



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
Maestría en Salud Pública

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA ATENCIÓN DEL DUELO
POR LA PANDEMIA SARS-CoV-2 EN HABITANTES DEL MUNICIPIO DE ZAPOTLÁN DE
JUÁREZ, HIDALGO.

PROYECTO TERMINAL DE CARÁCTER PROFESIONAL

Que para obtener el grado de:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA

BARRAZA SÁNCHEZ BRENDA ELIZABETH

Directora del proyecto terminal

D. en Psic. Antonia Y. Iglesias Hermenegildo

Co-directora: D. en Psic. Norma Angélica Ortega Andrade

Asesora: D. en Psic. María del Refugio Acuña Gurrola

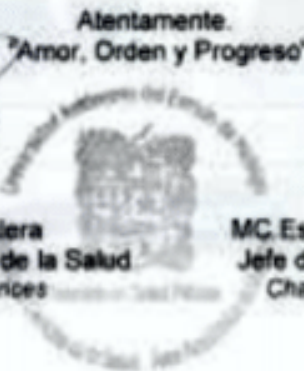
PACHUCA, HGO. 2021



Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/129/2021
Asunto: Autorización de impresión de PPT
 Pachuca de Soto, Hgo., junio 09 del 2021

C. BRENDA ELIZABETH BARRAZA SÁNCHEZ
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado "Importancia de la intervención psicológica para la atención del duelo por la pandemia SARS-CoV-2 en habitantes del municipio de Zapotlán de Juárez, Hidalgo.", considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.



MC. Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean of the School of Health Sciences

MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
Chair of the Department of Medicine

D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICsa
Director of Graduate Studies of ICsa

M. en CS. María del Consuelo Cabrera Morales
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health

AME/LCRO/LLPMCOM/verker



Carretera Pachuca-Tula km 40
 241 Cuadras
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42300
 Teléfono: 527711 71 123 31- 541 2398
 http://www.uah.edu.mx

www.uah.edu.mx

M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial de la alumna egresada BRENDA ELIZABETH BARRAZA SÁNCHEZ, con número de cuenta 197213, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado "Importancia de la intervención psicológica para la atención del duelo por la pandemia SARS-CoV-2 en habitantes del municipio de Zapotlán de Juárez, Hidalgo.", ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

D. en Psic. Antonia Yugoeslavia Iglesias Hermenegildo

Directora

D. en Psic. Norma Angélica Ortega Andrade

Codirector

D. en Psic. María del Refugio Acuña Gurrola

Asesora

Agradecimientos

Gracias Dios y universo porque cada experiencia que me regalan ha contribuido a mi crecimiento profesional y personal.

Gracias a todas aquellas personas maravillosas que siguen creyendo en mí y que, con sus enseñanzas, su apoyo incondicional y sobre todo con su infinito amor, han contribuido a que pueda concluir esta etapa y me han ayudado a ser un mejor ser humano, soy muy bendecida y afortunada de tenerlos conmigo...

CONTENIDO

RESUMEN.....	7
Abstract	7
INTRODUCCIÓN.....	8
1. MARCO TEÓRICO	10
1.1 Definición del SARS-CoV2.....	10
1.1.2 Transmisión de SARS-CoV2	11
1.1.3. Manifestaciones clínicas del SARS-CoV2.....	11
1.2 Salud mental y la pandemia de SARS-Cov2.....	12
1.2.1 Impacto psicológico de una pandemia y sus medidas restrictivas	14
1.3 Duelo y el SARS-CoV-2	16
1.3.1 Definición de duelo.....	16
1.3.2 Características duelo normal y duelo complicado.....	17
Duelo normal	17
Duelo complicado	20
1.3.3 Duelo en tiempos de COVID-19.....	23
1.4 Funciones del psicólogo en el proceso de duelo	26
1.4.1 Recomendaciones oficiales para el duelo por COVID-19.....	29
2. ANTECEDENTES.....	32
Panorama epidemiológico del SARS-CoV-2	32
2.1 Panorama Internacional.....	32
2.2 Panorama Nacional	34
2.3 Panorama Estatal	36
2.4 Estudios relacionados	37
JUSTIFICACIÓN.....	41
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	44
Pregunta de investigación.....	45
OBJETIVOS	45
Objetivo general.....	45
Objetivos específicos	46
MATERIAL Y MÉTODO	46
Hipótesis	46
Diseño de investigación	46
Tipo de estudio	46

Población	46
Muestra	47
Criterios de inclusión y exclusión del estudio	47
<i>Grupo uno</i>	47
<i>Grupo dos</i>	48
Variables	48
Tabla 2	48
<i>Operacionalización de variables</i>	48
Instrumentos	50
Procesamiento estadístico	52
Procedimiento	52
Recursos humanos	54
Recursos materiales y financieros	54
Consideraciones éticas	54
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN	79
CONCLUSIONES	85
Referencias	88
ANEXOS	97

RESUMEN

La pandemia por SARS-CoV2 es el tercer brote más grave de coronavirus en menos de 20 años, después del SARS en 2003 en MERS en 2012. Ha provocado la muerte de millones de personas alrededor del mundo, en su mayoría personas de la tercera edad o con un estado inmunológico comprometido. Este estudio tiene por objetivo determinar la importancia de la intervención psicológica para la atención del duelo por la pandemia SARS CoV-2 para los habitantes del municipio de Zapotlán de Juárez, Hidalgo. Método: se trató de un tipo de estudio descriptivo con un diseño transversal. Resultados: los principales hallazgos de este estudio indicaron que el 72% de la muestra considera necesario contar con atención psicológica durante el proceso de duelo en tiempos de pandemia, lo que se evidencia ya que 42% de estos sujetos presentó un duelo complicado, mientras que el 85% del personal de salud que participó indicó que considera que las y los psicólogos deberían formar parte del equipo de salud para la atención a pacientes con COVID-19 y sus familiares. Conclusiones: la atención psicológica es esencial para evitar complicaciones en el proceso de duelo que pueden derivar en trastornos mentales.

Palabras clave: Pandemia, COVID-19, Psicólogos, duelo.

Abstract

The SARS-CoV2 pandemic is the third most serious coronavirus outbreak in less than 20 years, after SARS in 2003 and MERS in 2012. It has caused the death of millions of people around the world, mostly elderly or compromised immune status patients. The objective of this study is to determine the importance of psychological intervention for the treatment of grief due to the SARS CoV-2 pandemic for the inhabitants of the municipality of Zapotlán de Juárez, Hidalgo. Method: it was a descriptive type of study with a cross-sectional design. Results: the main findings of this study indicated that 72% of the sample considers it necessary to have psychological treatment during the grieving process in times of pandemic, which is evidenced by the fact that 42% of these subjects presented a complicated grieving process, while 85% of health personnel who participated indicated that they consider that psychologists should be part of the health team for the care of patients with COVID-19 and their families. Conclusions: psychological care is essential to avoid complications in the grieving process that can lead to mental disorders.

Keywords: Pandemic, COVID-19, Psychologists, grief.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 no solamente trajo consigo daños a la salud física de la humanidad, si no que ha generado la inestabilidad en la salud pública y los sistemas sociales por el cierre obligado de escuelas, instituciones sociales, así como el colapso de la economía mundial ante la suspensión de producciones, actividades comerciales y laborales (Ayttey, Ayttey, Chiwero, Kamasah & Dzuovor, 2020).

Las investigaciones científicas sobre epidemias y pandemias que se han llevado a cabo lo largo de la historia de la humanidad, han permitido comprender que, durante el brote de cualquier enfermedad infecciosa, las reacciones psicológicas de la población desempeñan un papel fundamental en la propagación de determinada patología, además de la aparición de problemas de tipo mental, como la angustia, miedo, incertidumbre, estrés, depresión y ansiedad durante y después del brote, y que no son exclusivos de un grupo etario o con determinadas características culturales, económicas o sociales, sino que se presenta de forma generalizada (Cullen, Gulati & Kelly, 2020).

Específicamente hablando de los duelos que las personas experimentan como consecuencia de la pandemia por COVID-19, no solo se refieren a la muerte de algún ser querido, sea asociada al SARS-CoV2 o por cualquier otra causa, sino que la humanidad se ha visto confrontada ante diversas pérdidas de forma simultánea debido a las medidas restrictivas y preventivas para evitar la propagación del virus.

Es por ello, que es necesario considerar diversos factores psicológicos que intervienen en el proceso de duelo en tiempos de pandemia, en primer lugar, la confianza en la gestión por parte de las autoridades y el sector salud, de medidas preventivas para evitar los riesgos de contraer el virus, así como aquellas dirigidas al tratamiento y hospitalización de los pacientes contagiados, procurando un trato digno, y por otro lado, aquellas que corresponden al apoyo comunitario en los diferentes procesos que se viven como el confinamiento, el cambio de rutinas y estilos de vida, y en aquellos que han contraído el virus, el enfrentarse al aislamiento y en casos graves a la hospitalización, la solidaridad y muestras afectivas adaptadas a las medidas sanitarias influyen en que la persona pueda asimilar las pérdidas y enfrentar el duelo de una mejor manera. Un duelo complicado puede llevar a trastornos depresivos, perspectivas sombrías sobre el futuro, pensamientos suicidas, trastornos del sueño y del apetito (Asociación de Salud Mental y Psiquiatría comunitaria, 2020).

Es por ello que este estudio con diseño transversal de tipo descriptivo, tiene como objetivo general determinar la importancia de la intervención psicológica para la atención del duelo por la pandemia SARS CoV-2, por lo que a continuación se presenta al lector la estructura general de la investigación.

El primer capítulo presenta un marco teórico que permite comprender en primer lugar, que es el SARS-CoV2, cuáles son sus principales manifestaciones clínicas, así como la forma de transmisión. Por otro lado, se aborda el tema de la salud mental durante la pandemia por COVID-19, así como el impacto psicológico que tienen las pandemias y sus medidas restrictivas en la población. Este apartado permite de igual forma, abordar el tema del duelo, su definición, características, así como la función del psicólogo en el proceso de elaboración del duelo; esto permite llegar al tema del duelo en tiempos de COVID-19, así como las recomendaciones oficiales para el duelo en tiempos de pandemia.

El segundo capítulo, incluye los antecedentes de las variables de estudio, comenzando por el panorama epidemiológico mundial, nacional y estatal relacionado con el COVID-19, así como los estudios desarrollados sobre el tema que se han realizado hasta el momento y que sirven como antecedente y sustento de la presente investigación.

El tercer capítulo presenta el marco metodológico en el que se incluye el planteamiento del problema, la justificación, objetivos, diseño de la investigación, técnicas e instrumentos, procedimiento, recolección, procesamiento y análisis de datos.

Finalmente se presentan los resultados obtenidos en la investigación, así como la discusión y las conclusiones.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Definición del SARS-CoV2

Los coronavirus (CoV) llevan el nombre de las espigas en forma de corona en su superficie y pertenecen a la familia *Coronaviridae* dentro del orden *Nidovirales*. Los coronavirus infectan a vertebrados, incluidos humanos, pájaros, murciélagos, serpientes, ratones y otros animales salvajes (Weiss & Leibowitz, 2011).

Desde mediados de la década de 60's se descubrió que pueden transmitirse a las personas, hasta el momento se han identificado siete tipos de coronavirus humanos (HCoV). Cuatro HCoV detectados comúnmente son 229E, OC43, NL63 y HKU1. En un estudio, 229E y OC43 representaron aproximadamente el 15 y el 29 por ciento de los patógenos respiratorios con una virulencia relativamente baja en humanos (Su et al., 2016).

Un estudio de tipo epidemiológico en adultos estima que el coronavirus causa alrededor del 15 por ciento de los resfriados comunes (Greenberg, 2016). Otras causas importantes de infecciones de las vías respiratorias superiores incluyen el virus de la influenza, el rinovirus, el virus de la parainfluenza, los estreptococos del grupo A, el VEB y el virus sincitial respiratorio (VSR) (Yang et al., 2020).

Las otras tres cepas de HCoV, se refieren al coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV), el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) y el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2), estas tienen una patogenicidad y plomo distintos a las antes mencionadas, además de que se les atribuye mayores tasas de mortalidad en poblaciones humanas (Yang et al., 2020).

El virus MERS-CoV se aisló de un paciente masculino que murió de neumonía aguda e insuficiencia renal en Arabia Saudita en 2012, este virus fue responsable de 2494 casos y 858 muertes de 27 países diferentes, con una tasa de letalidad: 34.4 por ciento (Zaki, Van, Osterhaus, & Fouchier, 2012).

Respecto al SARS-CoV y el SARS-CoV-2 ambos fueron identificados en China. El SARS-CoV causó un total de 8422 casos probables, 919 muertes, con una tasa de letalidad de 11 por ciento y se extendió a 32 países o regiones entre noviembre de 2002 y agosto de 2003 (OMS, 2003 en Yang, 2020). Mientras en diciembre de 2019 se identificaron los

primeros casos de SARS-CoV-2 en China, a partir de esta fecha, el número de casos confirmados y sospechosos sigue aumentando, al igual que el número de muertes, aunque también hay un aumento significativo en el número de pacientes recuperados (Center for Disease Control and Prevention, 2020).

1.1.2 Transmisión de SARS-CoV2

Los coronavirus pueden transmitir a través de algunas especies animales (Lau et al., 2010). Hay tres formas principales de transmisión del coronavirus, incluido el contacto de persona a persona, la transmisión de aerosol y la transmisión por contacto directo con el virus (WHO, 2003).

Se ha comprobado que el virus se transmite de persona a persona mediante secreciones respiratorias, durante la tos o los estornudos. La propagación de gotas de saliva puede ocurrir cuando una persona infectada estornuda o tose, con lo cual las gotas que contienen virus se impulsan hasta un metro de distancia a través del aire y se depositan en las membranas mucosas de la boca, la nariz o los ojos de personas cercanas. Las otras vías para la propagación del virus son mediante el contacto directo de una superficie que contenga el virus activo y posteriormente tocarse con frecuencia la nariz o la boca o entrar en contacto con el virus. De igual forma este virus se transmite a través de la "transmisión oculta" que se refiere a aquellas personas portadoras de coronavirus, pero no presentan síntomas, por lo que no se percatan de que están infectados, y en el contacto con otros transmiten el virus (Malik, Elkholy & Khan, 2016).

1.1.3. Manifestaciones clínicas del SARS-CoV2

El COVID-19 es una patología generada por el SARS-CoV, cuyas características clínicas varían desde aquellos pacientes que no manifiestan síntomas, sin embargo, han dado positivo a la prueba del virus, hasta aquellos casos que presentan un síndrome de dificultad respiratoria aguda y una disfunción multiorgánica (Talevi et al., 2020).

El covid-19 es un síndrome con amplio espectro de severidad, por lo que los síntomas varían en relación con la gravedad, la OMS lo clasifica en cinco categorías, la primera es la que manifiesta síntomas leves, es decir, pacientes con una infección respiratoria superior, a la que no se asocian complicaciones, pero presenta síntomas inespecíficos aislados como fiebre, debilidad, odinofagia, malestar general. La segunda

categoría es la neumonía, donde el paciente no requiere de oxígeno suplementario ni se presentan criterios de severidad. La tercera categoría se refiere a la neumonía severa, que se presenta en aquellos pacientes con frecuencia respiratoria mayor a 30 respiraciones por minuto, edema pulmonar lesional o saturación de oxígeno menor al 93% sin oxígeno suplementario. La cuarta categoría de gravedad es el shock séptico y la quinta categoría se refiere al síndrome de distrés respiratorio agudo (World Health Organization, 2020).

Existe otra clasificación respecto a la gravedad del COVID-19 según la American Academy of Pediatrics, donde se identifican cuatro grados de gravedad. El primero se refiere a infección asintomática o enfermedad leve, aquí el paciente no presenta síntomas clínicos, sin embargo, la prueba PCR es positiva, pueden existir algunos síntomas aislados como fiebre, fatiga, escurrimiento nasal, en algunos casos se presentan síntomas digestivos como náuseas, dolor abdominal o diarrea. El segundo grado es la enfermedad moderada, donde el paciente presenta neumonía, acompañada de fiebre, tos seca al inicio, seguida de tos productiva, algunos casos con disnea y datos de hipoxemia, puede darse el caso de que el paciente no presente síntomas, sin embargo, la tomografía muestra lesiones pulmonares. El tercer grado es la enfermedad grave, donde de forma temprana se presentan síntomas como fiebre y tos acompañados de síntomas gastrointestinales, la enfermedad progresa con disnea y cianosis central en aproximadamente una semana con manifestaciones de hipoxemia. Y finalmente el cuarto grado, la enfermedad crítica, que se da cuando además de los síntomas de la enfermedad grave pueden progresar rápidamente a SDRA (Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda) y choque, daño al miocárdico, encefalopatía, disfunción de la coagulación y daño renal (Romo et al., 2020).

1.2 Salud mental y la pandemia de SARS-Cov2

Después de que el 30 de enero de 2020 la Organización Mundial De la Salud (2020a) declaró el brote de COVID-19 como una emergencia de salud pública, que además de las afecciones físicas que ha causado a millones de personas alrededor del mundo, supone un riesgo para la salud mental; los expertos señalan que es fundamental brindar atención psicológica e intervención en crisis focalizada a grupos vulnerables, o con mayor riesgo de presentar complicaciones emocionales derivadas del COVID-19 (Talevi et al., 2020).

Más allá de los esfuerzos y los avances en el control de la pandemia, los contagios masivos y el exceso de información sobre el tema, que en ocasiones es falsa y genera miedo, tendrán inevitablemente consecuencias psicológicas (Duan & Zhu, 2020). Estas consecuencias pueden evidenciarse en la salud mental de aquellas personas que se han contagiado de COVID-19 y que han tenido que vivir todo el proceso de la enfermedad, pero también, se asocian con las medidas implementadas para prevenir y disminuir los contagios, así como con el impacto socioeconómico (Ayittey, Ayittey, Chiwero, Kamasah & Dzuvor, 2020).

Los especialistas en salud mental han enfatizado en la necesidad de que las poblaciones vulnerables reciban atención psicológica sin importar sus condiciones socioeconómicas, sobre todo las personas de la tercera edad, las personas que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa, las mujeres embarazadas, personas con algún trastorno mental, migrantes y el personal de salud que se encuentra trabajando en hospitales (Liu, Bao, Huang, Shi, & Lu, 2020; Li & Zhang, 2020; Liem, Wang, Wariyanti, Latkin & Hall, 2020).

De igual forma se han emitido una serie de documentos que destacan la importancia de la promoción y prevención de la salud mental, desde antes de que comenzara la pandemia. A nivel internacional la OMS propuso el plan de acción para la salud mental 2013-2020. En el que se destaca la importancia de los determinantes de la salud mental, que incluyen características propias del individuo, como su capacidad de gestionar pensamientos, emociones, conductas y establecimiento de relaciones con otros sujetos, pero también aquellos factores socioculturales, económicos, ambientales y políticas públicas, todos ellos para procurar la buena salud mental de la población, así como una atención adecuada (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Por su parte México, generó el plan de acción en salud mental en el que la función principal de los servicios de salud mental radica en normar, evaluar y supervisar la prestación de servicios de atención psiquiátrica, neurológica y de rehabilitación psicosocial, con el objetivo de propiciar la existencia de comunidades saludables, que a su vez sean un lugar en el que la población obtenga elementos para su propio desarrollo, enfatizando en que para lograrlo es necesario ampliar la cobertura de los servicios de salud mental, valiéndose de las tecnologías de la información que permita llevar los servicios y atención a la salud, incluso, a las comunidades más aisladas (Secretaría de Salud, 2002).

La respuesta de los servicios de salud en la mayor parte del mundo, han adoptado nuevas formas de contactar, evaluar y atender a los pacientes enfocándose en lo absolutamente esencial y basado en evidencia, los profesionales de la salud han optado por el uso de la tecnología y la telemedicina, en algunos lugares se han implementado sistemas de tecnología de la información para apoyar el trabajo a domicilio y las consultas vía telefónica o videollamada, a fin de abarcar un mayor número de personas en menos tiempo y evitar la saturación de hospitales e instituciones de salud (Judd, Hollander & Brendan, 2020; Fauci, Lane & Redfield, 2020).

