duelo complicado y niveles menores de estrés (Bekkering y Woodgate, 2021).

4.9 Factores Asociados al Duelo Normal y al Duelo Patológico.

El duelo es un proceso individual, único, temporal y activo (IMT, 2011), por lo que para cada persona se manifestará en forma diferente y estará influenciado por factores importantes como: la edad tanto del difunto y de los seres queridos, la madurez, la personalidad, la expresión del género y antecedentes del doliente (historia de salud psiquiátrica y orgánica); tipo de pérdida y las circunstancias en la que esta se dio, nivel de apego del doliente con el difunto, lazos familiares, situación económica, disponibilidad de apoyo de la comunidad, creencias religiosas y cultura (Alvarado, 2012).

Así como existen factores asociados también existen factores de riesgo para un Duelo Complicado, en el que Neimeyer y Worden (2012) propone tres tipos: los que conciernen a la familia, aquellos que están relacionados con la muerte, y otros tantos con el último tratamiento. En lo que respecta con los concernientes a la familia, estos factores tendrán que ver con la relación cercana con el fallecido, pues, mientras más cercana es la relación, es mayor el dolor de la pérdida (por ejemplo, la pérdida de un esposo, hijos o mejores amigos), otro factor son las pérdidas femeninas (especialmente madres); si el estilo de apego es no seguro (inseguro o evitativo) y la alta dependencia pre-pérdida con el difunto, según explica Shear y Shair (2005) de acuerdo con el modelo basado en el apego de Bowlby (2014), perder a una persona cercana representa la pérdida de una figura de apego importante, y cuanto más profundamente uno estaba apegado a la persona fallecida, más difícil le resultaba integrar la realidad de la muerte y actualizar la representación mental del fallecido.

Los factores relacionados con un duelo complicado dependen de la baja aceptación ante la muerte, la inadecuada información proporcionada ante muerte, las múltiples pérdidas en poco tiempo (sobrecarga de duelos no resueltos), las muertes violentas (suicidios, homicidios, accidentes, muertes de infantes), encontrar o ver el cuerpo del ser querido después de una muerte violenta, ausencia de cuerpo del difunto (homicidio, secuestro), muerte en hospital a diferencia que, en casa. Finalmente, en lo que se refiere a los factores asociados con el último

tratamiento, estos dependen de si hubo o no una intervención médica de forma constante con tratamientos agresivos como entubación, reanimación, u otros cuidados intensivos, ambivalencia en cuanto al tratamiento con bajo nivel de aceptación ante la muerte, conflictos familiares con respecto a las decisiones en cuanto a tomar o no el tratamiento propuesto por los médicos, agotamiento del cuidador y problemas económicos a raíz del tratamiento (Neimeyer, y Worden, 2012).

Así mismo, Fuentes (2009) y Martínez (2013) coinciden que también se presentan situaciones especiales de duelo como la pérdida de la salud, especialmente ante un diagnóstico de fase terminal, lo que hará consciente al sujeto a la idea inminente de su muerte, pues, una enfermedad siempre crea cambios en el equilibrio bio-psico-social-cultural-espiritual del ser humano, en la que se pierde en forma inmediata la independencia personal, porque se ve forzado a ser dependiente de normas y reglas de la familia (que incomoda y cansa), del entorno médico (que se impone), de la sociedad (que se desentiende), del ambiente laboral (que explota); por otra parte la pérdida de salud genera estrés, mismo que depende de cada persona y su interpretación de cada uno de estos estresores. En cuanto se diagnostica, el paciente y su familia pasarán por angustia, desesperanza, incredulidad, frustración, ansiedad, desgaste físico-emocional, pensamientos de realidad alternos con fantasías, en el que las manifestaciones de agonía como: estertores, alteración en la deglución, deterioro cognitivo o pérdida de conciencia y el dolor incrementa el desequilibrio emocional en familiares y/o acompañantes. Las decisiones sobre la aceptación o el rechazo del tratamiento por parte del enfermo o de sus familiares adicionan incertidumbre y angustia. Sin embargo, si se maneja de forma adecuada puede servir como un factor de protección que ayudará a iniciar un Duelo Anticipado, pues, surgen momentos de reflexión y de espiritualidad en la búsqueda de un espacio para resolver culpa o asuntos pendientes y de esta manera poder expresar sus últimos deseos y voluntades.

Ahora bien, la corriente psicoanalítica clasifica a los factores que influyen en el curso del duelo, de acuerdo a su temporalidad en factores precedentes, factores concurrentes y factores

subsecuentes. Los factores precedentes son todos aquellos que acontecieron a la muerte de su ser querido, tales como experiencias, historia previa, tipo de vínculo, grado de dependencia emocional, intensidad y seguridad de la relación, relaciones interfamiliares, modo y circunstancias de la muerte, periodo de preparación. Mientras que, los factores concurrentes son aquellos que se encuentran presentes en el momento de la pérdida, como la edad del fallecido y sujeto de duelo, género, personalidad del sobreviviente (nivel de autoestima, temperamento y carácter, variación emocional por influencias externas), estatus y recursos socio-económicos, cultura, trabajo, religión. Así mismo, esta corriente propone los factores subsiguientes, en los que entra el apoyo social, nuevas oportunidades y objetivos en la vida, otras pérdidas recurrentes, salud del doliente (Juri y Morrone, 2012)

En lo que respecta a las muertes causadas por la COVID-19, es importante identificar a las personas en riesgo que sufrieron la pérdida de uno o varios de sus seres queridos durante esta pandemia, a través de los factores relacionados con la pérdida y su asociación con la gravedad de los síntomas de duelo prolongado (Tang y Xiang, 2021).

4.10 Duelo por COVID-19

El hecho de que muchas personas estén al borde de la muerte y estar aislado, sin poder establecer interacciones de forma personal con sus seres queridos puede dificultar la posibilidad de que las personas enfermas y sus familias elaboren su duelo y realicen conversaciones sobre el final de la vida (APA, 2020), aun cuando estén disponibles, funciones como teléfonos inteligentes con la finalidad de mantener el contacto con su red socio-afectiva, a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto, audio y video (Arango, 2020; Ingravallo, 2020) en la mayoría de los casos hay pocas oportunidades para la comunicación no verbal, e incluso la propia comunicación verbal puede verse afectada, particularmente cuando las personas al borde de la muerte son entubadas o sedadas (Pattison, 2020).

Las muertes por COVID-19 no solo han ocurrido en hospitales, sino también en las casas de los pacientes, en de algunos casos, por decisión personal y son acompañados por profesionales de la salud después de un diagnóstico mal dado o por acudir a una atención tardía

(Kunz y Minder, 2020); sin embargo, las muertes en los hogares también pueden ocurrir debido a la imposibilidad de acceso a los servicios de salud, principalmente por la indisponibilidad de camas hospitalarias (Zibell, 2020).

A diferencia de otros eventos en los que también ocurren muertes masivas (tales como: desastres naturales y accidentes aéreos), rituales funerarios que pueden favorecer el proceso de la despedida y la elaboración del significado de la pérdida, como velatorios y funerales, mismas que están prohibidas, ya que, reunir a las personas aumenta las posibilidades de contagio (Scanlon y McMahon, 2011), especialmente si se considera que en estas situaciones suele haber cercanía física, apretones de manos y abrazos. El cuerpo del difunto no puede ser velado de forma común a lo que la sociedad estaba acostumbrada no se recomiendan debido al alto riesgo de transmisión, durante el período póstumo de COVID-19 (De Olivera *et al.*, 2020)

El proceso de duelo es aún más desgarrante, particularmente cuando los miembros de la familia consideran que su ser querido no tuvo el ritual fúnebre que se merecía (Ingravallo, 2020), o incluso cuando para el doliente no existió la oportunidad de ser consolado (APA, 2020).

Esto puede provocar un sentimiento de negligencia y trato inhumano al final de la vida (Taylor, 2020), aumentando el riesgo de problemas de salud mental en los sobrevivientes después de la crisis (Víctor y Ahmed, 2019; Wallace *et al.*, 2020).

La humanidad se ha enfrentado antes a situaciones en las que la realización de los rituales funerarios también fueron restringidas durante otras pandemias, como la influenza H1N1 (Taylor, 2020) y el Ébola (Víctor y Ahmed, 2019). Sin embargo, en la pandemia por COVID-19 hay una particularidad, pues, gracias al uso de la tecnología en algunos lugares los rituales funerarios fueron transmitidos en vivo o grabados para ser reproducido posteriormente (Hernández y Berman, 2020) y aunque esto no reemplaza los rituales funerarios tradicionales es posible que ayuden a la persona para despedirse de los fallecidos y apoyarse, aunque sea de forma virtual, generando una repercusión en la dimensión social de la muerte y el morir (Ingravallo, 2020). Pero, es importante mencionar que no todos se ven beneficiados ante la falta del acceso a Internet, teléfonos inteligentes o computadoras (Schmidt *et al.*, 2020).

Otro aspecto frecuente en el contexto de las pandemias es la aparición de enfermedades y muerte de diferentes personas en el mismo núcleo familiar (Bajwah *et al.*, 2020), lo que trae factores estresantes adicionales a los procesos de despedida y adaptación a las pérdidas (Wallace *et al.*, 2020).

Las repercusiones negativas que se generan en estos casos se pueden potenciar, según la fase el ciclo de vida y las funciones desempeñadas en la familia por la persona que falleció (Schmidt *et al.*, 2011). En general, la muerte de los jóvenes tiende a ser especialmente traumático en el contexto de las pandemias, en particular cuando se trata de niños y adolescentes, o incluso adultos que desempeñan el papel de cuidadores en las familias (Taylor, 2020).

A pesar de que la tasa de mortalidad por COVID-19 es mayor en las personas mayores (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2020), también se han presentado muertes de personas más jóvenes, especialmente ante comorbilidades, como hipertensión, diabetes y enfermedades cardíacas, que terminan exacerbando los síntomas de la nueva infección por coronavirus (Walker *et al.*, 2020).

Aunque los niños y adolescentes tienen una tasa de mortalidad más baja debido a COVID-19 (aunque no tanto como con las variantes de la COVID-19) en comparación con las personas mayores, siguen siendo vulnerables implicaciones psicosociales de la pandemia en su desarrollo y relaciones familiares y comunidad (Weaver y Wiener, 2020).

Cuando estas pérdidas involucran a personas de la red socio-afectiva, algunas tareas que se ven cumplidas para la elaboración del duelo, son la aceptación de la realidad de la pérdida, puesto que, puede aparecer la sensación de que la muerte no ocurrió (negación) pero evitar o reprimir el dolor tiende a prolongarlo (Worden, 2018)

Según la APA (2020), al finalizar la pandemia de COVID-19, es posible que muchas personas logren adaptarse relativamente bien a los cambios ante el duelo de sus seres queridos; mientras que otros experimentarán un duelo complicado (Wallace *et al.*, 2020), este implica la intensificación del sufrimiento, sin la búsqueda de la resolución del conflicto a lo largo del tiempo (Worden, 2018).

La complejidad del ambiente de la pandemia por COVID-19 puede afectar el proceso del

duelo de maneras diferentes, en primer lugar, el duelo anticipatorio tiende a verse afectado, pues, en algunos casos la situación empeora rápidamente y el paciente muere (Bajwah *et al.*, 2020). Otros aspectos que influyen son el lugar y la condición en que ocurrió la muerte, por ejemplo, si el paciente falleció en el hospital, aislado y sin realizar un ritual de despedida, puede existir una mayor probabilidad de que los miembros de su familia experimentan un duelo complicado (Pattison, 2020; Wallace *et al.*, 2020). Otros factores de riesgo incluyen la pérdida de más de una persona (Worden, 2018); poco apoyo de la red socioafectiva, no porque no se quiera, sino porque no se puede, debido a las medidas de distanciamiento para contener las tasas de contagio (Wallace *et al.*, 2020) además den incumplimiento del ritual funerario de acuerdo con las prácticas culturales y religiosas prescritas socialmente (Víctor y Ahmed, 2019); y la culpa que pueden experimentar los supervivientes cuando creen que fueron los responsables de infectar al fallecido (Taylor, 2020).

Aproximadamente el 9,8% de las personas que hayan experimentado la muerte de una persona cercana desarrollarían un trastorno de duelo prolongado, por ello, Eisma *et al.*(2020) al igual que Johns *et al.*(2020) han expresado su preocupación de que las muertes causadas por la COVID-19 generará una prevalencia elevada en todo el mundo de casos por trastorno de duelo prolongado, ya que, las muertes suelen ser inesperadas, y lo inesperado causa niveles más altos de síntomas de duelo prolongado, esta hipótesis se comprobó con familiares con pacientes australianos tras la muerte súbita cardíaca de algún familiar (Ingles *et al.*, 2016). Y aunque las muertes durante la pandemia fueron generalmente inesperadas, quienes murieron por complicaciones generalmente tenían antecedentes de enfermedades, los deudos podrían estar más preparados mentalmente para la muerte que otros, y la preparación para la muerte sirvió como factor protector ante los síntomas del duelo (Bottomley *et al.*, 2019; Tsai *et al.*, 2015).

Según Tang y Xiang (2021) los que más lloran fueron los que perdieron a un ser querido por COVID-19 de primer grado (es decir, pareja, padre, hijo), seguidos de los abuelos (un correlato significativo para los síntomas de Trastorno de Duelo Complejo Persistente), amigos, parientes y otros

4.11 Instrumentos de Evaluación del Duelo

A continuación, se presenta una serie de Instrumentos que permiten la evaluación del Duelo, ante un proceso de muerte.

Escala Internacional de Trastornos por Duelo Prolongado (IPGDS) de la CIE-11(OMS, 1992)

El *IPGDS* se desarrolló para evaluar los síntomas del Trastorno de Duelo Prolongado esta escala contiene 13 ítems sobre el anhelo, la preocupación, la angustia emocional y el deterioro funcional después de la muerte de una persona cercana, y un ítem de evaluación cultural, que se evalúa a través de una escala Likert de 5 puntos de 1 (casi nunca) a 5 (siempre). Un puntaje total de todos los ítems excluyendo el ítem de cribado cultural representa los niveles de síntomas del Duelo Prolongado, y los puntajes más altos indican niveles más altos de síntomas. El *IPGDS* esta se validado en muestras de habla alemana y china, y los 13 ítems básicos del *IPGDS* revelaron una estructura de dos factores que representaron el 57,9% de la varianza y recibieron una fiabilidad de 0,93 en la muestra china (Killikelly *et al.*, 2020). Mientras que los investigadores Tang y Xiang (2021), de igual manera, en una muestra china encontraron que el *IPGDS* de 13 ítems también resultó en una estructura de dos factores que explicó el 53,3% de la varianza, y el alfa de Cronbach fue de 0,89.

Autoinforme del Inventario de Duelo Traumático (TGI-SR)

La versión de 17 ítems de *TGI-SR* evalúa los síntomas del Trastorno de Duelo Complejo Persistente (PCBD) en el DSM-5: el anhelo, la preocupación, la angustia reactiva a la muerte, alteración social de la identidad y deterioro del funcionamiento. Está constituida en una escala Likert de 5 puntos de 1 (nunca) a 5 (siempre). Una puntuación total de los 17 elementos representa los niveles de síntomas de PCBD, y las puntuaciones más altas indican síntomas más graves (Tang y Xiang, 2021). El diagnóstico provisional de PCBD se puede realizar tratando cada elemento clasificado como 4 ó 5 como un síntoma respaldado y luego seguir la regla de diagnóstico basada en el DSM-5, que requiere la aprobación de (a) al menos un elemento del Criterio B, (b) al menos seis ítems del Criterio C, y (c) ítem del Criterio D (Boelen y Smid, 2017; Prigerson *et al.*, 1995). Debido a que, los elementos del TGI-SR procedían del *Inventario de*

duelo complicado (IDC, Prigerson et al., 1995) el *Inventario de duelo complicado revisado* (IDC-R) (Prigerson et al., 2001) y las descripciones del DSM-5 de los síntomas de PCBD (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), los dos inventarios y el Manual DSM-5 fueron validados en las muestras chinas (He et al., 2013; Li y Prigerson, 2016). El alfa de Cronbach del TGI-SR de 17 ítems fue 0,95 en la muestra de pacientes en duelo (Boelen y Smid, 2017) 0,90 en la muestra en duelo por el desastre (Boelen et al., 2019) y 0,91 en una muestra China en la que se midió el duelo por COVID-19 (Tang y Xiang, 2021).

Inventario de Experiencias de Duelo (IED)

Este inventario fue realizado por Mauger y Strong, en el año de 1985, sin embargo, la adaptación castellana del instrumento fue realizado por García- García, Landa, Trigueros y Gaminde en el año 2001. El IED es autoadministrado en un tiempo de 20 minutos, cuya aplicación se realiza en población adulta, explora las áreas somática, emocional y relacional del doliente; posee un Coeficiente alfa de Cronbach que varía en las distintas subescalas entre 0,52- 0,8. La prueba posee 135 ítems dicotómicos (Verdadero y Falso) subdividido en 18 Escalas, de las cuales tres son de validez, nueve clínicas, y seis experimentales (Prigerson et al., 2001).

Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)

El *Inventario Texas Revisado de Duelo*, en sus siglas *ITRD* (*The Texas Revised Inventory of Grief*) este inventario que se aplica en adultos, fue desarrollado por Faschingbauer, Zisook y De Vault en el año de 1987, pero su adaptación al castellano fue en el año de 1995, validado por García- García, Landa, Trigueros y Gaminde (mismos autores que validaron la prueba anterior). El *ITRD* clasifica a los dolientes en cuatro categorías: duelo agudo, duelo retardado, duelo prolongado o ausencia de duelo, y las conductas y los sentimientos a raíz de la pérdida del ser humano y del momento actual, lo que permite medir los cambios, se aplica con una duración de 10 minutos. En cuanto el Inventario consta de dos partes la primera de 8 ítems y la segunda de 13, por ello, posee una fiabilidad alta Coeficiente de Cronbach de 0.77 la primera

parte, y 0.86 la segunda parte, se evalúa con una escala tipo Likert de cinco categorías de respuesta (Prigerson *et al.*,2001).

Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC)

El *Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC)* fue elaborado por Parkes y Weiss, en1983. Pero fue en 2002, que García- García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo lo tradujeron al castellano. Su aplicación se realiza en diez minutos y su forma es autoaplicable, pues, solo consta de 8 preguntas con una escala tipo Likert. Su finalidad es identificar a los dolientes con riesgo de duelo complicado.

4.12 Estado del Arte Vinculado a Factores Psicosociales, Duelo y Muerte de un ser Querido por COVID-19

El Duelo y la Muerte son problemáticas a trabajar en esta investigación, es por ello, que en este apartado del Estado del Arte se incluyen diversas investigaciones que están relacionadas con estos temas con la finalidad de conocer los resultados a los que han llegado otros investigadores ante sus exhaustivas investigaciones, tanto de corte cuantitativo como cualitativo.

El estudio realizado por Joaquim *et al.* (2021), describe que la pérdida de algún ser querido a causa del virus SARS-COV-2 aumenta los niveles de angustia, aunque la angustia es mayor en personas con antecedentes de trastornos mentales. Breen *et al.* (2021), por su parte, encontró que las personas en duelo por COVID-19 mostraron niveles mayores de dolor, en comparación con aquellas personas en duelo por causas naturales; también mencionaron que el impacto total del dolor solo se conocerá hasta después de cierto tiempo, mientras tanto es importante garantizar una adecuada atención de salud ante el duelo en el contexto de COVID- 19, aspectos que presentan varios desafíos.

Breen *et al.* (2021) identificó que en la mayoría de sus participantes además de presentar duelo disfuncional debido a COVID-19 presentaban rangos clínicos de depresión, ansiedad generalizada, y deterioro funcional (especialmente si presentan síntomas de duelo disfuncional y/o estrés postraumático y angustia por separación).

Según De Olivera *et al.* (2020) ante la imposibilidad de los familiares de brindar apoyo al miembro de la familia en el momento del diagnóstico, especialmente cuando la enfermedad empeoró, generó un sufrimiento desencadenado, pues, ante la sorpresa y perplejidad de saber que tienen la enfermedad, se agrava la angustia porque la idea de invulnerabilidad se desmantela y es entonces donde surge el miedo a la pérdida de un ser querido, el miedo a lo desconocido, a la imprevisibilidad y a la pérdida de control sobre los eventos (lo que genera impotencia). “*Esta es una especial faceta cruel y trágica del COVID-19, una enfermedad grave de los cuales los individuos sufren y mueren solos...*” (p.1).

Los dolientes además de sufrir la pérdida de su ser querido tienen que lidiar con la idea del alto riesgo de infectarse con alguna variante de COVID-19, lo que evita que la familia pueda realizar un funeral adecuado, lo que imposibilita recibir el apoyo social que culturalmente se esperaba debido al estigma asociado con la enfermedad, lo que dificulta la aceptación de la pérdida, es decir, el doliente deja de ser percibido como alguien vulnerable (que necesita protección y apoyo) y se estigmatiza como un vector potencial de la cadena de transmisión del virus SARS-CoV-2, amplificando los sentimientos de soledad y desánimo (DeOlivera *et al.*, 2020).

Según Tang y Xiang (2021) ante la pérdida de una persona cercana por COVID-19 los síntomas de duelo prolongado se vieron agravados por haber tenido algún conflicto con el fallecido y su relación con el doliente, pues, la pérdida de una pareja, un hijo y/o un padre, un abuelo la hace aún más traumática a comparación de pérdida de alguna otra persona con cualquier otro tipo de relación.

Tang y Xiang (2021), también encontraron en su muestra por duelo causado por la COVID-19, que la prevalencia del PGD (Trastorno de Duelo Prolongado) es más alta que la muestra de los sobrevivientes del terremoto de Wenchuan en China (8,47%) (Yi, *et al.*, 2018) y de la muestra del grupo de padres chinos de Shidu, que perdieron a su único hijo, hace siete años (22,2%) (Zhang, *et al.*, 2020).

Aproximadamente el 9,8% de las personas que hayan experimentado la muerte de una

persona cercana desarrollarían un trastorno de duelo prolongado, por ello, Eisma *et al.*, (2020) al igual que Johns *et al.*, (2020) han expresado su preocupación de que las muertes causadas por la COVID-19, ya que, generará una prevalencia elevada en todo el mundo de casos de por trastorno de duelo prolongado, pues, las muertes suelen ser inesperadas, y lo inesperado causa niveles más altos de síntomas de duelo prolongado. Y aunque las muertes durante la pandemia fueron generalmente inesperadas, quienes murieron por complicaciones generalmente tenían antecedentes de enfermedades, los deudos podrían estar más preparados mentalmente para la muerte que otros, y la preparación para la muerte sirvió como factor protector ante los síntomas del duelo (Bottomley *et al.*, 2019; Tsai *et al.*, 2015).

Por ello, para Crepaldi *et al.* (2020) es importante que los psicólogos fortalezcan las redes socio-afectivas, compromiso y solidaridad entre los dolientes, con el objetivo de cuidar su salud mental. Para Tang y Xiang (2021), aunque el criterio de tiempo en la CIE-11 (OMS,1992) para diagnosticar el PGD es de al menos seis meses, es posible que bajo la circunstancia de un duelo masivo, un criterio de tiempo reducido facilitaría brindar ayuda oportuna a los necesitados, esta propuesta la mencionan a raíz de que ellos no encontraron diferencias entre los niveles de los síntomas de duelo entre participantes cuyo familiar cercano murió hace más de 6 meses y los que experimentaron la pérdida hace menos de seis meses.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020b), el duelo es una consecuencia psicosocial de gran importancia que afecta directamente la salud mental, el duelo posee de diversas etapas, según el autor que estudiemos, pero cuando este no se vive adecuadamente se convierte en un duelo complicado y de acuerdo a las características y medidas sanitarias por SARS-CoV-2, se vieron restringidos los rituales de despedida, cuyo objetivo es ayudar a los familiares a iniciar el duelo (Gómez, 2011) y lograr un reajuste de su mundo (Worden, 2018) en otras palabras, buscar una adaptación interna y externa al tener que enfrentar una nueva realidad (Bucay, 2003), sin embargo, esto depende de aspectos como quién era la persona que murió, la naturaleza del apego, la fuerza y seguridad del apego, la ambivalencia en la relación, los conflictos con el fallecido, el tipo de muerte, variables de

personalidad y variables sociales (Yauri,2005).

Según Tang y Xiang (2021) los que más lloran fueron los que perdieron a un ser querido por COVID-19 de primer grado (es decir, pareja, padre, hijo), seguidos de los abuelos (un correlato significativo para los síntomas de Trastorno de Duelo Complejo Persistente), amigos, parientes y otros. De igual manera, los duelos complicados se ven acentuados por la aparición de enfermedades y muerte de diferentes personas en el mismo núcleo familiar (Bajwah *et al.*, 2020), lo que trae factores estresantes adicionales a los procesos de despedida y adaptación a las pérdidas (Wallace *et al.*, 2020). Eisma *et al.* (2020) al igual que Johns *et al.* (2020) mencionan que las muertes causadas por la COVID-19 ganarían una prevalencia elevada en todo el mundo de casos de por trastorno de duelo prolongado, debido a que, las muertes suelen ser inesperadas, y lo inesperado causa niveles más altos de síntomas de duelo prolongado.

Es por ello, que ante la problemática originada en la Salud Mental a raíz de la pandemia por COVID-19 específicamente respecto a la percepción del miedo y duelo ante la muerte se decide encaminar esta investigación a estas vertientes de trabajo, las cuales fueron estudiadas ampliamente en el marco teórico anterior, el cual evidencia significativamente la importancia de esta investigación.

Tabla 4

Investigaciones relacionadas con factores psicosociales, duelo y muerte de un ser querido por COVID-19

Objetivo	Autores (año)	Variables estudiadas	Muestra	Resultados
Duelo y angustia psicológica durante la pandemia de COVID-19: El impacto de la experiencia de la muerte en la salud mental				
Analizar el efecto de la relevancia de la mortalidad durante la pandemia del COVID-19 sobre la salud mental	Joaquim, Pinto, Guatimosim, Paula, Costa, Paim, de Silva, Pinheiro, Serpa, Miranda, y Malloy-Diniz (2021)	Duelo, angustia psicológica, salud mental	9,024 brasileños	La angustia psicológica de las personas aumenta ante la pérdida de un familiar o amigo debido a la infección directa por el virus SARS-COV-2, dicha angustia se ve aumentada en personas con antecedentes de trastornos mentales
Factores de riesgo psicológico del deterioro funcional después de las muertes por COVID-19.				
Determinar cómo los síntomas psicológicos explican el deterioro funcional	Breen, Lee, y Neimeyer (2021)	Muerte y síntomas psicológicos (ansiedad generalizada, depresión, estrés postraumático, angustia por separación, duelo disfuncional, deterioro funcional)	307 estadounidenses	Las personas en duelo por COVID-19 mostraron niveles mayores de dolor, en comparación con aquellas personas en duelo por causas naturales
El efecto de suprimir los rituales funerarios durante la pandemia de COVID-19 en familias en duelo				
Comprender los significados de la muerte, en aquellas personas que han perdido a algún ser un amado, así como el efecto de suprimir los rituales funerarios durante la pandemia de COVID-19.	De Olivera, De Amlmeida, Dos Santos, Guerrieri, y Antonio (2020)	Rituales funerarios	Testimonios de los hijos, parejas, primos, madres, nueras, sobrinos, nietos y cuñados de los fallecidos	Sensibilidad de los familiares ante la imposibilidad de brindar apoyo a su familiar y las consecuencias psicológicas que esto genera.

¿Quién sufrió más después de las muertes por COVID-19?. Prevalencia y correlaciones del trastorno de duelo prolongado en adultos afligidos relacionados con COVID-19.

Estimar la prevalencia del PGD e investigar los factores demográficos relacionados con la pérdida, asociados con los síntomas de duelo prolongado en duelo debido al COVID-19.	Tang y Xiang (2021)	Sufrimiento y Trastorno de Duelo Prolongado	422 chinos	La prevalencia de PGD es alta entre las personas en duelo a causa de la COVID- 19. Por lo que recomiendan que se deben identificar a las personas con un mayor riesgo de desarrollar PGD, para ofrecerles apoyo.
--	---------------------	---	------------	--

Trastorno de duelo prolongado después de la pandemia de Coronavirus

Describir cómo será el panorama de la salud mental en lo que respecta a PGD	Eisma, Boelen, Lenferink (2020)	PGD	Los autores se basaron en la literatura para hacer un análisis del tema.	La salud pública se agravaría debido a los aumentos de casos de PGD después de la pandemia por la COVID-19.
---	---------------------------------	-----	--	---

COVID-19, Trastorno de Duelo Prolongado y el papel del trabajo social.

Conocer desde el ámbito del trabajo social el impacto de las muertes por COVID- 19 y su relación con el PGD	Johns, Blackburn, y McAuliffe (2020)	PGD y Trabajo Social		Prevalencia elevada en todo el mundo de PGD, pues, lo inesperado causa mayores síntomas
---	--------------------------------------	----------------------	--	---

Terminación, muerte y duelo en la pandemia de COVID-19: demandas psicológicas, implicaciones prácticas y emergentes

Sistematizar el conocimiento sobre los procesos de terminalidad, muerte y duelo en la pandemia COVID-19	Crepaldi, Schmidt, Noal, Bolze, y Gabarra. (2020)	Terminación, muerte y duelo	Los autores realizaron un análisis de literatura al respecto	El duelo se vive de una manera única, sin una secuencia hermética o normal, ni rigidez en los rituales que favorecen la despedida y la elaboración de sentido de las pérdidas en tiempos de pandemia.
---	---	-----------------------------	--	---

Nota: El duelo y por ende la muerte están relacionados con diversos factores psicosociales, mismos que han sido estudiados por diversos investigadores.

PGD=Trastorno de Duelo Prolongado

Elaboración propia.

Capítulo V: Método

En este capítulo se describen las características de esta investigación, mismas que van desde los objetivos hasta el procedimiento desarrollado para lograr su realización. Para finalmente abordar en el siguiente capítulo los resultados del estudio realizado en tiempos de pandemia por la COVID-19.

A) Planteamiento del Problema

La COVID-19 se categorizó en poco tiempo como pandemia, esto debido a sus rápidas tasas de contagio y de defunciones (OMS, 2020f), puesto que, hasta el 29 de marzo del 2022 a nivel mundial se habían reportado 481,756,671 casos confirmados y 6,127,981 defunciones, lo que representa una tasa de letalidad global de 1.3% (SPPS, 2022). Esto generó un gran impacto en la salud mental (Gómez, 2011), por lo que se incrementaron las demandas de estos servicios, a causa del aislamiento, la pérdida de ingresos, la soledad, **el miedo a la infección, el duelo: el sufrimiento y la muerte de uno mismo y de los seres queridos** (OPS, 2020b; OMS, 2022b), el aumento de estos problemas relacionados con la salud mental, coincidió con la falta de estos servicios, que durante los primeros años de la pandemia se vieron interrumpidos para dar prioridad a la atención de casos positivos por COVID-19 (OMS, 2022b)

Sin embargo, un duelo no solo tiene una afectación en ese momento, ya que, si se recuerda como un suceso traumático, seguirá generando un impacto a lo largo de la vida del deudo, por lo que esta investigación va enfocada en conocer la percepción de los participantes en cuanto al miedo a la muerte, los duelos y el miedo a la COVID-19 en esta pandemia por SARS-CoV-2.

Si bien los rituales de despedida (velorios, rosarios, levantamiento de la cruz, etcétera) se vieron modificadas y suspendidos con la finalidad de prevenir nuevos contagios del virus SARS-CoV-2, dichos rituales funcionan como un mecanismo para sobrellevar el proceso del duelo (UAEH, 2020), debido a que, con estos rituales se inicia dicho proceso (Gómez, 2011) y su objetivo es lograr un reajuste de su mundo (Worden, 2018), debido a que, la muerte de un ser querido puede desencadenar sentimientos como agotamiento de los deudos, aislamiento, rabia,

frustración, rabia, enojo, y depresión (UAEH, 2020)

Desde la perspectiva de Tomás- Sábado (2020) la pandemia por COVID-19, ha activado en la sociedad, sus miedos existenciales, pues, las muertes en estos tiempos de pandemia se perciben como una amenaza real a la vida. Gala *et al.* (2002) menciona que el miedo a la muerte, debe ser estudiado desde dos puntos de vista: el miedo ante la propia muerte y el miedo ante la muerte de otros, ya que, la mayor parte del temor se centra en el proceso de la agonía y no en el hecho de morir como tal. Por lo que el miedo se manifiesta a través del miedo a perder el control de la situación, miedo y preocupación de lo que sucederá con sus seres queridos después de su muerte, miedo al aislamiento, a la soledad, a lo desconocido y miedo ante la muerte de otros. Por ello, se hizo uso de la *Escala de Miedo a la Muerte* (Tomás-Sábado *et al.*, 2007), debido a que, esta escala evalúa tanto el miedo a la muerte propia como la de otros.

Según la APA (2020), al finalizar la pandemia de COVID-19, es posible que muchas personas logren adaptarse relativamente bien a los cambios ante el duelo de sus seres queridos; mientras que otros experimentarán un duelo complicado (Wallace *et al.*, 2020), este implica la intensificación del sufrimiento, sin la búsqueda de la resolución del conflicto a lo largo del tiempo (Worden, 2018).

El duelo depende de varios aspectos como quién era la persona que murió, la naturaleza del apego, la fuerza y seguridad del apego, la ambivalencia en la relación, los conflictos con el fallecido, el tipo de muerte, variables de personalidad y variables sociales (Yauri, 2005). Por lo que las muertes de seres queridos por COVID-19 al ser inesperadas generan mayor probabilidad de un duelo complicado (Ingles *et al.*, 2016); por ello, la población con la que se trabajó para la realización de esta investigación fue una población que cumpliera la característica de haber perdido a uno o varios seres queridos, y se manejó con esta terminología (seres queridos), puesto que, decir "familia" solo hace referencia a un lazo sanguíneo en común, y omite a grupos como padrinos, amigos o novios. Además de que autores como Júnior *et al.* (2020) retoman que una variable de interés ante las investigaciones por COVID-19 es identificar si los participantes han experimentado la pérdida de familiares y/o amigos a causa de la COVID-19, debido a que, podría

incrementar el sufrimiento psicológico y el proceso de miedo a la muerte personal.

Otros aspectos que influyen en el duelo son: el lugar y la condición en que ocurrió la muerte, por ejemplo, si el paciente falleció en el hospital, aislado y sin realizar un ritual de despedida, puede existir una mayor probabilidad de que los miembros de su familia experimentan un duelo complicado (Pattison, 2020; Wallace *et al.*, 2020). Otros factores de riesgo incluyen la pérdida de más de una persona (Worden, 2018); poco apoyo de la red socioafectiva, no porque no se quiera, sino porque no se puede, debido a las medidas de distanciamiento para contener las tasas de contagio (Wallace *et al.*, 2020) y la culpa que pueden experimentar los supervivientes cuando creen que fueron los responsables de infectar al fallecido (Taylor, 2020). Es por ello, que se utilizó el *Inventario de Duelo Complicado* (Limonero *et al.*, 2009) con finalidad de conocer los niveles de duelo complicado en la población de estudio, puesto que, todos ellos se enfrentaron a todos estos factores de riesgo, para el desarrollo de un duelo complicado.

Inicialmente dicha investigación estaba basada en dos variables: duelo y miedo a la muerte, pero se anexó como tercer variable, el miedo a la COVID-19, debido a que, autores como Pérez-Mengual *et al.* (2021) recomiendan el uso de la *Escala Miedo a COVID-19* (Ahorsu *et al.*, 2020) debido a que, “no se debe ignorar el miedo a COVID-19 cuando se estudia el miedo a la muerte”. (p.5), sin embargo, la escala que se utilizó para esta investigación fue la versión final de *Escala de Miedo a la COVID-19* de Huarcaya-Victoria *et al.* (2020)

De esta manera con los datos estadísticos obtenidos por medio de las pruebas se identificó si existía o no una relación estadísticamente significativa entre el duelo, miedo a la COVID-19 y el miedo a la muerte, en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo, ante la pérdida de ser querido por COVID 19.

B) Justificación

La presente investigación tiene un aportación teórica, ya que, si bien, existen diversas investigaciones relacionadas con factores psicosociales, duelo y muerte durante la pandemia por COVID-19 (Joaquim *et al.*, 2021; Breen *et al.*, 2021; De Olivera *et al.*, 2020; Tang y Xiang, 2021; Eisma *et al.*, 2020; Johns *et al.*, 2020; Crepaldi *et al.*, 2020) todas ellas estudian dichas variables

por separado y ninguna de ellas evalúa la relación de las variables de duelo, miedo a la muerte, y miedo a la COVID-19, por lo que el trabajo que aquí se presenta es una investigación innovadora en este sentido, que servirá de base para nuevas investigaciones que deseen monitorear la presencia de duelos complicados, a raíz de la muerte de uno o varios seres queridos durante la pandemia por COVID-19, duelos que podrían significar la muerte de un esposo, de un hijo, o de un padre o una madre, así como otras posibles relaciones sociales, pues, un duelo siempre deja una huella en la persona, pero su impacto se visibiliza con mayor presencia a lo largo de los años.

Esta investigación al utilizar tres variables (duelos complicados, miedo a la muerte y miedo a la COVID-19) puede ser aplicable en diversos sentidos para ser una fuente de referencia para nuevas investigaciones relacionadas con el tema, y poder en un futuro poder generar estrategias psicológicas para poder enfrentar el duelo complicado, y el miedo a la muerte, así como a las instituciones de salud pública, brindarle la posibilidad de visualizar el impacto psicológico de las personas ante una situación de pandemia y la posibilidad de mejorar sus estrategias, del cómo actuar ante una advertencia sanitaria.

Este trabajo hace una compilación de diversas investigaciones que han estudiado sobre la COVID-19, pero también hace mención a grandes autores como Freud, Bowlby, Kübler-Ross y Ainsworth, así como autores especializados en el tema.

- Pregunta de Investigación:

¿Qué asociación existe entre la percepción del duelo complicado, miedo a la COVID-19 y el miedo a la muerte de un ser querido por COVID-19 en habitantes del Valle del Mezquital, Hidalgo?

C.-Objetivos:

a) Objetivo General

-Identificar la relación entre la percepción del duelo complicado, miedo a la COVID-19 y el miedo a la muerte en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo, ante la pérdida de un ser querido por COVID- 19.

b) Objetivos Específicos

-Evaluar la percepción del duelo complicado en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo, que han perdido un ser querido a causa de la COVID-19.

-Examinar la percepción de miedo a la muerte en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo, que han perdido un ser querido a causa de la COVID-19.

-Valorar la percepción de miedo a la COVID-19 en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo, que han perdido un ser querido a causa de la COVID-19.

-Identificar la relación entre la percepción del duelo complicado, miedo a la COVID-19 y el miedo a la muerte de un ser querido por COVID- 19 en habitantes del Valle del Mezquital, Hidalgo.

D.-Hipótesis Conceptual:

-Los miedos con mayor impacto en tiempo de pandemia por COVID-19, son los asociados con el miedo a la infección, a la enfermedad y a la muerte (Sandín *et al.*,2020)

- Los dolientes tienen que lidiar con la idea del alto riesgo de infectarse por COVID-19, lo que imposibilita recibir el apoyo social debido a que se estigmatiza como un vector potencial de la cadena de transmisión del virus SARS-CoV-2, lo que dificulta la aceptación de la pérdida (De Olivera *et al.*, 2020).

- Ante la pérdida de una persona cercana por COVID-19, los síntomas de duelo prolongado se ven agravados según su relación con el doliente, pues, la pérdida de una pareja, un hijo y/o un padre, un abuelo la hace aún más traumática a comparación de pérdida de alguna otra persona con cualquier otro tipo de relación. (Tang y Xiang, 2021)

E- Hipótesis Estadísticas

H₁ Existe una relación estadísticamente significativa entre la percepción del miedo a la COVID-19 y el miedo a la muerte, en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo que han perdido un ser querido a causa de la COVID 19.

H₀ No existe una relación estadísticamente significativa entre la percepción del miedo a la COVID-19 y el miedo a la muerte, en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo que han perdido un ser querido a causa de la COVID 19.

H₁ Existe una relación estadísticamente significativa entre el proceso de duelo complicado y el miedo a la COVID-19, en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo que han perdido un ser querido a causa de la COVID 19.

H₀ No existe una relación estadísticamente significativa entre el proceso de duelo complicado y el miedo a la COVID-19, en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo que han perdido un ser querido a causa de la COVID 19.

H₁ Existe una relación estadísticamente significativa entre el proceso de duelo complicado y el miedo a la muerte, en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo que han perdido un ser querido a causa de la COVID 19.

H₀ No existe una relación estadísticamente significativa entre el proceso de duelo complicado y el miedo a la muerte, en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo que han perdido un ser querido a causa de la COVID 19.

H₁ Existe una relación estadísticamente significativa entre el proceso de duelo complicado, el miedo a la muerte y el miedo a la COVID-19, en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo que han perdido un ser querido a causa de la COVID 19.

H₀ No existe una relación estadísticamente significativa entre el proceso de duelo complicado, el miedo a la muerte y el y el miedo a la COVID-19, en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo que han perdido un ser querido a causa de la COVID 19.

F.-Definición Conceptual y Operación de Variables.

A continuación, se presenta en la Tabla 5, las tres variables que se consideran para esta tesis

Tabla 5*Variables de estudio.*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Miedo ante la muerte	Según Sánchez y Salas (2015), el miedo a la muerte es el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al más allá de la muerte, al dolor, al sufrimiento, y el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. De acuerdo con Gala <i>et al.</i> (2002) el miedo a la muerte debe ser estudiado desde dos puntos de vista: el miedo ante la propia muerte y el miedo ante la muerte de otros.	Esta variable fue medida mediante la <i>Escala de Miedo ante la Muerte</i> creada inicialmente por Collet-Lester (1969) y validada en su versión en español por Tomás-Sábado, Limonero, y Abdel-Khalek en el año 2007. (ver anexo “4”).
Duelo Complicado	Es la incapacidad para afrontar el duelo, generando alteraciones en los niveles del bienestar emocional y de su cotidianidad (Barreiro, 2012 citado en Bustos 2013)	Esta variable se midió a través del <i>Inventario de Duelo Complicado (IDC)</i> , creado por Prigerson <i>et al.</i> (1995), y validado en su versión en español por Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson en el 2009 (ver anexo “5”).
Miedo al Coronavirus (COVID-19)	Según Sandín <i>et al.</i> (2020) definen al Miedo al Coronavirus como el temor a la enfermedad, contagio, muerte, aislamiento social, empleo e ingresos. Lo que genera problemas de sueño y síntomas emocionales: preocupación, angustia, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo e inquietud.	Esta variable fue medida a través de la <i>Escala de Miedo al COVID-19 (FCV 19S)</i> validada al español por Huarcaya-Victoria <i>et al.</i> (2020) (ver anexo “6”).

Nota: Al ser una investigación de corte cuantitativo, las variables a trabajar poseen una escala o instrumento psicométrico que las evaluarán, mismas que se ubican en los anexos.

Fuente: Elaboración Propia.

G) Tipo de Diseño y Tipo de Estudio.

Esta investigación posee una metodología cuantitativa, con un diseño no experimental transeccional-correlacional (Hernández-Sampieri *et al.*, 2010).

H) Población y Muestra

Para esta investigación de tipo cuantitativo, se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia, en donde participaron 128 participantes voluntarios, que se obtuvieron a través de la técnica de bola de nieve, de los cuales se excluyeron 7, uno al no otorgar su consentimiento, y los otros seis por no cumplir con el criterio de inclusión o bien, haber caído en los criterios de eliminación.

De la muestra de 121 participantes, 50 fueron hombres (41.3%), y 71 mujeres (58.7%). El estudio se realizó en personas a partir de los 18 años de edad hasta más de 60 años, distribuidos en seis rangos: de 18 a 20 años participaron 21 personas (17.4%), de 21 a 30 años fueron 29 (24%), de 31 a 40 años solo 20 (16.5%), de 41 a 50 años 23 participantes (19%), de 51 a 60 años, de igual manera, 20 (16.5%), y en más de 60 años participaron 8 personas (6.6%), cuyo rango más amplio fue de los 21 a 30 años. Es importante destacar que los participantes habitan en comunidades de la Región del Valle del Mezquital, Hidalgo; considerando que en esta área se han presentado una gran cantidad de decesos por COVID-19, según la UAEH (2021), en su reporte diario de los casos de COVID-19 en el Estado de Hidalgo del 29 de marzo del 2022, se reportaron 91,921 casos positivos de los cuales 8,183 terminaron en defunciones.

Cabe mencionar que la Región del Valle del Mezquital posee 27 municipios, de los cuales se obtuvo muy buena participación en el llenado del Formulario Google (ver Tabla 6), a pesar de ello, no se obtuvo participación de los municipios de San Agustín Tlaxiaca, Tasquillo y Progreso de Obregón

I) Criterios de Inclusión

En cuanto a los criterios de inclusión para participar en la investigación se solicitó a los participantes ser mayor de edad, haber tenido la pérdida significativa de algún ser querido a causa de la COVID 19 en un tiempo no menor a dos meses, pertenecer a la región del Valle del Mezquital del Estado de Hidalgo, y por las características de la investigación, contar con acceso a un dispositivo móvil (celular), computadora, laptop o tableta electrónica, con acceso a internet.

J) Criterios de Exclusión

No haber concluido el Formulario Google. No haber aceptado el consentimiento informado. Pasar por un duelo recientemente (días).

K) Criterios Eliminación

Los criterios de eliminación se ven establecidos a partir del dar respuestas incoherentes a lo que se pregunta en el cuestionario. Haber llenado más de dos respuestas en algún reactivo. Llenado del formulario Google por la muerte de un ser querido, pero en un tiempo anterior a la pandemia por COVID-19, o bien, cuya causa de muerte se deba a una causa completamente ajena a la COVID-19, o de parentesco nulo, es decir, sin ningún tipo de cercanía, “conocidos”. No haber padecido la muerte de ningún ser querido.

L) Instrumentos y Materiales

Escala de Miedo ante la Muerte (EMMCL)

Fear of Death Scale (FODS): Escala de Miedo ante la Muerte (Tomás-Sábado *et al.*, 2007), es un instrumento multidimensional, que fue desarrollada por Collett y Lester en el año de 1969, con el objetivo de erradicar la diversidad de contenidos de los ítems de las escalas que solían usarse para medir el miedo a la muerte, situación que se convertía en un problema al no ser específico (ver anexo “2”),.

Originalmente la escala constaba de cuatro dimensiones con 36 ítems. Fue en 1994 cuando se realizó una inspección del instrumento en su versión original y tras esta inspección se publicó una nueva versión con 32 ítems en cada subescala. Para 2003 Lester y Abdel-Khalek, (2003), realizaron modificaciones en la prueba dejando 28 ítems, pues, se eliminaron diversos

reactivos que no aportaban a la significancia del alfa de Cronbach (Quintero y Simkim, 2017). Es importante mencionar que fue a partir de 1990 que dicho instrumento tuvo una disposición general para los investigadores, ya que, anteriormente se tenían que pedir permiso a los autores para su uso, de esta manera, esta escala se convirtió en la más popular para estudiar el miedo a la muerte, y es la única que permite distinguir entre el proceso de morir y la muerte tanto la propia como la ajena. Tras un análisis factorial y una revisión de resultados de otras investigaciones, se publicó una versión con 7 ítems para cada subescala, con una correlación positiva entre todos los ítems y superior a 0.47, mientras que el coeficiente de confiabilidad, Alpha de Cronbach, fue de 0,91 para la subescala miedo a la propia muerte, 0.92 para miedo al propio proceso de morir; el miedo a la muerte de otros obtuvo 0.88 y 0.92 para el miedo al proceso de morir de otros. (Pérez *et al.*, 2018)

Posteriormente, la última versión de la escala fue adaptada al español y validada por Tomás- Sábado, Limonero y Abdel-Khalek. (2007) en una muestra de 281 sujetos, 64 hombres y 217 mujeres de los cuales 109 eran profesionales de enfermería y el resto estudiantes de enfermería. La *Escala de Miedo ante la Muerte* (Lester y Abdel-Khalek, 2003) reportó un coeficiente Alpha de: 0.83 para miedo a la propia muerte; miedo al propio proceso de morir 0.89; miedo a la muerte de otros 0.79 y miedo al proceso de morir de otros (Buccella *et al.*, 2012).

La *EMMCL* (Tomás-Sábado *et al.*, 2007), está dividida en cuatro subescalas: miedo a la propia muerte (MPM), trata de especificar el miedo que tiene cada una de las personas al saber que morirán, o en su caso, miedo a la muerte de otros (MMO), el miedo al proceso de morir de otros (MPMO), y el miedo al proceso de morir propio (MPPM) (Betancourt *et al.*, 2019).

La propia muerte y el proceso de morir pueden indagarse a mayor medida cuando las personas padecen enfermedades terminales o en situaciones límite al ser circunstancias inesperadas (Roja *et al.*, 2002), tal como lo es una pandemia por la COVID-19. En general lo que genera mayor miedo es al proceso de morir y no tanto a la muerte en sí (Bayés *et al.*, 1999), pero también se encuentra presente tanto el miedo ante la muerte de otros como el proceso de morir de los mismos, e incluso de los cuales puede ser incluso más amenazante que la propia muerte

(Espinoza y Sanhueza, 2012).

Cada una de las subescalas contienen siete ítems, lo que representa un total de 28 preguntas. Las respuestas se evalúan según una puntuación escala Likert que va desde el 1 al 5 (nada o mucho), teniendo un puntaje mínimo de siete y máximo de 35, por cada subescala. Para la obtención del resultado, primero se obtiene un puntaje total y por cada subdimensión, posteriormente se divide entre 28, que representa el número de ítems, promediando las respuestas respectivamente. Según los valores, se clasifican en: miedo bajo a la muerte en un valor de 0 a 1, miedo moderado bajo a la muerte valores desde el 1 a 2, miedo moderado a la muerte de 2 a 3, miedo moderado alto a la muerte de 3 a 4 y por último miedo alto a la muerte de 4 a 5 (Mondragón-Sánchez *et al.*, 2015).

Por último, es importante mencionar que la *EMMCL* (Tomás-Sábado *et al.*, 2007), fue validada en México, con una población de 368 estudiantes universitarios de Puebla. Con un apoyo del género femenino (90.2%), con una edad igual de $\bar{X}=21.0\pm 3$; la escala obtuvo así con una confiabilidad de 0.95 y que en el análisis factorial (realizado con el método de rotación varimax) apoyó la validez de contenido de la escala original. En cuanto a las puntuaciones de las subescalas del proceso de la muerte propia en comparación con la de otros no hay diferencia ($\bar{X}=32\pm 0.46$ vs $\bar{X}=3.2\pm 0.34$) a diferencia de las subescalas del proceso de la muerte de otros, en comparación con la muerte propia, la cual es mayor ($\bar{X}= 3.5\pm 0.53$ vs $\bar{X}=2.8\pm 0.56$) (Mondragón-Sánchez, 2020).