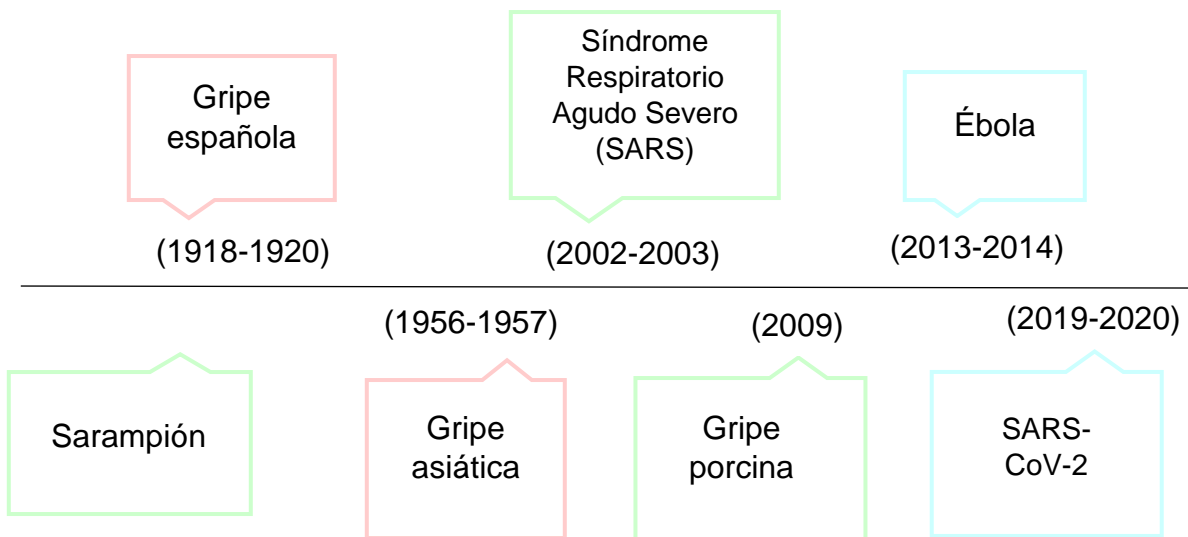
Estos cambios se han realizado de igual forma en la investigación clínica, ya que ahora es mucho más complicado acceder a la población para realizar los estudios, por lo que los clínicos e investigadores han tenido que ser más creativos y flexibles para hallar formas más eficientes y apropiadas para obtener información válida y confiable que sea un aporte científico en esta pandemia (Smith, Ostinelli & Cirpiani, 2020).

Es ahora cuando los planes de acción, de los que se habló anteriormente deben implementarse de forma eficaz, ya que la pandemia por SARS-CoV-2 y las restricciones sanitarias y prohibiciones asociadas a esta, han traído como consecuencia afecciones a la salud mental de muchas personas, además de incertidumbre, miedo y las numerosas pérdidas a las que el mundo entero ha tenido que enfrentarse (Münch et al., 2020).

1.2.1 Impacto psicológico de una pandemia y sus medidas restrictivas

La historia de la humanidad se ha visto marcada por una serie de epidemias y pandemias a través del tiempo, en la Figura 1 *Principales pandemias a nivel mundial* se observan algunas de las distintas épocas en las que se presentaron enfermedades que se convirtieron en epidemias y pandemias, cobrando la vida de miles y millones de personas en diversas partes del mundo (Talevi et al., 2020).

Figura 1
Principales pandemias a nivel mundial



Nota. El gráfico muestra el nombre de las pandemias y los años en que estuvieron activas. La figura es un diseño propio con información de Talevi et al., 2020.

El análisis mediante investigaciones científicas de estos fenómenos a lo largo de la historia, ha permitido dar cuenta de que, durante cualquier brote de una enfermedad infecciosa, las reacciones psicológicas de la población desempeñan un papel fundamental en la propagación de determinada patología, además de la aparición de problemas de tipo mental, como la angustia emocional, miedo, incertidumbre, estrés, depresión y ansiedad por mencionar algunos, durante y después del brote y que no son exclusivos de un grupo etario o con determinadas características culturales, económicas o sociales, sino que se presenta de forma generalizada (Cullen, Gulati & Kelly, 2020).

Muchos estudios en salud pública, han demostrado que los brotes de enfermedades infecciosas como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2003 (Peng, Lee, Tsai, Yang et al., 2010) la epidemia de influenza A (H1N1) en 2009 (Taha, Matheson & Anisman, 2014) y el brote de ébola en 2014, llevan a la población a experimentar problemas psicológicos, como trastorno de estrés postraumático, la depresión y trastorno de ansiedad (Shultz, Baingana & Neria, 2015). Existe evidencia de que las personas que experimentan un evento traumático, como lo es la pandemia por COVID-19, pueden hacer una evaluación negativa de toda la experiencia traumática y de sus secuelas, lo que da como resultado

estrategias de afrontamiento deficientes, donde predominan las emociones negativas y la falta de adaptación (Ehlers & Clark, 2000).

Sin embargo, pese a los altos índices de problemas en la salud mental que surgen en las poblaciones durante las epidemias o pandemias, son pocos los recursos económicos, materiales y humanos que se destinan para la atención a la salud mental, dentro y fuera de los hospitales, lo que puede ser comprensible en estos casos, ya que la prioridad está en disminuir la propagación de la enfermedad, pero es de suma importancia considerar que en gran medida son factores psicológicos los que pueden detonar o disminuir dicha propagación (Taylor, 2019).

Las necesidades psicológicas y psiquiátricas no deben pasarse por alto durante ninguna fase del manejo de la pandemia, ya que como se mencionó anteriormente los factores psicológicos tiene un papel fundamental en el cumplimiento de las medidas sanitarias emitidas por los gobiernos y organizaciones de salud para evitar contagios masivos y de igual forma en cómo las personas enfrentan la amenaza de infección y las consiguientes pérdidas (Taylor, 2019).

1.3 Duelo y el SARS-CoV-2

La pandemia de COVID-19 es una de las peores crisis mundiales de salud pública en un siglo, con una cantidad prevista de muertes de varios millones de personas y un número aún mayor de personas en duelo como consecuencia. Aunque aún se desconocen las consecuencias que esta crisis dejará a un mediano y largo plazo, un número significativo de personas en duelo posiblemente desarrollará duelo complicado, derivado de las medidas sanitarias que se han tomado en esta emergencia (Gesi et al., 2020).

1.3.1 Definición de duelo

La palabra duelo proviene del latín *dolium*, que significa, dolor o aflicción. Definido también como la reacción natural ante la pérdida de un objeto, evento o persona que resulta muy significativa, así como aquellas reacciones emocionales y comportamientos derivados de la ruptura de un vínculo afectivo. Por tanto, el duelo considera factores físicos, psicológicos y sociales además de la duración e intensidad de estos, ya que estos son indicadores de la dimensión de la pérdida y se consideran para evaluar cuando se trata de un proceso de duelo normal o de uno complicado (Meza et al., 2008).

En condiciones normales, el duelo tiene una duración aproximada de seis a doce meses, aunque después de recuperarse el adecuado funcionamiento, podrían existir síntomas residuales en algunos casos, esta circunstancia, sin embargo, es considerada como normal (Meza et al., 2008).

De acuerdo a las investigaciones, se ha determinado que aproximadamente un 10 a 20 por ciento de las personas que experimentan una pérdida significativa, sufrirán un duelo complicado (Hamui, 2020) esta información se obtuvo antes de la pandemia, por lo que se podría esperar que estas cifras incrementen.

1.3.2 Características duelo normal y duelo complicado

Cada cultura presenta diferencias en cuanto a la vivencia de la muerte. Por lo que, al concepto individual de cada sujeto se une el contexto social en el que se crece y se desarrolla. De esta manera, mientras hay pueblos que miran el final de los días con miedo, otros celebran como fiesta nacional el día de los difuntos (Bustos & Ligia, 2007).

Duelo normal

Un duelo es considerado normal cuando existe una serie de sentimientos y conductas que son normales después de que un sujeto se enfrenta a una pérdida de algo o alguien que le resulta significativo. Por lo que se considera este fenómeno como una reacción humana universal, incluso si se presentan manifestaciones extrañas durante el proceso, diferenciándose del duelo complicado, cuando dichas conductas o sentimientos se extienden en el tiempo o derivan en un problema psiquiátrico (Meza et al., 2008).

El duelo se configura mediante procesos psicológicos y psicosociales cuyo propósito es el de la asimilación, comprensión y superación de la pérdida que se ha experimentado a fin de adaptarse a una nueva realidad sin ese objeto o persona amada, este proceso implica ya de por sí un desafío para el propio individuo, ya que, por medio del dolor se llega a la reestructuración (Osiris et al., 2020).

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) el duelo normal se acompaña de algunos de los síntomas característicos de un episodio depresivo mayor, dentro de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, en el criterio C. se menciona que las respuestas a una pérdida significativa, como lo es el duelo, pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación respecto a la pérdida, insomnio, pérdida del

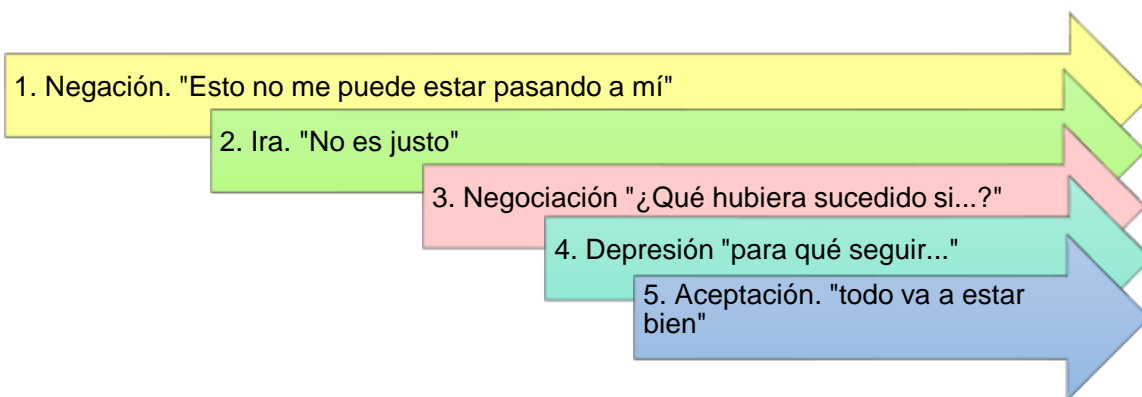
apetito y de peso, estos síntomas pueden simular un episodio depresivo, sin embargo, pueden ser normales y comprensibles dada la situación, es necesario realizar una evaluación, para determinar la presencia de un episodio depresivo mayor que se suma al proceso de duelo derivado por una pérdida significativa.

Autores como Gamo y Pazos (2009) han determinado que, el duelo se constituye de una serie de fases o etapas, aunque no se ha llegado a unificar esta teoría, ya que su definición se condiciona según la observación clínica o el abordaje terapéutico, por lo que hay varios conceptos que no pueden ser definitivos

Las investigaciones proponen 4 pasos básicos del duelo. 1. Adormecimiento, donde la persona se encuentra en shock y en negación de la pérdida, puede durar un par de horas hasta una semana y puede acompañarse de crisis de angustia e ira muy intensas, 2. Anhelos y búsqueda del objeto o persona significativa, esta fase puede durar algunos meses, sin embargo este anhelo de recuperarlo puede durar años, 3. Desorganización y desesperación, esta fase se representa por intensas manifestaciones emocionales con respecto a la pérdida y cambios en el estilo de vida, por ejemplo el desinterés en cosas que antes de la pérdida eran placenteras, 4. Reorganización, aquí se realiza una adaptación del estilo de vida de la persona (Krueger, 2005 en Bernal y Avedaño, 2018).

Por otro lado, la psiquiatra estadounidense Elisabeth Kubler-Ross y Kessler (2007) es una de las más destacadas investigadoras en temas de muerte y cuidados paliativos, propone cinco etapas del duelo.

Figura 2
Etapas del duelo según Kubler-Ross



Nota. La figura muestra cada una de las etapas del duelo. Diseño propio con información de Kubler-Ross & Kessler (2007).

A continuación, se describen las características de cada una de estas etapas:

1. Negación, la persona experimenta un estado de incredulidad, por lo que hay un rechazo consciente o inconsciente de la pérdida, es así, que se experimenta una especie de shock, donde no se tiene claro lo que está sucediendo, por lo que sentimientos de culpa pueden hacerse presentes, ya que la persona niega incluso sus propios sentimientos ante la pérdida.
2. Ira, cuando la persona se encuentra imposibilitada de seguir negando la pérdida, esta se ve invadida por sentimientos de enojo, que generalmente se proyectan hacia los demás o hacia el ser querido que se ha perdido, se expresan en forma de reclamos y de igual forma en sentimientos de culpa.
3. Negociación, como su nombre lo indica, la persona intenta negociar el dolor que le causa la pérdida, generalmente esta negociación se realiza con un poder supremo ofreciendo soluciones sostenibles que ayuden a aliviar el dolor por la pérdida, en esta etapa surgen los anhelos de retroceder en el tiempo para evitar la pérdida y con ello vienen los remordimientos.
4. Depresión, para este momento los sentimientos de enojo del doliente son dirigidos hacia sí mismo y surgen los sentimientos de desesperanza, desamparo, soledad e impotencia, además de que hay incertidumbre y miedo por cómo será la vida después de la pérdida, el doliente experimenta intensos sentimientos de dolor y sufrimiento, es aquí donde se da cuenta de la irreversibilidad de la pérdida, en esta etapa es importante que no se confundan los síntomas con la depresión como trastorno mental, sino que es una respuesta adecuada a la situación a la que se está enfrentando.
5. Aceptación, se da cuando la persona es capaz de aceptar la pérdida y aunque los sentimientos de dolor no desaparecen, la persona puede adaptarse a su nueva realidad y puede continuar con su vida (Oviedo, Parra & Marquina, 2009; Kubler-Ross, 2007).

De igual forma Bowlby (1999) ha realizado una propuesta sobre las etapas que las personas experimentan durante el proceso de duelo, este autor plantea cuatro fases, que se enlistan a continuación:

1. La primera fase o fase de embotamiento, en la que la persona entra en un estado de shock cuya duración puede ser de unas horas a partir de la pérdida, pero se

puede prolongar hasta una semana, puede ser interrumpida por ataques de angustia o ansiedad muy intensas,

2. Segunda fase o fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, en la cual la persona experimenta intensos sentimientos de tristeza, dolor físico y psíquico, pero aquí, la persona comienza la búsqueda afectiva de la figura pérdida, que va ligada al comportamiento de apego, que es una forma de conducta instintiva que se desarrolla en la persona como un componente normal y sano. Por lo que, siempre que una figura a la que se está apegado está inexplicablemente ausente, la ansiedad de separación como respuesta natural es inevitable, esta etapa puede durar varios meses.
3. Tercera fase o fase de desorganización y desesperación, cuando la realidad de la pérdida se impone, se intensifican los sentimientos de soledad y desesperanza y es en este punto donde la persona acepta la pérdida y cae en una etapa de depresión y apatía.
4. Fase cuatro o fase de reorganización, ésta se da en mayor o menor grado, se presenta aproximadamente un año después de la pérdida y es aquí cuando el doliente es capaz de adaptarse a su nueva realidad y redefinirse a sí mismo y a su entorno, sin embargo, esta fase puede ser sumamente dolorosa, ya que significa renunciar a toda esperanza de recuperar aquello que se ha perdido y es hasta este momento que el doliente puede hacer planes a futuro.

El que una persona se haya enfrentado a pérdidas previas que conllevaron un duelo, no quiere decir que este proceso no ha de presentarse tras una nueva pérdida, sin embargo, estas experiencias previas pueden facilitar el proceso de duelo, para que este se elabore de forma más rápida y con menores complicaciones (Osiris et al., 2020).

Duelo complicado

Hoy en día se sabe que el duelo complicado es una entidad completamente distinta e independiente de los trastornos afectivos y ansiosos, se asocia con complicaciones físicas y emocionales a largo plazo derivadas de una pérdida significativa, que puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, sobre todo durante la adolescencia y la adultez (Millán-González & Solano-Medina, 2010).

Lo que caracteriza a un duelo complicado es la prolongación del propio proceso del duelo, así como los síntomas que se experimentan en cada etapa y de igual forma cuando

existe algún estancamiento en alguna de estas etapas, esto acompañado de una falta de regulación emocional, que puede generar como consecuencia, una serie de conductas desadaptativas que deriven en cuadros clínicos como depresión, ansiedad y en casos graves brotes psicóticos, estas consecuencias estarán dadas por elementos como el tipo de vínculo con la persona que se ha perdido, las características de la pérdida y los propios aspectos psíquicos del doliente, así como el apoyo social (Eisma, Boelen & Lenferink, 2020).

Hablando específicamente de las pérdidas y consecuentes duelos durante la pandemia de COVID-19, los dolientes estarán expuestos a dos principales factores de riesgo que podrían provocar un duelo complicado, el primero de ellos se relaciona con aquellos factores situacionales de la muerte, ya que esta llega de manera súbita, acompañada además de sentimientos de impotencia, al no poder acompañar al ser querido durante el proceso de la enfermedad y sin poder despedirse antes del deceso. El segundo factor de riesgo se refiere a las limitaciones que existen en el apoyo social durante el proceso de duelo, ya que esto complica que el doliente puede expresar sus sentimientos y compartirlos con los demás para validar su dolor, así como recordar recuerdos y realizar los rituales o ceremonias funerarias, todo esto, propicia para los dolientes asumir en soledad el dolor de su pérdida (Larrotta-Castillo, Méndez-Ferreira, Mora-Jaimes, Córdoba-Castañeda & Duque-Moreno, 2020).

Debido a las medidas de distanciamientos social, la mayoría de las personas que ha perdido a un ser querido a consecuencia de complicaciones por COVID-19 se han visto impedidas de acompañar antes y durante la muerte a su ser amado, los servicios funerarios están restringidos a un pequeño número de personas, además de que se espera que aquellos que hayan tenido algún contacto con el fallecido por COVID-19 se aislen, a fin de evitar contagios y riesgos a la salud, lo que complica aún más llevar a cabo los rituales de despedida, esto, puede ocasionar que las personas experimenten un dolor privado de sus derechos, lo que significa que el duelo no puede ser expresado de forma pública, social o cultural (Wallace, Wladkowski, Gibson & White, 2020).

Para determinar cuándo se trata de un duelo complicado, es necesario evaluar las respuestas de afrontamiento, que permitirán determinar si existe pérdida de la funcionalidad y la productividad, así como la duración de dicho proceso. El DSM-V describe como un trastorno el duelo complicado y persistente con síntomas que prevalecen por 12 meses o más, caracterizado por la pena intensa y persistente acompañada de reacciones de luto

que experimenta el doliente (APA, 2014). Por su parte en el CIE-11 considera un trastorno de duelo prolongado a aquel cuyos síntomas se prolongan por seis meses o más (OMS, 2004).

En el DSM IV no se diagnosticaba trastorno depresivo mayor si existían síntomas depresivos que duraban menos de dos meses tras la muerte de un ser querido, sin embargo, el DSM-V ha modificado esta exclusión por duelo, debido principalmente a los hallazgos científicos que indican que el duelo es un estresor psicosocial grave, que puede desencadenar un episodio depresivo mayor en un individuo que se encuentra en una situación vulnerable. Cuando se presenta un trastorno depresivo mayor durante un proceso de duelo, el riesgo de sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, así como déficit en el funcionamiento laboral e interpersonal son mucho más intensos y frecuentes, además de que incrementa el riesgo de sufrir trastorno por duelo complicado, es necesario considerar que la depresión mayor relacionada con el duelo tiene más posibilidades de ocurrir en personas con antecedentes de episodios depresivos (Vedia, 2016).