Inventario de Duelo Complicado (IDC)

El *IDC* fue creado por Prigerson *et al.* (1995), cuya versión en castellano fue adaptada por Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson en el año de 2009, este es un Inventario autoaplicado de 19 ítems (ver anexo “3”) que evalúa la presencia de sintomatología propuesta para los criterios diagnósticos de duelo complicado. Puede ser auto administrado, en un tiempo de diez minutos, se caracteriza por poseer cinco categorías en una escala tipo Likert: nunca, raramente, algunas veces, a menudo y siempre, con el objetivo de evaluar la frecuencia del síntoma (emocional, conductual y cognitivo); manteniendo una puntuación máxima para cada ítem de 4 para siempre hasta 0 para nunca. De esta manera las puntuaciones fluctúan entre 0 y 76, por lo que las puntuaciones más

altas corresponden a una mayor probabilidad de padecer duelo complicado (Limonero *et al.*, 2009).

Según el *IDC* para considerar la presencia de un Duelo Complicado se determina a partir de un resultado igual o mayor a 25 puntos, el inventario original obtuvo altos niveles de consistencia interna ($\alpha=.94$) y de fiabilidad test-retest ($r=.8$), sin embargo, en su adaptación al español realizada por Limonero *et al.*,(2009) mostró una consistencia interna ($\alpha = 0,88$) así como buena fiabilidad test-retest ($r = 0,81$) (Limonero *et al.*, 2009).

El *IDC* es un cuestionario cuyo objetivo es evaluar los síntomas asociados al duelo, este inventario se ha destacado porque permite discriminar entre casos normales y persistentes de duelo, ya que, sus ítems indagan la presencia de los síntomas en el momento de la evaluación, para establecer si las alteraciones que son comunes en los duelos normales persisten por más tiempo del recomendable en el individuo, convirtiéndose en un instrumento de gran aceptación y difusión. Dicha prueba ya ha sido utilizada anteriormente en la población mexicana en una muestra de 321 participantes del centro de México, los cuales habían perdido algún ser querido, dicha investigación fue realizada por la Universidad Autónoma de Guadalajara y de la Universidad de Celaya en México (Chaurand *et al.*, 2015)

Es importante hacer mención, que tal como lo describe Chaurand *et al.* (2015) que aunque el criterio de tiempo en la CIE-11 (1992) para diagnosticar el Trastorno de Duelo Prolongado es de al menos seis meses, es posible que bajo la circunstancia de un duelo masivo, un criterio de tiempo reducido facilitaría brindar ayuda oportuna a los necesitados, esta propuesta la mencionan a raíz, de que, ellos no encontraron en su población de $n=646$ personas, alguna diferencia entre los niveles de los síntomas de duelo ante la muerte de un ser querido en un tiempo menor a seis meses ($n=304$), ni mucho menos en un tiempo mayor a estos seis meses, cuyos los resultados no mostraron disminución lineal de la prevalencia según el tiempo, por lo que, fueron fluctuantes, es decir, los síntomas se intensificaron con el tiempo, de esta manera concluyeron que, los síntomas de Duelo Complicado estaban presentes desde los dos meses. Es importante mencionar que esta investigación se aplicó a aquellas personas cuyos seres queridos hayan fallecido en un tiempo mayor de tres meses a la fecha de aplicación, siendo un 90.9% los participantes que perdieron a sus seres queridos en un

periodo de tres a 10 meses, mientras que el 9.1% fue de 11 a 18 meses.

Escala de Miedo a la COVID-19

Según Huarcaya-Victoria *et al.*(2020) la *Escala de Miedo al COVID-19* (ver anexo “4”), también conocida en inglés como *Fear of COVID-19 (FCV-19S)*, se creó inicialmente con el objetivo de evaluar el miedo en la población general de Irán, al mostrar propiedades psicométricas adecuadas, fue validada en italiano (Soraci *et al.*, 2020), árabe (Alyami *et al.*, 2020), bengalí (Sakib *et al.*,2020) turco (Satici *et al.*, 2020) y en español (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020).

Esta Escala fue adaptada al español por un equipo de investigadores que pertenecientes al Instituto Peruano de Orientación Psicológica y a otras instituciones, conformado por Jeff Huarcaya-Victoria, David Villarreal-Zegarra, Ángela Podestá y María Alejandra Luna-Cuadros en el año de 2020, a raíz de la pandemia por COVID-19, para ello se publicó un estudio sobre las propiedades psicométricas de la versión en español en una muestra de la población peruana, la investigación fue un estudio instrumental transversal y en una muestra por conveniencia, con un total de 832 participantes, los resultados apoyan un modelo bifactorial que consta de un factor general y dos factores específicos: uno de reacciones de miedo emocional y otro de expresiones somáticas de miedo al COVID-19 (sudoración palmar, insomnio y palpitaciones) (CFI = 0,988, RMSEA = 0,075), encontrando una validez convergente con los síntomas de estrés, depresivo, ansioso y postraumático (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020).

El factor general del miedo al COVID-19 y los factores específicos tuvieron un nivel óptimo de consistencia interna ($\omega > 0.89$ y $\alpha > 0.83$), de esta manera el estudio evidenció que esta escala breve de miedo al COVID-19 presenta adecuadas propiedades de medición (validez y confiabilidad) (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020), ya que, conforme lo que menciona Kelley y Pornprasertmanit (2016) cuando los coeficientes tienen valores superiores a 0,80 los coeficientes son aceptablemente fiables; por lo que la *Escala de Miedo a la COVID-19* se recomienda su uso para investigación y para futuras mediciones clínicas o en salud (Huarcaya- Victoria *et al.*, 2020).

El *FCV-19S* es una Escala compuesta de siete ítems que sirve para evaluar el miedo al COVID-19 entre la población general. Los ítems se califican en una escala Likert donde 1 es muy

desacuerdo, hasta una puntuación de 5 de muy de acuerdo. Las puntuaciones totales oscilan entre 7 y 35. Cuanta más alta es la puntuación, mayor es el miedo al COVID-19. Los valores de confiabilidad como la consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,82) y la confiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclase = 0,72) fueron aceptables (Ahorsu *et al.*, 2020).

La *Escala de FCV-19S* fue validada y aprobada por Soto-Briseño *et al.*(2021) en la población mexicana con una muestra de 306 sujetos (dicha escala fue aplicada en el año 2020) obteniendo una consistencia interna con alfa de Cronbach =0.870, un coeficiente rho de 0.508 ($p<0.001$) y validez externa de 0.151 ($p=0.008$), utilizando la escala bidimensional, en la que se encontró que la puntuación total de la FCV-19S fue más alta en las mujeres, lo cual tiene una relación con lo que indican los informes internacionales de salud mental (los que indican mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en las mujeres),

M) Procedimiento

Para la aplicación de los tres instrumentos se realizó mediante un formulario Google, en el que se explicó la finalidad de la investigación, y como primer apartado se colocó un Consentimiento Informado (anexo 1), en el que se les explicó a los participantes la confidencialidad de sus datos, y la responsabilidad ética de la investigadora, de igual manera, en esta sección se les aclaró a los participantes que podían abandonar la investigación en el momento que lo desearan. Posteriormente, se colocó una segunda sección en la que se solicitaron datos sociodemográficos, y un cuestionario relacionado con la perspectiva que tenían de la pandemia antes de que algún ser querido se contagiara de la COVID-19 y falleciera a causa de ella, junto con los cambios en su vida diaria que esto generó respecto a la manera de prevenir y protegerse contra el virus SARS-CoV 2, así como preguntas relacionadas con la perspectiva hacia la muerte, la forma de vivir su duelo, si tuvieron la posibilidad de realizar rituales de despedida o no, la posibilidad de poder externar sus emociones (tanto con otras personas e incluso con un profesional de la salud) y también preguntas relacionadas con su salud mental (trastornos mentales previos o síntomas como depresión, ansiedad, miedo, etc, que se pudieron detonar a causa de la contingencia por la pandemia), así como la presencia de enfermedades que los colocaran en grupos vulnerables ante

la COVID-19.

Consecutivamente, a los datos sociodemográficos y al cuestionario antes mencionadas se colocaron los instrumentos: *Escala de Miedo ante la Muerte* (Tomás-Sábado *et al.*, 2007), *Inventario de Duelo Complicado* (Limonero *et al.*, 2009) y *Escala de Miedo a la COVID-19* (Huarcaya- Victoria *et al.*, 2020), todas en dicho orden. Después, se brindó un agradecimiento cordial al participante por su disposición para colaborar en esta investigación, ante un hecho irreversible (muerte) de sus seres queridos.

Para la recolección de los datos se contactó a los participantes por medio de redes sociales (WhatsApp, Facebook), mediante las cuales se les envió un flyer invitándolos a participar en la investigación, resaltando los criterios de inclusión. El trabajo de difusión del flyer en las redes sociales antes mencionadas fue de forma constante y en páginas sobre los municipios pertenecientes al Valle del Mezquital, Hidalgo con el fin de tener un mayor alcance con la población, teniendo días muy activos en cuanto a las solicitudes del registro del formulario y otros días no tanto, por lo que se solicitó por redes sociales que se compartiera la información (flyer) para que más personas con las mismas características pudieran participar, utilizando de esta manera la técnica de muestreo de bola de nieve conveniente.

En cuanto a los criterios de inclusión se solicitó a los participantes ser mayor de edad, haber tenido la pérdida significativa de algún ser querido a causa de la COVID 19 en un tiempo no menor a dos meses, (este aspecto por las características del *Inventario de Duelo Complicado*) pertenecer a la región del Valle del Mezquital del Estado de Hidalgo, y por las características de la investigación en tiempos de pandemia otro de los requisitos era contar con acceso a un dispositivo móvil (celular), computadora, laptop o tableta electrónica, con acceso a internet, para poder contestar el formulario Google, ya que, como se mencionó anteriormente los inventarios fueron adaptados en una modalidad online.

N) Proceso de Sistematización y Análisis de Datos

La recolección de los datos y la aplicación de las Escalas fue a partir del día 13 de julio de 2021, hasta el 1 de septiembre del mismo año, obteniendo una muestra de 128 participantes, de las cuales siete fueron excluidas por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, sobre la muerte de un ser querido por COVID-19. Posterior a ello se inició con la sistematización de los datos en la base de datos SPSS/Windows versión 26, iniciando con la estadística descriptiva con la que se exploró las características de los participantes en los datos recabados en el primer apartado del formulario Google que fue aplicado a los participantes, para finalmente concluir con el análisis cuantitativo de los datos, a través de pruebas estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y la correlación de Pearson.

Ñ) Aspectos Éticos y de Bioseguridad

En el Informe Belmont en 1979 se establecen por primera vez tres principios de importancia como guía de la investigación con seres humanos, los cuales son: el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia (Observatori de Bioètica i Dret Parc, 1979), principios bajo los cuales se llevó a cabo esta investigación, en conjunto con los artículos que se establecen en el Código Ético de Psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007). De igual manera se tomó en consideración la Declaración de Helsinki (2013) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (LGS, 2014), en el que se establece en el artículo 5 que “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar” (p.5).

Es importante destacar que no existían posibles riesgos, que se pudieran generar durante y después de la aplicación de los cuestionarios, mismos que fueron aplicados vía online, clasificando dicha investigación en la categoría de: Investigación sin riesgo, según la LGS (2014) en su artículo 17.

Para resguardar la confidencialidad de los participantes se hizo uso del artículo 122 del Código de Psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007), el artículo 25 de la Declaración

de Helsinki (2013) junto con el artículo 14 (inciso V) y 21 de la LGS(2014), en los que se describe que ante la realización de cualquier investigación se debe obtener el consentimiento informado de los participantes, puesto que, en el consentimiento informado se precisa la naturaleza de la investigación, y su finalidad, para que así los participantes tuvieran la libertad de decidir en participar o no, en la investigación.

De igual manera, es importante mencionar que la población a la que se le aplicaron los instrumentos fue a población mayor de 18 años, debido a las implicaciones que establece el artículo 124 del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007), el cual indica que en caso de trabajar con menores de edad para alguna investigación se requiere del consentimiento de ellos y de su tutor.

El consentimiento informado (anexo 1) que se utilizó para esta investigación se mostró en conjunto con los demás instrumentos (*EMMCL, IDC, FCV-19-S*) a través de un formulario Google, en el que como primer punto se les informo a los participantes que su participación era voluntaria y que podían declinar su participación en cualquier momento, tal como lo enmarca el artículo 24 de la Declaración de Helsinki (2013), así como el uso y confidencialidad de sus datos, los cuales, para brindar mayor confidencialidad no se les solicito su nombre, ni un correo de contacto, lo que hizo que sus respuestas fueran completamente anónimas y solo con fines académicos; teniendo también en consideración los artículos 113 y 114 de la LGS(2014), en los que se menciona que dicha investigación debía estar a cargo de un investigador principal (profesional de la salud), contar con la autorización del jefe responsable del área de su adscripción, así como el uso de la investigación para fines de titulación por parte de las autoridades educativas competentes.

Capítulo VI. Resultados

En este penúltimo apartado se presentan los resultados arrojados en este estudio, para ello es importante destacar que los resultados se subdividen en los siguientes sub apartados: 1) Datos sociodemográficos, 2) Datos Relevantes del Cuestionario, y los 3) Datos Arrojados por las Escalas *Escala de Miedo a la Muerte*, *Inventario de Duelo Complicado*, y *Escala de Miedo a la COVID-19*, similar a la forma en que dichos datos fueron presentados a los participantes a través del formulario Google que se les aplicó.

1) Datos sociodemográficos

Estos datos fueron recabados a partir del Anexo 2, es decir la segunda parte del Formulario Google, ya que, la primera sesión correspondió al Consentimiento Informado. Respecto al apartado dos, se identificó que se contó con la participación de los 128 participantes, pero al cumplir con los criterios de exclusión y no cumplir los criterios de inclusión, la muestra total quedo con N=121 participantes, de los cuales el 41.3% fueron hombres (n=50) y el 58.7% mujeres (n= 71), todos ellos pertenecientes a la Región del Valle del Mezquital, del Estado de Hidalgo. Tal como se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6

Lugar de residencia

Municipio	Total de participantes N=(%)
Actopan	5(4.1)
Ajacuba	8(6.6)
Alfajayuca	4(3.3)
Atitalaquia	6(5.0)
Atotonilco de Tula	8(6.6)
Cardonal	12(9,9)
Chapantongo	5(4.1)
Chicuautla	5(4.1)
El Arenal	4(3.3)
Francisco I. Madero	4(3.3)
Huichapan	4(3.3)

Ixmiquilpan	5(4.1)
Mixquiahuala de Juárez	3(2.5)
Nopala de Villagram	1(.8)
San Salvador	2(1.7)
Santiago de Anaya	1(.8)
Tecoautla	3(2.5)
Tepeji del Río Ocampo	5(4.1)
Tepetitlán	5(4.1)
Tetepango	11(9.1)
Tezontepec de Aldama	3(2.5)
Tlahuelilpan	4(3.3)
Tlaxcoapan	3(2.5)
Tula	10(8.3)
San Agustín Tlaxiaca	0(.00)
Tasquillo	0(.00)
Progreso de Obregón	0(.00)

Nota: Entre los municipios con mayor participación se encuentra Tula de Allende, uno de los municipios con mayor número de defunciones

Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la edad de los participantes, esta se encuentra en un rango de 18 años hasta 60 años. Mientras que el 39.7% (n= 48) poseían un estado civil de soltero, un 22.3% casado (n= 27), el 19.8 % (n=24) unión libre, y el 18.2% (n=22) restante fueron divorciados, separados y viudos (de este último con un 7.4% (n=9), mismos que ahora poseen dicho estado civil, a causa de la muerte de su pareja por el virus SARS-CoV-2). En cuanto a la situación laboral el mayor porcentaje fue de trabajadores activos con un porcentaje de 42.1% (n=51), y la ocupación en segundo lugar con un 21.5% (n=26) estudiantes.

El 38.8% (n=47) poseen una licenciatura universitaria, el 19.8% (n=24) bachillerato técnico y el 16.5% (n=20) preparatoria. Uno de los datos solicitados a los participantes fue la religión, proponiendo en el formulario Google las siete religiones presentes en el Estado de Hidalgo según la *Enciclopedia de los Municipios de México del Estado de Hidalgo* (2002): Católica, Cristiana, Testigos de Jehová, Evangélico, Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Santos de los Últimos

Días, Adventista del Séptimo día, e Iglesia Pentecostal, agregando las opciones de otra y ninguna, siendo la religión católica la religión predominante en los participantes, con un 68.6% (n=83), en segundo lugar con un 15.7% (n=19) con ninguna religión y en tercer lugar la religión cristiana y Testigos de Jehová con 4.1 (n=5) respectivamente.

Todos estos datos se encuentran a detalle en la Tabla 7.

Tabla 7

Datos Sociodemográficos y puntajes obtenidos en la batería de instrumentos

Variable	N(%)	EMMCL			IDC			FCV-19-S		
		<u>MPM</u> X(D.E)	<u>MPPM</u> X(D.E)	<u>MMO</u> X(D.E)	<u>MPMO</u> X(D.E)	<u>RTE</u> X(D.E)	<u>FG</u> X(D.E)	<u>RME</u> X(D.E)	<u>ESM</u> X(D.E)	
Sexo										
Mujer	71(58.7)	2.86(1.09)	3.68(.89)	3.87(.85)	3.83(.89)	3.56(.77)	36.31(17.77)	16.75(6.47)	10.35(3.82)	6.39(3.06)
Hombre	50(42.3)	3.15(.89)	3.52(.75)	3.57(.89)	3.67(.85)	3.47(.73)	38.08(15.96)	17.74(5.86)	10.64(3.35)	7.10(2.97)
Edad										
18 a 20 años	21(17.4)	2.60(1.45)	3.20(1.14)	3.23(1.31)	3.25(1.17)	3.07(1.13)	32.30(17.42)	15.90(7.76)	9.63(4.31)	6.27(3.75)
21 a 30 años	29(24)	2.93(1.07)	3.60(.70)	3.64(.77)	3.80(.83)	3.49(.61)	35.20(15.72)	16.45(5.55)	9.90(3.26)	6.55(2.80)
31 a 40 años	20(16.5)	3.08(.75)	3.35(.76)	3.43(.77)	3.41(.71)	3.32(.66)	36.44(16.82)	17.37(7.05)	10.30(4.01)	7.07(3.26)
41 a 50 años	23(19)	3.25(.77)	3.78(.57)	3.81(.62)	3.83(.62)	3.67(.53)	43.21(13.93)	19.00(5.42)	11.68(3.12)	7.32(2.97)
51 a 60 años	20(16.5)	3.37(.88)	3.83(.75)	4.08(.69)	4.08(.69)	3.83(.55)	39.38(18.18)	18.38(4.72)	11.46(2.97)	6.92(2.34)
Más de 60años	8(6.6)	2.85(.90)	3.91(.63)	4.58(.52)	4.55(.50)	3.97(.49)	35.90(20.50)	15.90(5.19)	9.40(2.63)	6.50(2.75)
Estado Civil										
Soltero	48(39.7)	2.71(1.11)	3.37(.90)	3.53(1.04)	3.61(.96)	3.31(.88)	33.21(15.94)	15.44(6.43)	9.27(3.67)	6.17(3.25)
Casado	27(22.3)	3.00(.90)	3.53(.81)	3.59(.82)	3.55(.95)	3.42(.70)	37.26(13.97)	17.71(5.90)	11.08(3.67)	6.66(2.61)
Unión Libre	24(19.8)	3.27(.88)	3.90(3.40)	3.85(.68)	3.95(.62)	3.74(.5)	41.16(19.15)	19.09(5.61)	11.50(3.28)	7.59(3.04)
Divorciado	6(5.0)	3.39(.47)	3.40(.44)	3.62(.45)	3.46(.45)	3.46(.42)	44.00(9.26)	19.10(4.53)	11.20(2.20)	7.09(2.80)
Separado	7(5.8)	3.53(.73)	3.53(.77)	3.58(4.59)	3.62(.37)	3.56(.46)	35.08(12.73)	17.50(5.56)	11.17(3.35)	6.33(2.30)
Viudo	9(7.4)	3.35(.72)	4.24(.42)	4.59(.55)	4.67(.52)	4.21(.45)	46.15(23.57)	19.85(6.02)	11.69(3.22)	8.15(2.96)
Concubinato	0(0)									
Situación Laboral										
Ama de casa	20(16.5)	2.73(.80)	3.38(.85)	3.57(.81)	3.88(.88)	3.39(.64)	34.45(16.36)	16.64(4.34)	10.27(2.64)	6.36(2.34)
Estudiante	26(21.5)	2.74(1.25)	3.32(1.04)	3.47(1.13)	3.54(1.03)	3.27(1.01)	32.73(17.19)	16.08(7.10)	9.62(3.75)	6.46(3.61)

Trabajador activo	51(42.1)	3.11(.89)	3.61(.71)	3.75(.75)	3.73(.72)	3.55(.64)	32.73(17.19)	17.87(6.13)	10.82(3.53)	6.46(3.61)
Sin trabajo	13(10.7)	3.34(.88)	3.85(.58)	3.48(.80)	3.45(.93)	3.52(.63)	41.33(18.35)	17.17(6.48)	10.06(3.96)	7.11(2.78)
Pensionado	11(9.1)	3.34(.78)	4.03(.52)	4.34(.73)	4.29(.82)	4.00(.58)	44.31(21.02)	18.69(5.33)	12.00(3.40)	6.69(2.41)
En paro laboral	0(0)									
Nivel de Estudios										
Primaria	4(3.3)	3.31(.65)	3.64(.75)	3.93(1.19)	3.82(1.21)	3.67(.84)	39.50(19.43)	17.0(5.83)	9.50(2.88)	7.50(3.10)
Secundaria	16(13.2)	3.00(.97)	3.93(1.19)	3.64(.87)	3.82(.82)	3.51(.72)	32.91(16.42)	17.26(5.94)	10.39(3.62)	6.87(2.65)
Preparatoria	20(16.5)	3.41(.84)	3.90(.61)	3.95(.61)	4.05(.79)	3.83(.42)	46.34(14.91)	19.83(5.91)	11.62(3.09)	8.21(3.24)
Bachillerato	24(19.8)									
Técnico		3.00(.84)	3.56(.85)	3.62(.70)	3.79(.75)	3.49(.67)	36.45(19.47)	18.67(6.22)	11.61(3.49)	7.06(3.09)
Universidad	47(38.8)	2.83(1.07)	3.39(.89)	3.51(1.05)	3.47(.94)	3.30(.88)	33.99(15.30)	15.70(6.22)	9.61(3.66)	6.09(2.97)
Maestría	9(7.4)	3.06(.78)	3.86(.54)	4.20(.57)	4.04(.62)	3.79(.51)	41.15(13.12)	16.38(4.62)	10.15(3.23)	6.23(2.52)
Doctorado	0(0)									
Sin estudios	2(1.6)	2(.00)	3.88(.00)	4.14(.00)	4.14(.00)	4.03(.00)	56.00(.00)	21.00(.00)	13.00(.00)	8.00(.00)
Religión										
Católica	83(68.6)	2.92(.96)	3.59(.86)	3.73(.83)	3.81(.84)	3.51(.73)	37.21(17.02)	17.34(6.27)	10.60(3.75)	6.74(3.00)
Cristiana	5(4.1)	3.27(1.00)	3.16(.65)	3.36(.99)	3.59(1.07)	3.32(.81)	38.57(11.70)	16.00(3.91)	10.14(2.67)	5.86(1.57)
Protéstata	0(0)									
Testigo de Jehová	5(4.1)	3.71(.54)	3.76(.28)	3.79(.50)	3.67(.47)	3.73(.37)	39.43(18.06)	21.00(2.44)	12.86(1.34)	8.14(1.34)
Evangélico	3(2.5)	3.17(.48)	3.42(.42)	3.57(.31)	3.56(1.75)	3.43(.26)	34.60(9.52)	24.80(2.04)	13.80(2.04)	11.00(.00)
IDVCAV	1(.8)	4.14(.00)	4.28(.009)	4.28(.00)	4.57(.00)	4.28(.00)	53.00(.00)	19.00(.00)	11.00(.00)	8.00(.00)
Adventista del Séptimo día	1(.8)	3.71(.00)	4.00(.00)	4.43(.00)	3.43(.00)	3.89(.00)	39.00(.00)	21.00(.00)	10.00(.00)	11.00(.00)
Iglesia Pentecostal	2(1.7)	3.81(1.07)	3.95(.82)	4.14(1.48)	4.23(.57)	4.03(.98)	16.67(11.54)	17.00(5.19)	10.00(1.73)	7.00(3.46)

Otra	2(1.7)	4.78(.10)	4.35(.91)	4.85(.20)	4.93(.09)	4.73(.27)	49.50(7.77)	16.00(7.07)	9.50(3.53)	6.50(3.53)
Ninguna	19(15.7)	2.90(1.04)	3.49(.76)	3.47(1.07)	3.37(.98)	3.31(.83)	37.67(17.61)	15.55(6.32)	9.42(3.33)	6.12(3.31)
Municipio										
Actopan	5(4.1)	2.96(.72)	3.46(.83)	3.47(.83)	3.30(.89)	3.30(.76)	33.88(13.97)	20.25(6.36)	12.13(3.27)	8.13(3.35)
Ajacuba	8(6.6)	2.45(.85)	3.56(.79)	3.71(.81)	3.56(1.09)	3.32(.70)	29.00(15.67)	16.40(7.04)	10.80(4.31)	5.60(3.13)
Alfajayucan	4(3.3)	3.49(.93)	3.36(.86)	3.93(.37)	4.06(.54)	3.71(.66)	41.71(13.62)	18.86(5.58)	11.00(2.44)	7.86(3.80)
Atitalaquia	6(5.0)	2.76(.79)	3.01(.77)	3.10(.83)	3.17(.81)	3.01(.77)	31.63(13.62)	14.38(6.86)	9.25(3.73)	5.13(3.27)
Atotonilco de Tula	8(6.6)	2.51(.62)	3.48(.61)	3.39(1.07)	3.45(.71)	3.21(.60)	33.73(19.27)	14.91(5.78)	9.00(2.68)	5.91(3.36)
Cardonal	12(9.9)	3.41(1.01)	3.70(.92)	3.63(.87)	4.10(.69)	3.71(.68)	48.06(17.00)	19.88(5.71)	11.82(3.32)	8.06(2.86)
Chapantongo	5(4.1)	3.66(.61)	3.91(.33)	3.90(.61)	3.70(1.09)	3.79(.49)	33.11(21.63)	16.78(6.18)	9.67(4.06)	7.11(2.20)
Chicuauatla	5(4.1)	3.44(.97)	3.76(.73)	3.62(1.22)	3.56(1.12)	3.56(.99)	47.25(12.56)	17.00(5.09)	9.63(2.61)	7.38(2.50)
El Arenal	5(4.1)	3.46(.63)	3.30(.33)	3.74(.35)	3.46(.29)	3.49(.34)	41.00(11.00)	21.14(1.86)	12.71(1.11)	8.43(1.81)
Francisco I. Madero	4(3.3)	3.25(.44)	3.51(.49)	3.48(.20)	3.48(.48)	3.41(.41)	43.00(7.01)	18.83(5.07)	12.00(3.68)	6.83(2.04)
Huichapan	4(3.3)	3.21(.92)	3.71(.51)	3.69(.41)	3.60(.50)	3.55(.48)	38.86(5.59)	15.71(6.65)	9.57(3.86)	6.14(2.85)
Ixmiquilpan	5(4.1)	2.94(1.63)	3.46(1.41)	3.81(1.11)	3.75(.94)	3.49(1.18)	31.86(19.86)	15.71(7.36)	9.00(3.21)	6.71(4.53)
Mixquiahuala de Juárez	3(2.5)	3.49(.34.9)	4.49(.33)	4.49(.27)	4.07(.00)	4.14(.14)	35.25(13.62)	15.00(4.24)	9.75(2.98)	5.25(1.25)
Nopala de Villagram	1(.8)	1.86(.00)	2.00(.00)	4.14(.00)	5.00(.00)	3.25(.00)	43.00(.00)	18.00(.00)	12.00(.00)	6.00(.00)
San Salvador	2(1.7)	2.99(1.01)	3.94(.08)	3.28(.60)	3.50(.09)	3.42(.45)	28.50(4.95)	15.00(1.41)	10.50(.70)	4.50(.70)
Santiago de Anaya	1(.8)	4.43(.00)	4.43(.00)	5.00(.00)	4.57(.00)	4.60(.00)	10.00(.00)	20.00(.00)	11.00(.00)	9.00(.00)
Tasquillo	0(0)									
Tecozautla	3(2.5)	2.72(1.21)	2.96(1.24)	3.57(.70)	3.56(1.06)	3.20(1.04)	55.50(18.04)	18.50(7.55)	11.75(4.50)	6.75(3.77)
Tepeji del Río Ocampo	5(4.1)	1.91(.64)	2.86(1.16)	2.30(1.01)	2.38(.97)	2.36(.90)	20.71(9.60)	11.00(3.16)	7.00(2.51)	4.00(1.00)
Tepetitlán	5(4.1)	2.50(1.10)	2.92(1.13)	3.00(1.02)	3.16(1.10)	2.89(1.02)	33.00(12.31)	13.33(6.21)	8.00(3.95)	5.33(2.94)
Tetepango	11(9.1)	2.49(.93)	3.68(.52)	3.93(.78)	4.41(.31)	3.62(.43)	36.69(20.34)	14.62(4.44)	9.15(3.07)	5.46(1.98)

Tezontepec de Aldama	3(2.5)	3.78(.74)	3.78(.97)	3.60(1.01)	3.75(.81)	3.73(.87)	36.00(17.34)	21.50(7.55)	13.75(4.71)	7.75(2.87)
Tlahuelilpan	4(3.3)	2.59(.51)	3.71(.33)	3.79(.21)	3.99(.66)	3.52(.17)	33.60(16.21)	19.40(1.94)	11.60(1.34)	7.80(1.30)
Tlaxcoapan	3(2.5)	3.05(1.26)	4.11(.29)	4.48(.23)	4.34(.19)	4.00(.38)	40.60(15.93)	23.40(8.98)	14.40(4.72)	9.00(4.84)
Tula	10(8.3)	13(3.41)	13(4.06)	13(4.46)	13(4.27)	13(4.05)	13(42.92)	13(19.31)	13.0(11.23)	13.0(8.08)

Nota: EMMCL= *Escala de Miedo ante la Muerte*, MPM=Miedo a la Muerte Propia, MPPM= Miedo del Proceso de Morir Propio, MMO=Miedo a la Muerte de Otros,MPMO=Miedo al Proceso de Morir de Otros, RTE=Resultado Total de la Escala, IDC=*Inventario de Duelo Complicado*, FCV-19-S=*Miedo a la COVID-19*, FG= Factor General, RME= Reacciones al Miedo Emocional, ESM= Expresiones Somáticas del Miedo. IDVCAV=Iglesia de Dios Vivo Columna y Apoyo de la Verdad *Siglas que se utilizarán en las siguientes tablas.

Fuente: Elaboración Propia

2) Datos Relevantes del Cuestionario

El formulario Google en su tercera sección también recabó datos sobre la forma en la que los 121 participantes vivieron durante el confinamiento por la COVID-19 particularmente ante la muerte de algún ser querido, así como los antecedentes de salud (tanto físicos como mentales), su percepción del miedo ante la muerte y de la propia COVID-19, con la finalidad de identificar las principales causas de muerte relacionadas con la defunción de sus seres queridos en relación con el virus SARS-CoV-2.

Del 66.1 % (n=80) de las personas que no creían en la COVID-19, del cual el 18.8% (n=15) nunca tomaron en cuenta las medidas sanitarias establecidas por la OMS (2020f), tales como el uso de cubrebocas, lavarse las manos constantemente, evitar los lugares concurridos, y mantener la sana distancia, siendo estos cuatro elementos los que se consideraron en el formulario Google, por otra parte el 33.9% (n=41) de las personas que desde un inicio creyeron en la existencia del virus SARS-CoV-2, solo el 2.4% (n=1) de ellos nunca tomaron las medidas sanitarias desde el inicio de la cuarentena, tal como se muestra en le Tabla 8.

Tabla 8

Creencia de la existencia de la COVID-19 y el uso de las medidas sanitarias

Frecuencia del uso de las medidas sanitarias desde el inicio de la cuarentena	Total de participantes N=(%)	Creencia de la emergencia sanitaria por COVID-19	
		Si creían	No creían
Nunca	16(13.2)	1(2.4)	15(18.8)
Raras Veces	37(30.6)	8(19.5)	29(36.3)
Algunas Veces	35(28.9)	11(26.8)	24(30.0)
A menudo	14(11.6)	6(14.6)	8(10.0)
Siempre	19(15.7)	15(36.6)	4(5.0)

Nota: Con medidas sanitarias se hace referencia a lavado de manos, uso de gel, uso de cubre bocas, sana distancia y evitar lugares concurridos

Fuente: Elaboración Propia.

Por otro lado, se recabaron datos de los participantes sobre el padecimiento de alguna enfermedad crónica que padecían en ese momento: el 53.7% (n=65) tenía comorbilidad con alguna enfermedad que los catalogara como grupo vulnerable, mientras que el 46.3%(n=56) restante no padecían de ninguna enfermedad; respecto el 53.7%, solo el 2.5% (n=3) mencionaron padecer alguna otra enfermedad completamente diferente de las que se colocaron en el formulario Google.

Es importante rescatar que el 10.7%(n=14) posee más de una enfermedad comórbida, tal y como se describe en la Tabla 9. Además, de los 121 participantes solo el 56.2% (n=68) sí llegó a contagiarse de SARS-CoV-2.

Tabla 9

Presencia de enfermedades crónicas y el padecimiento de la COVID-19

¿Padeces alguna(s) de las siguientes enfermedades de riesgo?	Total de participantes N=(%)	¿Tú te has contagiado de COVID?	
		Si 68(56.2)	No 53(43.8)
Diabetes	7(5.8)	4(5.9)	3(5.7)
Obesidad	7(5.8)	4(5.9)	3(5.7)
Alergias	8(6.6)	5(7.4)	3(5.7)
Hipertensión	5(4.1)	5(7.4)	0(0)
ER	12(9.9)	10(14.7)	2(3.8)
EC-C	2(1.7)	2(2.9)	0(0)
Trastorno Mental (alcoholismo, depresión, esquizofrenia, etc.)	7(5.8)	5(7.4)	2(3.8)
COMBINACIONES			
Diabetes e Hipertensión	1(0.8)	1(1.5)	0(0)
Diabetes y Obesidad	4(3.3)	2(2.9)	2(3.8)
Diabetes, Obesidad e Hipertensión	1(0.8)	0(0)	1(1.9)
Diabetes, Obesidad, Hipertensión, ER	2(1.7)	1(1.5)	1(1.9)
Diabetes, ER Trastorno Mental	1(0.8)	0(0)	1(1.9)
Diabetes y tratamiento de diálisis	1(0.8)	1(1.5)	0(0)
Hipertensión y EC-C	1(0.8)	1(1.5)	0(0)
Alergias y Trastorno Mental	1(0.8)	1(1.5)	0(0)
Alergias y Obesidad	2(1.7)	1(1.5)	1(1.9)
Otra	3(2.5)	2(2.9)	1(1.9)
Ninguna	56(46.3)	23(33.8)	33(62.3)

Nota: ER=Enfermedades Respiratorias, EC-C= Enfermedades Cardiovasculares o cerebrovasculares

Fuente: Elaboración Propia.

Es importante mencionar que se anexó a la segunda parte del formulario una pregunta relacionada con haber presentado alguno de los síntomas relacionados con aislamiento, miedo, ansiedad, depresión, y duelos no resueltos, en donde el solo el 24.8% (n=30) no experimentó ningún síntoma que tuviera alguna relación con alguna de estas condiciones, mientras que, del otro 75.2% (n=91) si presentaron dichos síntomas, y el 40% presentaron no solo uno, sino dos o más síntomas (n=48) (ver Tabla 10).

Tabla 10

¿Durante este tiempo de confinamiento has presentado algunos síntomas relacionados con alguno de los siguientes padecimientos?

Padecimiento	Total de participantes N=(%)
DNR	10(8.3)
Miedo	8(6.6)
Ansiedad	7(5.8)
Depresión	11(9.1)
Aislamiento	7(5.8)
COMBINACIONES	
DNR y miedo	1(.8)
DNR, miedo y aislamiento	2(1.7)
DNR, Miedo y Ansiedad	6(5.0)
DNR, Miedo y Depresión	2(1.7)
DNR, Miedo, Aislamiento, Ansiedad, y Depresión	6(5.0)
DNR, Aislamiento, Ansiedad, y Depresión	1(.8)
DNR, Aislamiento, y Depresión	2(1.7)
DNR, Aislamiento, y Ansiedad	2(1.7)
DNRy Aislamiento	3(2.5)
DNR y Depresión	4(3.3)
DNR y Ansiedad	3(2.5)
Miedo, Depresión y Aislamiento	2(1.7)
Miedo, Depresión. y Ansiedad	2(1.7)
Miedo, y Depresión	2(1.7)
Miedo y Aislamiento	1(.8)
Miedo y Ansiedad	1(.8)

Aislamiento, Ansiedad y Depresión	1(.8)
Aislamiento y Ansiedad	2(1.7)
Ansiedad y Depresión	5(4.1)
Ninguno de los antes mencionados	30(24.8)

Nota: DNR= Duelos no resueltos

Fuente: Elaboración Propia

De la muestra consistente de N=121 participantes, todos ellos sufrieron la muerte de algún ser querido, a raíz de esto, el 91.7% (n=111) consideran que la pandemia cambió su forma de ver la vida y la muerte. Por lo que, solo el 73.6% afirma que le teme a la muerte, en cierto grado, mientras que, solo para el 0.8% le es indiferente esta situación, estos porcentajes están influenciados también porque el 56.2% en algún momento de la pandemia contrajo el virus del SARS-CoV-2 justo antes de que se dieran a conocer las primeras vacunas contra la COVID-19, lo que para muchas personas esta situación otorgo una gran esperanza.

El proceso del duelo es un proceso complejo de vivir. Según la encuesta aplicada el 84.6% (n=93) solo vivió el fallecimiento de un ser querido, mientras que el 15.4% (n=19) vivió la muerte de más de uno de sus seres queridos [(el 11.4% (n=14) vivió la muerte de dos de sus seres queridos, el 2.4% (n=3) tres, y el 0.8% (n=1) vivió el duelo de cuatro de sus seres queridos al igual que de cinco de sus seres queridos 0.8% (n=1)]. En su mayoría los duelos fueron de tía (o), abuelos, esposa(o), amiga (o), padre, hija (o), hermana (o) (ver Tabla 11).

El 93.4% (n=113) de los participantes considera que por miedo a perder a otro ser querido a causa de la COVID-19, su familia y ellos hicieron mayor caso a las medidas sanitarias.

Tabla 11*Tipo de relación/parentesco con el ser querido fallecido*

Relación	Total de participantes N (%)
Un ser querido fallecido	93(84.6)
Abuela (o)	12(9.9)
Ambos abuelos	2(1.7)
Esposa (o)	12(9.9)
Ex esposa (o)	2(1.7)
Mamá (o)	3(2.5)
Papá	12(9.9)
Hija (o)	8(6.7)
Hermana (o)	8(6.7)
Amiga (o)	11(9.1)
Tía (o)	23(19.0)
Prima (o)	4(3.3)
Sobrino (o)	3(2.5)
Suegra (o)	2(1.7)
Dos seres queridos fallecidos	14(11.4)
Prima (o) y tía (o)	1(0.8)
Mamá y tía (o)	2(1.7)
Papá y Tía (o)	1(0.8)
Padrino /Madrina	2 (1.7)
Tía (o) y Sobrina (o)	1(0.8)
Hija (o) y Cuñad(o)	1(0.8)
Papá y Sobrina (o)	1(0.8)
Prima (o) y Sobrina (o)	1(0.8)
Dos hermanos (as)	1(0.8)
Dos tíos (as)	1(0.8)
Dos amigos (as)	1(0.8)
Hijo y sobrino	1(0.8)
Tres seres queridos fallecidos	3(2.4)
Tío, tía y sobrino	1(0.8)
Tío, y dos primos	1(0.8)
Primo, prima y sobrina	1(0.8)
Cuatro seres queridos fallecidos	1(0.8)
2 Tíos y 2 amigos	1(0.8)
Cinco seres queridos fallecidos	1(0.8)
Mamá, hermana, tía y dos sobrinos	1(0.8)

Fuente: Elaboración Propia

El total de seres queridos fallecidos de los 121 participantes fue de 140, debido a que, como se mostró en la Tabla 11, el 15.4% (n=19) vivió la muerte de más de uno de sus seres queridos. De los cuales el 75.4% (n=106) de ellos, poseía una o más enfermedades comórbidas, lo que los ponía en la categoría de grupos vulnerables, anexo a ello el 1.4% (n=2) mencionó que la COVID-19 se desencadenó después de la aplicación de la vacuna de COVID-19, mientras,

el 22.8% (n=32) refiere que sus seres queridos no poseían alguna enfermedad comórbida que haya ocasionado su muerte debido a alguna complicación de esta que lo haya predispuesto como grupo vulnerable ante la COVID-19.

Tabla 12

Enfermedades comórbidas relacionadas con la causa de muerte por COVID-19 en los seres queridos de los participantes.

Enfermedades comórbidas	Total de participantes N=140 (%)
Neumonía	37(26.4)
Infarto	16(11.4)
Diabetes	14(10.0)
Obesidad	6(4.29)
Insuficiencia Renal	6(4.29)
Paro cardio-respiratorio	6(4.29)
Hipertensión	4(2.9)
Hipertiroidismo	3(2.1)
Asma	2(1.4)
EPOC	1(.72)
Influenza	1(.72)
Bronquitis	1(.72)
Artritis	1(.72)
Anemia	1(.72)
Tabaquismo	1(.72)
Alcoholismo	1(.72)
Hipertiroidismo y Esquizofrenia.	1(.72)
Neumonía y Diabetes.	1(.72)
Neumonía y Obesidad.	1(.72)
Diabetes e Hipertensión	1(.72)
Diabetes, Obesidad y Alcoholismo	1(.72)
Sin comorbilidad (solo COVID-19)	32(22.8)
OTROS FACTORES DE IMPORTANCIA	
A raíz de la vacuna COVID-19	2(1.4)

Fuente: Elaboración Propia

El 90.9%(n=110) de los participantes, sufrieron la pérdida de uno o más seres queridos de tres a diez meses, al momento de aplicar el formulario Google, mientras que solo el 9.1% (n=11) fue desde los 11 a los 18 meses, tiempo que reflejaba el inicio de la pandemia.

El 67.8% (n=82) no pudo realizar ningún ritual para poder despedir a sus seres queridos, en medio de la pandemia por COVID-19, por tal motivo se agregó al cuestionario una pregunta para conocer la frecuencia con la que el participante comparte la experiencia y emociones con otras personas que pasan por una situación similar o con sus familiares, donde solo el 2.5% (n=3),

lo hace con mucha frecuencia y naturalidad, justo como lo refleja la Tabla 13. De esta manera el 77.7% (n=94) considera que necesita ayuda psicológica para poder enfrentar las pérdidas de sus seres queridos, solo el 5%(n=6), ya se encuentra recibiendo apoyo psicológico, mientras que, el 9.1% (n=11) considera que no requiere el apoyo psicológico, y el 8.3% (n=10) describe de forma dudosa que tal vez requiera en algún momento intervención psicológica.

Tabla 13

Frecuencia con la que los participantes comparten su experiencia y emociones con otras personas que han pasado por un duelo por COVID-19

Frecuencia	Total de participantes N=(%)
Nunca	11(9.1)
Raras Veces	32(26.4)
Algunas Veces	44(36.4)
A menudo	31(25.6)
Siempre	3(2.5)

Fuente: Elaboración Propia

3) Datos Arrojadados por las Escalas

Por otro lado, para medir las variables de estudio, se utilizaron tres escalas: a) *Escala de Miedo ante la Muerte* (Tomás-Sábado *et al.*, 2007) b) *Inventario de Duelo Complicado* (Limonero *et al.*, 2009) y c) *Escala de Miedo a la COVID-19* validada por Huarcaya-Victoria *et al.* (2020). Por lo que en el siguiente apartado se describirá de manera detallada los resultados arrojados.

a) *Escala de Miedo ante la Muerte*

En lo que respecta al miedo ante la muerte evaluado por la *EMMCL* (Tomás-Sábado *et al.*, 2007), se obtuvieron los datos para las cuatro subescalas que posee este instrumento. El puntaje promedio total en la muestra, de forma general, fue de moderado-alto ($\bar{X} = 3.52 \pm .76$), con un 50.4% (n=61), antecediéndole con un porcentaje del 28.1% (n=34) los niveles de miedo alto. Tabla

14.

Tabla 14.*Nivel de Miedo a la Muerte conforme la escala de EMMCL*

Nivel de miedo a la muerte	Total de participantes N=(%)
Miedo moderado bajo	6(5)
Miedo moderado	20(16.5)
Miedo moderado alto	61(50.4)
Miedo alto	34(28.1)

Fuente: Elaboración Propia

A lo que menos le tienen miedo los participantes es la muerte propia ($\bar{X}=2.9805 \pm 1.01$), mientras que, a lo que más se le teme es a la muerte de otros ($\bar{X}=3.7487 \pm 0.87$), y el proceso de morir de otros ($\bar{X}=3.7669 \pm 0.87$), como se visualiza en la Tabla 15.

Tabla 15

Resultados de la Aplicación de la Escala de Miedo ante la Muerte, en habitantes del Valle del Mezquital, Hidalgo (N=121)

	Media	Desviación Estándar	Rango Mínimo	Rango Máximo
MPM	2.9805	1.01753	1.00	5.00
MPPM	3.6151	.83471	1.28	5.00
MMO	3.7487	.87874	1.43	5.00
MPMO	3.7669	.87615	1.28	5.00
Promedio General	3.5266	.76095	1.46	5.00

Nota: MPM=Miedo a la Muerte Propia, MPPM= Miedo del Proceso de Morir Propio, MMO=Miedo a la Muerte de Otros, MPMO=Miedo al Proceso de Morir de Otros. *Mismas siglas que se utilizarán en las siguientes tablas.

Fuente: Elaboración Propia.

Por otro lado, al establecer las diferencias por sexo a través de la aplicación de la prueba *t de Student* no se encontraron diferencias significativas entre las subescalas, tal como lo señala la Tabla 16.

Tabla 16*Puntajes estadísticos de la Escala del Miedo a la Muerte.*

Puntajes de cada subescala	Mujeres N=71		Hombres N=50		T	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
MPM	2.8603	1.08704	3.1512	.89266	-1.558	119	.122
MPPM	3.6845	.88487	3.5166	.75557	1.090	119	.278
MMO	3.8715	.85290	3.5742	.89383	1.851	119	.067
MPMO	3.8349	.88793	3.6702	.85870	1.019	119	.310

Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto al grado de preocupación que los participantes tenían sobre su *Propia Muerte (MPM)*, esta que el 47.1% (n=57) refiere temerle a morir solo durante esta pandemia por COVID-19 y el 44.7% (n=42) de morir joven. En lo que respecta al *Miedo del Propio Proceso de Morir (MPPPM)* se encontró que el 51.2% (n=62) se le tiene miedo a la idea del posible dolor que implica el proceso de morir, junto con la incertidumbre sobre la valentía con la que se afrontara dicho proceso 57.8% (n=72), sin embargo, el más grande temor de los participantes, respecto a esta subescala fue el miedo de la posibilidad de morir en un hospital lejos de sus seres queridos, con un 80.1% (n=97).

En cuanto al *Miedo de la Muerte de Otros (MMO)*, la preocupación de los participantes se centra al miedo de perder a algún ser querido con un 75.2% (n=91), a no tener la posibilidad de nunca más poder comunicarse con esa persona 67.7% (n=82), lamentar no haberse llevado mejor con ella en vida 47.9% (n=58), y sentirse solo si ella 67.8% (n=82).

En relación con el *Miedo al Proceso de Morir de Otros (MPMO)*, los participantes prestaron mayor atención al miedo de estar con alguien que se está muriendo 72.9% (n=87), ver como sufre su ser querido 71.9% (n=87), observar como conforme pase el tiempo su cuerpo se va deteriorando 60.4% (n=73), no saber cómo trabajar su dolor ante la pérdida de una persona querida 66.9% (n=81), o bien, ser consiente de que algún día también podría vivir esa experiencia 57.9% (n=70)

b) Inventario de Duelo Complicado

En lo que respecta al *Inventario de Duelo Complicado* (Limonero *et al.*, 2009) el 77.7% (n=94) de los participantes obtuvieron un resultado que indica la presencia de Duelo Complicado, a raíz de la pérdida de alguno de sus seres queridos a causa del virus SARS-CoV-2.

Tabla 17.

Nivel de Duelos conforme a la escala de IDC

Nivel de Duelo	Total de participantes N=(%)
Presencia de duelo complicado	94(77.7)
Sin presencia de duelo complicado	27(22.3)

Fuente: Elaboración Propia

Al hacer la comparativa por sexo no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la presencia de Duelos Complicados, tal como se observa en la Tabla 18.

Tabla 18

Puntajes estadísticos del Inventario de Duelo Complicado.

Puntaje	Mujeres N=71		Hombres N=50		T	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Inventario de Duelo Complicado	36.31	17.769	38.08	16.041	-.561	119	.569

Fuente: Elaboración Propia

El *IDC*, refiere que el 54.7% (n=65) de los participantes describen su dificultad para aceptar la muerte de sus seres queridos, así, como el anhelo constante hacia ella 54.5% (n=66), su enfado con su muerte 41.3 % (n=50), su incapacidad de procesar la noticia de que esa persona ya no está 51.2% (n=62), sentir que la vida no tiene sentido 37.2% (n=45), sentir que es injusta su muerte mientras ellos viven 28.1% (n=34), sentir envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano 20.4% (n=26) y presentar síntomas similares a los que tenía su ser querido, antes de fallecer 29.7% (n=36).

b) Escala de Miedo a la COVID-19

La *Escala de FCV-19S* (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020) posee un modelo bifactorial que consta de un **factor general** y dos específicos, en lo que respecta al factor general los resultados de la escala arrojaron que el 50.4% (n=61) de los participantes maneja un nivel moderado respecto al miedo a la COVID-19, un 28.1% (n=34) un nivel bajo y el 21.5% (n=26) niveles significativamente altos de miedo a la COVID-19. Tabla 19.

Tabla 19.

Nivel de Miedo a la COVID-19 conforme a la escala de FCV-19S

Nivel de Miedo a la COVID-19	Total de participantes N=(%)
Bajo	34(28.1)
Medio	61(50.4)
Alto	26(21.5)

Fuente: Elaboración Propia

Como se mencionó anteriormente la escala FCV-19S posee dos factores específicos, los cuales son: *reacciones del miedo emocional*, y *expresiones somáticas* de miedo al COVID-19, en esta investigación, se encontró en los participantes un mayor predominio del *factor de expresiones somáticas del miedo*, el cual hace referencia a la sudoración palmar, insomnio y palpitaciones. Sin embargo, respecto al *factor del miedo emocional*, el 32.2%(n=39) refirió tenerle mucho miedo al Coronavirus, el 26.4%(n=32) le pone muy incómodo el simple hecho de tener que pensar en la situación pandémica por la COVID-19, mientras que, el 40.5% (n=22) tiene miedo de perder su vida a causa del SARS-CoV-2, el 24%(n=29) menciona ponerse nervioso o ansioso al ver noticias o escuchar sobre lo que les ocurre a las personas al contraer dicho virus, y el 24%(n=29) indica no poder conciliar el sueño debido a la preocupación de poder contagiarse.