El duelo complicado o duelo persistente se caracteriza principalmente por el anhelo de recuperar el objeto o persona que se ha perdido, así como la tristeza persistente, la sensación de incredulidad y la incapacidad de aceptar la pérdida (Shear, 2016).

Existen algunas características que pueden indicar un mayor riesgo para que las personas experimenten un duelo complicado, los apegos inseguros, la tendencia al aislamiento, así como los trastornos psiquiátricos previos a la pérdida, sobre todo aquellos relacionados con el estado de ánimo, ansiedad y el uso de sustancias, la evidencia indica que las mujeres y las personas que cuentan con niveles bajos de educación tienen un riesgo mayor y de igual forma el duelo complicado es más probable cuando la pérdida es de un hijo o la pareja (Iglewicz, Shear, Reynold, Simon & Lebowitz, 2020).

Otros autores como Kokou-Kpolou, Fernández-Alcántara y Cénat (2020) sugieren que se deben considerar como factores de riesgo para desarrollar un duelo complicado situaciones de tipo individual, como duelos anteriores no resueltos, presencia de algún trastorno mental previo a la pérdida, sobre todo los trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias psicoactivas, escasos recursos emocionales y sociales para hacer frente a la pérdida. En cuanto a los factores relacionales se habla de que la relación con la persona que ha fallecido o se ha marchado sea dependiente en el sentido físico, económico y sobre todo emocional, o en su caso que haya sido una relación ambivalente. Los factores

circunstanciales consideran las condiciones en las que se dio la pérdida, en caso de que se trate de un fallecimiento que este haya sido de forma súbita e inesperada, si se dan pérdidas múltiples en un mismo momento y si hay un cúmulo de factores estresantes sumados a la pérdida.

Estos factores permitirían identificar a aquellas personas que pueden requerir una intervención temprana para evitar un duelo complicado o el desarrollo de otros trastornos mentales, para lo que se requiere de una evaluación individual, para identificar el número de factores de riesgo presentes.

Las investigaciones han determinado que si no se recibe atención terapéutica o un tratamiento adecuado para un duelo complicado se incrementa la posibilidad de desarrollar alguna patología mental entre las que se encuentran los trastornos del estado de ánimo como la depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos alimenticios y mayor riesgo de suicidio, además de que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y oncológicas, así como deficiencias en el sistema inmune, el duelo complicado puede también causar dificultades de adherencia al tratamiento en pacientes que requieren medicarse diariamente, por ejemplo, los que padecen enfermedades crónicas (Osiris et al., 2020).

De igual forma, es fundamental que los profesionales de la salud puedan realizar la detección de síntomas de depresión sobre todo si existe ideación suicida e incluso intentos de suicidio derivados de la pérdida, así como un posible trastorno de estrés postraumático en dichos pacientes y considerar la derivación a servicios psiquiátricos especializados de forma oportuna (Yahya & Khawaja, 2020).

1.3.3 Duelo en tiempos de COVID-19

Debido a las medidas de distanciamientos social, la mayoría de las personas que ha perdido a un ser querido a consecuencia de complicaciones por COVID-19 se han visto impedidas de acompañar antes y durante la muerte a su ser amado, los servicios funerarios están restringidos a un pequeño número de personas, además de que se espera que aquellos que hayan tenido algún contacto con el fallecido por COVID-19 se aíslen, a fin de evitar contagios y riesgos a la salud, lo que complica aún más llevar a cabo los rituales de despedida, esto, puede ocasionar que las personas experimenten un dolor privado de sus

derechos, lo que significa que el duelo no puede ser expresado de forma pública, social o cultural (Wallace, Wladkowski, Gibson & White, 2020).

Son varias las fases por las que se debe transitar durante el proceso del duelo, la negación, enojo e ira, de negociación, de desorganización o desesperanza y de aceptación o reorganización, ya afrontando la situación que se produjo y adaptación a la vida después de esta pérdida.

Las personas aceptarán la realidad de la pérdida, con un tiempo de dolor y pena, con historias compartidas, realizando un esfuerzo por adaptarse a un entorno donde existe una ausencia de algo o alguien, una realidad que ha modificado estilos de vida, hábitos, rutinas y que por si fuera poco limita la cercanía humana, ya que esto representa ahora una amenaza para la vida.

Son pocas las investigaciones relacionadas con el duelo después de fenómenos de impacto mundial como las pandemias, sin embargo, varios investigadores aseguran que hay al menos dos razones por las que la pandemia por COVID-19 podría generar un número extraordinario de personas con duelo complicado.

La primera de ellas se relaciona con el hecho de que la forma de muerte y los procedimientos limitantes de ceremonias funerarias darán como consecuencia un mayor número de dolientes con síntomas de duelo complicado (Lobb et al., 2020) por lo que se podría anticipar que se observarán patrones similares entre las personas que se encuentran en duelo, sobre todo cuando es a causa de que un ser querido murió de complicaciones por COVID-19. En segundo lugar, se prevé un mayor riesgo de duelo complicado entre la población debido a los altos índices de muertes a nivel mundial, sobre todo considerando que estas muertes son inesperadas y se dan en condiciones extraordinarias por las medidas restrictivas implementadas por los servicios de salud, que sirven para evitar contagios pero que, al mismo tiempo aumentan el riesgo de daños a la salud mental de las personas (Eisma, Boelen, & Lenferink, 2020).

Aunque, también se deben considerar aquellos factores que coadyuvan a la superación del duelo y promueven la resiliencia, es decir, la capacidad del individuo para sobreponerse a las adversidades. Específicamente hablando de los duelos que se viven como consecuencia de la pandemia por COVID-19 algunos de estos factores se refieren, en primer lugar, a la confianza en la gestión por parte de las autoridades y el sector salud, de medidas preventivas para evitar los riesgos de contraer el virus, así como aquellas

dirigidas al tratamiento y hospitalización de los pacientes contagiados, procurando un trato digno. Por otro lado, el apoyo comunitario en los diferentes procesos que se viven como el confinamiento, el cambio de rutinas y estilos de vida y en el caso de aquellos que han contraído el virus, el enfrentarse al aislamiento y en casos graves la hospitalización, la solidaridad y muestras afectivas adaptadas a las medidas sanitarias influyen en que la persona pueda asimilar las pérdidas y enfrentar el duelo de una mejor manera. Un duelo complicado puede llevar a trastornos depresivos, perspectivas sombrías sobre el futuro, pensamientos suicidas, trastornos del sueño y del apetito (Asociación de Salud Mental y Psiquiatría comunitaria, 2020).

Se vive un momento en el que miles de personas alrededor del mundo están enfrentándose a la pérdida de seres queridos a causa del coronavirus, por lo que, la despedida y las ceremonias funerarias son imposibles, la dimensión social de la despedida se ha visto eliminada, las medidas impuestas ante el estado de alarma por contagios, impide actos para enfrentar la pérdida tan significativos para el doliente como disponer del apoyo social en momentos tan difíciles o poder desarrollar con normalidad los rituales propios de su cultura, que para algunas personas son fundamentales para que el proceso de duelo sea normal. Sin embargo, las exigencias sanitarias, sumadas a otros factores psicológicos, como el miedo, la ansiedad y el pánico de ser contagiado del virus, han limitado en gran medida las expresiones que validan el dolor y el sentimiento de pérdida de la persona doliente y, por eso, dificultan la elaboración de un duelo normalizado (Alarcón et al., 2020).

Podría parecer inhumano el hecho de no poder brindar muestras afectivas a aquellos que han perdido algo o a alguien, no poder abrazarse, saludarse, ya que la expresión de emociones y muestras afectivas representan un riesgo para la salud, incluso para la vida, las personas se encuentran ante la prohibición de la única forma de dar consuelo ante una pérdida irreparable, como lo es la muerte.

El duelo entonces se realiza en soledad, limitando y en algunos casos imposibilitando todos los rituales funerarios que dan estructura al caos emocional que enfrentan los dolientes, estableciendo un orden simbólico a los hechos alrededor de la muerte, así como una construcción social de significados compartidos (Oviedo, Parra & Marquina, 2009).

1.4 Funciones del psicólogo en el proceso de duelo

Abordar una situación inevitable, pero que es considerada natural en el ciclo de vida como lo son las pérdidas significativas, y por consiguiente el proceso de duelo, como si se tratara de algo patológico puede generar consecuencias psicológicas y sociales.

La incorporación de los psicólogos a servicios sociales conlleva necesariamente una reflexión y análisis de las funciones que debe desempeñar este perfil, a qué problemáticas debe dirigir su atención y cuáles pueden ser los procedimientos más adecuados para emplear sus técnicas dentro del ámbito comunitario.

Los estudios sobre las intervenciones y abordajes terapéuticos que han resultado efectivos para el tratamiento del duelo, identificaron que existen intervenciones primarias que están enfocadas a los duelos no complicados, y por otro lado, las intervenciones secundarias orientadas a aquellas personas que presentan algún factor de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado, como podría considerarse a aquellos familiares y allegados a pacientes fallecidos por COVID-19, ya que las medidas sanitarias impuestas impiden el contacto físico y muestras afectivas hacia los dolientes y limitan los rituales y ceremonias luctuosas (Osiris et al., 2020).

El tratamiento de primera línea para un duelo que se complica o se convierte en patológico suele ser la terapia psicológica. La terapia cognitivo conductual en este caso, promueve el cambio adaptativo de la persona ante la pérdida, al enfocarse en cogniciones y comportamientos negativos (Eisma, Boelen & Lenferink, 2020). Por su parte Iglewicz, Shear, Reynolds, Simon y Lebowitz (2020) concluyen en su investigación que la terapia cognitivo conductual para el tratamiento del duelo patológico, ha tenido mayor efectividad cuando se realiza de forma grupal. También se encontró que la telemedicina puede ser una buena opción para atender a aquellas personas que se encuentran en duelo durante la pandemia, una serie de pequeños ensayos controlados aleatorios mostró que la terapia cognitivo conductual a través de medios electrónicos e internet, es eficaz para la atención del duelo (Yahya & Khawaja, 2020).

Por otro lado, investigaciones previas a la pandemia de SARS-COV-2 pero relacionadas con la psicoterapia durante el proceso del duelo, ofrecen evidencia respecto a la efectividad de estas intervenciones. Una revisión bibliográfica de estudios sobre intervenciones psicológicas en pacientes en duelo arrojó dos conclusiones principales, por

un lado, se indicó que las intervenciones psicológicas durante las primeras etapas del duelo pueden interferir en este proceso de forma poco favorable, ya que interfieren con el proceso natural del duelo, incluso algunos autores indican que son poco efectivas, por otro lado, se concluye que las psicoterapias muestran mayor efectividad en duelos complicados y en aquellos en lo que se presentan factores de riesgo (Schut & Stroebe, 2006).

Otro estudio donde se revisaron 14 investigaciones de pacientes que recibieron una intervención terapéutica durante el proceso de duelo, los hallazgos indicaron que estas intervenciones no mostraron resultados significativos durante las primeras etapas del duelo, menos aún en duelos normales, sin embargo, si se mostraron resultados significativos en la disminución de síntomas en duelos complicados a corto y largo plazo, cuyos efectos se mantenían con el paso del tiempo (Wittouck et al., 2011).

De una revisión de 11 estudios de pacientes en proceso de duelo que recibieron terapia psicológica concluyeron que, las intervenciones cognitivo conductuales obtuvieron mejores resultados a corto y a largo plazo, mientras que otras intervenciones psicológicas mostraron beneficios a corto plazo pero que no perduraron a largo plazo (Currier, Holland y Neimeyer, 2010).

Por otra parte, hay evidencia de que la psicoterapia durante el proceso del duelo ofrece mejores resultados para aminorar los síntomas cuando es el propio doliente quien solicita la atención y de igual forma cuando se identifica que se trata de un duelo complicado o que además del duelo se presenta algún trastorno mental como depresión, ansiedad o estrés postraumático (Allumbaugh y Hoyt, 1999).

Durante la adultez, el tiempo que puede transcurrir desde la pérdida significativa hasta el momento en que se solicita atención psicológica aproximadamente el 61 por ciento de estas se realiza durante el primer año, sin embargo, el resto de las consultas pueden prolongarse indefinidamente (Gamo, del Álamo, HernanGomez & García, 2003). Durante el seguimiento de estos pacientes se encontró que hay una mejoría en los síntomas en la mayoría de ellos, sin embargo, persiste el anhelo de volver a tener contacto con el objeto o la persona perdida, lo que hace pensar que la elaboración del duelo es un proceso que nunca concluye (Gamo, del Álamo & Hernangómez, 2003; Niemeyer, 2001). Las investigaciones señalan que la terapia grupal puede ser una buena opción para el tratamiento de los síntomas del duelo y que incluso, puede servir para que los pacientes aborden duelos que experimentaron en otras etapas de sus vidas, permitiendo una

elaboración más adecuada, lo que puede significar en algunos casos las bases para su recuperación (Gamo & Pazos, 2009).

Independientemente de la edad en la que el sujeto se enfrente a un proceso de duelo algunos de los principales objetivos de la terapia psicológica para trabajar durante el proceso de duelo podrían referirse en primer lugar, a la aceptación de la pérdida, ya que casi siempre se da por hecho que es así, sin embargo, cuando las circunstancias son extraordinarias o inesperadas puede ser mucho más complicado para las personas aceptar que algo o alguien ya no está más y esta situación puede desencadenar una serie de conflictos emocionales, por otro lado, la psicoterapia puede abordar la gestión del dolor y las emociones alrededor del proceso de duelo, ya que el dolor físico y emocional se hace presente durante este proceso, así la persona puede experimentar distintas emociones de forma intensa en un periodo corto de tiempo, lo que dificulta aún más su comprensión y expresión, en este caso el terapeuta ayuda al doliente a reconocer sus emociones y aceptarlas, para poder permitirse experimentarlas de una forma que no ponga en riesgo a sí mismo y a otros y permitirse vivir su dolor. Adaptarse a una nueva realidad es otra de las tareas del doliente en las que el psicólogo puede ayudar, conforme se transita por el proceso del duelo, la persona se enfrenta a una nueva realidad dependiendo del rol que haya tenido en su vida lo que se ha perdido, por lo que debe ser capaz de adaptarse a los cambios que ésta pérdida pudiera generar en sus rutinas y estilo de vida (Figueroa, Cáceres & Torres, 2020).

El hecho es que el COVID-19 no es solamente un fenómeno médico, sino que afecta a individuos y sociedades, lo que representa un nuevo desafío para los profesionales de la salud mental, así como para el sistema de salud, ya que es en parte quien debe facilitar el acceso de la población a estos servicios. Sin embargo, hasta este punto no se tiene un plan de trabajo establecido, por lo que, los psicólogos y psiquiatras practican eventualmente la telemedicina, pero sin instrucciones específicas para atender los padecimientos mentales derivados de la pandemia (Jakovljevic, 2020).

Es de suma importancia que el sistema de salud de todos los países garantice la atención a la salud mental del personal de salud que se encuentra en la primera línea de atención de pacientes COVID-19 (Jakovljevic, 2020) y de igual forma se debe capacitar a profesionales de la salud mental para educar en todo lo que respecta a la pandemia, a fin de evitar la estigmatización y discriminación de personas que han padecido COVID-19 y

también para prevenir el desarrollo de conflictos emocionales que deriven en trastornos mentales graves (Rubin & Wessely, 2020).

1.4.1 Recomendaciones oficiales para el duelo por COVID-19

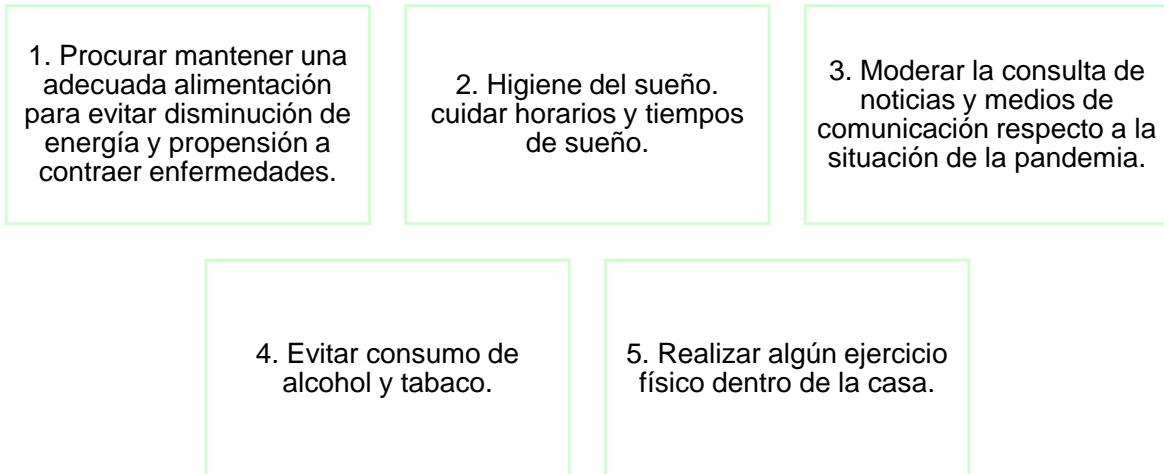
Por su parte, el gobierno mexicano emitió un documento denominado recomendaciones para familiares en duelo durante la pandemia de COVID-19 (Gobierno de México, 2020) cuyo objetivo es el apoyo durante el proceso de duelo de personas que han perdido a un familiar o ser querido a causa del COVID-19, en dicho documento, se emite una serie de pautas de autocuidado, la primera de ellas se refiere a los rituales funerarios, donde se menciona que estos no pueden ser llevados a cabo, a fin de evitar aglomeraciones de personas, además de que no es posible el acceso al cuerpo del occiso si este falleció a causa de complicaciones relacionadas con el SARS-CoV-2. El manual recomienda apoyarse del personal que realiza las labores de cremación, quien puede leer una carta, incluir un objeto en el ataúd e incluso reproducir una canción especial y de ser posible realizar una trasmisión en vivo para la familia. Se sugiere realizar una serie de rituales de despedida sociales a distancia, como las reuniones virtuales mediante llamadas telefónicas, video llamadas, así como el uso de redes sociales para las muestras afectivas de amigos y familiares sobre la pérdida.

En España también se han emitido manuales que intentan apoyar a aquellas personas que se enfrentan a la muerte de un ser querido en tiempo de pandemia por SARS-CoV-2 sugiriendo una adaptación de los rituales y ceremonias funerarias a las nuevas medidas sanitarias, hablando específicamente del duelo se menciona que estas prácticas y rituales son precisamente para ayudar a las personas a aceptar la pérdida y dar paso a las etapas del duelo y se realiza énfasis en que, si bien no es posible realizar reuniones o un funeral como se acostumbra, si pueden realizarse algunas ceremonias desde la casa, estar en constante comunicación con otros a través de medios digitales y contar con un espacio donde se puedan expresar los sentimientos por la pérdida. Los manuales de apoyo hacen una especial invitación a la población a identificar si es que se encuentran en una situación vulnerable emocionalmente que pueda poner en riesgo su vida o la de otros, para que soliciten atención de profesionales que apoyen con el proceso de duelo (Sociedad Española de cuidados Paliativos, 2020).

Las pautas recomendadas por el gobierno mexicano para el autocuidado de personas en duelo se muestran en la siguiente figura.