Al realizar la prueba *t de Student* no se establecieron diferencias entre hombres y mujeres respecto al miedo al coronavirus (ver Tabla 20).

Tabla 20*Puntajes estadísticos la Escala de Miedo a la COVID-19*

Puntajes de cada factor	Mujeres N=71		Hombres N=50		t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Reacciones al Miedo Emocional	10.35	3.818	10.64	3.367	-.429	119	.669
Expresiones Somáticas del Miedo	6.39	3.059	7.10	2.985	-1.267	119	.208
Factor General	16.75	6.474	17.74	5.889	-.862	119	.390

Nota: *FCV-19S (Escala de Miedo a la COVID-19)*

Fuente: Elaboración Propia

c) Relación de las escalas *EMMCL*, *IDC*, *FCV-19-S*

En cuanto a las correlaciones de Pearson que se realizó entre las escalas de *EMMCL*, *IDC* y *FCV-19S*, se identificó una correlación moderada entre las variables de Miedo ante la Muerte, Duelos Complicados y Miedo a la COVID-19, con un $**p<.01$, mostrando así una relación muy significativa entre ellas. Tal como se presenta en la Tabla 21.

Tabla 21*Correlación entre las escalas de EMMCL, IDC y FCV-19S*

	<i>EMMCL</i>	<i>IDC</i>	<i>FCV-19S</i>
<i>EMMCL</i>		.461**	.519**
<i>IDC</i>	.461**		.506**
<i>FCV-19S</i>	.519**	.506**	

* $p<.05$, ** $p<.01$

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 22 se describen a las subescalas de cada escala, con la finalidad de enriquecer los resultados de esta investigación, en el cuál, también se observan correlaciones moderadas, con muy buenos niveles de significancia ($p=.000$); en donde los Duelos Complicados mantienen una correlación positiva tanto con el miedo a la muerte propia, como con los otros (MPM, MPPM, MMO, MPMO), pues recordemos que la escala de *EMMCL* evalúa ambos aspectos, de igual manera, se mantuvieron correlacionadas todas las subescalas del *FCV-19S*, debido a que, el virus SARS-

CoV-2, fue la causa que originó la muerte de los seres queridos de los participantes, dicha escala evalúa el Miedo Emocional y las Expresiones somáticas.

Tabla 22

Correlaciones de las subescalas de las escalas utilizadas.

Variables	MPM	MPPM	MMO	MPMO	IDC	Factor General	Reacciones al Miedo Emocional	Expresiones Somáticas del Miedo
<i>Escala de Miedo ante la Muerte</i>								
MPM								
MPPM	.613**							
MMO	.521**	.686**						
MPMO	.449**	.664**	.803**					
<i>Inventario de Duelo Complicado</i>								
IDC	.392**	.343**	.389**	.432**				
<i>Escala de Miedo a la COVID-19</i>								
Factor General	.582**	.423**	.337**	.381**	.506**			
Reacciones al Miedo emocional	.515**	.414**	.349**	.393**	.465**			
Expresiones Somáticas del Miedo	.580**	.375**	.275**	.313**	.483**	.923**	.748**	

*p<.05, **p<.01

Nota: Miedo a la Propia Muerte (MPM), Miedo al Proceso de Morir Propio (MPPM), Miedo a la Muerte de Otros (MMO), Miedo al Proceso de Morir de Otros(MPMO)..

Fuente: Elaboración Propia

Capítulo VII: Discusión y Conclusiones

Para la realización de esta investigación se planteó tanto un objetivo general, como una serie de objetivos específicos, por lo que es relevante recordar, que el objetivo general de este estudio fue identificar la relación entre percepción del duelo complicado, miedo a la COVID-19, y el miedo a la muerte en habitantes del Valle del Mezquital del Estado de Hidalgo, ante la pérdida de un ser querido por COVID- 19; pero a su vez es importante recordar, que de este objetivo general, se desprendieron otros cuatro, los cuales se describirán en este apartado de discusiones, sin embargo, por sus resultados muy abundantes, la descripción de esta discusión, se presentará de la siguiente forma: 1) Duelo y Muerte, 2) Miedo a la COVID-19, 3) Relación entre las Escalas, de esta manera, en cada subapartado se describirán los objetivos específicos relacionados con cada variable, para finalmente presentar en el último apartado la relación que tuvieron las tres escalas entre sí.

1) Duelo y Muerte

El primer y segundo objetivo específico que se estipulo en esta investigación consistían básicamente en evaluar la percepción del duelo y examinar la percepción del miedo a la muerte, en habitantes del Valle del Mezquital que han perdido un ser querido a causa de la COVID 19, lo cual resulto de gran interés, por lo que se tuvo que presentar en todo un subapartado. Por lo que, con la finalidad de brindar mayor comprensión a estas dos variables, se iniciará con la variable del Miedo ante la Muerte, ya que, hacerlo de esta manera, esto permite desembocar con la variable de Duelo.

El **Miedo ante la Muerte**, es una de las variables principales de este estudio, y esta fue estudiada en base a la *EMMCL* (Tomás-Sábado *et al.*, 2007), ya que, dicho miedo surge por la incapacidad del ser humano, de reconocer que solo estamos de paso, bloqueando está posibilidad día con día (Rodríguez, 2011)

De la muestra consistente de 121 participantes, todos ellos se caracterizan por la muerte de algún ser querido, a causa de la COVID-19, el 91.7% (n=111) consideran que la pandemia **cambio su forma de ver la vida y la muerte**, mientras que, el 73.6% afirma que le teme a la muerte, y al

0.8% le es indiferente esta situación. Según el modelo antropológico del miedo, la humanidad conoció el miedo en el momento en el que se tuvo que enfrentar a lo desconocido (vejez, violencia, **muerte**, hambre, accidentes, riñas, desastres naturales, otras **fuentes de dolor, frustración**, pérdidas materiales, desengaño (Salazar, 2011), **epidemias** y guerras (Walter, 2008).

En este estudio también se encontró que en cuanto al grado de preocupación que los participantes tenían sobre su *Propia Muerte (MPM)*, el 47.1% (n=57) refiere temerle a morir solo durante esta pandemia por COVID-19 y el 44.7% (n=42) de morir joven. En lo que respecta al *Miedo del Propio Proceso de Morir (MPPPM)* se encontró que el 51.2% (n=62) de los participantes le tiene miedo a la idea del posible dolor que implica el proceso de morir, junto con la incertidumbre sobre la valentía con la que se afrontara dicho proceso 57.8% (n=72), sin embargo, el más grande temor de los participantes, respecto a esta subescala fue el miedo de la posibilidad de morir en un hospital lejos de sus seres queridos, con un 80.1% (n=97). Y es que, en realidad el miedo a la muerte (tanto propia como la de otros) se instaura en una persona a partir de los seis a los doce años, así, como el miedo a las enfermedades, pero, es entre los 12 y los 16 años, que el miedo a la muerte toma relevancia, estos miedos se acentúan a lo largo de la vida del individuo por las experiencias de enfermedades y muertes de algún ser querido (Herrán y Cortina, 2007).

En cuanto al *Miedo de la Muerte de Otros (MMO)*, la preocupación de los participantes se centra al miedo de perder a algún ser querido con un 75.2% (n=91), tal como lo refiere Joaquim *et al.* (2021), quien describe que la pérdida de algún ser querido a causa del virus SARS-COV-2 aumenta los niveles de angustia. Por su parte, Breen *et al.* (2021) encontró que las personas en duelo por COVID-19 mostraron niveles mayores de dolor, en comparación con aquellas personas en duelo por causas naturales; porque la idea de invulnerabilidad se desmantela y es entonces donde surge el miedo a la pérdida de un ser querido, el miedo a lo desconocido, a la imprevisibilidad y a la pérdida de control sobre los eventos (De Olivera *et al.*, 2020)

El 53.7% (n=65) de los participantes tenía como **comorbilidad** alguna enfermedad que los catalogara como grupo vulnerable (hipertensión, obesidad, diabetes, enfermedades respiratorias,

alergias, enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares, algún trastorno mental, enfermedades metabólicas), el 46.3%(n=56) restante no padecían de ninguna enfermedad, mientras que el 11.9% posee más de una enfermedad comórbidas. Según Gala *et al.* (2002) las enfermedades comórbidas aumentan la angustia ante la pandemia por COVID-19, y más aún, ante las muertes de seres queridos. Y aunque, las muertes durante la pandemia fueron generalmente inesperadas, quienes murieron por COVID-19, a causa de otras complicaciones, sus deudos podrían haber estado mentalmente preparados para la muerte (a comparación de otras personas), lo que sirvió como factor protector ante los síntomas del duelo (Bottomley *et al.*, 2019; Tsai *et al.*, 2015), ya que, tanto el paciente como los familiares, habían iniciado un duelo ante la pérdida de la salud (Fuentes, 2009; Martínez, 2013)

Según Yauri (2005) el duelo simboliza un desequilibrio del estado de salud y de bienestar, en el que se requiere transitar por un período para encontrar nuevamente un estado de equilibrio, el cual, puede ser en un estadio sano, o bien, patológico. Dicho proceso de duelo se presenta con una serie de síntomas físicos y emocionales, los cuales contribuyen al bienestar psicológico de la persona (Tovar, 2004), pero si el doliente no vive un proceso de aceptación, su salud mental se verá afectada (Worden, 2018 y Bowlby, 2014).

Es por eso, que para poder identificar si los participantes de esta investigación, atravesaban o no, por un duelo complicado, se les aplicó la **escala de IDC** (Limonero *et al.*,2009), el cual hace una serie de cuestionamientos para identificar la presencia de conductas y pensamientos anormales, que hicieran pensar que los participantes estuvieran pasando por un Duelo Complicado; tales como: sentimientos intensos de culpa provocados por cosas que hizo o dejó de hacer en el momento de la muerte de su ser querido, desesperanza extrema, sensación de estar atrapado, pensamientos suicidas cuya finalidad es poder reunirse con su ser querido, incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana (Neimeyer, 2014), añoranza persistente, anestesia emocional, dificultad para aceptar la muerte, sentimientos de soledad (DSM 5, APA, 2013) malestar somático y pensamientos de realidad alternos con fantasías (Fuentes, 2009; Martínez, 2013). Dicho inventario (IDC) arrojó que el 77.7% de los participantes presentan un duelo

complicado, además de que el 54.7% (n=65) de los participantes describen el anhelo constante hacia sus seres queridos 54.5% (n=66), el enfado con su muerte 41.3 % (n=50), sentir que la vida no tiene sentido 37.2% (n=45), sentir que es injusta su muerte, mientras ellos viven 28.1 (n=34), sentir envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano 20.4% (n=26) y presentar síntomas similares a los que tenía su ser querido, antes de fallecer 29.7% (n=36).

Los factores de riesgo para padecer un Duelo Complicado depende de varios aspectos importantes como: **quién era la persona que murió, la naturaleza del apego**, la fuerza y seguridad del apego, la ambivalencia en la relación, los conflictos con el fallecido, el tipo de muerte, (Yauri, 2005), la edad tanto del difunto y de los seres queridos, la madurez, la personalidad, historia de salud psiquiátrica y orgánica, las circunstancias en la que esta se dio la pérdida, disponibilidad de apoyo de la comunidad, creencias religiosas y culturales (Alvarado, 2012), las múltiples pérdidas en poco tiempo (Neimeyer y Worden, 2012), objetivos de vida, la personalidad y la salud del sobreviviente (Juri y Morrone, 2012)

Tang y Xiang (2021) en su investigación *¿Quién sufrió más, después de las muertes por COVID-19? Prevalencia y correlaciones del trastorno de duelo prolongado en adultos afligidos relacionados con COVID-19*, sugieren que es importante indagar en el número de pérdidas de los seres queridos de las personas durante la pandemia por COVID-19, puesto que representa un factor de riesgo para un duelo prolongado (ya que, sus resultados arrojaron que un 37.8% de su población: n=422 presentaban Duelo Complicado, porcentaje que tenía en común la pérdida de seres queridos de relevancia) por lo que, en el cuestionario (anexo 3) se colocó una pregunta relacionada con este aspecto, para este fin. De esta manera, se encontró que, el 84.3%(n=93) solo vivió el **fallecimiento de un ser querido**, mientras que, el 15.7%(n=19) vivió la muerte de más de dos seres queridos; situación que generó un gran impacto en la salud mental (Gómez, 2011), y por la que se incrementaron las demandas del servicio de salud mental (OPS, 2020b; OMS, 2022b).

Los duelos fueron en su mayoría de tía (o), abuelos, esposa (o), hija (o), amigas (os), Tabla 11; Shear y Shair (2005) describió que el dolor de la pérdida, es mayor, ante la pérdida de un esposo, hijos o mejores amigos, así como las pérdidas femeninas, especialmente de madres;

situación similar a lo que encontró Tang y Xiang (2021) en el que menciona que la pérdida de una pareja, un hijo y/o un padre, un abuelo la hace aún más traumática a comparación de pérdida de alguna otra persona con cualquier otro tipo de relación, es decir, los que más lloran, fueron los que perdieron a un ser querido por COVID-19 de primer grado. De igual manera, los duelos complicados se ven acentuados por la aparición de enfermedades y muerte de diferentes personas en el mismo núcleo familiar (Bajwah *et al.*, 2020), lo que trae factores estresantes adicionales a los procesos de despedida y adaptación a las pérdidas (Wallace *et al.*, 2020).

Según Sigmund Freud (1856,1939) cuando uno ama se apega al objeto amado por lo que “deposita su libido” pero, cuando ésta se va, el apego por esa persona continúa (Zumaya y Zurita, 2012), por lo que, la pérdida en sí, no producía los síntomas del duelo, sino que la intensidad de éste dependería de la importancia que se le tenga al sujeto, mientras que para Bowlby (2014), el duelo depende del apego que se tiene con la persona perdida, misma que se da a través un ritual, un objeto, una foto o una palabra al difunto.

En esta investigación el *IDC*, refiere que el 54.7% (n=65) de los participantes describen su dificultad para aceptar la muerte de sus seres queridos, así, como el anhelo constante hacia ella 54.5% (n=66), su enfado con su muerte 41.3 % (n=50), su incapacidad de procesar la noticia de que esa persona ya no esta 51.2% (n=62), sentir que la vida no tiene sentido 37.2% (n=45), sentir que es injusta su muerte, mientras ellos viven 28.1 (n=34), sentir envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano 20.4% (n=26) y presentar síntomas similares a los que tenía su ser querido, antes de fallecer 29.7% (n=36). Es por ello que para el modelo cognitivo conductual, la pérdida de algún ser querido significativo causaría una modificación en las conductas de los dolientes, así como un cambio en los constructos personales, lo que por ende tendría un impacto en sus futuras relaciones con los demás (Guillem *et al.*, s.f), por lo cual, el malestar emocional se generaría después de la realización de una distorsión cognitiva, lo que como consecuencia causaría cambios significativos en la conducta, por lo que es necesario el apoyo de un profesional de la salud, para que este, identifique dichas distorsiones cognitivas (Barreto y Soler, 2007).

Es por ello que en el apartado de Cuestionario (Anexo 3) se cuestionó a los participantes si

compartían su vivencia (duelo) y emociones, a lo que el 2.5% de los participantes describió compartirlas con naturalidad y mucha frecuencia, con sus familiares u otras personas que han perdido a un ser querido durante la pandemia por COVID-19, por otro lado, el 77.7% considera que necesita ayuda psicológica para poder enfrentar las pérdidas de sus seres queridos (el 9.1% considera que no requiere el apoyo psicológico, y el 8.3% indica de forma dudosa que tal vez requiera en algún momento intervención psicológica. Sin embargo, el *IDC* aplicado refiere la incapacidad de los participantes de procesar la noticia de que su ser querido ya no está 51.2% (n=62), la dificultad para aceptar la muerte de sus seres queridos el 54.7% (n=65) y el 66.9% (n=81) menciona no saber cómo trabajar su dolor ante la pérdida de una persona querida; Crepaldi *et al.* (2020) sugiere la importancia de que los psicólogos fortalezcan las redes socio-afectivas, compromiso y solidaridad entre los dolientes, con el objetivo de cuidar su salud mental.

De igual manera en esta investigación se indagó sobre la religión, ya que, autores como Hernández (2006) mencionan que la religión tiene un papel importante en la búsqueda de un consuelo ante la muerte como un hecho inevitable, situación que también otorga un significado a la propia muerte. Por su parte, para Freud (1932,1936) la religión cumplía el papel de calmar la angustia ante el destino inevitable de la muerte, para consolar la desdicha y le asegure un buen final. De esta manera, el 84.3% de los participantes tienen alguna **religión** (siendo la religión católica la más predominante 68.6%); y es que, la religión es la que motiva en su mayoría la realización de **rituales de despedida**. Conforme a ello, es importante mencionar que de la muestra estudiada el 67.8% (n=82) no pudo realizar ningún ritual para poder despedir a sus seres queridos, en medio de la pandemia por COVID-19; Valencia (2003) describe que los rituales de despedida sirven de apoyo a la gente para superar los primeros días posteriores a la muerte y poder honrar así a la persona que murió, de hecho, en la cultura mexicana los rituales de despedida son de gran importancia en el proceso de elaboración y aceptación de la pérdida de algún ser querido (Pastor, 2021), de apoyo social (Pérez, 2011; Franqueira, 2019) y de gran relevancia para la salud mental (Souza y Souza, 2019). “Los amigos que nos habían acompañado masivamente en los primeros tiempos, discretamente desaparecieron. Sólo quedaba la familia y algunos amigos íntimos”

(Roccatagliata, 2000, p.30). Las restricciones en los rituales de despedida favorecen la aparición de factores de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado o en su caso maximizar las dificultades para elaborar un duelo normal (De Olivera *et al.*, 2020).

También en este estudio se identificó que el 75.2% de los participantes mostraron **síntomas relacionados con aislamiento, miedo, ansiedad, depresión, y duelos no resuelto** (pero de estos, el 40% presentaron dos o más síntomas) el mientras 24.8% indico no haber experimentado ningún síntoma que tuviera alguna relación con alguna de estas condiciones. Para Joaquim *et al.*, (2021) la angustia psicológica de las personas aumenta ante la pérdida de un familiar o amigo debido a la infección directa por el virus SARS-COV-2, y dicha angustia se ve aumentada en personas con antecedentes de trastornos mentales. Por su parte, Breen *et al.* (2021) en su investigación “*El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: revisión rápida de la evidencia*”, n=307, identificó que en la mayoría de sus participantes además de presentar duelo disfuncional (66,1 % puntuaron $\geq 7,0$) debido a COVID-19, presentaban rangos clínicos de depresión, (74,3 % puntuaron $\geq 3,0$) ansiedad generalizada (70% puntuaron $\geq 3,0$) y deterioro debido a la pérdida de COVID-19 (63,2% obtuvo una puntuación $\geq 21,0$).

2) Miedo a la COVID-19

Como se mencionó en un inicio, en este apartado de discusiones, esta investigación está basada en cuatro objetivos específicos, mismos que por la abundancia de los resultados tuvieron que ser presentados por subapartados, dos de los cuales, ya fueron expuestos en la sección anterior: *Duelo y Muerte*, por lo que toca el turno de la tercer variable que se estudió en esta investigación, cuyo objetivo específico, indica, valorar la percepción de miedo a la COVID-19 en habitantes del Valle del Mezquital que han perdido un ser querido a causa de la COVID 19.

Esta variable, no estaba contemplada en un inicio en la investigación, sin embargo al realizar la búsqueda del Marco Teórico, nos encontramos que autores como Pérez-Mengual *et al.*(2021) recomiendan que toda vez que se desee estudiar el miedo a la muerte durante la pandemia a causa del virus SARS-CoV-2, se debe estudiar a su vez el miedo a la COVID-19 (por lo que se hizo uso de la *FCV-19S* de Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020), porque esto podría

incrementar el sufrimiento psicológico y el proceso de miedo a la muerte personal (Júnior *et al.*, 2020), debido a que, los dolientes además de sufrir la pérdida de su ser querido, tienen que lidiar con la idea del alto riesgo de infectarse de COVID-19 (De Olivera *et al.*, 2020). Y al menos en esta investigación la escala de FCV-19 arrojó que el 40.5% (n=49) de los participantes tenían miedo de perder su vida a causa del SARS-CoV-2, el 24% (n=29) mencionó ponerse nervioso o ansioso al ver noticias o escuchar experiencias sobre las personas al contraer dicho virus, y el 24% (n=29) indicó no poder conciliar el sueño debido a la preocupación de poder contagiarse.

Como se recordará, la población con la que se trabajó en este estudio constó de 121 participantes, de los cuales el 58.7% fueron mujeres, mientras que el 41.3% fueron hombres, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre sexos, contrario a lo que mencionan algunos otros autores en sus investigaciones como Tzur, *et al.*, (2020) el género se asoció positivamente con el miedo a la COVID-19, y las participantes femeninas informaron tasas más altas de miedo (OR = 1,1, IC del 95 %: 1,06-1,17, $p < 0,001$) que los participantes masculinos. Por otro lado, Magano *et al.*, (2021), encontró que las mujeres ($M = 2,66$; $DE = 0,83$) presentaron mayores niveles de miedo a la COVID-19 que los hombres ($M = 2,14$; $DE = 0,79$).

Pérez-Mengual *et al.* (2021) encontraron que las mujeres son quienes presentan mayores puntuaciones altas en ansiedad y miedo a la muerte personal, al igual que el estudio de Sandín *et al.* (2020) en la que una de cada dos mujeres informó haber tenido mucho miedo o temor extremo de que algún familiar cercano pueda morir (54%), que alguien de su familia pudiera estar infectado (47,9%), que el coronavirus se propagaría (46,9%), o no poder estar con familiares cercanos o amigos cercanos (45,4%); mientras que en los hombres, el patrón de estos miedos aplica a uno de cada tres hombres, por lo que, se encontró en las mujeres mayor miedo a perder a algún ser querido, mientras que en los hombres existió mayor miedo a infectarse por SARS-CoV-2. Ahorsu *et al.* (2020) menciona que son los hombres quienes ante los desafíos psicosociales como la estigmatización y la discriminación son quienes sufren altos niveles de miedo ante la COVID-19.

Por otra parte, Pakpour y Griffiths (2020) confirmaron la validez y la confiabilidad de la *Escala de Miedo a la COVID-19* (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020); pero en su investigación no se

encontró correlación entre el miedo y los comportamientos preventivos para evitar la propagación de la COVID-19; contrario a la investigación que realizaron Harper *et al.* (2020) en donde se obtuvo una correlación positiva entre estas variables, en otras palabras, las personas se involucran más en actividades preventivas cuando perciben la amenaza como grave. En esta investigación los datos arrojaron que el 18.8% (n=15) nunca tomaron en cuenta las medidas sanitarias establecidas por la OMS (2020f), tales como el uso de cubrebocas, lavarse las manos constantemente, evitar los lugares concurridos, y mantener la sana distancia (siendo estos cuatro elementos los que se consideraron en el formulario Google), por otra parte, el 66.1% (n=80) de las personas **no creían en la COVID-19**, es decir, solo el 33.9% (n=41) de las personas que desde un inicio de la pandemia creyeron en la existencia del virus SARS-CoV-2, pero, solo el 2.4% (n=1) de ellos nunca tomaron las medidas sanitarias desde el inicio de la cuarentena, tal como se muestra en la Tabla 8.

Autores como Wang *et al.* (2020) descubrieron que el simple uso de mascarillas actuó como una herramienta para reducir los niveles de miedo a la COVID-19, así como ansiedad o depresión; esto a pesar de que la OMS (2020e) enfatizará que las mascarillas son efectivas sólo cuando se usan en combinación con la limpieza. Como se mencionó anteriormente, inicialmente un 66.1% (n=80) de los participantes (antes de la muerte de alguno de sus seres queridos) no creían en la existencia del virus SARS-CoV-2, sin embargo, el 93.4% de los participantes mencionaron que por miedo a perder a otro ser querido a causa de la COVID-19, hicieron mayor caso a las medidas sanitarias; puesto que, según el modelo neurobiológico, el miedo es el Sistema de Alarma que se activa al detectar una posible amenaza (Netter *et al.*, 2002), pues, la amígdala se conecta directamente el sistema endócrino, en donde se producen ciertas hormonas que se activan para protección del peligro (Martín, 2014).

Los resultados de la *FCV-19* (Huacaya-Victoria *et al.*, 2020) en esta investigación reflejaron un miedo moderado de 50.4% y el 21.5% (n=26) con niveles significativamente altos de miedo a la COVID-19. De igual manera mencionaron que les pone nerviosos o ansiosos el hecho de ver noticias o escuchar algo, sobre lo que les ocurre a las personas al contraer dicho virus 23% (n=29).

Para Jodelet (2011) actualmente muchos miedos son el resultado de discursos transmitidos por diversos medios, de tal manera que, los medios de comunicación promueven el miedo desde la parte emocional y generando preocupación a nivel social.

Según el estudio realizado por Wang *et al.* (2020) a 1210 participantes, las personas que pasan entre 20 a 24 horas al día en casa (84,7%); estaban preocupados por los miembros de su familia por el riesgo de contraer COVID-19 (75,2%). Mientras que, Sandín *et al.* (2020, quienes también hicieron uso de la *FCV-19S*) encontraron un mayor impacto en cuanto el miedo a la infección, enfermedad o la muerte (en más del 40% de los participantes). Casi la mitad de los participantes (49%) tenían niveles muy altos de miedo y preocupación asociados a la muerte de algún miembro de la familia. En cuanto a la dimensión de los miedos, al aislamiento se distribuyen irregularmente: miedo muy frecuente de no poder ver a familiares o amigos cercanos, la preocupación de estar socialmente aislado se mantiene con una frecuencia relativamente alta, mientras que, el miedo o ansiedad por no poder celebrar eventos importantes debido a las condiciones de confinamiento tuvo un impacto menor.

Y es que según Bajwah *et al.*, (2020) en un contexto pandémico la aparición de enfermedades y muerte de diferentes personas en el mismo núcleo familiar; trae consigo factores estresantes adicionales a los procesos de despedida y adaptación a las pérdidas (Wallace *et al.*, 2020).

3) Relación entre las Escalas

En este apartado se describirá al objetivo cuarto, de esta investigación, el cual consiste en identificar la relación entre la percepción del duelo complicado, miedo a la COVID-19 y el miedo a la muerte en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo, ante la pérdida de un ser querido por COVID- 19.

Respecto a este objetivo, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las tres escalas aplicadas (*EMMCL*, *IDC*, *FCV-19S*), y mismas que evalúan respectivamente las variables de: duelo complicado, miedo a la muerte y miedo a la COVID- 19, para ello se hizo uso de la estadística paramétrica, por medio de la correlación de Pearson, sin

embargo, no se utilizaron pruebas de normalidad, lo cual se sugiere para posteriores investigaciones.

Al comparar los niveles de cada escala, se encontró que la escala *EMMCL* (Tomás-Sábado *et al.*, 2007) poseía un nivel moderado-alto de miedo a la muerte con un 50.4% (n=61), similar a el nivel del miedo a la COVID-19 (*FCV-19S*), la cual, obtuvo niveles moderados, igualmente, en un porcentaje 50.4% (n=61), mientras que, el *IDC*, detecto mayor presencia de Duelos Complicados en el 77.7% (n=94) de los participantes. Tal como lo describiría De Olivera *et al.*, (2020) los dolientes además de sufrir la pérdida de su ser querido, tienen que lidiar con la idea del alto riesgo de infectarse por la COVID-19, lo que imposibilita recibir el apoyo social que culturalmente se esperaba debido al estigma asociada con la enfermedad, lo que dificulta la aceptación de la pérdida, es decir “el doliente deja de ser un objeto percibido como vulnerable, alguien que necesita apoyo y protección y se estigmatiza como un vector potencial de transmisión, un objeto amenazante y persecutorio, que además amplifica los sentimientos de soledad y desánimo” (p.5).

Como se mencionó anteriormente se encontró que el resultado de la *EMMCL* (Tomás-Sábado *et al.*, 2007), fue de un nivel de moderado-alto ($\bar{X}=2.9805 \pm 1.01$) con un 50.4% (n=61), similar a los resultados arrojados por Sandín *et al.* (2020) donde casi la mitad de participantes (49%) tenían niveles muy altos de miedo y preocupación asociados a la muerte de algún miembro de la familia. Eisma *et al.* (2020) al igual que Johns *et al.* (2020) han expresado su preocupación por las muertes causadas por la COVID-19, ya que, estima que el 9,8% de las personas que hayan experimentado la muerte de una persona cercana tienen mayores probabilidades de desarrollar un trastorno de duelo prolongado, postura similar a la del APA (2020), quienes mencionan que al finalizar la pandemia de COVID-19, es posible que muchas personas logren adaptarse relativamente bien a los cambios ante el duelo de sus seres queridos; mientras que otros experimentarán un duelo complicado (Wallace *et al.*, 2020), esto implicaría la intensificación del sufrimiento, sin la búsqueda de la resolución del conflicto a lo largo del tiempo (Worden, 2018).

Según Sandín *et al.* (2020) los miedos con mayor impacto en tiempo de pandemia por

COVID-19, son los asociados con el miedo a la infección, a la enfermedad y a la muerte (en más del 40% de los participantes), dato que fue similar en esta investigación, ya que, en cuanto al miedo a la infección se manejó un porcentaje mayor a 41%, mientras que el miedo a perder la vida por SARS-CoV-2 fue un porcentaje mayor a 49%.

Conclusiones

En este último apartado de tesis, se expondrán las conclusiones de este trabajo, así como las sugerencias, fortalezas y limitaciones que se encontraron a lo largo de esta investigación, con la finalidad de que próximas investigaciones tomen estos puntos en consideración.

Esta investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre la percepción del duelo complicado, miedo a la COVID-19 y el miedo a la muerte en habitantes del Valle del Mezquital Hidalgo, ante la pérdida de un ser querido por COVID- 19. De acuerdo con este objetivo se plantearon diversas hipótesis, en las que se mencionaba una probable relación, o bien, una relación nula. Cuyos hallazgos refirieron una aprobación total a todas las hipótesis alternas, ya que, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas, conforme a la estadística paramétrica de Pearson.

Confirmando a su vez las hipótesis conceptuales que se plantearon, en las que se mencionaron a autores como Sandín *et al.*,(2020) quienes describen que los miedos con mayor impacto durante el tiempo de pandemia por COVID-19 fueron los asociados con el miedo a la infección, a la enfermedad y a la muerte. Así como, la forma en la que los dolientes, además de sufrir la pérdida de su ser querido tienen que lidiar con la idea del alto riesgo de infectarse con alguna variante de COVID-19 (De Olivera *et al.*, 2020). Y es entonces, que ante la pérdida de un ser querido por COVID-19, los síntomas de duelo prolongado se ven agravados (Tang y Xiang, 2021).

Si bien es cierto, fueron tres las variables que se estudiaron en esta investigación, sin embargo, como un criterio de inclusión que se solicitó estrictamente, fue que sus difuntos fueran seres queridos, esto debido a que no es lo mismo, la pérdida de un conocido, a la pérdida de un ser querido, ya que; cuando la muerte se ve lejana, se le es indiferente, más aún, en una cultura

como la nuestra, en la que a la muerte se le veía de forma ambivalente (Gómez,2011), por lo que, es importante identificar en posteriores investigaciones si el evento de las muertes masivas por COVID-19, modificaron la forma de ver a la muerte, y en qué grado, pues bien, el miedo a la COVID-19 en nuestros participantes fueron moderadas, dichos datos fueron recabados durante el auge de la pandemia por SARS-CoV-2, y este temor, en la actualidad, pudo verse disminuido por el uso de la vacuna, puesto que, a pesar de no ser 100% efectiva para prevenir el virus en todas sus variantes, pudo actuar como un factor protector para la salud mental; al igual que lo fue el uso de mascarillas (Wang *et al.* 2020).

De esta manera, los resultados reflejaron la importancia del involucramiento del sector salud, para poder atender los duelos complicados que pudiera haber dejado la pandemia por COVID-19, para la creación de estrategias e intervenciones que permitan mejorar la salud mental de las personas, así mismo, el llamado para las instituciones educativas, que forjan profesionales de la salud, con la finalidad de que puedan agregar a sus planes educativos, temas relacionados con la tanatología, ya que, a partir de la COVID-19, la población seguirá exigiendo esa atención en el campo de la salud mental, y es importante que los profesionales de la salud, estén preparados para poder brindar las intervenciones adecuadas. Además de recalcar, que la muerte de un ser querido, no solo se llora unos días, sino, que es algo con lo que se tiene que aprender a vivir, y conforme se haya vivido esta experiencia pandémica, será la forma de afrontar futuras pandemias, tanto al miedo a la enfermedad, como el miedo a la muerte y a los duelos.

Por otra parte, en esta investigación se indagó sobre la religión y los rituales de despedida; puesto que, las pérdidas más contundentes que puede vivir un ser humano, es la muerte de un ser querido e incluso saber sobre la próxima muerte propia, esto, cambia radicalmentela vida de quienes se quedan con el dolor que significa la pérdida (Gómez, 2007; Grau *et al.*, 2015), pero para muchos la espiritualidad les ayuda a encontrar un nuevo sentido, por medio de explicaciones aceptables, para ellos (Bertanchini *et al.*,2006). Por lo que es importante que el personal de salud sea consciente de la importancia de satisfacer las

necesidades espirituales en momentos vulnerabilidad, de inquietud y angustia, puesto que, ante la idea de la muerte se produce una lucha dolorosa para la cual el ser humano no se está plenamente preparado (Sancho, 1999)

Por lo que, los resultados de esta investigación vislumbran un quehacer psicológico importante para los próximos años en cuanto al trabajo de duelos complicados a raíz de la pandemia por COVID- 19. Evidenciando así, la importancia de realizar investigaciones similares en otras regiones del país o bien investigaciones enfocadas en conocer las repercusiones e impacto de los duelos de seres queridos por COVID-19 en un tiempo de 5 a 10 años.

Sugerencias, Fortalezas y Limitaciones

En el siguiente subapartado se describirán las sugerencias, fortalezas y limitaciones de esta investigación, con el objetivo de fortalecer las próximas investigaciones que deseen trabajar con las variables de miedo a la muerte, duelos, y miedo a la COVID-19, para ello cada idea se presentara a través de incisos, con la finalidad de tener la mejor claridad posible.

Sugerencias

a) En lo que respecta a las muertes causadas por la COVID-19, se sugiere al igual que Tang y Xiang, (2021) identificar a las personas que sufrieron la pérdida de uno o varios de sus seres queridos durante esta pandemia, a través de la identificación de factores de riesgo asociados con la prevalencia de un Duelo Complicado. Por lo que se recomienda, en futuras investigaciones el uso conjunto de las escalas de *EMMCL*, *IDC*, *FCV-19*, ya que, en conjunto arrojan resultados muy abundantes y concretos.

b) Es sumamente importante considerar los resultados de esta investigación y de otras tantas, para exponer la necesidad de fomentar políticas en cuanto a salud mental, ya que, según la OMS (2022a) la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1); y el contexto de la pandemia por COVID-19 trajo consigo diversos problemas de salud mental, por factores como el **duelo**, aislamiento, la pérdida de ingresos y el **miedo** (OPS, 2020b), dejando una gran área de oportunidad para los profesionales de salud. Ya que según Eisma *et al.*, (2020) en su

investigación *Trastorno de duelo prolongado después de la pandemia de Coronavirus* la salud pública se agravaría debido a los aumentos de casos de PGD después de la pandemia por la COVID-19.

c) Se recomienda replicar dicho estudio en otras áreas del estado de Hidalgo y en los demás estados mexicanos para conocer la percepción de miedo a la muerte y duelos por COVID-19 en otras poblaciones haciendo énfasis en el tipo de relación de su ser querido, el número de seres queridos que fallecieron, y el sexo para valorar si la tendencia que se mostró en este trabajo se cumple.

d) Considerar para futuras investigaciones, el uso del criterio de exclusión de trastornos mentales, ya que, quienes ya tienen un diagnóstico con algún trastorno mental, cuando llegan a dar positivo a la COVID-19, tienen mayor probabilidad de ser hospitalizadas, sufrir enfermedades graves y la muerte (OMS, 2022b).

e) Para la variable de Duelos, se sugiere indagar si los participantes están recibiendo apoyo psicológico, si anteriormente el participante tenía algún duelo no resuelto, o si su ser querido fallecido tenía alguna enfermedad terminal, antes de ser diagnosticado con COVID-19, ya que, esto podría crear sesgos en los resultados. Puesto que, los participantes podrían ya no experimentar todos los síntomas de un Duelo complicado, si anteriormente se ha ido a terapia, y si se pudieron despedir de sus seres queridos, o bien, aquellas personas que antes de dar positivo a la COVID-19, ya tenían un diagnóstico de alguna enfermedad terminal, ya que, los deudos pudieron haber estado más preparados mentalmente para la muerte, a comparación otros, sirviendo así como un factor protector ante los síntomas del duelo (Bottomley *et al.*, 2019; Tsai *et al.*, 2015), por último se agregó la sugerencia de cuestionar si los participantes pudieron despedirse de su ser amado, puesto que, no haber podido realizar rituales de despedida, favorece la aparición de factores de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado o en su caso maximizar las dificultades para elaborar un duelo normal (De Olivera *et al.*, 2020).

f) En cuanto a la variable de Miedo a la COVID-19 se propone indagar si los participantes padecieron o no COVID-19, puesto que, esto puede ser un factor que deslumbre mayor miedo a

la COVID-19 y a la muerte.

g) Para indagar más sobre las variables de duelo complicado, miedo a la muerte, y miedo a la COVID-19 serían interesantes y muy fructíferas, las investigaciones mixtas, haciendo uso de las escalas de *EMMCL*, *IDC*, *FCV-19*, junto con técnicas cualitativas, como historias de caso o bien entrevistas. O en su caso, investigaciones en las que se implementen intervenciones para trabajar con el proceso de duelo, considerando el trabajo con el miedo a la muerte propia, de otros y el proceso de morir tanto propio como el de otros. Ya que autores como Gala *et al.* (2002) sugieren que miedo a la muerte, debe ser estudiado desde dos puntos de vista: el miedo ante la propia muerte y el miedo ante la muerte de otros, ya que, la mayor parte del temor se centra en el proceso de la agonía y no en el hecho de morir como tal.

h) En esta investigación se hizo uso de la correlación bivariada de Pearson, sin embargo, no se hicieron uso de las pruebas de normalidad, por lo que se incita su uso en futuras investigaciones, para así evitar sesgos.

Fortalezas

Una vez descritas las sugerencias para futuras investigaciones, se presentan las fortalezas de esta investigación, en las que se encuentra que al ser:

a) Una investigación de corte cuantitativo, permitió un estudio más amplio, involucrando un mayor número de sujetos, con una mayor objetividad y precisión de los resultados.

b) Un trabajo de corte cuantitativo, con correlaciones estadísticamente significativas en cuanto a las variables de duelo complicado, miedo a la muerte, y miedo a la COVID-19, que puede ser tomada como referencia para otras investigaciones.

c) Una tesis de gran interés para la comunidad psicológica, y con un panorama amplio de los requerimientos sociales en cuanto a la salud mental, de los próximos años, debido a la pandemia por COVID-19.

d) Este estudio representa también una oportunidad para sectores de salud y educativos para poder capacitarse y atender estos problemas de salud mental de la mejor manera: duelo complicado, miedo a la muerte y miedo a la COVID-19.

e) Dicha investigación permitirá acortar una brecha en área de la investigación psicológica en cuanto a la correlación de las variables de duelo complicado, miedo a la muerte y miedo a la COVID-19, puesto que, existen investigaciones respecto a cada variable, pero no se había estudiado su correlación. Aportando de esta manera al conocimiento del impacto de la COVID-19 en nuestra sociedad.

Limitaciones

a) Respecto a las limitaciones de este estudio se encontró, que el haber hecho un muestreo no probabilístico, genera que no se puedan generalizar los resultados a toda la población.

b) Por otro lado, dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra el hecho de que la población para esta investigación, solo fue de los 18 años hasta los 60 años y más, dejando fuera la población infantil, por lo que se requieren nuevas investigaciones que repliquen las mismas variables, que consideren participantes representativos a dicha población

c) Otra limitación fue justamente la pandemia por COVID-19, ya que, debido a ello, está investigación se hizo a través de formularios Google, lo que dificultó llegar a cierta cantidad de personas, ya que, no toda la población que había pedido a algún ser querido, se encontraba adscrito a los grupos de las redes sociales en las que se publicó el flyer, en el que se les invitó a participar, además de que muy pocas personas compartieron dicha publicación a sus conocidos.

Referencias

- Acuario Michin. (29 de octubre,2020). El Día de Muertos: origen y celebración en México. *Acuario Michin*. <https://acuariomichin.com/el-dia-de-muertos-origen-y-celebracion-en-mexico/>
- Afonso, P., John, S., Das, N., Singh, S. y Shoib, S. (2020). Tools to measure the psychological impact of the COVID-19 pandemic: What do we have in the platter?. *Asian Journal of Psychiatry*, 53(102371), 1-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7456260/>
- Aguilar, N., Hernández, A. e Ibanes, C. (2020). Características del SARS-CoV-2 y sus mecanismos de transmisión. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 33(3), 143-148. <https://www.medigraphic.com/pdfs/infectologia/lip-2020/lip203g.pdf>
- Ahorsu, D., Lin, C., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M., y Pakpour, A. (2020). Escala The Fearof COVID-19: desarrollo y validación inicial. *Revista Internacional de Salud Mental y Adicciones*, 20, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8> .
- Alvarado, M. (agosto 2012). *Respuesta Humana ante la pérdida. Angustia, depresión, duelo*. [Discurso principal]. Conferencia Virtual, Diplomado de Tanatología, UNAM-UV.
- Álvarez, R., Biggs, A., Chen, G., Pine, D., y Grillon, C. (2008). Contextual Fear Conditioning in Humans: Cortical-Hippocampal and Amygdala Contributions. *J Neurosci*, 28(24), 6211-6219. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1246-08.2008.
- Arango, C. (2020). Lessons learned from the coronavirus health crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 has changed our lives in the last two weeks. *Biological Psychiatry*, 8, 33-34 <https://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.04.003>
- Aranguren, J. (1987). *La muerte en Ética. Alianza univ. (Textos)*.Madrid. <http://192.168.8.1/html/quicksetup.html?randid=1502634478?updataredirect=www.cervantesvirtual.com/descargaPdf/aranguren--sentido-tico-de-la-muerte--aranguren--ethical-sense-of-death-0/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2010). *Diccionario conciso de psicología*. México: Manual Moderno.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2020). *Grief and COVID-19: Mourning our bygone lives*. <https://www.apa.org/news/apa/2020/04/grief-covid-19>
- Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. (2020). *Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus*. <https://ome-aen.org/guia-de-apoyo-psicosocial-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/>
- Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (2020). [Prensa]. *La salud mental frente a la COVID-19*. <https://amiif.org/la-salud-mental-frente-al-covid-19/>
- Barreto y Soler (2008). *Muerte y duelo*. Editorial Síntesis.
- Bastida, A. (2018). *Miedos, ansiedad y fobias: diferencias, normalidad o patología*. <https://xdoc.mx/documents/miedos-ansiedad-y-fobias-diferencias-normalidad-o-5f91061ea7af8>
- Baudouin, J., y Blondeau, D. (1995). *La ética ante la muerte y el derecho a morir*. Ed. Herder.
- Bauman, Z. (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Ed. Modernidad líquida FCE. <http://esystems.mx/BPC/llyfrgell/0081.pdf>
- Bayés, R., Limonero, J., Buendía, B., Buró, E., y Enríquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Med. Pal.*, 6(4), 140-143. <http://www.secpal.com/Documentos/Articulos/99%206.4.4%20Bayes.pdf>
- Becerra, C., y Becerra, D. (2020). Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos, durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36, 1-14. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3999>
- Béjar, H. (s.f). La sociología de Norbert Elias: Las cadenas del miedo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas.*, 56(91), 35-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=249405>
- Bekkering, H., y Woodgate, R. (2021). The parental experience of unexpectedly losing a child in the

pediatric emergency department. *Omega (Westport)*, 84(1), 28-50.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31547765/>

Ben Abdelaziz A., Benzarti S., Noura S., Mlouki I., Achouri MY, Ben Abdelaziz I., Yahia F., Barhoumi T., y Soulimane A. (2020). Actitudes de los profesionales de la salud hacia la respuesta a la pandemia de COVID-19 en Magreb. *Túnez. Medicina*, 324–333.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32548842/>

Bernal, S. (2017). “La vida, la muerte, más allá” https://issuu.com/oficomunicacionjaveriana/docs/homil_a_-vida_muerte_y_eternidad

Bernat, J. (1992). Brain death. Occurs only with destruction of the cerebral hemispheres and the brain stem. *Arch Neurol*, 49(5), 569-70. DOI: [10.1001/archneur.1992.00530290161027](https://doi.org/10.1001/archneur.1992.00530290161027)

Betancourt, C., Hernández, Y., Gómez, N., Medina, G., y Rodríguez, P. (2019). Evaluación del nivel de miedo a la muerte entre estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 2(71), 1-17.
<https://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/565/985>

Boelen, P., Djelantik, A., De Keijser, J., Lenferink, L., y Smid, G. (2019). Further validation of the traumatic grief inventory-self report (TGI-SR): a measure of persistent complex bereavement disorder and prolonged grief disorder. *Death Studies*, 43(6), 351– 364. doi: 10.1080/07481187.2018.1480546

Boelen, P., y Smid, G. (2017). The traumatic grief inventory self-report version (TGI-SR): introduction and preliminary psychometric evaluation. *J Loss Trauma*, 22, 196–212.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284488>

Boria, A., y Barei, S. (2020). La cultura del miedo: el control de las emociones. *Estudios*, (43), 9-14.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7285464>

Boscoboinik, A. (2016). ¿Por qué estudiar los miedos desde la antropología? *Revista de Antropología Social*, (16), 119-136. DOI: 10.17345/aec2016119-136

- Bottomley, J., Smigelsky, M., Floyd, R., y Neimeyer, R. (2019). Cercanía y conflicto con el difunto: exploración de la estructura factorial del inventario de la calidad de las relaciones en una muestra de estudiantes en duelo. *Omega (Westport)*, 79(4), 377–93. doi: 10.1177/0030222817718959
- Bousmaha, K. (2020, 24 de marzo). Sin velatorio, sin funeral, sin poder llorar juntos: ¿cómo afrontar el duelo por un ser querido fallecido por coronavirus? *20 minutos Editora*. <https://www.20minutos.es/noticia/4201796/0/duelo-sin-despedida-como-afrontar-situacion/?autoref=true>
- Bowlby, J. (2014). *Vinculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid. Ediciones Morata, S.L. https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Bowlby.VinculosAfectivos.PR_.pdf
- Bravo, M. (2006). ¿Qué es la tanatología?. *Revista Digital Universitaria*, 7(8). 1-10. http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf
- Breen, L., Lee, S., y Neimeyer, R. (2021). Psychological Risk Factors of Functional Impairment After COVID-19 Deaths. *Journal of Pain and Symptom*, 61(4), 1-4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0885392421000117#!>
- Brooks, S., Webster, L., Smith, L., Woodland, S., Wessely, N., Greenberg, N., y G. James. (2020). “El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: revisión rápida de la evidencia” *Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bucay, J. (2003). *El camino de las lágrimas*. Barcelona: Grijalbo. www.formarse.com.ar
- Buccella, S., Brandi, R., y Fernández, U. (2012). Validación de la versión española de la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Carabobo. *Informed*, 14(1), 47-54. <http://bdigital.ula.ve/storage/pdf/inmed/v14n1/art05.pdf>
- Bustos, M. (2013). El duelo. (Tesina para la acreditación del diplomado en tanatología; Universidad Veracruzana). <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/216%20duelo.pdf>
- Cabodevilla, I. (2002). *En Vísperas del Morir*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Cabodevilla, I.(2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-184

66272007000600012

- Castro, M. (2008). *Tanatología. La familia ante las enfermedades y la muerte*. México: Trillas.
- Caycedo, M. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, 36(2), 332-339.
<http://www.redalyc.org/pdf/806/80636212.pdf>
- Chaurand, A., Zacarías, J., Benítez-Borrego, S., Nuñez-Quintero, L., y Guillem, F. (2015). Pérdida, Depresión y Duelo Complicado en una muestra mexicana. *Revista de Psicología*, 17(2), 42-55. doi: 10.18050/revpsi.v17n2a3.2015
- Cicirelli, V. (2006). *Older adults' views on death*. Springer Publishing Company.
https://books.Google.com.mx/books?id=TFTSCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Older+adults%E2%80%99+views+on+death.+Springer+Publishing+Company.&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Older%20adults%E2%80%99%20views%20on%20death.%20Springer%20Publishing%20Company.&f=false
- Cobián, C., Romero, P., y Sanz, F., (2016). *Miedo*. <https://psicologosenmadrid.eu/tag/miedo-definicionpsicologia/#:~:text=El%20miedo%20es%20una%20emoci%C3%B3n,un%20peligro%20para%20el%20organismo>.
- Collett, L. J., y Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-181. <https://doi.org/10.1080/00223980.1969.10543496>
- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. (2006). *La festividad indígena dedicada a los muertos en México*. Patrimonio Cultural y de Turismo: México.
https://www.cultura.gob.mx/turismocultural/publi/Cuadernos_19_num/cuaderno16.pdf
- Crepaldi, M., Schmidt, B., Noal, D., Bolze, S., y Gabarra, N. (2020). Terminación, muerte y duelo en la pandemia de COVID-19: demandas psicológicas, implicaciones prácticas y emergentes. *Estud. Psicol (Campinas Online)*, 37, 1. <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-635781?lang=es>

- Darwin, C. (1998). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Ed. Alianza.
- Declaración de Helsinki de la AMM. (2013). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
- De Miguel, J. (s.f). "El último deseo" para una sociología de la muerte en España. *Reis*.71 http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_071_072_07.pdf
- De Olivera, E., De Amlmeida, B., Henrique, J., Dos Santos, L., Guerrieri, A., y Antonio, M. (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28(3361), 1-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7478881/>
- Deacon, B., y Maack, D. J. (2008). The effects of safety behaviors on the fear of contamination: an experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4), 537–547. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18313031/>
- Delumeau, J. (1978). *Miedo en Occidente (siglos XIV-XVIII). Una ciudad sitiada*. París: Taurus. https://books.Google.com.mx/books/about/El_miedo_en_Occidente.html?id=r819d7ftHQcC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Denis, R., Hermida, A., y Huesca, J. (2012). El altar de muertos: origen y significado en México. *Revista de Divulgación científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana*, 25(1), 1-4. <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol25num1/articulos/altar/>
- Dickstein, L. (1972). Death Concern: Measurement and Correlates. *Psychological Reports*, 30, 563-571.
- Domínguez, M., e Isidro, A. (2020). Educación para la muerte y el morir para una vida plena: Aprender a morir para aprender a vivir. *NFAD Revista de Psicología*, 2(1), 359-370. https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/12769/1/0214-9877_2020_1_2_359.pdf
- Doshi, D., Karunaka, P., Rao, J., Surya, J., y Vishnu, S. (2020). Assessing Coronavirus Fear in