Figura 3

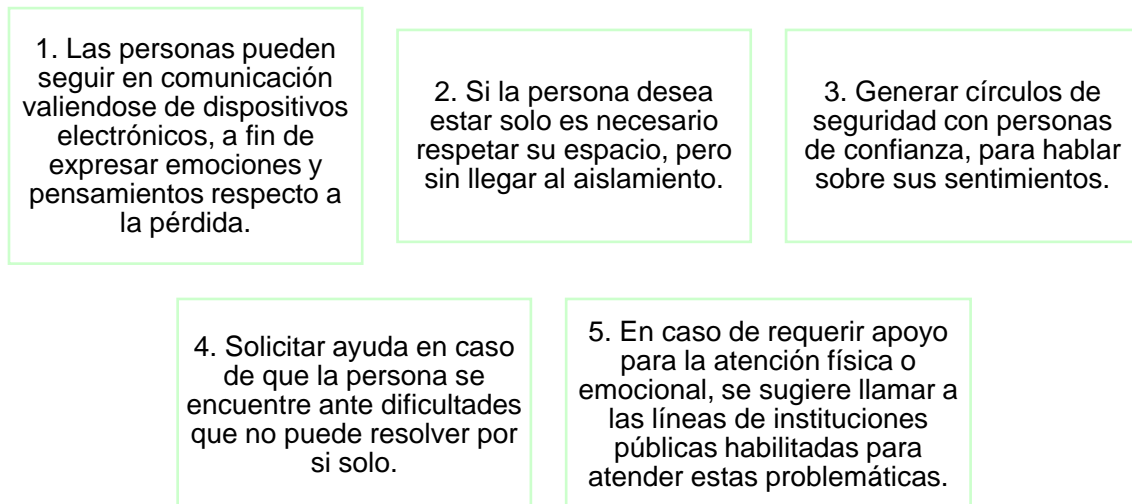
Pautas de autocuidado durante el duelo en tiempos de pandemia.



Nota. El gráfico muestra algunas recomendaciones para aquellas personas que se encuentran en duelo durante la pandemia. Diseño propio con información de Gobierno de México, (2020).

Figura 4

Pautas de autocuidado emocional durante el duelo en tiempos de pandemia.

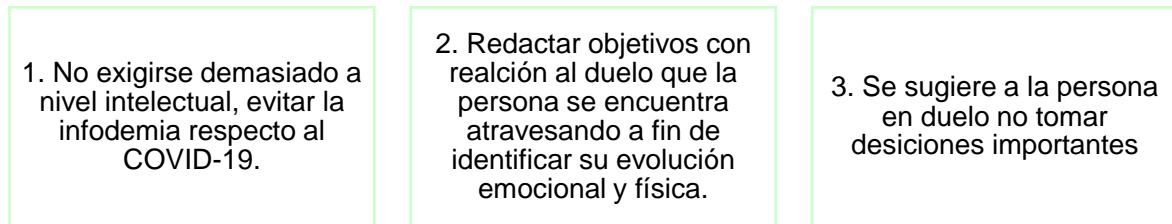


Nota. En el gráfico se muestran las *principales* acciones que se deben llevar a cabo para evitar riesgos a la salud y la propagación del COVID-19. Diseño propio con información de Gobierno de México, (2020).

Se consideraron algunas pautas para el ámbito cognitivo conductual a fin de que las personas que se encuentran en un proceso de duelo puedan estructurar sus pensamientos e ideas a la hora de tomar decisiones importantes.

Figura 5

Pautas en el ámbito cognitivo.

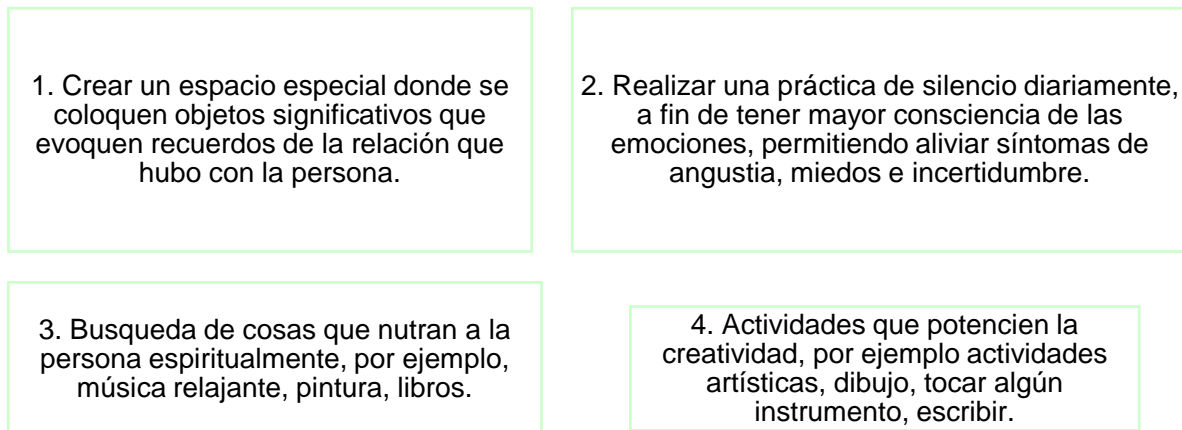


Nota: En el gráfico se muestran las recomendaciones en el ámbito cognitivo para el autocuidado durante el duelo en tiempos de pandemia. Diseño propio con información de Gobierno de México, (2020).

Debido a que el proceso de duelo está ligado a aspectos espirituales, sobre todo cuando se trata de un duelo relacionado a la muerte de un ser querido se sugieren algunas actividades que brinden tranquilidad y estabilidad en el ámbito espiritual.

Figura 6

Pautas en el ámbito espiritual



Nota: En el gráfico se muestran las pautas en el ámbito espiritual que favorecen la estabilidad emocional de las personas que atraviesan por un duelo en tiempos de pandemia. Diseño propio con información de Gobierno de México, 2020.

2. ANTECEDENTES

Panorama epidemiológico del SARS-CoV-2

2.1 Panorama Internacional

Wuhan ciudad de la provincia de Hubei, China, el día 31 de diciembre del año 2019, se informa sobre la identificación de 27 casos de Síndrome Respiratorio Agudo de etiología desconocida, que se asociaban con el consumo de mariscos u otros animales. El día siete de enero de 2020 las autoridades de salud chinas confirman la presencia de un nuevo virus llamado 2019-nCoV al que consideraron como la posible etiología de este síndrome (Secretaría de Salud, 2020c).

El día 13 de enero del 2020, se identificó el primer caso en Tailandia y el 14 de enero en Japón se reportó un caso con el mismo tipo de neumonía, misma situación que se dio en Corea del Sur el 20 de enero, todos los casos con antecedente de viaje a Wuhan y confirmados por laboratorio para 2019-nCoV. (Secretaría de Salud, 2020a).

En la región de las Américas el primer caso de 2019–nCoV se confirmó el día 21 de enero de 2020 en Estados Unidos, cuyo paciente de igual forma indicó haber viajado a Wuhan. Y es hasta el 26 de febrero que se confirma un nuevo caso en São Paulo Brasil, con antecedente de viaje a Lombardía, Italia. Mientras que en la región europea se confirmaron tres casos de COVID-19 el día 24 de enero por parte del Ministerio de Solidaridad y Salud de Francia (Secretaría de Salud, 2020a).

Mayo fue uno de los meses en lo que se dio un mayor número de contagios, ya que del número total de casos confirmados que para ese momento era de 5, 934, 936 personas, 117, 551 se dieron durante mayo, mientras que, de las 367,705 defunciones totales, 4, 461 ocurrieron en este mes. En el mes de junio se reportaron 10, 185, 274 casos confirmados de los cuales 163, 865 se dieron en este mes, y hasta ese momento se contabilizaban 503, 862 defunciones (Secretaría de Salud, 2020g).

En julio los casos confirmados incrementaron a 16, 812, 755 y se reportaron 662, 095 defunciones a causa del COVID-19(Secretaría de Salud, 2020h), situación que empeoró para el mes de agosto 25, 118, 689 casos confirmados y 844, 312 personas perdieron la vida (Secretaría de Salud, 2020i). En septiembre, el mundo seguía sufriendo las consecuencias del coronavirus, y el número de casos confirmados era de 33, 502, 430

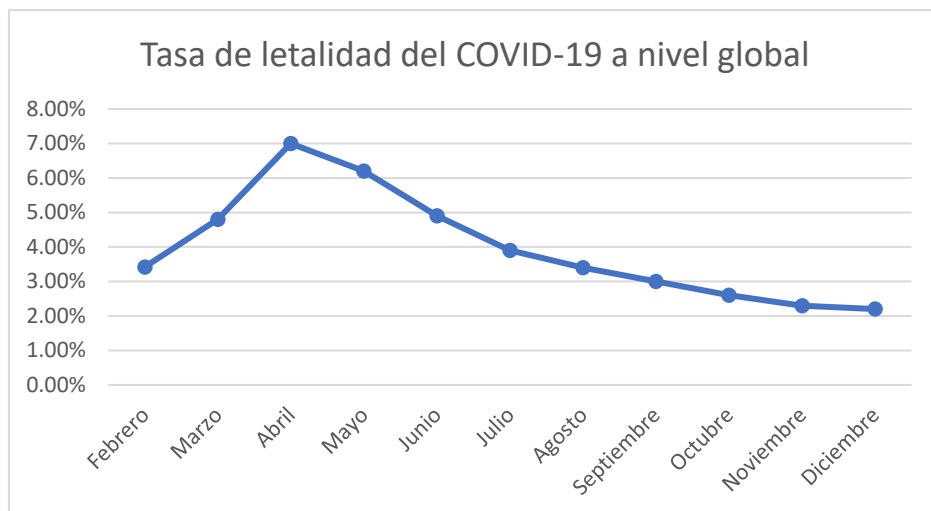
personas de los cuales 242, 189 se dieron en este mes y el número de muertos rebaso el millón de casos con 1, 004, 421 personas (Secretaría de Salud, 2020j).

Octubre fue uno de los meses donde se observó una ligera disminución en el número de contagios con un total de 45, 428, 731 de los cuales 535, 928 presentaron en el mes de octubre, se identificó una leve disminución en las defunciones ya que hasta este momento en el mundo había 1, 185, 721 totales, de las cuales 7, 246 se dieron en este mes (Secretaría de salud, 2020k). Mientras que en noviembre el número total de casos confirmados fue de 62, 363, 527 de los cuales los casos nuevos en este mes fueron 496, 892 personas contagiadas, mientras que el total de defunciones era de 1, 456, 687 (Secretaría de Salud, 2020l). Para el último día del mes de diciembre del 2020 el número total de casos confirmados en el mundo fue de 81, 475, 053 personas contagiadas de COVID-19, mientras que este virus había cobrado la vida de 1, 798, 050 personas (Secretaría de Salud, 2020m).

Un dato importante de considerar es la tasa de letalidad del virus a nivel global, ya que esta permite visualizar los periodos en los que se presentó un mayor número de decesos como lo muestra la siguiente figura.

Figura 7

Tasa de letalidad del COVID-19 a nivel global.



Nota. El gráfico muestra, a nivel global el porcentaje de letalidad que se registró el último día de cada mes del año 2020. Diseño propio con información de la Secretaría de Salud, 2020.

Como se puede observar en la figura, el mes de abril fue el mes en el que más se elevó la tasa de letalidad por COVID-19 hasta un 7 por ciento, y en mayo se mantuvo en 6.2 por ciento, lo que implica miles de muertes alrededor del mundo, y aunque en los meses siguientes del año 2020 fue disminuyendo, ya había un número mayor a lo esperado de muertes por coronavirus.

2.2 Panorama Nacional

El seis de enero de 2020 se emitió el primer comunicado de aviso preventivo por parte de la Secretaría de Salud respecto a un nuevo virus de etiología desconocida, que se había identificado en China, dicho documento era un aviso preventivo de viaje a china por la presencia de casos de neumonía de etiología desconocida.

Es a partir del 21 de enero que la secretaría de salud en un comunicado indicó que este virus es un nuevo tipo de coronavirus que se ha denominado 2019-nCoV, y se había propagado ya, por distintos países del mundo, sin llegar hasta ese momento a México. A través del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), se monitoreaban y emitían comunicados respecto a la situación epidemiológica en otros países, dirigidos al personal de salud pública del sistema nacional de salud, a los miembros de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, así como a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de los tres niveles de atención a la salud.

Además de que en dicho informe, se emitía una serie de recomendaciones dirigidas a la población mexicana para sugerir que no realizaran viajes a países que tuvieran transmisión comunitaria, como china o Hong Kong y si se trataba de un viaje forzoso, tomaran las medidas sanitarias pertinentes, como el lavado de manos con agua y jabón, uso de cubre bocas; evitar contacto con animales y el consumo de carne cruda, así como la exposición en lugares públicos y contacto con personas infectadas (Secretaría de Salud, 2020b).

Hasta el día 27 de febrero, el reporte técnico epidemiológico de la secretaría de salud, indicó que no existían casos confirmados de 2019n-COVID, sin embargo, el secretario de salud Hugo López-Gatell Ramírez, informó en su conferencia vespertina, que una persona había sido hospitalizada en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) como caso sospechoso y que se le había realizado una primera prueba que dio positiva a COVID-19. Al día siguiente el 28 de febrero se confirmaron en

México los primeros dos casos de COVID-19, ambos indicaron haber realizado un viaje a Italia, ese mismo día por la noche se confirmó un tercer caso en el Estado de México y el cuarto caso se confirmó el día 29 de febrero en Coahuila, se trataba de una mujer que de igual forma había viajado a Italia (Secretaría de Salud, 2020d).

Hasta ese momento las autoridades determinaron que aún no había una emergencia sanitaria, ni fundamentos científicos para la suspensión de actividades, ya que el país se encontraba en la fase 1 de transmisión del virus, que se refiere a una transmisión localizada en torno a los contactos.

A los 13 días del mes de marzo el número de infectados era de 26 distribuidos en distintos estados del país, para el 14 de marzo la cifra incrementó a 41 casos, para el día 18 de marzo hubo un incremento del 26 por ciento de casos confirmados respecto al día anterior con un total de 118, y de igual forma se confirma la primera muerte por COVID-19 en México (Secretaría de Salud, 2020c).

El martes 24 de marzo el presidente de México, junto con el secretario de salud, declaraban el inicio de la segunda fase de la pandemia por COVID-19, a raíz del registro de nuevos casos por contagio local. Para el día 30 de marzo se declara emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, debido al número de contagios que para ese día era de 1094 persona y a las 28 muertes por COVID-19.

El primer día del mes de abril, se reportaron 1215 personas con el virus. Lo que colocó a México en el número 45 de países del mundo con personas infectadas con COVID-19, el día siete del mismo mes, había 2785 confirmados en México, 7526 casos sospechosos y 141 fallecidos por el virus. El día ocho de abril, el número de infectados aumentó a 3181 y 174 muertes por coronavirus; el secretario de salud mencionó en la conferencia diaria que se estimaba la existencia de aproximadamente 26 casos de personas que habían contraído el virus ya que, de acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica por cada caso de COVID-19 existen ocho infectados que no han sido detectados por el sistema nacional de salud (Secretaría de Salud, 2020e).

Para el último día del mes de junio se reportaron 225,089 casos confirmados de COVID-19 y 27,669 defunciones (Secretaría de Salud, 2020g). A partir del mes de junio los informes técnicos emitidos por la Secretaría de Salud modificaron su formato, ampliando y desglosando de forma más específica las estadísticas de información referente al COVID-19 por lo que para el último día del este mes se registraron un total de 968, 536 personas

estudiadas de las cuales, 416,179 fueron casos confirmados, 90,582 casos sospechosos, 461,775 casos negativos y 46,000 defunciones (Secretaría de Salud, 2020h).

Para el último día del mes de agosto la secretaría de Salud (2020i) reporto un total de 1, 345, 843 personas estudiadas, de las cuales 599, 560 fueron casos confirmados, 77,730 casos sospechosos, 668,193 casos negativos y 64, 414 defunciones, registrando un aumento en un mes de 18, 414 personas fallecidas.

Para el último día del mes de septiembre en México se reportó un total de 1,952,221 personas analizadas, de las cuales 743,216 casos confirmados, 319, 871 casos sospechosos, 889, 134 casos negativos y 77,646 defunciones por COVID-19 (Secretaría de Salud, 2020j).

En octubre en México se reportaron 924, 962 casos confirmados, 358, 175 casos sospechosos, 1,120, 362 casos negativos y 91, 753 muertes por COVID-19 (Secretaría de Salud, 2020k).

Para el mes de noviembre siguieron en aumento los casos confirmados y los decesos por COVID-19, para el último día de este mes, la Secretaría de SALUD (2020l) reportó un total de 2, 866, 225 personas notificadas, de los cuales 1,113, 543 casos totales, 396, 338 casos sospechosos, 1, 365, 344 casos negativos y 105, 940 defunciones, lo que indica que en 30 días hubo un incremento de 14, 187 personas que perdieron la vida por complicaciones relacionadas con el COVID-19.

El último mes del 2020 reportó cifras preocupantes relacionadas con el COVID-19, para este momento, existían 1426, 094 casos totales, 407, 909 casos sospechosos, 1794, 948 casos negativos y 125, 807 muertos a causa del COVID-19, para este momento la letalidad global del virus era de 2.2% (Secretaría de Salud, 2020m).

2.3 Panorama Estatal

En el estado de Hidalgo los primeros casos de COVID-19 aparecieron en el mes de marzo, posteriormente la situación se fue agravando pues para el mes de abril se registraron 1,425 nuevos casos, mientras que para el último día del mes de mayo ya eran 3,152 casos nuevos, mismo mes en el que se registraron las primeras defunciones en el estado.

En el último día del mes de junio hubo 666 decesos. (Secretaría de salud, 2020g). Debido al desglose de información que se dio en los comunicados técnicos diarios de la Secretaría de Salud fue posible obtener datos más precisos para el estado de Hidalgo, en julio se registraron 6,688 casos acumulados de COVID-19, mientras que los casos activos, es decir, todos aquellos que iniciaron con sintomatología positiva en los últimos 14 días fueron 784 y ocurrieron 1,033 defunciones (Secretaría de Salud, 2020h).

Para el mes de agosto Hidalgo acumulo 10, 275 casos y contaba con 624 casos activos y hasta ese momento el número de muertos incrementó a 1607 (Secretaría de Salud, 2020i).

En septiembre el estado de Hidalgo acumuló 12, 777 casos de los cuales 507 eran casos activos, y habían fallecido hasta ese momento 1,981 personas a causa del COVID-19 (Secretaría de Salud, 2020j).

En el último día del mes de octubre en el estado se reportó un total de casos acumulados de 15, 797 de los cuales 679 eran casos activos y 2286 defunciones por COVID-19 (Secretaría de Salud, 2020k).

En noviembre 19, 168 casos totales de los cuales, 784 eran casos activos y se contabilizaban 2693 defunciones (Secretaría de Salud, 2020l). El último día del mes diciembre de 2020 hidalgo reportó 1035 casos activos y 3,383 defunciones (Secretaría de Salud, 2020m).

Figura 8

Porcentaje de positividad en Hidalgo por semana epidemiológica.



Nota. El gráfico muestra el porcentaje de casos positivos en el estado de Hidalgo por semana epidemiológica, desde el comienzo de la pandemia. Tomado de Secretaría de salud, (2020a).

Tabla 1

Estudios relacionados al duelo por COVID-19

Autor y año	Titulo	Tipo de estudio	Resultados
(Araujo, García & García, 2020)	Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa.	Artículo de revisión	<p>Se incluyeron 13 artículos donde se identifican estrategias para el abordaje del duelo, incidiendo en el manejo de competencias de los profesionales de la salud para el acompañamiento del proceso de duelo y comunicación con la familia.</p> <p>Los resultados indican que es necesario que aquellos que pierden un ser querido durante la pandemia, reciban orientación profesional durante el proceso de duelo donde se puedan seguir las medidas sanitarias o en su caso atención psicoterapéutica para evitar un duelo complicado.</p> <p>Estudio que muestra las circunstancias de las muertes relacionadas con COVID-19 que incorporan múltiples características traumáticas, junto con varios factores externos.</p>
(Kokou-Kpolou, Fernández-Alcántara & Cénat, 2020).	Prolonged Grief Related to COVID-19 Deaths: Do We Have to Fear a Steep Rise in Traumatic and Disenfranchised Grief?	Artículo	<p>En este contexto surgen formas graves de angustia, culpa, somatización, ira y síntomas inespecíficos aún no incluidos en los criterios del trastorno de duelo complicado.</p> <p>Se propone construcción de prácticas para facilitar el proceso de duelo individual y colectivo, entre las cuales está el invitar al personal de salud a identificar las características traumáticas de las muertes relacionadas con COVID-19, adoptando un enfoque holístico de manifestaciones clínicas, así como una evaluación y tratamiento de casos.</p>

(Mayland, Harding, Preston & Payne, 2020).	Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement	Artículo de revisión	Se retoman 6 artículos. Los resultados indicaron que las pérdidas asociadas a la pandemia han tenido repercusiones en las normas culturales y en aquellas prácticas sociales y espirituales relacionadas con la muerte, lo que incrementa el riesgo de que los sujetos desarrollen un duelo patológico. Por lo que, los autores sugieren la planificación de una respuesta de apoyo posterior a las pérdidas, donde sea posible adaptar los rituales a fin de promover un duelo respetuoso y sin riesgo para la salud.
(Hamui, 2020).	El duelo en tiempos de covid.19.	Artículo de revisión	De acuerdo con la autora, es importante considerar los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • Las personas mayores de 60 años asimilan de mejor forma los duelos que los jóvenes. • Cuando la muerte se produce de forma repentina el duelo suele ser muy intenso, y puede requerir apoyo profesional. • En relación a la muerte del conyugue, generalmente se adaptan mejor las mujeres que los hombres.
(Goveas & Shear, 2020).	Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults	Estudio de caso	Las elevadas tasas de muertes y duelos implican desafíos en la salud pública, ya que ha incrementado el riesgo de padecer un duelo patológico o un trastorno de duelo prolongado, por lo que se deben llevar a cabo tratamientos basados en evidencia a fin de acompañar a las personas durante este proceso y evitar estas patologías. Los autores identifican la necesidad de identificar factores de riesgo y protección durante la pandemia a fin de coadyuvar a los tratamientos psicoterapéuticos.
(Helton, Wolfe & Snaman, 2020).	Definitely Mixed Feelings:" The effect of COVID-19 on bereavement in parents of children who died from cancer	Estudio descriptivo	Se aplicaron 15 entrevistas a padres de hijos que fallecieron a causa de algún tipo de cáncer en un periodo de 12 a 34 meses antes del inicio de la pandemia. Los resultados indicaron que la mayoría de los padres identifica que la pandemia a afectado su proceso de duelo, se sienten

más aislados debido a la incapacidad de estar cerca de otras personas, o asistir a grupos de apoyo, por otro lado, Los autores hacen especial énfasis en la importancia de que los profesionales de la salud realicen un seguimiento del duelo de aquellas personas que han perdido un ser querido durante la pandemia ya que se pueden presentar dificultades que repercuten en la salud física y mental.

(Kahn & Andrews, 2020).

Cancer and COVID-19: how understanding grief helps the pandemic frontlines

Artículo de revisión

Se realiza una revisión sobre el abordaje de las etapas de duelo desde la teoría de la autora Kübler-Ross para comprender la importancia de este proceso durante la pandemia por COVID-19, en familiares de pacientes con cáncer.

(Yahya & Khawaja, 2020).

Bereavement and Grief During the COVID-19 Pandemic.

Artículo de revisión

Antes de la pandemia por COVID-19, una revisión sistemática y un meta-análisis, indicaron que el 10% de los adultos en duelo estaban en riesgo de sufrir un duelo patológico (Boelen & Smid, 2017). Eisma, Boelen y Lenferink (2020) informaron sobre hallazgos sobre otro desastre natural en el que un año después del terremoto de Sichuan, el 50% de las personas en duelo experimentaron síntomas de duelo prolongado y el 25% también tenían síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Nota. Elaboración propia con información resumida de cada uno de los artículos revisados, respecto a estudios relacionados con el duelo.

JUSTIFICACIÓN

Cuando la humanidad se encuentra ante un fenómeno de impacto mundial, como una pandemia, se generan no solamente afecciones físicas, sino que también surgen una serie de padecimientos mentales masivos como depresión, ansiedad, estrés postraumático, entre muchos otros que deben ser atendidos de forma inmediata (Gardner & Moallem, 2015).

En diciembre de 2019 se identificaron por primera vez una serie de casos de una enfermedad desconocida, una neumonía atípica que no respondía a los tratamientos médicos de forma favorable, este nuevo virus fue nombrado SARS-CoV2 o COVID-19, el cual recibe el nombre de coronavirus (CoV) debido a las espigas en forma de corona en su superficie y pertenece a la familia Coronaviridae dentro del orden Nidovirales. Este tipo de virus puede ser contraído por pájaros, murciélagos, serpientes, ratones, otros animales salvajes, pero también puede transmitirse a los seres humanos (Weis & Leibowitz, 2011).

La aparición del COVID-19 planteó nuevos desafíos a la salud pública, la investigación clínica y la atención médica y los sistemas de salud en todo el mundo.

El análisis mediante investigaciones científicas de fenómenos como epidemias y pandemias a lo largo de la historia, ha permitido dar cuenta de que, durante cualquier brote de una enfermedad infecciosa, las reacciones psicológicas de la población desempeñan un papel fundamental en la propagación de determinada patología, además de la aparición de problemas de tipo mental, como la angustia emocional, miedo, incertidumbre, estrés, depresión y ansiedad por mencionar algunos; durante y después del brote, y que no son exclusivos de un grupo etario o con determinadas características culturales, económicas o sociales, sino que se presenta de forma generalizada (Cullen, Gulati & Kelly, 2020).

Muchas de las consecuencias anticipadas al fin de la cuarentena, debidas en su mayoría a las medidas de distanciamiento físico y emocional, son factores de riesgo clave para el desarrollo de problemas de salud mental entre la población. Los principales y que requieren atención profesional se refieren al suicidio y autolesiones, abuso de sustancias, violencia intrafamiliar e infantil, y riesgos psicosociales entre los que destacan el estrés por la situación económica, el exceso de información que se ha convertido ya en una infodemia, el acoso cibernético, además de las consecuencias que traen consigo el duelo, no solamente por la muerte de un ser querido, sino por la pérdida de la cotidianidad y los estilos de vida, pérdida de independencia, autonomía y la misma libertad debido al confinamiento,

pérdida de empleos, pérdida de contacto físico con otros y la pérdida del control sobre la situación externa (Eisma, Boelen & Lenferink, 2020; Zhai & Du, 2020).

Hablando específicamente del duelo que millones de personas están enfrentando en situaciones extraordinarias, podría parecer inhumano el hecho de no poder brindar muestras afectivas a aquellos que han perdido algo o a alguien significativo, no poder abrazarse, saludarse o acompañarse, ya que en estos momentos la expresión de emociones y muestras afectivas representan un riesgo para la salud, las personas se encuentran ante la prohibición de la única forma de dar consuelo ante una pérdida irreparable, la muerte. El duelo entonces se realiza en soledad, en aislamiento y con limitaciones de poder realizar ceremonias y rituales luctuosos y con ello un proceso de duelo con normalidad, lo que posibilita que algunas de estas personas puedan desarrollar un duelo complicado que traiga consigo otros padecimientos mentales.

Las investigaciones han determinado que si no se recibe atención terapéutica o un tratamiento adecuado para un duelo complicado se incrementa la posibilidad de desarrollar alguna patología mental entre las que se encuentran la depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos alimenticios y un mayor riesgo de suicidio, además de que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y oncológicas, así como deficiencias en el sistema inmune, el duelo complicado puede también causar dificultades de adherencia al tratamiento en pacientes que requieren medicarse diariamente, por ejemplo aquellos que padecen enfermedades crónicas (Osiris et al., 2020).

Por lo que la finalidad del equipo de profesionales de la salud incluidos médicos, enfermeras y psicólogos que acompaña al paciente y a la familia en el final de la vida debe ser la de favorecer una maduración personal y familiar, ayudándolos a vivir la experiencia de forma constructiva. La elaboración del duelo anticipado mediante dinámicas que favorezcan la expresión emocional, como un factor protector para evitar el desarrollo de un duelo patológico posterior en la familia (Araujo, 2020).

Es así, que las consecuencias a la salud mental, podrían convertirse en una segunda pandemia debido a los grandes cambios en los estilos de vida y la gran amenaza que el COVID-19 representa para la salud de la población (Jakovljevic, 2020).

Inicialmente, la respuesta emocional pública a cualquier pandemia es de extremo temor e incertidumbre, que generalmente conduce a comportamientos sociales negativos y puede involucrar problemas de salud mental como ansiedad, trastornos del sueño,

violencia, frustración, depresión que pueden derivar incluso en autoagresiones y suicidio (Shigemura et al., 2020).

Es así que la pandemia por COVID-19 ha planteado una serie de preguntas sobre la importancia de la salud mental, así como los roles de los psicólogos y psiquiatras dentro y fuera del sistema de salud. Los estudios realizados hasta el momento, indican que las ciencias que atienden los padecimientos mentales que prestan sus servicios en los tiempos de pandemia trabajan principalmente por los siguientes objetivos: estudio, diagnóstico y prevención de trastornos mentales, apoyo a todas las ciencias que colaboran para la atención de la pandemia y en la promoción de la salud mental pública e individual, así como el énfasis en conceptos como solidaridad y sociedad empática (Jakovljevic, 2018).

La presencia de los profesionales de la salud mental resulta imprescindible, ya que los hallazgos científicos indican que varios de los padecimientos mentales que se están presentando en la población como los ataques de pánico o las crisis de ansiedad y las reacciones que se presentan después de una pérdida significativa, presentan algunos síntomas que podrían confundirse con los del COVID-19 como el dolor de cabeza, dolor de pecho y muscular, así como dificultad para respirar. Por lo que, es indispensable que los psicólogos y psiquiatras desarrollen un plan para evaluar y diagnosticar a estos pacientes, a fin de evitar problemas mayores, como la saturación de hospitales, aplicación de pruebas de COVID-19 en casos innecesarios, así como el desarrollo de trastornos mentales a causa de un mal diagnóstico (Jakovljevic, 2020).

Es esencial y necesario el establecimiento de un plan de atención a la salud mental para la población que se encuentra lidiando con la incertidumbre y el miedo por el COVID.19, no solo para aquellos que se han contagiado y sus cuidadores o para el personal de salud que se encuentra atendiendo a estos pacientes, sino también para todas aquellas personas que por meses han permanecido en aislamiento en sus hogares.

Ya que una situación tan incierta como la pandemia que actualmente atraviesa el mundo entero, puede conducir a un comportamiento fuera de lo normal, inducido por el pánico al contagio y a la muerte, aunado al confinamiento y a las diversas pérdidas significativas a las que han tenido que enfrentarse las personas sin importar sexo, edad o posición socioeconómica, puede derivar en graves daños emocionales que implicarán también una fuerte demanda para los servicios de salud y que podrían sin duda convertirse en graves problemas de salud pública en un futuro próximo (Lunn et al., 2020).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El 31 de diciembre del año 2019 en Wuhan, China se informó sobre la aparición de 27 casos de Síndrome Respiratorio Agudo de etiología desconocida, que se asociaba con el consumo de animales. El día siete de enero de 2020 las autoridades de salud chinas confirman la presencia de un nuevo coronavirus llamado 2019-nCoV al que consideraron como la posible etiología de este síndrome (Secretaría de Salud, 2020).

El 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud (2020) en vista de los alarmantes niveles de propagación del COVID-19 y por el excesivo número de muertes registrado, así como por los niveles también alarmantes de inacción por parte de los gobiernos de varias regiones, determina en su evaluación que la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia.

Para poder dimensionar la problemática mundial que trajo consigo esta pandemia, es necesario comprender que el concepto de salud, no se basa solamente en aspectos fisiológicos, sino que, considera los aspectos mentales y sociales de los individuos, optando por un bienestar bio-psico-social (Fiorillo & Gorwood, 2020) Por lo que, es evidente que, los efectos psicológicos deben ser considerados y atendidos por expertos en salud mental, ya que se ha convertido en uno de los temas de mayor importancia para la salud pública (Gardner & Moallef 2015).

En México hasta el mes de diciembre del 2020 el número total de casos era de 1426, 094 mientras que 125, 807 personas habían perdido la vida a consecuencia de complicaciones por COVID-19 (Secretaría de Salud, 2020m).

Si bien es cierto que el mayor problema al que se enfrentan los servicios de salud hasta el momento, se refiere a los altos índices de contagios y hospitalizaciones, y que es por tanto donde se centran la mayoría de los esfuerzos para dar atención oportuna y eficaz a la población y evitar así el incremento de decesos, es innegable que de igual forme se está presentando un grave incremento de problemas en la salud mental en la población de todos los grupos etarios, sin embargo, son pocos los recursos humanos, económicos y materiales que se destinan para la atención a la salud mental, dentro y fuera de los hospitales, lo que puede ser comprensible en estos casos, ya que la prioridad está en disminuir la propagación de la enfermedad, pero es de suma importancia considerar que en

gran medida son factores psicológicos los que pueden detonar o disminuir dicha propagación (Taylor, 2019).

El duelo es un fenómeno universal que se ha estudiado a través del tiempo con el objetivo de lograr una mayor comprensión de este, y así realizar intervenciones profesionales que coadyuven a dicho proceso, donde el individuo desarrolla habilidades de adaptación ante la pérdida que ha experimentado que le permitan evitar complicaciones que pueden llevar a un duelo patológico (Barreto, Yi & Soler, 2008).

Se vive un momento en el que miles de personas alrededor del mundo están enfrentándose a la pérdida de seres queridos a causa del coronavirus, por lo que, la despedida y las ceremonias funerarias son imposibles, la dimensión social de la despedida se ha visto eliminada, las medidas impuestas ante el estado de alarma por contagios, impide actos en torno a la pérdida tan significativos para el doliente como disponer del apoyo social en momentos tan difíciles o poder desarrollar con normalidad los rituales propios de su cultura, que para algunas personas son fundamentales para que el proceso de duelo sea normal, sin embargo, las exigencias sanitarias, sumadas a otros factores psicológicos, como el miedo, la ansiedad y el pánico de ser contagiado del virus, han limitado en gran medida las expresiones que validan el dolor y el sentimiento de pérdida de la persona doliente y, por eso, dificultan la elaboración de un duelo normalizado (Alarcón et al., 2020).

Pregunta de investigación

¿Cuál es la Importancia de la intervención psicológica para la atención del duelo por la pandemia de SARS-CoV-2 en habitantes del municipio de Zapotlán de Juárez, Hidalgo?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la importancia de la intervención psicológica para la atención del duelo por la pandemia SARS CoV-2 para los habitantes del municipio de Zapotlán de Juárez, Hidalgo.

Objetivos específicos

1. Conocer la percepción y opinión de la muestra respecto a la importancia de la intervención psicológica durante el proceso de duelo dadas las condiciones de aislamiento por la pandemia de SARS-CoV-2.
2. Identificar el riesgo de la muestra para desarrollar un duelo complicado.
3. Conocer la opinión del personal de salud sobre la importancia de la participación de los psicólogos en la primera línea de atención a familiares de pacientes que han fallecido por complicaciones derivadas de COVID-19 a fin de evitar complicaciones en el proceso de duelo que puedan derivar en trastornos mentales.

MATERIAL Y MÉTODO

Hipótesis

La intervención psicológica en el proceso de duelo por SARS-CoV2 será útil para evitar un duelo complicado.

Diseño de investigación

Cuantitativo

Tipo de estudio

Transversal/ descriptivo.

Población

El municipio de Zapotlán de Juárez cuenta con una superficie de 272.69 km², representa el 1.31% por ciento de la superficie del estado de Hidalgo. Su territorio es llanura el 68% y sierra 32%, este municipio se encuentra conformado por tres comunidades, San Pedro Huaquilpan, Zapotlán de Juárez y Acayuca (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, 2002).

La población que fue objeto de este estudio se refiere a habitantes de las comunidades del municipio de Zapotlán, que hayan experimentado la pérdida de un familiar desde el inicio de la pandemia en México hasta el mes de enero de 2021.

Muestra

La muestra estuvo conformada por dos grupos de participantes, el primer grupo correspondió a 100 hombres y mujeres de 18 a 70 años que sufrieron la pérdida significativa de algún familiar cercano durante la pandemia por COVID-19 y el segundo grupo correspondió a 20 hombres y mujeres de 25 a 60 años profesionales de la salud que se encontraban trabajando directamente con pacientes que padecían COVID-19 en instituciones de salud públicos o privados, ambos grupos fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión del estudio

Grupo uno

Criterios de inclusión

- La edad del participante debe oscilar entre los 18 a los 70 años.
- El participante puede ser hombre o mujer.
- El participante debe haber experimentado una pérdida significativa durante la pandemia por COVID-19.
- Deben haber transcurrido por lo menos dos meses desde la pérdida.
- El participante debe contar con un teléfono celular y/o una computadora, Tablet o dispositivo electrónico para realizar el llenado del cuestionario.
- El participante debe contar con un correo electrónico o un número telefónico donde se le haga llegar la información correspondiente.

Criterios de exclusión

- Que la persona no desee participar en el estudio.
- Que él/la participante se niegue a firmar el consentimiento informado.
- Que la persona haya sufrido uno o más episodios depresivos diagnosticados previamente a su pérdida.
- Que el/la participante haya sido diagnosticado con algún trastorno psicológico antes de la pérdida.

Criterios de eliminación

- Se eliminarán los cuestionarios que no estén contestados correctamente o en su totalidad.

Grupo dos

Criterios de inclusión

- Personal de salud titulado.
- Con una edad menor a 70 años.
- Que se encontrara actualmente trabajando con pacientes COVID-19.

Criterios de exclusión

- No firmar el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Se eliminarán los cuestionarios que no estén contestados correctamente o en su totalidad.

Variables

Tabla 2

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Duelo	<p>Normal</p> <p>Existe una serie de sentimientos y conductas que son normales después de que un sujeto se enfrenta a una pérdida de algo o alguien que le resulta significativo; diferenciándose del duelo patológico, cuando dichas conductas o sentimientos se extienden en el tiempo o derivan en un problema psiquiátrico (Meza, García, Torres, Castillo, Suárez & Martínez, 2008).</p> <p>Según el DSM-V (APA, 2014) se acompaña de algunos síntomas característicos de un episodio depresivo mayor pueden incluir</p>	<p>Para identificar si él o la participante presenta un duelo complicado se utilizará el Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano (Limonero, Lacasta, García, Maté & Prigerson, 2009).</p> <p>Se considerará duelo complicado si en la escala se obtienen 25 o más puntos.</p>

sentimientos de tristeza intensa, rumiación respecto a la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y de peso, estos síntomas pueden simular un episodio depresivo.

Complicado

Lo que caracteriza a un duelo complicado es la prolongación del propio proceso del duelo y los síntomas que se experimentan en cada etapa o cuando existe algún estancamiento en alguna de estas etapas, esto acompañado de una falta de regulación emocional que puede dar como consecuencia una serie de conductas desadaptativas que deriven en cuadros clínicos como depresión, ansiedad y en casos graves brotes psicóticos, estas consecuencias estarán dadas por elementos como el tipo de vínculo con la persona que se ha perdido, las características de la pérdida y los propios aspectos psíquicos del doliente, así como el apoyo social (Eisma, Boelen & Lenferink, 2020).

Rol de la psicología en el proceso de duelo.

Estudios realizados recientemente como el de Araujo, García y García (2020) indican que es necesario que aquellos que pierden un ser querido durante la pandemia, reciban orientación profesional durante el proceso de duelo donde se puedan seguir las medidas sanitarias o en su caso atención psicoterapéutica para evitar un duelo complicado.

Debido a los hallazgos de las investigaciones que indican que las circunstancias de las muertes relacionadas con COVID-19 incorporan múltiples características traumáticas, junto con formas graves de angustia, culpa, somatización, ira y síntomas inespecíficos aún no incluidos en los criterios del trastorno de duelo complicado (Kokou-Kpolou, Fernández-Alcántara & Cénat, 2020).

Para identificar el rol de la psicología en el proceso de duelo se utilizaron 2 encuestas:

1) Encuesta de opinión sobre la importancia de intervención psicológica durante la pandemia por COVID-19.

Encuesta diseñada *ad hoc* para la presente investigación.

Se trata de un cuestionario cerrado, auto aplicable, que permitió conocer la opinión de familiares que perdieron a un ser querido durante la pandemia.