- Indian Population Using the Fear of COVID-19. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 2383–2391 <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00332-x>
- Duche, P. (2012). La antropología de la muerte: Autores, enfoques y períodos. *Sociedad y religión*, 12(37), 206-215. <https://www.redalyc.org/pdf/3872/387239042007.pdf>
- Editorial Etecé. (2012). *Muerte*. Enciclopedia Concepto. <https://concepto.de/muerte/>
- Eisma, M., Boelen, P., y Lenferink, L. (2020). Trastorno de duelo prolongado después de la pandemia de coronavirus (COVID-19). *Psiquiatría Res*, 288(1), 1-2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120309847?via%3Dihub>
- Ekman, P. y Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic?. *Emotion Review*. 11(1), 364-370. <http://usd-apps.usd.edu/coglab/schieber/hedonomics/pdf/Ekman-2011.pdf>
- Elías, N. (1987a). *El proceso de la civilización (Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas)*. Madrid, México: FCE
- Elías, N. (1987b). *La soledad de los moribundos*. Ed. FCE
- Elías, N. (1998). *La civilización de los padres y otros ensayos*. Grupo Editorial Norma. <https://es.scribd.com/document/477072511/Norbert-Elias-La-civilizacion-de-lo-padres-y-otros-ensayos>
- Enciclopedia de los Municipios de México. Estado de Hidalgo. (2002). *Perfil Sociodemográfico*. <http://intranet.e-hidalgo.gob.mx/enciclomuni/soci.htm>
- Equipo editorial: Médico sin fronteras. (25 de mayo de 2020). No poder respirar y miedo a morir: la cara emocional de la lucha contra la pandemia. *Médico sin fronteras*. <https://www.msf.es/actualidad/mexico/no-poder-respirar-y-miedo-morir-la-cara-emocional-la-lucha-la-pandemia>
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. Editorial Norton y Company.
- Espinoza, M., y Sanhueza, O. (2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paul Enferm*, 25(4), 607- 613. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>
- Facultad de Psicología de la República de Uruguay. (2020). *Aportes del Núcleo Interdisciplinariode*

Estudios sobre la Vejez y el Envejecimiento (NIEVE) para el trabajo en Salud Mental con Personas Mayores en el marco de la situación sanitaria por COVID 19, desde una perspectiva de DDHH. <http://www.cien.ei.udelar.edu.uy/wpcontent/uploads/2020/04/Comunicado1-PersonasMayores-NIEVE-UDELAR-5-4-20.pdf>

Fernández, C., y Edo, I. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?, *Anales de la Psicología*, 10(2), 127-133. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/29551>

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Cómo los adolescentes pueden proteger su salud mental durante el coronavirus (COVID-19)* <https://www.unicef.org/lac/historias/proteccion-de-la-salud-mental-de-adolescentes-durante-el-covid-19>

Franqueira, A. (2019). Entre lo público y lo privado: rituales en el proceso de duelo parental. *Tempo Ciencia*, 26(51), 59-72. <http://saber.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/article/view/22989/14475>

Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*, Obras Completas, Tomo XIV, Ed. Amorrortu Editores. <http://files.usal-psiopatoinfanto.webnode.com.ar/200000162-b8ac3b98dd/freud.%20Duelo%20y%20Melancolia.pdf>

Freud, S. (1932-1936). *Obras Completas*, Vol. XXII. Ed. Amorrortu Editores, 1978-1982

Freud, S. (1973): *Obras Completas*, Vol. III. Barcelona: Biblioteca Nueva. ISBN 84-7030-226-4

Freud, S. (2015). *The Psychopathology of Everyday Life*. Ediciones FV. https://books.Google.com.mx/books/about/Psicopatolog%C3%ADa_de_la_vida_cotidiana.html?id=dzDSBqAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Frutos, M., Iglesias, J., Frutos, J., y Pardo, A. (2007). La persona en el proceso de muerte. *Enfermería Global*, 6(1), 1-14. <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834734023.pdf>

Fuentes, J. (2009). *Estoy en ti. Acompañamiento integral al enfermo*. 2ª. Edición. Ed.Obra

Nacional de la Buena Prensa, A.C.

Fundación MF. (2020). *Características de la enfermedad COVID-19.*

https://www.fundacionmf.org.ar/visorproducto.php?cod_producto=5639#:~:text=El%20SARS%20CoV%2D2%20pertenece,de%20aproximadamente%2060%2D140%20nm

Fundación Silencio. (2021). *Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje de duelo.*

<https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>

Furedi, F. (2007). Reconocimiento de la cultura del miedo. *Asunción de riesgos y la moralidad de la baja expectativa*. Londres: Continuum.

Gala, F., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J., Gutierrez, V., y Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30(1), 39-50.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113576062002000400004

García, B. (2021). *La amígdala*. <https://www.udocz.com/co/read/140869/amigdala-cerebral>

García-Viniegras, Victoria, C., Grau, J., e Infante, O. (2014). Duelo y proceso salud- enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Rev Cub Med Gen Int*,

30(1), 121-131. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100012

Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Editorial Gedisa.

Gellner, E. (1988): *The Psychoanalytic Movement*. Ed. Granada.

Gobierno del Estado de Hidalgo. (08 de noviembre de 2022). *Resumen técnico sobre coronavirus COVID-19*. [infografía] <https://coronavirus.hidalgo.gob.mx/>

Gobierno de México. (2020a). *Criterios para las poblaciones en situación de vulnerabilidad que pueden desarrollar una complicación o morir por COVID-19 en la reapertura de actividades económicas en los centros de trabajo*. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Criterios_vulnerabilidad_27Julio2020.pdf

Gobierno de México (2020b). *Recomendaciones para cuidar la salud mental de Adultos mayores durante la pandemia COVID-19*. <https://coronavirus.gob.mx/wp->

- Goffman, I. (1979): *Relaciones en público. Microestudios de orden público*. Madrid: Alianza.
- Gómez, C. y Sánchez, M. (2020). Mirada Legislativa. *Senado de la República*. 187. 5. http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4891/ML_187.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gómez, H. (2020). *Miedo a la muerte, a enfermar, a salir...las fobias que deja el Covid-19 y cómo superarlas*. <https://www.elcorreo.com/bizkaiadmoda/salud/psicologia/puedes-superar-principales-20200609121112-nt.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.Google.com%2F>
- Gómez, J. (2011). La reacción ante la muerte en la cultura del mexicano actual. *Investigación y Saberes*, 1(1), 39-48. <https://xdoc.mx/documents/la-reaccion-ante-la-muerte-en-la-cultura-del-mexicano-actual-the-5fc32d2e9d6de>
- Gómez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido*. El duelo y el luto. Ed. Arán
- Goody, J. (1962) *Death, property and the ancestors. A study of the mortuary customs of the Lodagaa of west Africa*. Londres: Tavistock publications
- Gorer, G. (1965). *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*. Londres: Cresset.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Ángel-Castellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., y Muñoz, M.(2020). Consecuencias para la salud mental durante la etapa inicial de la pandemia de Coronavirus 2020 (COVID-19) en España. *Brain Behav Immun*, 87, 172– 6. doi: 10.1016 / j.bbi.2020.05.040
- Granados, L. (2019). *Nueve cosas que debes saber sobre la celebración del Día de Muertos en México*. <https://www.latimes.com/espanol/mexico/articulo/2019-10-30/nueve-cosas-que-debes-saber-sobre-la-celebracion-del-dia-de-muertos-en-mexico>
- Grau, J., Victoria, C.R. y Vargas. E. (2015). *Perder, sufrir y seguir. El proceso de duelo*. Editorial de la Unidad de Psicología de la Salud (UNIDAPSA).
- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Hui, D. S. C., Du, B., Li, L., Zeng, G., Yuen, K.-Y., Chen, R., Tang, C., Wang, T., Chen, P., Xiang, J., Li, S., Wang, J., Liang, Z., Peng, Y., Wei, L., Liu, Y., Hu, Y., Peng, P., Wang, J., Liu, J., Chen, Z., Li, G.,

- Zheng, Z., Qui, S., Luo, J., Ye, C., Zhu, S., y Zhong, N. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1708–1720. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32109013/>
- Guillem, V., Romero, R. y Oliete, E. (s.f.). *Manifestaciones del Duelo*. Instituto Valenciano de Oncología. <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>
- Gutiérrez, S. (2006). *La bioética ante la muerte*. Gaceta Médica de México, 137, 9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/.gaceta/gm-2001/gm013m.pdf>
- Hall, D. (2020). COVID-19 y salud mental. *Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/mental-health-covid-19/art-20482731>
- Harper, C., Satchell, L., Fido, D y Latzman, R. (2020). *Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/jkfu3>
- Harris, M. y Eric, R. (1987). *Muerte, sexo y fecundidad. La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo*. Madrid: Alianza Editorial.
- He, L., Wang, J., Tang, S., et al.,(2013) Reliability and validity of the inventory of complicated grief-revised. *Chin Ment Health J*, 27, 937–943. DOI: [10.3969/j.issn.1000-6729.2013.12.010](https://doi.org/10.3969/j.issn.1000-6729.2013.12.010)
- Hernández, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7(8), https://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª. ed.). México, D.F.: McGraw Hill Interamericana.
- Herrán, A. de la, y Cortina, M. (2007). Fundamentos para una Pedagogía de la Muerte. *Revista Iberoamericana de Educación*, 41(2), 1-12. <https://doi.org/10.35362/rie4122475>
- Ho, S. M. Y., Kwong-Lo, R. S. Y., Mak, C. W. Y., y Wong, J. S. (2005). Fear of severe acute respiratory syndrome (SARS) among health care workers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 344–349. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15796643/>
- Holmes, T. y Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

- Huarcaya-Victoria, J., Villarreal-Zegarra, D., Podestá, A. y Luna-Cuadros, M. (2020). Propiedades psicométricas de una versión española de la escala de miedo a COVID-19 en población general de Lima, Perú. *Adicción a la salud Int J Ment.* 20, 249-261. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
- Hurtado, A. (2015). Antropología del miedo. *Methaodos, revista de ciencias sociales*, 3(2), 262-275. <https://www.redalyc.org/pdf/4415/441542974008.pdf>
- Ingles, J., Spinks, C., e Yeates, L. (2016). Estés postraumático y duelo prolongado tras la muerte súbita cardíaca de un familiar joven. *JAMA Intern Med*, 176, 402-405. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2484294>
- Ingravallo, F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, 5, 258. [https://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30079-7](https://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Información por entidad*. <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/default.aspx?tema=me&e=13>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2021). *¿Qué son los coronavirus?*. [https://www.insp.mx/nuevo-coronavirus-2019/que-es-nuevo-coronavirus.html#:~:text=Los%20tipos%20229E%20\(alfa%20coronavirus,CoV%20\(coronavirus%20del%20s%C3%ADndrome%20respiratorio](https://www.insp.mx/nuevo-coronavirus-2019/que-es-nuevo-coronavirus.html#:~:text=Los%20tipos%20229E%20(alfa%20coronavirus,CoV%20(coronavirus%20del%20s%C3%ADndrome%20respiratorio)
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. (s.f.). *Hidalgo*. <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM13hidalgo/regionalizacion.html>
- Joaquim, R., Pinto, A., Guatimosim, R., Paula, J., Costa, D., Paim, A., de Silva, A., Pinheiro, M., Serpa, A., Miranda, D., y Malloy-Diniz, L. (2021). Duelo y angustia psicológica durante la pandemia de COVID-19. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2, 1-7. El impacto de la experiencia de la muerte en la salud mental <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666518221000061>
- Jodelet, D. (2011). Dinámicas sociales y formas de miedo. *Nueva revista de psicología*, (12), 239-256.

- Johns, L., Blackburn, P., y McAuliffe, D. (2020) COVID-19, prolonged grief disorder and the role of social work. *Int Soc Work*, 63, 660-664. <https://doi.org/10.1177/0020872820941032>
- Júnior, J., Moreira, M., y Neto, M. (2020). Los llantos silenciosos, intensifican el dolor de la vida que se acaba: el COVID-19 les está robando a las familias la posibilidad de un último adiós. *Parte delantera. Psiquiatría*, 11(773), 1-3. doi: 10.3389/fpsyt.2020.570773
- Jung, C. y Wilhelm, R. (1999). *El secreto de la Flor de Oro*. 2da edición. Paidós: Buenos Aires. <https://coachingadistancia.com/wp-content/uploads/2020/09/58-301-El-secreto-de-la-flor-de-oro-C-G-Jung-R-Wilhelm.pdf>
- Juri, L. y Morrone, M. (2012). *La Teoría del apego y el duelo* [Discurso principal]. Diplomado Virtual de Tanatología. UNAM-UV.
- Kandel, E. (2013). *La era del inconsciente*. Editorial Paidós. <https://www.marcialpons.es/media/pdf/9788449337871.pdf>
- Kastenbaum, R., y Aisenberg, R. (1972). *The psychology of death*. New York: Springer Publishing.
- Kelley, K. y Pornprasertmanit, S. (2016). Intervalos de confianza para coeficientes de confiabilidad poblacional: evaluación de métodos, recomendaciones y software para medidas compuestas. *Métodos psicológico*, 21(1), 69-92. <https://doi.org/10.1037/a0040086>.
- Kiernan J. (1998). *El sistema nervioso humano*. (7ª edición) McGraw-Hill / Interamericana. Killikelly, C., Zhou, N., Merzhvynska, M., Stelzer, E., Dotschung, T., Rohner, S., Han, L., y Maercker, A. (2020). Development of the International Prolonged Grief Disorder Scale for the ICD-11: measurement of core symptoms and culture items adapted for Chinese and German - speaking samples. *J Affect Disord*, 277, 568 – 576. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.057>
- Klarseld, A., y Revah, F. (2002). *Biología de la muerte*. Ed. Computense. 17-36. <https://books.Google.com.mx/books?id=B3ps5IWBIMIC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
- Kolb, B. y Wishai, I. (2005). *Cerebro y conducta*. Madrid, España: McGraw-Hill.

- Kresler, D. (2016). *Sobre el duelo y el dolor. Elisabeth Kübler-Ross, El legado final de la autora de La muerte: un amanecer*. Ediciones Luciernaga. https://www.planetadelibros.com/libros/contenidoextra/32/31277_Sobre_el_duelo_y_el_dolor.pdf
- Krieger, S., Epting, F., y Leitner, L. M. (1975). Personal constructs, threat and attitudes toward death. *Omega: Journal of Death and Dying*, 5(4), 299-310. <https://doi.org/10.2190/WCDW-PNPQ-0ERV-RNM7>
- Kunz, R., y Minder, M. (2020). COVID-19 pandemic: Palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Medical Weekly*, 150, 1-2. <https://dx.doi.org/10.4414/smw.2020.20235>
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: The Macmillan Company.
- Kübler-Ross, E. (1994). *La muerte: un amanecer*. Ediciones Luciernaga. https://www.ecofuneral.es/wp-content/uploads/2018/10/kubler_ross_elisabeth_-_la_muerte_un_amanecer.pdf
- Lang, P. J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Lara R. y Osorio, C. (2014). Aportes de la psicología existencial al afrontamiento de la muerte. *Tesis psicológica*, 9(1). <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679005.pdf>
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Ed. Martínez Roca.
- Lester, D., y Abdel-Khalek, A. (2003). La Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester: Una corrección. *Death Stud*, 27, 81-85. <https://doi.org/10.1080/07481180302873>
- Lévi-Strauss, C. (1988). *Tristes Trópicos*. Editorial Paidós
- Li, J., y Prigerson, H. (2016). Assessment and associated features of prolonged grief disorder among Chinese bereaved individuals. *Compr Psychiatry*, 66, 9–16. DOI: [10.1016/j.comppsy.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.12.001)
- Limonero, J. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *RevPsicol Gral Aplic*, 49(2), 249-265. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358236>
- Limonero, J. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad Estrés*, 3(1), 37-46.

<http://suicidiopreencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Ansiedad-ante-la-muerte.-Limonero.1997.pdf>

- Limonero, J., Lacasta, M., García, J., Maté, J., y Prigerson, H., (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(1), 291- 297. https://www.researchgate.net/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado
- Lin, C. (2020). Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Social Health And Behavior*, 3(1), 1. <https://www.shbonweb.com/article.asp?issn=2589-9767;year=2020;volume=3;issue=1;spage=1;epage=2;aulast=Lin>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Lloyd-Sherlock, P., Ebrahim, S., Geffen, L., y McKee, M. (2020). Bearing the brunt of covid-19: Older people in low and middle income countries. *BMJ*, 368. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1052>
- Lolas, F. (2008). Salud mental y psiquiatría: pluralidad y heterogeneidad. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46(2), 97-98. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272008000200001
- López E., Mariñelarena J., Choy, J., y Morales, A. (2020). La visión legal en México de la contingencia por COVID-19. *Cirujano General*, 42(2), 109-115. doi: 10.35366/95369
- Lunn, J. (2003). Spiritual Care in a Multi-religious Context. *J Pain Palliative. CarePharmacother*, 17(3-4), 153-166. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15022959/>
- Machado C. (1992). Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas
- Magano, J., Vidal, D., Sousa, H., Dinis, M., y Leite, Â. (2021). Validation and psychometric properties of the Portuguese version of the Coronavirus Anxiety Scale (CAS) and Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) and associations with travel, tourism and hospitality. *International Journal Enviromental Ressearch Public Health*. 18(2)

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/2/427>

Malinowski, B. (1926) *Crime and Custom in Savage Society*. Ed. Routledge and Kegan Paul.

Maren, S.(2005).Building and Burying Fear Memories in the Brain. *The Neuroscientist*, 11(1), 89-99.

<https://doi.org/10.1177/1073858404269232>

Martín, M. (2014). *Biología del miedo*.<https://www.wanqconnection.com/biologia-del-miedo-ana-estrella/>

Martínez, F. (2013). Cuidados Paliativos, mitos y realidades. [Discurso principal]. Conferencia Virtual. Diplomado de Tanatología. UNAM-UV.

McCue, J. (1995). The naturalness of dying. *Journal of the American Medical Association*, 273(13), 1039-1043. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7897788/>

Meis, S., Bergado-Acosta, J., Yanagawa, Y., Obata, K., Stork, O y Munsch, T. (2008). Identificación de un circuito sensible a neuropéptido S que da forma a la actividad de la amígdala a través del núcleo endopiriforme. *PLoS One*, 3(7), e2695. doi: 10.1371/journal.pone.0002695.

Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/html/>

Mo Yan (1996), *"Grandes pechos, amplias caderas"*. 3ra edición. China. Arcade Publishing

Mondragón-Sánchez, E., Torre, E., Morales., y Landeros-Olvera., E. (2015). Comparación del nivel de miedo a la muerte entre estudiantes y profesionales de enfermería en México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(2), 323-328. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CLfHHs8WPp4jtDhWZQLrsqN/?format=pdf&lang=es>

Mondragón-Sánchez, E., Landeros-Olvera, E., y Pérez-Noriega, E. (2020). Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en estudiantes universitarios de enfermería de México. *MedUNAB, Universidad Autónoma de Bucaramang*, 23(1), 11-22. <https://www.redalyc.org/journal/719/71965088002/html/>

Montoya, J. (2012). *Pérdida, Aflicción y Luto. Manual para la Recuperación*. México: Editorial

Trillas

- Morin, E. (1993). Les anti-peurs In. *Comunicaciones*, (57), 131-139.
https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1993_num_57_1_1871
- Muñoz, I., Molina, D., Ochoa, R., Sánchez, O., y Esquivel, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex*, 41(1), 127-136.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf>
- Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo: Superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico*. Ediciones Paidós. <https://www.codadajic.org/sites/www.codajic.org/files/Nardone,Mas%20aAlla%20del%20miedo.pdf>
- Nasif, N. (2004). Muerte Biológica. *BIOLOGY CABINET. Instituto para la Investigación Científica y Educación en Biología*. http://www.biocab.org/biological_death_sp.html
- Neimeyer, R. (2014) *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Editorial Paidós. <https://www.docsity.com/es/aprender-de-la-perdida-guia-para-afrontar-el-duelo-robert-neimeyer/745991/>
- Neimeyer, R. y Worden, W. (2012). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. <http://gema.atipic.net/pdf/332AD10607C.pdf>
- Netter, F., Craig, J., Perkins, J., Hansen, J., y Koeppen B. (2002). Atlas of Neuroanatomy and Neurophysiology. New Jersey. *Icon Custom Communication*, 69(1), 1-98.
<https://rlmc.edu.pk/themes/images/gallery/library/books/Anatomy/Atlas.of.Neuroanatomy.and.Neurophysiology.Frank.H.Netter.pdf>
- Novoa, M. (2021). *Programa basado en la terapia racional emotiva para el tratamiento del miedo al COVID-19 en personal policial de una comisaría en Trujillo – 2020*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo] https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55807/Novoa_RMC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D., Happel, R., Longley, S., y Yagla, S. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282- 289.
- O'Connor, Nancy. (2006). *Déjalos ir con Amor. La aceptación del duelo*. Reimpresión. México: Editorial Trillas. ISBN: 968-24-4152-8.
- Observatori de Bioètica I Dret Parc. El Informe Belmont. (1979).
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Olvera, S. y Sabido, O. (2007). Un marco de análisis sociológico de los miedos modernos: vejez, enfermedad y muerte. *Sociológica*, 22(64), 119-149.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v22n64/2007-8358-soc-22-64-119.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. CIE (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Descripciones clínicas y pautas. *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Informe Compendiado: Promoción de Salud Mental: Conceptos, Evidencia, Emergente, Práctica*
https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013- 2020*.
http://apps-who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2020a) *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*.
<https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental*.
<https://www.who.int/es/new/items/27-08-2020-word-mental-health-day-an-opportunity-to-kickto-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2020c). *Información básica sobre COVID-19*.
<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

- Organization Mundial de la Salud.(2020d). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2020e). *Peste – República Democrática del Congo*. <https://www.who.int/csr/don/23-july-2020-plague-drc/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020f). *Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones*.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*.https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?qclid=CjwKCAjwmv-DBhAMEiwA7xYrd00oXgz2uRVCemy9G5itfPV7mgq-l18TcSm3Vn0hJ4rUn6m9z5KyyxoCCVEQAvD_BwE
- Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Mental health and COVID-19*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-technical-guidance-europe/mental-health-and-covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. <http://www.who.int/es/about/governanceconstruction#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022b). *La pandemia de COVID-19 desencadena un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y depresión en todo el mundo*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Organización Panamericana de la Salud (2020a). *Cuidando la salud mental del personal*

- sanitario durante la pandemia COVID-19. <https://www.paho.org/es/documentos/cuidando-salud-mental-personal-sanitario-durante-pandemia-covid-19-0>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020b). *El 10 de octubre, Día Mundial de la Salud Mental, se destacará la necesidad urgente de incrementar la inversión en un sector afectado por un déficit crónico de financiamiento.* <https://www.paho.org/es/noticias/5-10-2020-servicios-salud-mental-se-estan-viendo-perturbados-por-covid-19-mayoria-paises>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020c). *Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19).* <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- Ortiz, M.y Laso, M. (2018). *Actitud Ante la Muerte Propia Como Valoración Indirecta Frente a la Muerte General en Estudiantes de Un Programa de Salud en Una Universidad de Girardot Periodo.* [Tesis Universidad De Cundinamarca] <https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/bitstream/handle/20.500.12558/1286/Actitud%20Ante%20la%20Muerte%20Propia%20Como%20Valoraci%C3%B3n%20Indirecta%20Frente%20a%20la%20Muerte%20General%20en%20Estudiantes%20de%20Un%20Programa%20de%20Salud%20en%20Una%20Universidad%20de%20Girardot%20Periodo%202018..pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Osuna, E. (2021). El proceso de la muerte en la pandemia del coronavirus. *Cad. Ibero-amer*, 10(2), 267-275. <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i2.770>
- Pagana, R. (2020). Enfermedades epidémicas y pandémicas: Causas, cronología e implicaciones socioculturales. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 86, 189 - 214. https://analesranf.com/articulo/8603_04/
- Pakpour, A. y Griffiths, M. (2020). The fear of COVID-19 And its role in preventive behaviors. *Journal Of Concurrent Disorders*,2(1), 58–63. <http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/39561/>
- Palomino, C. y Huarcaya-Victoria, J. (2020). Trastornos pos estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por COVID-19. *Horizonte Médico Lima*, 20(4), e1218. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000400010
- Papalia, D. y Martorell, G.(2017). *Desarrollo humano*. Editorial Mc Graw

Hill.<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0250.%20Desarrollo%20humano.pdf>

Parkes, C. (1998). Duelo en la vida adulta. *BMJ*, 316(7134), 856-859.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112778/>

Pastor, P. (abril, 2021). Herramientas para afrontar el duelo: Las despedidas simbólicas. *Fundación Mario Losantos del Campo*.<https://www.fundacionmlc.org/las-despedidas-simbolicas/>

Pattison, N. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. *Intensive y Critical Care Nursing*, 58(102862), 1-3.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102862>

Paz, O. (1950). *El laberinto de la soledad*. México, Fondo de Cultura Económica, 21.

Pérez, G. (2011). *Cómo curar un corazón roto. Ideas para sanar la aflicción y la pérdida*. Editorial Planeta Mexicana.

Pérez, G., Almanzar, A., Sevilla, R., y Ramos, A. (2018). Exploración psicométrica de la Escala miedo a la Muerte de Collett-Lester en profesionales de enfermería. *Conjeturas Sociales*, 6(16), 1-12.<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/182/182869007/index.html>

Pérez, I. (2020). *COVID. Así te transforma el miedo*.
<http://ciencia.unam.mx/leer/978/coronavirus-asi-te-transforma-el-miedo>.