2) Encuesta de opinión sobre la importancia de intervención psicológica durante la

Además de que se ha identificado que las pérdidas asociadas a la pandemia han tenido repercusiones en las normas culturales y en prácticas sociales y espirituales relacionadas con la muerte, lo que incrementa el riesgo de que los sujetos desarrollen un duelo complicado que derive en el desarrollo de trastornos mentales (Mayland, Harding, Preston & Payne, 2020).

pandemia por COVID-19. Dirigida al personal de salud.

Encuesta diseñada *ad hoc* para la presente investigación.

Se trata de un cuestionario cerrado, auto aplicable, que permitió conocer la opinión del personal de salud sobre la importancia de la atención psicológica en el proceso de duelo que enfrentan los familiares en tiempos de pandemia.

Nota. Elaboración propia

Instrumentos

1. Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995).

Adaptación transcultural. Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano (Limonero, Lacasta, García, Maté & Prigerson, 2009).

- Alfa de Cronbach .88
- Fiabilidad test-Retest de .81

Características del inventario:

- Cuestionario auto administrado

19 ítems con 5 categorías de respuesta tipo Likert que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual).

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Cuya puntuación va de 0=nunca hasta 4=siempre.

Calificación:

Se suman los puntos de cada ítem y las puntuaciones pueden oscilar de 0 a 76 puntos, considerando que si se obtienen 25 puntos o más es un indicador de duelo complicado.

2. Encuesta de opinión sobre la importancia de intervención psicológica durante la pandemia por COVID-19.

Encuesta diseñada *ad hoc* para la presente investigación.

Características de la encuesta:

- Cuestionario auto aplicable

Cuestionario cerrado de 44 preguntas que evaluaba las siguientes áreas:

- Área personal (preguntas 1 a la 7)
- Papel de los psicólogos en el proceso de enfermedad (preguntas 8 a la 24)
- Papel de los psicólogos en el proceso de duelo (preguntas 25 a la 33).

Objetivo:

Conocer la opinión de las personas que han perdido a un familiar, sobre la importancia de la intervención de los psicólogos en el equipo de salud para la atención del duelo por la pandemia SARS CoV-2

3. Encuesta de opinión sobre la importancia de intervención psicológica durante la pandemia por COVID-19. Dirigida al personal de salud.

Encuesta diseñada *ad hoc* para la presente investigación.

Características de la encuesta:

Cuestionario auto aplicable

Objetivo:

Conocer la opinión de profesionales de la salud que actualmente trabajan con pacientes que padecen COVID-19 y sus familias.

Cuestionario cerrado de 25 preguntas que evaluaba las siguientes áreas:

- Área personal (preguntas de la 1 a la 3)
- Institución donde labora (preguntas 4 a la 6).
- Proceso de enfermedad (preguntas 7 a la 13).
- Proceso de duelo (preguntas 14 a la 19).

Procesamiento estadístico

El procesamiento y análisis de datos se realizó en el paquete estadístico SPSS en su versión 25. Se realizaron análisis descriptivos de distribución de frecuencias.

Procedimiento

- Se realizó una invitación por medio de redes sociales a los habitantes del municipio de Zapotlán de Juárez para participar en la investigación.
- Hubo poca respuesta por parte de los habitantes del municipio, sin embargo, algunas personas que deseaban participar se contactaron con la investigadora y de esa forma se les proporcionó la información vía correo electrónico, a fin de que conocieran de forma detallada el objetivo de la investigación y en qué consistía su participación dando un tiempo de una semana para revisar la información y decidir si deseaban participar o no.
- Una vez transcurrida la semana de revisión de información, los sujetos que confirmaron su participación recibieron vía electrónica el consentimiento informado y la investigadora los contactó vía telefónica para aclarar cualquier duda o inconformidad y para la firma electrónica del consentimiento informado.
- Hasta ese momento se contaba con la participación de 15 personas, por lo que hubo que generar una nueva estrategia para acceder a la muestra.
- Dadas las dificultades para contactar personas de forma virtual, se optó por el muestreo de bola de nieve, para lo cual se pidió apoyo a quienes ya estaban participando en el estudio y contactar a otras personas que cubrieran los criterios de inclusión, una vez que se proporcionaron algunos datos de los posibles participantes, la investigadora contactó a algunos de ellos vía telefónica, sin embargo, las personas se negaban a llenar las encuestas vía electrónica, ya que decían no estar familiarizados con esta modalidad, por lo que hubo que acudir a cada uno de los domicilios para proporcionar la información detallada de la investigación, así como el consentimiento informado y los cuestionarios.
- Se logró obtener la participación hasta ese momento de 60 personas y se continuó con el muestreo bola de nieve, acudiendo a cada domicilio para invitar a las personas a participar. Debido a que algunas de ellas padecían COVID-19 al momento de contactarlas. Por lo que se determinó que hubiera la intervención del

cuidador u otro familiar que estuviera en contacto más directo con estos participantes para hacerles llegar el consentimiento informado y los cuestionarios auto aplicables y para su entrega se acordó el mismo procedimiento, todo esto llevando a cabo todas las medidas sanitarias correspondientes.

- En este momento se contaba con la participación de 100 personas entre hombres y mujeres.
- De igual forma se tuvieron serias dificultades para acceder al personal de salud. En primer lugar, se intentó contactar a los directivos de las instituciones de salud que se encontraban atendiendo pacientes que padecían COVID-19, sin embargo, no hubo respuesta debido a la emergencia sanitaria, ya que la mayoría de ellos se encontraban cubriendo turnos de varios días y no contaban con tiempo suficiente para atender la solicitud de la investigadora.
- Aunque se intentó acudir directamente a los hospitales que atendían pacientes COVID-19 en Pachuca, no se permitió el acceso al personal de salud que se encontraba laborando ahí en ese momento, ya que esto implicaba un riesgo para la salud de la investigadora, además de que no contaban con tiempo suficiente para responder las encuestas debido a la demanda de los pacientes.
- Se optó por realizar una invitación por medio de redes sociales, para convocar al personal de salud a participar en el estudio y se contactó a 5 personas.
- Posteriormente utilizando nuevamente el muestreo por bola de nieve, se preguntó a habitantes del municipio de Zapotlán de Juárez si conocían a profesionales de la salud que estuviera atendiendo pacientes que padecieran COVID en las comunidades.
- Una vez recabada la información se acudió directamente a cada consultorio para invitarlos a participar, aunque algunos de ellos no accedieron, finalmente se contó con el apoyo de 20 profesionales de la salud, que laboraban en consultorios o instancias de salud públicos y privados.
- Se detectaron aquellos casos que de acuerdo al Inventario de Duelo Complicado (IDC) obtuvieron un puntaje mayor a 25 que indica un duelo complicado, lo que se consideró una situación vulnerable que ponía en riesgo su salud física y/o mental y se le proporcionaron varias opciones de atención profesional, tanto en instituciones públicas como privadas a fin de procurar disminuir el riesgo y atender de forma oportuna sus problemáticas.

Recursos humanos

- Investigador. Participación directa en selección de participantes, firma de consentimiento, aplicación de cuestionarios y entrega de resultados.
- Investigadores expertos en el tema (comité de tesis). Para supervisar las actividades y verificar que se realicen bajo preceptos éticos y de forma adecuada

Recursos materiales y financieros

Tabla 3

Recursos financieros

Material	Costos
Fotocopias de los cuestionarios e inventarios	\$1200
Traslados	\$1500
Material de protección para evitar contagios de COVID-19.	
<ul style="list-style-type: none">• Mascarillas KN-95• Caretas• Guantes• Desinfectante• Gel antibacterial	\$ 2000
Prueba PCR para descartar contagio de COVID-19 a la investigadora	\$ 3500

Nota. La tabla muestra los recursos financieros utilizados para la investigación. Elaboración propia.

Consideraciones éticas

Esta investigación se realizó basada en el cumplimiento de los artículos del reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. Según el artículo 17, se trata de una investigación con riesgo mínimo, ya que los participantes no serán intervenidos de ninguna forma, únicamente debieron realizar el llenado de cuestionarios autoaplicables.

De igual forma se siguieron las medidas sanitarias implementadas por la secretaria de salud, para evitar contagios y para salvaguardar la integridad y la salud de las y los participantes, así como la de la investigadora.

RESULTADOS

A continuación, se realiza la presentación de resultados. En primer lugar, se describen las características sociodemográficas de los dos grupos que conforman la muestra, en segundo lugar, se exponen los resultados referentes a:

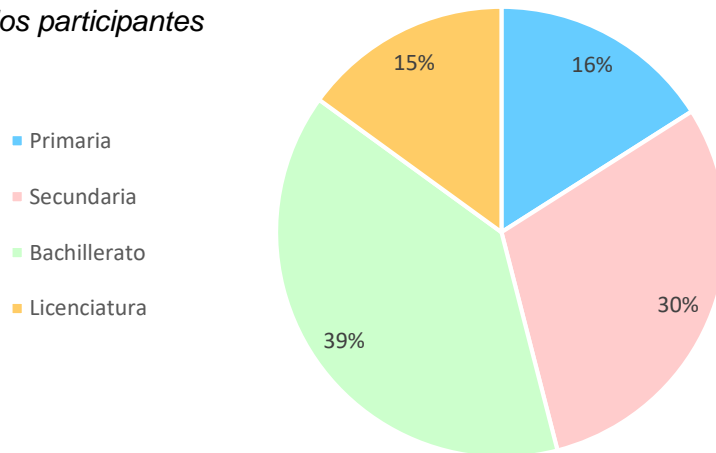
Resultados sociodemográficos

En el grupo uno, que corresponde aquellas personas habitantes del municipio de Zapotlán de Juárez, que perdieron un ser querido durante la pandemia, la muestra se constituyó por 100 personas de las cuales el 60% fueron mujeres y el 40% fueron hombres, la edad mínima de la muestra fue de 18 años y la edad máxima de 70 años, siendo el promedio de edad una $M= 40.76$ ($SD=15.36$).

Respecto a la escolaridad de los participantes, la Figura 9 permite observar que el 30% concluyó la secundaria y el 39% dijo haber concluido el bachillerato.

Figura 9

Escolaridad de los participantes



Nota. Diseño propio con datos obtenidos en los resultados de la investigación.

Con relación al estado civil se encontró que el 38% de los participantes era casado, el 30% soltero, el 17% mencionó ser viudo o viuda, el 13% dijo vivir en unión libre y el 2% estaba divorciado.

La religión fue considerada un dato relevante para esta investigación por su relación con el duelo, observando que el 69% de los participantes practica la religión católica, el

19% la religión cristiana, el 8% son testigos de Jehová y el 4% de los participantes mencionó no practicar ninguna religión.

En cuanto a la ocupación de los participantes del estudio, se encontraron los siguientes datos.

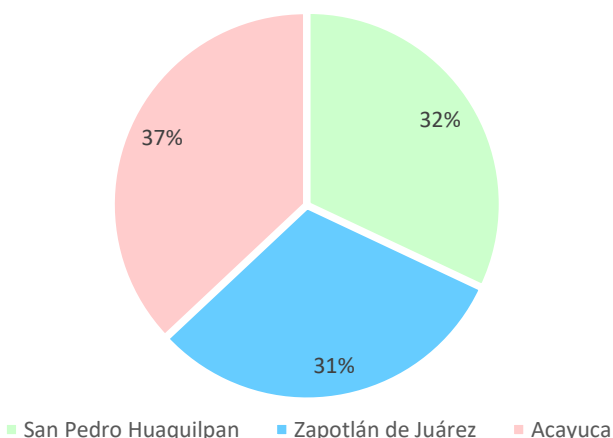
Tabla 4
Ocupación de los participantes

Ocupación grupo uno	n	%
Trabajo	52	52.0
Estudio	19	19.0
Labores del hogar	23	23.0
Ninguna	6	6.0
Total	100	100.0

Nota. La Tabla 4 muestra que el 52% trabaja remuneradamente y sólo el 6% no realiza ninguna actividad económica. Diseño propio con datos obtenidos de los resultados de la investigación.

Y finalmente para la muestra de habitantes del municipio de Zapotlán de Juárez, la Figura 10 permite observar las tres comunidades de donde provenían los participantes destacando que el 37% reside en la comunidad de Acayuca.

Figura 10
Lugar de residencia



Nota. Diseño propio con datos obtenidos de los resultados de la investigación.

Respecto al grupo dos, que corresponde a los profesionales de la salud que se encuentran atendiendo a pacientes que padecen COVID-19, el total de los participantes fue de 20, donde el 55% fueron mujeres y el 45% hombres. Respecto a la edad de los profesionales de la salud, la edad mínima fue de 25 años y la edad máxima de 60 años, con un promedio de edad entre los participantes de 39.8 años.

De los 20 participantes el 55% fueron personal médico y el 45% personal de enfermería, en cuanto al cargo que desempeñaban dentro de la institución el 5% eran directores de la institución, el 5% jefes de área, mientras que el 40% de los participantes eran médicos de piso y el 50% enfermeros de piso.

Los datos sociodemográficos indicaron que el 30% de los participantes eran solteros, el 45% casados, el 15% vive en unión libre y el 10% divorciados, en cuanto a la religión el 70% dijo ser católico, el 15% profesa la religión cristiana y el 15% no practica ninguna religión.

El tipo de institución en el que laboran los participantes se muestra en la Tabla 5 donde el 15% desempeña sus funciones en una institución de salud pública, el 45% de los encuestados labora en una institución o clínica privada y el 40% tiene un consultorio privado. El lugar de trabajo del 20% de la muestra se ubica en San Pedro Huaquilpan, el 30% en Zapotlán de Juárez, el 35% en Acayuca y en lo que respecta a los profesionales de salud que laboran en hospitales públicos representan el 15% ubicados en Pachuca, Hgo.

Tabla 5

Tipo de institución

Institución pública/privada	N	%
Hospital/clínica pública	3	15.0
Hospital/clínica privada	9	45.0
Consultorio privado	8	40.0
Total	20	100.0

Nota. La tabla muestra el porcentaje del tipo de institución en la que laboraban los participantes. Diseño propio, con datos obtenidos de la investigación.

A continuación, se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos de este estudio, partiendo de los objetivos específicos hasta llegar a los hallazgos más significativos que se relacionan con el objetivo general.

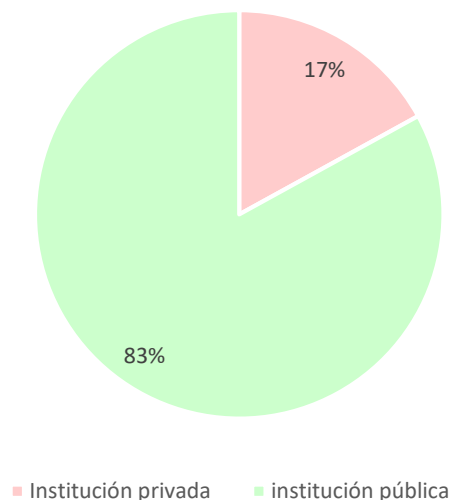
Para conocer la percepción y opinión de la muestra respecto a la importancia de la intervención de los psicólogos durante el proceso de duelo, dadas las condiciones de aislamiento por la pandemia de COVID-19, se utilizó estadística descriptiva para analizar las preguntas de la encuesta de opinión sobre la importancia de intervención psicológica durante la pandemia por COVID-19, referentes a este tema y los resultados son los siguientes:

En primer lugar, se abordó el proceso de la enfermedad del ser querido de los y las participantes hasta antes de su fallecimiento, a fin de conocer si durante este proceso recibieron algún tipo de apoyo o atención psicológica, hayan sido o no hayan sido hospitalizados.

Por lo que, a continuación, se presentan los resultados de aquellos familiares que tuvieron a su ser querido hospitalizado, la Figura 11 indica que el 83% de la muestra acudió a una institución de salud pública y el 17% a un hospital o clínica privada.

Figura 11

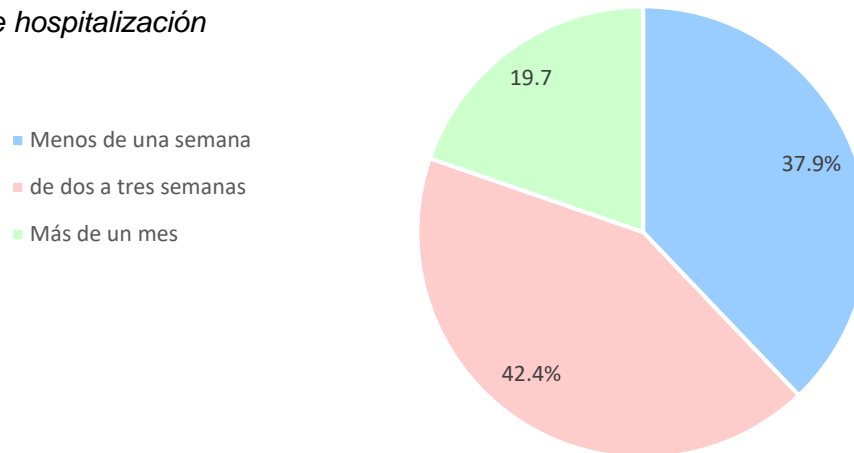
Tipo de institución donde hospitalizó a su ser querido



Nota. El gráfico muestra el porcentaje al que corresponde la institución pública o privada en las que se fueron hospitalizados los pacientes. Diseño propio, con datos obtenidos de la investigación.

De los pacientes hospitalizados, según la Figura 12 la muestra indicó que el 37.9% estuvo hospitalizado menos de una semana, el 42.4% de dos a tres semanas, mientras que el 19.7% más de un mes.

Figura 12
Tiempo de hospitalización



Nota. La Figura muestra el porcentaje de tiempo que estuvieron hospitalizados los pacientes. Diseño propio, con datos obtenidos de la investigación.

En cuanto a si los participantes pudieron tener algún contacto con su ser querido durante el tiempo de hospitalización, de forma presencial o incluso mediante llamadas telefónicas, videollamadas o cartas, la Tabla 6 indica que el 68.2% no pudo tener ningún tipo de contacto con su familiar desde su entrada al hospital, hasta el momento de su fallecimiento.

Tabla 6
Comunicación con el paciente hospitalizado por parte de los familiares

Mantuvo comunicación	N	%
Si	21	31.8
No	45	68.2
Total	66	100.0

Nota. Esta tabla muestra el porcentaje de comunicación de los familiares con el paciente, durante su estancia en el hospital. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

La muestra indicó que el personal de salud que atendió a su familiar durante el tiempo en que estuvo hospitalizado informaba constantemente sobre el estado de salud físico y mental en el 67% de los casos, mientras que el 33% dijo que no recibía información precisa ni oportuna sobre el estado de salud de su familiar.

Sobre si recibieron algún tipo de apoyo emocional por parte del personal de salud que atendió a su familiar mientras se encontraba hospitalizado, la Tabla 7 muestra que el 90.9% de los participantes no recibió ningún tipo de apoyo emocional en el proceso de enfermedad de su ser querido.

Tabla 7

Apoyo emocional del personal de salud

Apoyo emocional	n	%
Si	6	9.1
No	60	90.9
Total	66	100.0

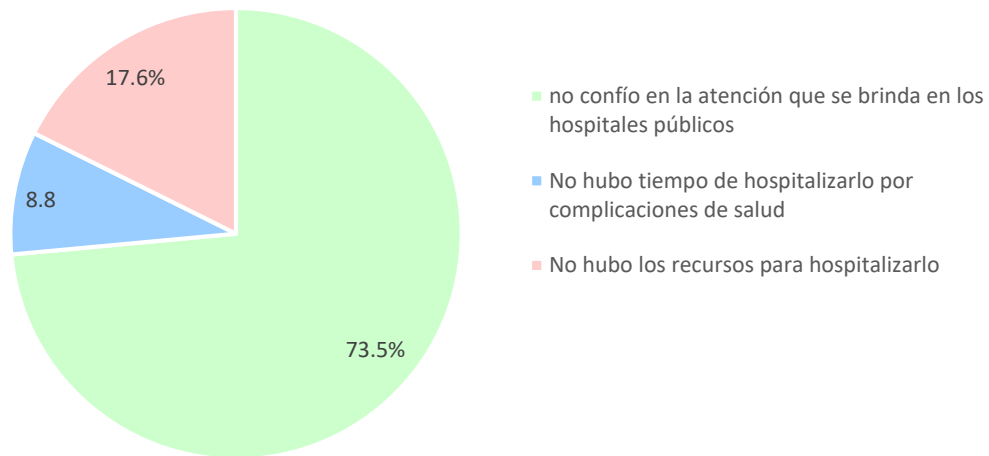
Nota. La tabla muestra el porcentaje de apoyo que recibieron por parte del personal de salud mientras estuvo hospitalizado su familiar. Diseño propio.

Con respecto a cómo se le informó de la noticia del fallecimiento de su ser querido el 74% de los participantes dijo que fue mediante llamada telefónica, mientras que el 26% indicó que la noticia se dio cara a cara. En el 85% de los casos la noticia del fallecimiento la dio el médico, en el 9% el personal de enfermería y en el 6% el personal de trabajo social.

A continuación, se presentan los resultados del proceso de enfermedad de aquellos participantes cuyos seres queridos no fueron hospitalizados. La Figura 13 muestra un dato sumamente relevante respecto a que el 73.5% de los participantes no confiaba en la atención que se brinda a los pacientes que padecen COVID-19 en los hospitales públicos y el 8.8% indicó que no hubo tiempo de hospitalizar a su familiar debido a complicaciones de salud.

Figura 13

Motivos para no hospitalizar a su ser querido

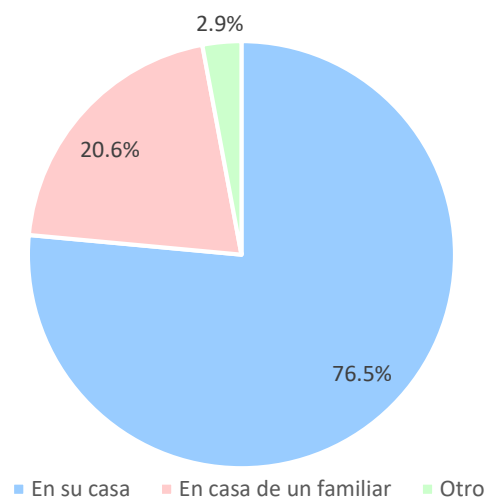


Nota. El gráfico muestra el porcentaje de los 3 principales motivos que tuvieron los familiares para no hospitalizar a su ser querido. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

En cuanto a la atención que recibió el paciente, la Figura 14 muestra que el 76% de los pacientes fueron atendidos en su mismo domicilio, el 21% fue atendido en casa de un familiar y el 3% en otro lugar que no fue un hospital ni clínica.

Figura 14

Lugar donde el paciente recibió atención médica



Nota. El gráfico muestra el porcentaje de los 3 principales lugares donde el paciente recibió la atención para la enfermedad. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

La muestra indicó que en el 97% de los casos los pacientes que no fueron hospitalizados, recibieron algún tipo de atención médica y sólo el 3% no recibió ningún tipo de atención médica. Sobre el tipo de atención que recibieron, la Tabla 8 muestra que el 55.9% de los pacientes recibió atención médica de forma presencial.

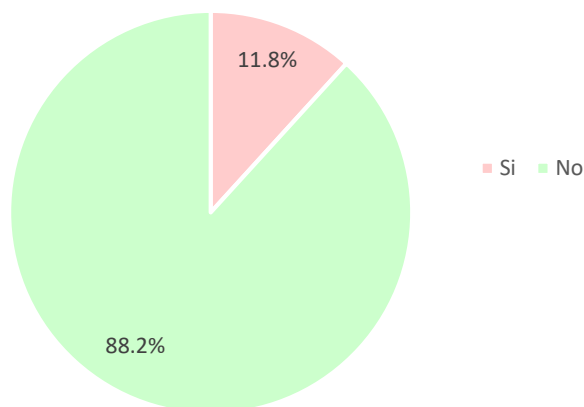
Tabla 8
Atención médica fuera de hospitales

Recibió atención médica fuera del hospital	N	%
Presencial	19	55.9
Virtual	15	44.1
Total	34	100.0

Nota. La tabla muestra el porcentaje que corresponde al tipo de atención médica recibida fuera del hospital. Diseño propio con información obtenida de la investigación.

Al cuestionar a los participantes sobre si recibieron algún tipo de apoyo emocional por parte del personal de salud que atendió a su ser querido durante la enfermedad, la Figura 15 indica que el 88.2% de la muestra no recibió ningún tipo de apoyo emocional y sólo el 11.8% mencionó haber recibido apoyo emocional por parte del personal de salud que atendió a su familiar.

Figura 15
Atención psicológica a familiares de pacientes no hospitalizados



Nota. El gráfico muestra el porcentaje de atención psicológica que recibieron familiares de pacientes no hospitalizados. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Y finalmente se cuestionó a la muestra conformada por el grupo uno, respecto a si consideraban necesario haber recibido algún tipo de apoyo psicológico durante el proceso de enfermedad del ser querido, la Tabla 9 deja ver que el 70% de la muestra si consideró necesario que un psicólogo o psicóloga le brindara atención psicológica durante el tiempo que su familiar estuvo enfermo.

Tabla 9

Apoyo psicológico durante el proceso de enfermedad del ser querido

Apoyo psicológico	n	%
Si	70	70.0
No	30	30.0
Total	100	100.0

Nota. La tabla muestra el porcentaje respecto a quienes consideraron necesario que el psicólogo brindará atención psicológica durante el tiempo que estuvo enfermo el paciente. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

A continuación, se abordan los resultados relacionados con el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido durante la pandemia, en dichos resultados se considera al total de la muestra, ya que las preguntas son las mismas, aunque su ser querido haya sido o no hospitalizado.

Tabla 10

Tiempo de la pérdida de un ser querido

Tiempo de la pérdida	n	%
de 2 a 6 meses	20	20.0
de 6 a 8 meses	37	37.0
de 8 a 12 meses	43	43.0
Total	100	100.0

Nota. La tabla muestra que el 43% de la muestra perdió a su familiar de seis a ocho meses antes de participar en el estudio, mientras que el 20% sufrió la pérdida de dos a seis meses antes. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

De acuerdo con la Tabla 11 *la mayoría de los decesos de los familiares de la muestra se relacionan con complicaciones derivadas del COVID-19.*

Tabla 11

Causa de muerte del ser querido

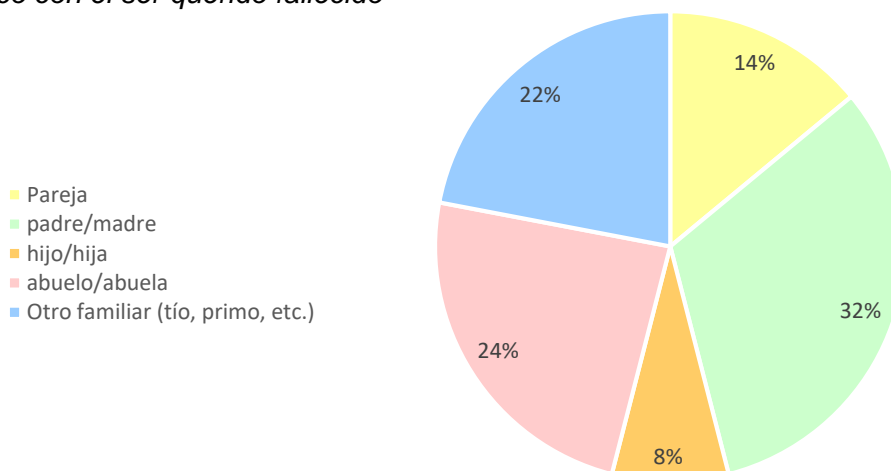
Causa de muerte	n	%
Complicaciones relacionadas con el COVID-19	73	73.0
Otra	27	27.0
Total	100	100.0

Nota. diseño propio. la muestra indicó que en el 73% de los casos la causa de muerte de su ser querido se debió a complicaciones derivadas del COVID-19.

Respecto al parentesco de la muestra con la persona fallecida durante la pandemia, la Figura 16 permite observar que el 32% de los casos era su padre o madre, en el 24% de los casos se trató de alguno de sus abuelos, el 14% era su pareja, en el 8% se trataba de su hijo y en el 22% de los casos era otro familiar cercano.

Figura 16

Parentesco con el ser querido fallecido



Nota. El gráfico muestra el porcentaje del parentesco que los familiares tenían con el ser querido fallecido. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Solamente el 16% de la muestra pudo ver por última vez a su ser querido y despedirse de él antes de que este falleciera, mientras que el 84% no tuvo ningún contacto con su familiar antes de su muerte. Debido a esto, la Tabla 12 muestra aquellos sentimientos que más predominaron en la muestra a raíz de no poder despedirse como usualmente lo hubiesen hecho, debido a las medidas sanitarias que impiden el contacto con personas que padecen COVID-19, el 52% expreso sentirse triste al respecto y el sólo el 2% manifestó haber sentido miedo ante esta situación.

Tabla 12

Sentimientos ante la forma de despedida del ser querido fallecido

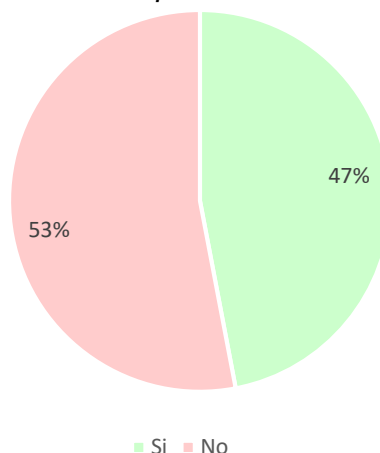
Emociones	n	%
Tristeza	52	52.0
Enojo	19	19.0
Frustración	27	27.0
Miedo	2	2.0
Total	100	100.0

Nota.Elaboración propia. La tabla muestra el porcentaje respecto a las emociones que presentaron los familiares ante la forma de despedirse de su familiar antes de fallecer. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Sobre si realizaron algún tipo de ceremonia luctuosa para despedir a su ser querido, la Figura 17 indica que el 47% si pudo realizar un funeral y el 53% no realizó ninguna ceremonia.

Figura 17

Ceremonia luctuosa para despedir al ser querido



Nota. El gráfico muestra el porcentaje respecto a quienes sí pudieron o no realizar una ceremonia luctuosa para despedir a su ser querido. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Sobre las condiciones en las que se realizó la ceremonia luctuosa la Tabla 13 indica que del total de la muestra, el 51% no tuvo oportunidad de realizar ningún tipo de despedida para su ser querido, sin embargo, el 22% realizó una ceremonia de forma presencial, pese a las medidas de confinamiento.

Tabla 13

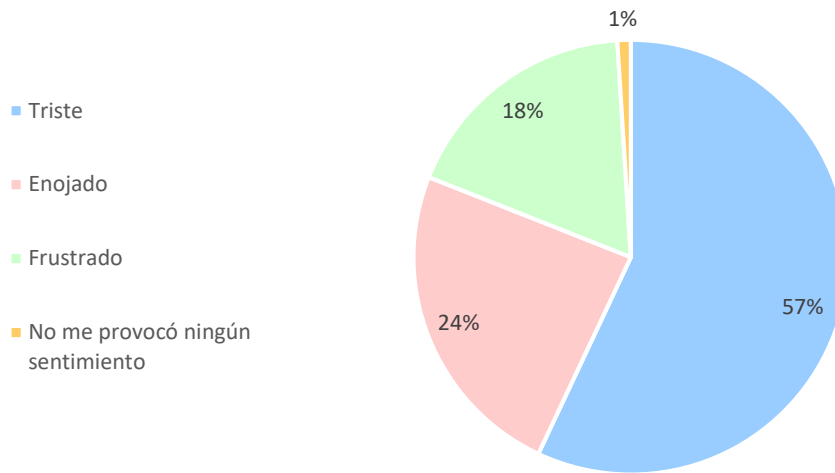
Condiciones de la ceremonia luctuosa

Ceremonia luctuosa	n	%
No fue posible realizar una ceremonia luctuosa	51	51.0
Presencial	22	22.0
Virtual	27	27.0
Total	100	100.0

Nota. La tabla muestra el porcentaje respecto al tipo de ceremonia luctuosa para despedir a su ser querido. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Sobre las emociones que experimentaron los participantes del estudio por no poder realizar un funeral como normalmente lo hubiesen llevado a cabo, la Figura 18 indica que el 57% se sintió triste, el 24% enojado, el 18% se sintió frustrado y el 1% no manifestó ningún sentimiento al respecto.

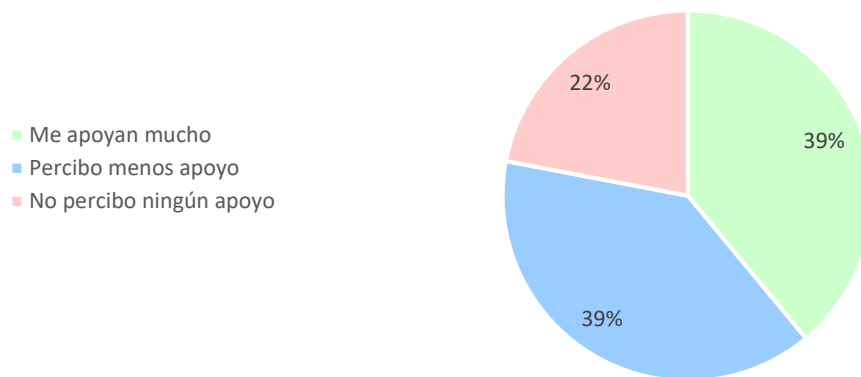
Figura 18
Emociones relacionadas con el funeral



Nota. El gráfico muestra el porcentaje respecto a las emociones que tuvieron los familiares al no realizar un funeral en las condiciones normales previas a la pandemia. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Se cuestionó a la muestra sobre el apoyo emocional que perciben de personas cercanas después de su pérdida, la Figura 19 indica que el 39% percibe que le apoyan mucho, de igual forma el 39% percibe que le apoyan menos de lo que usualmente lo hacían en situaciones similares y el 22% indicó que no percibe ningún tipo de apoyo.

Figura 19
Apoyo emocional percibido por parte los familiares



Nota. La tabla muestra el porcentaje respecto a la percepción de apoyo emocional que recibieron los familiares después de la pérdida del ser querido. Diseño propio.

Se cuestionó a la muestra sobre si consideraban importante haber recibido orientación y atención psicológica durante el proceso de duelo que se encontraban atravesando, dadas las circunstancias extraordinarias y las medidas sanitarias impuestas por la pandemia, la Tabla 14 deja ver la relevancia de esta intervención pues el 72% de muestra respondió que sí lo consideraba necesario.

Tabla 14

Importancia de la atención psicológica durante el proceso de duelo en la pandemia

Es importante la atención psicológica	n	%
Si	72	72.0
No	28	28.0
Total	100	100.0

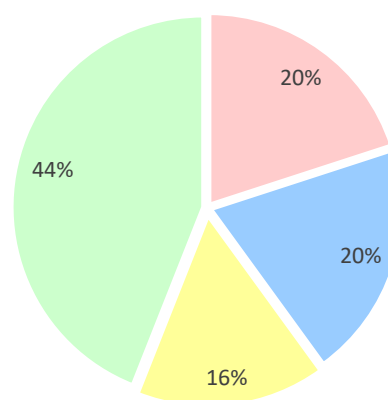
Nota. La tabla muestra el porcentaje de personas que consideró importante recibir atención psicológica para elaborar el duelo durante la pandemia. Diseño propio con datos recabados de la investigación.

Y finalmente se cuestionó a la muestra respecto a que otras pérdidas considera que ha tenido a raíz de la pandemia además de la muerte de uno o varios seres queridos, en la Figura 20 se identifica que el 44% considera que perdió estabilidad emocional, el 20% perdió su trabajo, el 20% considera que perdió su libertad y el 16% perdió relaciones afectivas con personas cercanas debido a las medidas sanitarias.

Figura 20

Pérdidas derivadas de la pandemia por COVID-19

- Trabajo
- Libertad
- Relaciones afectivas con personas importantes
- Estabilidad emocional



Nota: El gráfico muestra el porcentaje de las distintas pérdidas que fueron derivadas por la pandemia además de la pérdida de un ser querido. Diseño propio con datos obtenidos en la investigación.

Para identificar el riesgo de la muestra para desarrollar un duelo complicado se utilizó una estadística descriptiva para analizar las preguntas del Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano (Limonero, Lacasta, García, Maté & Prigerson, 2009). Los resultados se presentan a continuación.

Este cuestionario se aplicó únicamente al grupo uno, es decir a los familiares de pacientes que han fallecido durante la pandemia, La Tabla 15 muestra que el promedio de personas que presentó un duelo complicado fue de 24.5%, mientras que el puntaje máximo del inventario fue de 61 puntos.

Tabla 15

Media y desviación estándar obtenido en la medición de duelo complicado.

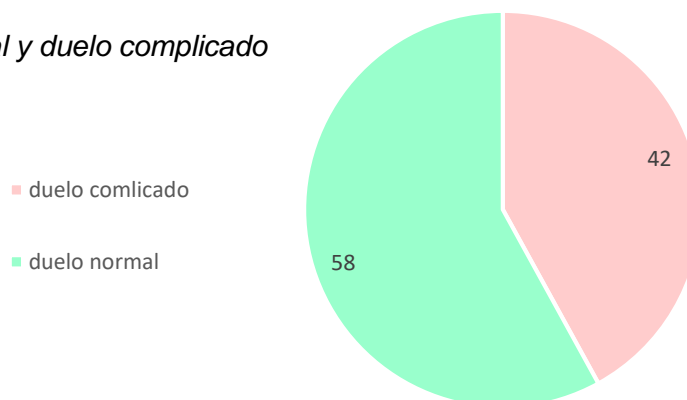
Medida	M	DE
Duelo complicado	24.57	9.26

Nota. La tabla muestra la media y la desviación estándar en la medición del duelo complicado. Diseño propio con datos obtenidos en la investigación.

Por otro lado, la Figura 21 permite observar que hasta la puntuación 24 se situó el 58% de los encuestados, es decir, que esta parte de la muestra no presentó un duelo complicado, mientras que el 42% de los participantes obtuvo más de 25 puntos en el inventario, lo que indica que estas personas están presentando un duelo complicado.

Figura 21

Porcentaje de duelo normal y duelo complicado



Nota: El gráfico muestra el porcentaje de personas que presentaron un duelo complicado así como aquellas que no lo presentaron. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Para conocer la opinión del personal de salud sobre la importancia de la participación de los psicólogos en la primera línea de atención a familiares de pacientes que han fallecido por complicaciones derivadas de COVID-19 a fin de evitar complicaciones en el proceso de duelo que puedan derivar en trastornos mentales. Se utilizó una estadística descriptiva para analizar las preguntas de la encuesta de opinión sobre la importancia de la intervención psicológica durante la pandemia por COVID-19 dirigida al personal de salud, referentes a este tema y los resultados se presentan a continuación.

Del total de la muestra del grupo dos que corresponde al personal de salud que actualmente brinda atención a pacientes COVID-19, el 85% indicó que recibió capacitación especial para la atención a estos pacientes, mientras que el 15% dijo no haber recibido ninguna preparación específica. En lo que respecta a si los participantes han recibido algún tipo de capacitación a lo largo de su formación profesional sobre cuidados paliativos el 75% dijo haber adquirido conocimientos sobre el tema y el 25% no recibió ningún tipo de información al respecto.

De igual forma se preguntó a los participantes quien de los integrantes del equipo de salud que atienden a los pacientes COVID-19 da la noticia a la familia cuando ocurre algún fallecimiento y el 80% indicó que es el personal médico y el 20% que la noticia la da el personal de enfermería. La Tabla 16 permite observar que la forma más usual para informar a la familia de los decesos es cara a cara en el 75% de los casos.