Pérez-Mengual, N., Aragonés-Barbera, I., Moret-Tatay, C., y Reyes, A. (2021). *La relación del miedo a la muerte entre neuroticismo y la ansiedad durante la pandemia por Covid-19*. *Psiquiatría*, 16(648498), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.648498>

Pérez-Fuentes, M., Molero-Jurado, M., Oropesa-Ruiz, N., Martos-Martínez, Á., Simón, M., Herrera-Peco, I., y Vázquez Linares, J. J. (2020). *Cuestionario breve de percepción de enfermedades para COVID-19*. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 1196-1207.
doi:10.3390/jcm9041196

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., y Oblitas, L. (2010). Emociones negativas y salud.

Av. Psicol, 18(1), 33-57. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1919>

Potter, V. (1971). *Bioética: puente hacia el futuro*. Editorial Englewood.

Pradhan, M., Chettri, A. y Maheshwari, S. (2020). Fear of death in the shadow of COVID-19: The mediating role of perceived stress in the relationship between neuroticism and death anxiety. *Death Studies*. Routledge Taylor & Francisco Group, 1-5. DOI: 10.1080/07481187.2020.1833384

Prigerson, H., Bierhals, A., Kasl, S., Reynolds, C., Shear, M., Day, N., Beery, L., Newsom, J., y Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. *Am J Psychiatry*, 154(5), 616-623. https://www.researchgate.net/publication/232605136_Traumatic_grief_as_a_distinct_disorder_A_rationale_consensus_criteria_and_a_preliminary_empirical_test

Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, J., Newsom, T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., y Miller, F. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59, 65-79. https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/icg_publication.pdf

Psiguide (s.f.). *Fobias, ataques de pánico y miedo*. <https://www.psicologosmexicodf.com/psicologia/fobias-ataques-de-panico-y-miedos/>

Quintero, S. y Simkim, H. (2017). Validación de la Escala de Miedo ante la Muerte. Abreviada al contexto argentino. *Psocial*, 3(1), 53-59. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/viewFile/2340/1985>

Rains, G. (2004). *Principios de neuropsicología humana*. Ed. McGraw-Hill interamericana. http://www.academia.edu/39201336/Rains_2004_principios_de_Neuro

Ramachandran, V. (2011). *El cerebro delator*. Editorial William Heinemann.

Ramírez, E. (2020, 5 de noviembre). Retos del sistema de salud mexicano en tiempos de COVID-19. *Gaceta Facultad de Medicina*. <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/11/05/retos-del-sistema-de-salud->

mexicano-en-tiempos-de-covid-19/

Real Academia Española (2014) Muerte. *En el Diccionario de la española*.
<https://docs.Google.com/document/d/17Yd9YnqhkS3tA9MpG-yAGkLu3-IZxOPB/edit?pli=1>

Real Academia Española (2014) Pandemia. *En el Diccionario de la española*.
<https://dle.rae.es/pandemia>

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (2014)
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Reguillo, R. (2000): "Los laberintos del miedo. Un recorrido para fin de siglo". *Revista de Estudios Sociales*.5(1), 63-72.

Reguillo, R. (2006). *Los miedos contemporáneos: sus laberintos, sus monstruos y sus conjuros*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Rivas, L. (2007). *Saber crecer. Resiliencia y espiritualidad*. Ediciones Urano, S. A. ISBN: 978- 84-7953-643-5

Robinson, S. (2009). *La nueva estrategia de control social. Miedo en los medios y terror en los espacios emergentes*. Asociación Latinoamericana de Sociología.
<https://cdsa.aacademica.org/000-062/2239.pdf>

Roccatagliata, S. (2000). *Un hijo no puede morir*. Santiago, Ed. Grijalbo.

Rodríguez, A (2011).La espiritualidad ante la proximidad de la muerte. *Enfermería Global*, 10(2),1-10. <https://doi.org/10.6018/eglobal.10.2.122831>

Rome Reports. (2017). *El Vaticano publica la lista de los diez países con más católicos*. .
<https://www.romereports.com/2017/04/07/el-vaticano-publica-la-lista-de-los-diez-paises-con-mas-catolicos/>

Romo, K., Saucedo, E., Hinojosa, S., Mercado, J.,Uc, J., Ochoa, E., Madrid, M., Olmedo, J., Del Razo, R., García, C., Velázquez , S., Avilés, R., Lechuga, T., Gochicoa, R., Guzmán, V., Corona, V., Dionicio, A., Monsiváis, O., Munive, B., Rojas, A., y Padilla, T. (2020)

- Manifestaciones clínicas de la COVID-19. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 33(1), 10-32. doi: 10.35366/96668
- Rubín, S. (1984). Mourning distinct from melancholia: The resolution of Bereavement. *British Journal of Medical Psychology*, 57(4), 339-345. doi: 10.1111/j.2044- 8341.1984.tb02599.x.
- Sáenz, C. (2020). "Línea del tiempo COVID-19"; a un año del primer caso en México. *Capital 21*. <https://www.capital21.cdmx.gob.mx/noticias/?p=12574>
- Salazar, R. (2011). Los miedos ocultos en la sociedad del siglo XXI. *Theomai*, 23(1), 24-34. http://revista-theomai.unq.edu.ar/NUMERO%2023/2_RobSalazar%20_24-34_.pdf
- Samarel, N. (1995). The dying process. *Dying. Facingthefacts*. (3^o ed.), Washington: Taylor y Francis.
- Sánchez, M. y Salas V. (2015). *Actitud ante la muerte y el proceso de morir, propio y el de los demás* (Tesis de diplomado). Asociación Mexicana de Tanatología. México.
- Sancho, M.G. (1999). *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Madrid: Ed. Aran.
- Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J., Campagne, D., y Chorot, P. (2020) Psychological impact of the COVID-19 pandemic: negative and positive effects in Spanish population during the mandatory national quarantine. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology*, 25(1), 1-21. doi: 10.5944/rppc.28107
- Santillán, C. (2020) *El impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en México*. COMECSO. <https://www.comecso.com/las-ciencias-sociales-y-el-coronavirus/impacto-psicologico-pandemia-mexico>
- Scanlon, J., y McMahon, T. (2011). Dealing with mass death in disasters and pandemics. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 20(2), 172-185. <https://dx.doi.org/10.1108/09653561111126102>
- Scheper-Hughes, N. (1997) *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Editorial Ariel.
- Schumacher, B. (2017). *Muerte y mortalidad en la filosofía contemporánea*. Ed. Herder. <https://books.Google.es/books?hl=es&lr=&id=FgWIDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=d+definicion+de+muerte&ots=se3zZ3->

Scruton, D. (1986). *La antropología del miedo*. Westview press.

Secretaría de Gobernación. (2020a, 23 de marzo). Acuerdo. *Por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia*. Diario Oficial de la Federación. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020#:~:text=ACUERDO%20por%20el%20que%20el,y%20respuesta%20ante%20dicha%20epidemia

Secretaría de Gobernación. (2020b, 27 de marzo). Decreto. *Por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)*. Diario Oficial de la Federación. <https://salud.morelos.gob.mx/pdf/acuerdofed-003>

Selye, H. (1950). El estrés y el síndrome de adaptación general. *Revista médica británica*, 4667, 1376-1392.

Sert, Y. (24 de marzo de 2020). *Experta aconseja evitar ver noticias sobre la COVID-19 continuamente*. Agencia Anadolu. <https://www.aa.com.tr/es/mundo/experta-aconseja-evitar-ver-noticias-sobre-el-covid-19-continuamente/1778034>

Shear, K. y Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 43(3), 25-267. <https://doi.org/10.1002/dev.20091>

Shimizu, G., Nobre, M., Carvalho, M y Brandão, M. (2007). Substance P injected into the dorsal periaqueductal gray causes anxiogenic effects similar to the long-term isolation as assessed by ultrasound vocalizations measurements. *Behav Brain Res*, 187, 301-307.

Shumyatsky, G., Tsvetkov, E., Malleret, G., Vronskaya, S., Hatton, M., Hatton, L., Hampton, L., Battey, J., Dulac, C., Kandel, E., y Bolshakov, V.(2002). Identification of a signaling network in lateral nucleus of amygdala important for inhibiting memory specifically related to learned

- fear. *Cell*, 111(6), 905-918. doi: 10.1016/s0092-8674(02)01116-9.
- Sociedad Americana de Oncología Clínica. (2018). *Entender el duelo y la pérdida*.
<https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/manejo-de-las-emociones/duelo-y-p%C3%A9rdida/entender-el-duelo-y-la-p%C3%A9rdida>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). Código Ético. 4ta Ed. Trillas
- Soto-Briseño, A., Gómez-Díaz, R., Valdez-González, A., Saldaña-Espinoza R., Favila, J., Niels, H. (2021). Escala de temor a la COVID-19: validación de la versión en español en la población mexicana. *Gaceta Médica de México*. 157
<http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v157n6/0016-3813-gmm-157-6-586.pdf>
- Souza, C., y Souza, A. (2019). Rituales funerarios en el proceso del duelo: significado y funciones. *Psic Teor Pesq*. 35:1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>
- Steimer, T. (2002). The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(3), 231–249. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181681/>
- Stroebe, M. y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23,197–224. doi: 10.1080/074811899201046
- Suárez, V., Suárez, Q., Oros, S. y Roquillo, E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Elsevier Public Health Emergency Collection*, 2020(8), 463-471. Doi: [10.1016/j.rce.2020.05.007](https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007)
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (02 mayo 2021). *Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO*. Secretaría de Salud Pública. Gobierno de México.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634719/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.05.02.pdf
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (08 de noviembre 2022). *Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO*. Secretaría de Salud Pública. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-tecnico-diario-covid19-2022>
- Suedfeld, P., y Hare, R. D. (1977). Sensory deprivation in the treatment of snake phobia: behavioral, self-report, and psychological effects. *Behaviour and Therapy*, 8, 240-250.

- Tang, S., y Xiang, Z. (2021). ¿Quién sufrió más después de las muertes por COVID-19? Prevalencia y correlaciones del trastorno de duelo prolongado en adultos afligidos relacionados con COVID-19. *Globalization and Health*, 17(19), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00669-5>
- Taylor, S., Landry, C., Paluszer, M., Fergus, T., McKay, D., y Asmundson, G. (2020). Desarrollo y Validación inicial de las Escalas de Estrés COVID. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 1-7.
- Tomás- Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la Covid-19. *Rev. Enferm. Salud Ment*, 16, 26-30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7544334>
- Tomás- Sábado, J., Limonero, J. y Abdel-Khalek, A. (2007). Adaptación española de la escala de miedo a la muerte de Collett-Lester, *Death Stud.* 31(3), 249-60. doi:10.1080/07481180601152625
- Tovar, O. (2004). Duelo Silente. [Tesis de maestría]. <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014445/014445.pdf>
- Triglia, A. (s.f). *Paul Ekman y el estudio de las microexpresiones*. <https://psicologiaymente.com/psicologia/paul-ekman-estudio-microexpresiones>
- Trueba, J. (2007). *La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio*. Anales del Sistema Sanitariode Navarra, 30(Supl.3), 57-70. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600005
- Turu, P. (2014). *Cosmovisión de la muerte en México*. <https://culturacolectiva.com/historia/cosmovision-de-la-muerte-en-mexico>
- Tsai, W., Prigerson, H., Li, C., Chou, W., Kuo, S., y Tzuh, S. (2015). Cambios longitudinales y predictores de duelo prolongado para los cuidadores familiares en duelo durante los primeros 2 años después de la muerte del paciente con cáncer terminal. *Palliat Med*, 30(5), 495-503. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26311571/>

- Tylor, E.(1958).*Primitive Culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religión, language, art and custom*. Harper and Row.
- Tzur, B., Grossman, G., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., y Mendlovi, S. (2020). Fear of COVID-19 scale. Psychometric characteristics, reliability and validity in Israeli population. *Psychiatry Research*, 289, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120313184?via%3Dihub>
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (2020, 11 de junio). *COVID-19 modificó el proceso de duelo en México: Investigadora UAEH*. [boletín n.247]. Dirección de Comunicación Social. <https://www.uaeh.edu.mx/noticias/5569/>
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (16 de septiembre 2021). *Evolución de lapandemia de covid-19 en Hidalgo*. <https://www.uaeh.edu.mx/covid-19/mapa/>.
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (08 de noviembre de 2022). *Evolución de la pandemia de covid-19 en Hidalgo*. <https://www.uaeh.edu.mx/covid-19/mapa/>
- Vaas, R. (2002). Neurobiología del miedo. *Mente y cerebro*, 1(1), 56-63. <https://cdn.website-editor.net/50c6037605bc4d1e9286f706427108e6/files/uploaded/Neurobiolog%25C3%25ADa%2520del%2520miedo.pdf>
- Vachon, M. (1993). *Emotional problems in palliative care: patient, family and professional*. Oxford Medical Publications
- Valdés, M. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Sevilla
- Valencia, H. (2003). *La tanatología como una herramienta en el Trabajo Social*. [Tesis para licenciatura].<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/479>
- Van Doremalen, N., Bushmaker, T., Morris, D., Holbrook, M., Gamble, A., Williamson, B, y Munster, V. (2020). Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England Journal of Medicine*, 382(16), 1-4. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2004973?articleTools=true>

- Venegas, M., Alvarado, O. y Barriga, O. (2011). Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5), 9-10.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/RhJqMVQc9tFQtd49ySytPKw/?format=pdf&lang=es>
- Villaseñor, S., y Aceves, P. (2013). El concepto de la muerte en el imaginario mexicano. *Rev Neuropsiquiatr*, 76(1).
<https://www.gladet.org.mx/publicaciones/concepto%20de%20muerte.pdf>
- Walk, R. (1965). Self-rating of fear in a fear-invoking situation. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 52(2), 171-178. doi: 10.1037/h0042978.
- Walker. A. (1981). Cerebral death. Editorial Urban and Schwarzenberg
- Walker, P., Whittaker, C., Watson, O., Baguelin, M., Ainslie, K. E. C., Bhatia, S., y Ghani, A. C. (2020). The impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression in low- and middle- income countries. *Science*, 369(6502), 213- 422.
<https://www.science.org/doi/10.1126/science.abc0035>
- Wallace, C., Wladkowski, S., Gibson, A., y White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1). <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Walter, F. (2008). *Los desastres de una historia cultural* (siglo XVI-XXI). Editorial Seuil.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
- Watson, J. B. (1913), Psychology as the Behaviorist View it. *Psychological Review*, 20(1), 158-177.
<https://psychclassics.yorku.ca/Watson/views.htm>
- Weaver, M., y Wiener, L. (2020). Applying palliative care principles to communicate with children about COVID-19. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 8-11.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.020>

- Wolpe, J. (1992). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Wolpe, J., y Lang, P. (1964). A fear survey Schedule for use in behavior the therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30. DOI: [10.1016/0005-7967\(64\)90051-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(64)90051-8)
- Worden, J. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Editorial Springer. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0030222819869396>
- Yauri, R. (2005). *Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad*. <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/mpc/Tema9.pdf>
- Yi, X., Gao, J., Wu, C., Bai, D., Li, Y., Tang, N., Liu, y X., (2018). Prevalence and risk factors of prolonged grief disorder among bereaved survivors seven years after the Wenchuan earthquake in China: a cross-sectional study.. *Int J Enfermeras Sci*,5(2),157–61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406818/>
- Zhang H, Shang Z, Wu L, Sun, Z., Zhang, F., Sun, L., Yaoguang, Z., Wang, Y., y Liu,W. (2020).Trastorno de duelo prolongado en padres chinos Shidu que han perdido asu único hijo. *European Journal of Psycotraumatology*, 11,(1), 1-13. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048219/pdf/ZEPT_11_1726071.pdf
- Zibell, M. (2020). Mortos em casa e cadáveres nas ruas: O colapso funerário causado pelo coronavírus no Equador. *BBC News Brasil*. <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52129845>
- Zumaya, M., y Zurita., S. (2012). *Irse o dejar ir. La pérdida amorosa*. Ediciones B / Vergara.

ANEXOS

A continuación, se presentarán en este apartado, los anexos, según la forma en la que se presentó el formulario Google, a los participantes.

Esta primera parte consiste básicamente en el consentimiento informado, mismo que se realizó con base a los lineamientos de Declaración de Helsinki (2013), LGS (2014), y el Código Ético de Psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007)

Anexo 1:

Consentimiento Informado

Al realizarse la aplicación de las escalas e inventario a través de un formulario Google, la primera sección de este consistía en presentar el consentimiento informado con el objetivo de proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes, en conjunto con la confidencialidad de sus datos tal como lo enmarca el artículo 122 del Código Ético de Psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

A continuación, se plasma el Consentimiento Informado utilizado para dicha investigación.

Participación Voluntaria: Tu participación en esta investigación es a través de la aplicación de escalas psicológicas y es totalmente voluntaria, por lo que tú puedes elegir participar o no hacerlo. Puedes declinar tu participación en cualquier momento del proceso y por lo que puedes dejar de participar aun cuando hayas aceptado antes.

Uso y Confidencialidad de los Datos: Los datos que se obtengan de tu participación serán utilizados únicamente con fines académicos. Tus datos personales en ningún momento se harán públicos, garantizando la plena confidencialidad y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información. Ninguna persona ajena podrá acceder a esta información.

Declaración de Consentimiento: He leído las consideraciones del consentimiento informado y comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado (a) que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines académicos y de desarrollo profesional para la investigadora. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en esta investigación: Si acepto / No acepto.

A continuación, se presenta la segunda parte que se visualizó en el formulario Google, (ya que la primera parte consta del Consentimiento Informado, anexo 1) en donde plasmaron ítems sociodemográficos y una serie de preguntas relacionadas con el contexto de la pandemia por COVID-19, mismas que fueron elaboradas conforme al marco teórico de esta investigación, pues se consideraron como datos de relevancia y que podrían aportar mucho en cuanto al contexto de la pandemia.

Anexo 2

Datos sociodemográficos

En este apartado es importante que **subrayes** la respuesta con la que te identificas, recuerda que tus datos son confidenciales.

Sexo

1.-Mujer

2.-Hombre

3.-Otro

Edad

Entre 18 a 20 años

Más de 60 años

Divorciado (a)

Entre 21 a 30 años

Estado Civil

Separado (a)

Entre 31 a 40 años

Soltero (a)

Viudo (a)

Entre 41 a 50 años

Casado (a)

Concubinato

Entre 51 a 60 años

Unión Libre

Situación Laboral

Ama de Casa

Estudiante

Trabajador (a) activo

Sin trabajo	Jubilado(a)	
Pensionado(a)	En paro laboral	
<i>Nivel de estudios</i>		
Primaria	Bachillerato Técnico	Doctorado
Secundaria	Universidad	Sin estudios
Preparatoria	Maestría	
<i>Religión</i>		
Católica	-Iglesia de Jesucristo de los	Columna y Apoyo de la Verdad
Cristiana	Santos de los Últimos Días	-Otra
Protestante	-Adventista del Séptimo día	-Ninguna
Testigo de Jehová	Iglesia Pentecostal	
Evangélicos	-Iglesia del Dios Vivo	
<i>Lugar de Residencia</i>		
Actopan	Francisco I. Madero	Tasquillo
Ajacuba	Huichapan	Tecozautla
Alfajayuca	Ixmiquilpan	Tepeji del Rio Ocampo
Atitalaquia	Mixquiahuala de Juárez	Tepetitlán
Atotonilco de Tula	Nopala de Villagram	Tetepango
Cardonal	Progreso de Obregón	Tezontepec de Aldama
Chapantongo	San Agustín Tlaxiaca	Tlahuelilpan
Chicuautla	San Salvador	Tlaxcoapan
El Arenal	Santiago de Anaya	Tula

Anexo 3.

Cuestionario.

Instrucciones: A continuación, te presentamos una serie de preguntas, léelas con atención y subraya tu respuesta de la forma más honesta y sincera posible.

¿Creías en la existencia de la emergencia sanitaria por coronavirus?

Si No

Desde el inicio de la cuarentena tu familia y tú, tomaron en cuenta las medidas sanitarias (uso de cubrebocas, lavarse las manos constantemente, evitar los lugares concurridos, mantener la sana distancia)

Nunca	Algunas Veces	Siempre
Raras veces	A menudo	

¿Padeces alguna(s) de las siguientes enfermedades de riesgo?

Obesidad	Enfermedades	Trastorno	Mental
Diabetes	cardiovasculares o	(alcoholismo, depresión,	
Enfermedades	cerebrovasculares	ansiedad, esquizofrenia,	
Respiratorias		etc.)	
Alergias		Ninguna	
Hipertension		Otra	

En caso de que en tu respuesta anterior hayas colocado la casilla OTRA, escribe cuál. _____

Durante este tiempo de confinamiento has presentado alguno(s) de estos síntomas

Aislamiento.	Depresión.	Ninguno de los antes
Miedo.	Duelos no resueltos	mencionados.
Ansiedad.		

Consideras que la pandemia ha cambiado tu forma de ver la vida y la muerte

Si No

A raíz de la pandemia, ¿consideras que le temes a la muerte?

Si No Me es indiferente

¿Alguno de tus seres queridos falleció por COVID?

Si No

¿Tú te has contagiado de COVID?

Si No

Escribe el tipo de parentesco/relación significativa que tenías con tu(s) ser(es) querido(s), edad (es), enfermedad(es) relacionadas con la causa de muerte por la COVID-19 y el tiempo que ha transcurrido desde su fallecimiento.

Ejemplo: Abuelo paterno, 76 años, infarto-COVID-19 7 meses. / Mejor amigo, 35 años, diabetes-COVID-19, 8 meses.

Consideras que por temor a perder a algún otro ser querido a causa de COVID-19, tu familia y tú empezaron a hacer más caso a las medidas sanitarias

Sí No Nos fue indiferente

¿Qué rituales de despedida pudiste realizar para despedir a tu(s) ser(es) querido(s) en medio de la pandemia por COVID-19?

¿Qué rituales de despedida te hubiera gustado hacer por tu(s) ser(es) querido(s), pero que no pudiste realizar debido a la contingencia sanitaria por COVID-19, que actualmente atravesamos?

¿A raíz de la pérdida de tu(s) ser(es) querido(s), se han deteriorado de manera importante tus relaciones sociales, laborales/educativas, u otras actividades significativas de su vida?

Nunca A menudo

Raras veces Siempre

Algunas Veces

Compartes tu experiencia y emociones con otras personas que tienen el mismo sentimiento que tú.

Nunca

Raras veces

Algunas Veces

A menudo

Siempre

Consideras que necesitas ayuda psicológica para poder enfrentar la(s) pérdida(s) de tu(s) ser(es) querido(s)

No

Si

Si, y ya estoy recibiendo apoyo psicológico

Tal vez

Escala de Miedo ante la Muerte (EMMCL).

A continuación te prestan una serie de preguntas, te solicitamos respondas a cada uno de ellos de la manera más honesta posible, seleccionando con una **X** la respuesta que más se adecue a tu experiencia personal.

Cada pregunta deberá de tener una respuesta que puede ir desde mucho, moderado o nada, si no te sientes identificado totalmente con ninguno de los 3, puede utilizar los incisos intermedios.

Anexo 4

Escala de Miedo ante la Muerte (EMMCL)

	Mucho	Moderado	Nada		
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en?	5	4	3	2	1
1. El morir solo.					
2. La vida breve					
3. Todas las cosas que perderás al morir					
4. Morir joven					
5. Cómo será el estar muerto/a					
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más					
7. La desintegración del cuerpo después de morir					
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en	5	4	3	2	1
1. La degeneración física que supone el proceso de morir					
2. El dolor que comporta el proceso de morir					
3. La degeneración mental del envejecimiento					
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir					
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir					
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir					
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares					
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en	5	4	3	2	1
1. La pérdida de una persona querida					
2. Tener que ver su cadáver					
3. No poder comunicarte nunca más con ella					

4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte
7. Sentirse solo/a sin ella

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en..... **5 4 3 2 1**

1. Tener que estar con alguien que se está muriendo
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo
3. Ver cómo sufre dolor
4. Observar la degeneración física de su cuerpo
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia

Nota: Escala de Miedo ante la Muerte (Tomás-Sábado *et al.*, 2007).

Fuente: De “Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería”, por Venegas, *et al.* (2011).

Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(5).p 9-10. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RhJqMVQc9tFQtd49ySytPKw/?format=pdf&lang=es>

Anexo 5:

Inventario de Duelo Complicado (IDC)

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.					
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.					
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.					
4. Anhelo a la persona que murió					
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.					
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.					
7. No me puedo creer que haya sucedido.					
8. Me siento aturdido por lo sucedido.					
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente					
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban					
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.					
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.					
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió					
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.					
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.					
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.					
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.					

18. Siento amargura por la muerte de esa persona.

19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano

Nota: Inventario de Duelo Complicado adaptado al castellano (Limonero *et al.*,2009)

Fuente: “Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado” por Limonero *et al.*(2009). *Medicina Paliativa*,16, p.291.

https://www.researchgate.net/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicadoAnexo 6:

Anexo 6.

Escala de Miedo a la COVID-19 (FCV-19S)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
1.-Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)					
2.-Me pone incomodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)					
3.- Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus(COVID-19)					
4.- Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)					
5.- Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)					
6.- No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)					
7.- Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)					

Nota: Escala de Miedo a la COVID-19 (Huarcaya-Victoria *et al.*, 2020).

Fuente: “Propiedades psicométricas de una versión española de la escala de miedo a COVID-19 en población general de Lima, Perú.” por Huarcaya-Victoria *et al.*(2020).*Adicción a la salud Int J Ment.*20. 261. <https://doi.org/10.1007/s11469->

Tienes el poder de crear la vida de tus sueños. Yei