Tabla 16

Medio de información sobre muerte de pacientes por COVID-19

Como le informaron del fallecimiento	n	%
Mediante llamada telefónica	5	25.0
Cara a cara	15	75.0
Total	20	100.0

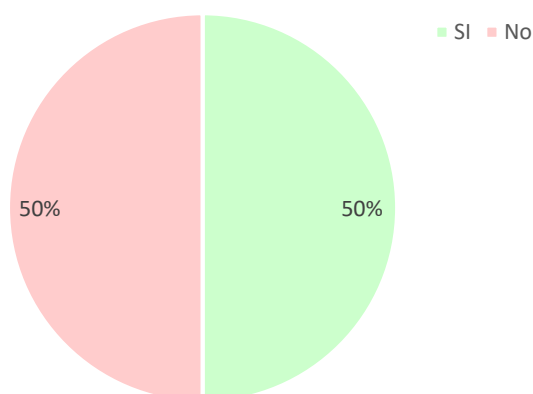
Nota. La tabla muestra el porcentaje del medio de información que utilizó el personal de salud sobre la muerte de pacientes. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Esta información es relevante, debido a que de acuerdo con la Figura 22 sólo el 50% de la muestra recibió capacitación para poder dar a conocer a familiares y allegados de los

pacientes, información delicada sobre su estado de salud y sobre el fallecimiento, ya que debido a las medidas sanitarias fue imposible tener contacto con los pacientes.

Figura 22

Capacitación del personal de salud



Nota. El gráfico muestra el porcentaje de personal de salud capacitado, así como el porcentaje del personal no capacitado para informar sobre el estado de salud de los pacientes. Diseño propio con información obtenida de la investigación.

Respecto a si existe un protocolo o instrucciones precisas en su lugar de trabajo para informar a los familiares o allegados de pacientes que han fallecido por complicaciones derivadas del COVID-19 sobre el manejo de los restos humanos, la Tabla 17 indica que el 70% del personal de salud indicó que si existe esta información.

Tabla 17

Protocolos de información para manejo de restos humanos.

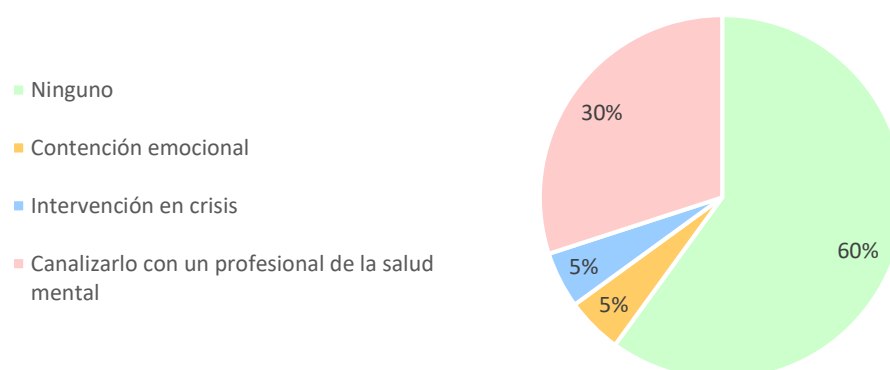
Recibió información sobre el manejo de restos humanos	N	%
SI	14	70.0
NO	6	30.0
Total	20	100.0

Nota. La tabla muestra el porcentaje del personal de salud que recibió información sobre el manejo de restos humanos. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Hablando específicamente de la atención que han brindado desde que inició la pandemia, el 40% de los participantes indicó que brindo algún tipo de apoyo emocional a la familia del paciente durante el proceso de la enfermedad, mientras que el 60% indicó que no dio ningún tipo de apoyo emocional. Respecto al tipo de apoyo que brindo el 40% del personal de salud, la Figura 23 muestra que el 30% canalizó al familiar con un profesional de la salud mental.

Figura 23

Tipo de apoyo emocional a familiares de pacientes por COVID-19



Nota. El gráfico muestra el porcentaje correspondiente a los distintos tipos de apoyo emocional brindado por parte del personal de salud a familiares de pacientes con COVID-19. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

En la Tabla 18 es posible observar si la institución en la que laboran los participantes ofrece algún tipo de servicio o atención a la salud mental para familiares de pacientes COVID-19 el 55% indicó que la institución donde labora si cuenta con ese servicio.

Tabla 18

Servicios de atención a la salud mental

Existe atención a la salud mental en la institución donde labora	n	%
SI	9	45.0
NO	11	55.0
Total	20	100.0

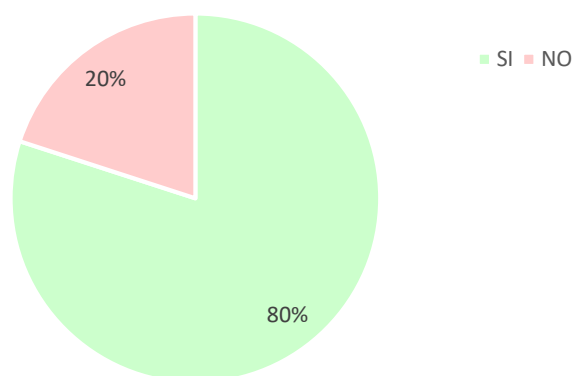
Nota. La tabla muestra sí existe un servicio de salud mental en la institución donde labora el personal que atendía a pacientes por COVID-19. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Un dato de suma relevancia es que el 100% de la muestra considera importante que los pacientes que padecen COVID-19 en los casos que sea posible, reciban atención psicológica durante el proceso de la enfermedad dentro de las instituciones de salud, sin importar si estas son públicas o privadas.

Por otro lado, la Figura 24 indica que el 80% de la muestra considera que es necesario e importante que los familiares de los pacientes que fallecieron por complicaciones por COVID-19 reciban atención psicológica.

Figura 24

Importancia de atención psicológica a familiares de pacientes que fallecieron por complicaciones por COVID-19



Nota. El gráfico muestra el porcentaje de importancia para la atención psicológica a familiares de pacientes que fallecieron por complicaciones por COVID-19. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación

Sobre si la muestra considera importante que el personal de salud que atiende a pacientes con COVID-19 y que está en contacto con su familia debe recibir algún tipo de atención psicológica, la Tabla 19, muestra que el 85% si considera importante y necesaria la atención a la salud mental para ellos.

Tabla 19

Atención psicológica al personal de salud

Atención psicológica	N	%
SI	17	85.0
NO	3	15.0
Total	20	100.0

Nota. La tabla muestra el porcentaje del personal de salud que considera relevante recibir atención psicológica si atienden a pacientes con COVID-19. Diseño propio.

Y finalmente se preguntó a los participantes si consideraban importante que los psicólogos y psicólogas formen parte de la primera línea de atención a pacientes con COVID-19 y sus familias, la Tabla 20 muestra que el 85% considera que los profesionales de la salud mental si deberían formar parte de la primera línea de atención dentro de las instituciones de salud públicas y privadas.

Tabla 20

Importancia de la atención psicológica a pacientes COVID-19

Atención psicológica a pacientes con COVID-19	n	%
SI	17	85.0
NO	3	15.0
Total	20	100.0

Nota. La tabla muestra el porcentaje del personal de salud que considera que los psicólogos formen parte de la primera línea de atención a pacientes con COVID-19. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Para determinar la importancia de la intervención de los psicólogos en el equipo de salud para la atención del duelo por la pandemia SARS CoV-2 para los habitantes del municipio de Zapotlán de Juárez, Hidalgo que es el objetivo general de este estudio; se utilizó la estadística descriptiva para analizar las preguntas de la encuesta de opinión sobre la importancia de intervención psicológica durante la pandemia por COVID-19, también se utilizó para analizar la encuesta de opinión sobre la importancia de la intervención psicológica durante la pandemia por COVID-19 dirigida al personal de salud así como para el Inventario de Duelo Prolongado adaptado al castellano (IDP).

La Tabla 21 muestra el cruce entre las preguntas que se les realizaron a las personas que perdieron un familiar durante la pandemia respecto a que tan importante consideraban haber recibido atención psicológica tanto en el proceso de enfermedad de su familiar y después de la pérdida en el proceso de duelo.

Tabla 21*Importancia de la atención psicológica en el proceso de enfermedad y duelo*

¿Considera importante haber recibido atención y orientación por parte de un psicólogo durante el proceso de enfermedad y de duelo en estas circunstancias durante el confinamiento?				Total	X²	P
		Si	No			
En cualquiera de los dos casos, ¿considera importante haber recibido apoyo psicológico durante el proceso de enfermedad de su ser querido?	Si	56	14	70	7.407	.006
	No	16	14	30		
Total		72	28	N=100		

Nota. La tabla muestra la relación entre recibir atención y orientación por parte del psicólogo durante el proceso de duelo y durante el proceso de enfermedad. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Pese a que el resultado de este cruce no es estadísticamente significativo $X^2=7.407$ $P=0.06$, es importante considerar que aproximadamente el 70% de los participantes consideró que era necesario e importante haber recibido atención psicológica cuando su familiar se encontraba enfermo y de igual forma después de la pérdida, es decir durante su proceso de duelo.

Por su parte la Tabla 22 donde $X^2=.118$ $p=.732$ indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la opinión de la muestra respecto a la importancia de recibir atención psicológica durante el proceso de duelo y si estos presentaban un duelo normal o un duelo complicado.

Tabla 22*Importancia de la atención psicológica y el duelo complicado*

		¿Considera importante haber recibido atención y orientación por parte de un psicólogo durante el proceso de duelo en estas circunstancias durante el confinamiento?			Total	X ²	P
		Si	No	%			
Grupos de duelo	Duelo normal	41	17	58	.118	.732	
	Duelo complicado	31	11	42			
Total		72	28	100			

Nota. La tabla muestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre recibir atención y tener un duelo normal o complicado. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Por otro lado, se buscó conocer si el sexo de los participantes tenía relación con si se presentaba un duelo normal o un duelo complicado, y la Tabla 23 indicó que no existen diferencias estadísticamente significativas $X^2=.828$ $P=.363$, es decir que el sexo no es un factor que determine en la muestra si se presenta un duelo normal o un duelo complicado.

Tabla 23*Sexo y grupos de duelo*

		Grupos de duelo		Total	X ²	P
		Duelo normal	Duelo complicado			
sexo	Hombre	21	19	40	.828	.363
	Mujer	37	23	60		
Total		58	42	100		

Nota. La tabla muestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y que se presente un duelo normal o un duelo complicado. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Finalmente se buscó identificar si el parentesco con el familiar que había fallecido tenía relación con la presencia de un duelo normal o un duelo complicado. La Tabla 24 muestra que $X^2=8.513$, $P=.074$ lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 24

Parentesco y su relación con el duelo normal y duelo complicado

		¿Qué parentesco tenía usted con la persona fallecida?					Total	X ²	P
		Pareja	padre/ madre	hijo/ hija	abuelo/ abuela	otro familiar cercano (tío, primo, sobrino)			
Grupos de duelo	Duelo normal	9	12	5	16	16	58	8.513	.074
	Duelo complicado	5	20	3	8	6	42		
Total		14	32	8	24	22	100		

Nota. La tabla muestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el parentesco y que se presente un duelo normal o un duelo complicado. Diseño propio con datos obtenidos de la investigación.

Si bien, el parentesco que los participantes del estudio tenían con la persona que falleció no se relaciona con la presencia de un duelo normal o complicado, sí es un factor importante a considerar, ya que la significancia está muy cerca de ser estadísticamente significativa, lo que coincide con los aportes teóricos que se han analizado a lo largo de esta investigación.

Los resultados de este estudio han permitido observar la pertinencia de realizar investigaciones relacionadas con el proceso de duelo durante la pandemia, ya que, como se ha identificado el 42% de la muestra presentaba un duelo complicado. Además de que el 72% consideró importante y necesario recibir atención psicológica durante el proceso de

duelo, esto por las condiciones extraordinarias que trajo consigo la pandemia y que limitan vivir el proceso de duelo como se haría en condiciones habituales.

Los resultados de este estudio aportan información relevante sobre la importancia de la intervención psicológica para la atención del duelo en tiempos de pandemia, a continuación, se presenta una discusión que permite identificar y contrastar dichos resultados con otras investigaciones realizadas sobre el tema.

DISCUSIÓN

A fines de diciembre de 2019, los médicos de Wuhan, China, informaron que varios pacientes presentaban un cuadro de neumonía viral debido a un patógeno microbiano desconocido. Posteriormente se identificó un nuevo coronavirus como el patógeno y se denominó temporalmente el nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV). Las enfermedades infecciosas se han convertido en una de las principales amenazas para la salud pública mundial en el siglo XXI, tales enfermedades afectan tanto la salud física como la salud mental de las personas (Li & Zhang, 2020).

La organización mundial de la salud (OMS) decreto la pandemia de SARS-CoV-2 como una emergencia sanitaria, que se ha convertido en uno de los mayores desafíos de los sistemas de salud del mundo, debido al número excesivo de contagios y muertes, situación que ha generado consecuencias a la salud, no sólo física sino también mental de muchas personas (Larrotta-Castillo et al., 2020). Hablando específicamente de los decesos que se han dado en todo el mundo, se generó la necesidad de establecer protocolos severos para el manejo de los cuerpos de personas que han perdido la vida a causa del COVID-19, bajo esta perspectiva el sector salud ha impuesto que para el manejo, traslado y disposición de cadáveres es necesario evitar la realización de ceremonias fúnebres, ya que en su mayoría conllevan aglomeraciones, lo que muestra un escenario atípico y adverso en cualquier cultura, incluso para aquellas personas que cuentan con recursos a nivel emocional y estrategias de afrontamiento para asumir las pérdidas, sin embargo, es mucho más complejo y desesperanzador para aquellos que presentan dificultades para asumir las consecuencias emocionales de una pérdida significativa, lo que incrementa el riesgo de que se presente un número mayor de casos de duelo complicado además de otros problemas de salud mental.

La presente investigación ha permitido obtener datos significativos respecto a la importancia de contar con intervenciones psicológicas durante el proceso de duelo en tiempos de pandemia, además de una de las posibles consecuencias de este fenómeno, un incremento en los casos de personas que desarrollan un duelo complicado, ya que las condiciones de aislamiento y restricciones pueden complicar el proceso de duelo y en muchos casos desencadenar conductas y pensamientos que deriven en trastornos psicológicos como es señalado por algunas investigaciones.

A continuación, se analizan y se contrastan los resultados obtenidos en este estudio con otras investigaciones.

Se encontró que son pocas las investigaciones que existen sobre el tema de duelo en tiempos de pandemia, lo que tiene sentido ya que se trata de un fenómeno reciente, por lo que, aún no es posible dimensionar la gravedad de las consecuencias a la salud mental de los sujetos que experimentan una pérdida, por lo que este estudio puede aportar información para futuras investigaciones.

En este estudio se cuestionó a la muestra integrada por personas que han perdido a un ser querido durante la pandemia, sobre si consideraban importante y necesario haber recibido algún tipo de atención psicológica durante proceso de enfermedad de su ser querido, en cuanto a aquellos que hospitalizaron a su familiar, el 90.9% indicó que no recibió ningún tipo de apoyo emocional, mientras que la parte de la muestra cuyo familiar no fue hospitalizado, el 88.2% dijo no haber recibido apoyo emocional.

En contraste con lo que respondió la parte de la muestra que corresponde al personal de salud que se encontraba atendiendo a pacientes que padecían COVID-19, donde sólo el 40% de ellos mencionó haber brindado algún tipo de apoyo emocional a la familia del paciente, de los cuales el 30% canalizó a las personas que lo requerían con un profesional de la salud mental.

Sin embargo, es relevante que el 100% del personal de salud dijo que es necesario que los familiares y allegados a los pacientes que padecen COVID-19 reciban atención psicológica durante el proceso de la enfermedad.

De acuerdo con estudios realizados durante la pandemia se ha identificado que existe una inadecuada comunicación con relación al estado del paciente por parte del personal de salud que se encuentra brindando atención en las instituciones de salud; otro aspecto que se destaca se refiere a la falta de asesoramiento y acompañamiento hacia la familia o personas que tienen una relación con el paciente, debido a que en ocasiones reciben información errónea o contradictoria, lo que los hace sentir engañados y frustrados (Ruíz-Fernández et al., 2017; Araujo, 2020).

Lo anterior se relaciona con lo que manifestaron los participantes en este estudio, ya que indicaron que en el 67% de los casos el personal de salud les informaba de manera oportuna sobre el estado de salud de su familiar; sin embargo, un 33% no recibía

información precisa sobre el estado de salud físico y mental de sus familiares mientras estos se encontraban hospitalizados.

Las investigaciones señalan que las personas que se encuentran en una situación de duelo durante la pandemia por COVID-19 identifican como una necesidad prioritaria el acompañamiento por parte del personal de salud desde el proceso de la enfermedad, lo que implica adecuada y oportuna información sobre la salud del paciente que se encuentra enfermo, pero también apoyo y orientación emocional para hacer frente a la situación (Araujo, 2020).

Es fundamental que el personal de salud que está en contacto con los familiares o allegados a personas que tienen un paciente que estuvo hospitalizado y ha fallecido a causa de complicaciones por COVID-19 tengan una formación específica en el abordaje del duelo, ya que el acompañamiento al final de la vida, sobre todo en una situación extraordinaria en la que no se puede tener ningún contacto con el paciente, durante la enfermedad y menos aún en la muerte, es indispensable para evitar daños en la salud mental y complicaciones en el proceso del duelo (McAdam & Puntillo, 2018).

Sin embargo esta situación no se presenta en todos los casos, ya que de acuerdo al personal de salud que participó en este estudio, sólo el 50% de la muestra recibió capacitación para poder dar a conocer a familiares y allegados de los pacientes información delicada sobre su estado de salud que les permita tomar decisiones y de igual forma dar a conocer de forma adecuada el fallecimiento y el manejo de los restos humanos de su ser querido, ya que debido a las medidas sanitarias es imposible tener contacto con los pacientes.

Los conocimientos para los adecuados cuidados paliativos, son fundamentales para ayudar al paciente que padece COVID-19, los síntomas estresantes que puede generar la falta de oxígeno, además de la ansiedad y confusión deben tratarse; de modo que el sufrimiento pueda aliviarse a lo soportable, incluso hasta el final de la vida en los pacientes moribundos (Münch, Müller, Deffner, Schmude, Kern, Kiepke-Ziemes & Radbruch, 2020).

Hablando específicamente sobre la atención psicológica durante su proceso de duelo, el 72% de la muestra mencionó que consideran necesario contar con orientación y atención psicológica sobre todo por las condiciones inusuales en las que se da la pérdida, es decir, las medidas sanitarias implementadas a fin de evitar la propagación del virus han impedido que las personas realicen un proceso de duelo como normalmente lo harían.

Hablando específicamente del proceso de duelo en tiempos de pandemia por COVID-19, los recientes estudios indican que es posible que algunas personas requieran atención psicológica y apoyo emocional por parte de profesionales de la salud mental (Wang, Winnie, Yee & Chai, 2020).

Esto se refleja en las respuestas de la muestra que corresponden al grupo uno, es decir, a las personas que sufrieron una pérdida, ya que el 84% indicó que no pudo tener un último contacto con su ser querido para despedirse de él o ella, lo que provocó emociones de tristeza en el 52%, frustración en el 27% y enojo en el 19% de los casos.

Además, los participantes se vieron impedidos de realizar las ceremonias y rituales luctuosos, esto con el objetivo de evitar aglomeraciones de personas, siendo así que el 53% de los casos no pudieron realizar una ceremonia luctuosa y sólo un 47% indicó que pudo realizar algún tipo de ceremonia luctuosa, que en el 22% de los casos fue presencial pese a las medidas sanitarias y en el 27% se trató de una ceremonia virtual, es decir, se contactaron con personas cercanas y otros familiares por medio de la tecnología en videollamadas, llamadas telefónicas o videoconferencias para realizar una ceremonia luctuosa y despedir a su ser querido, aunque esta situación no fue posible en el 51% de los casos, ya que no pudieron realizar ninguna ceremonia, lo que provocó emociones de tristeza en el 57%, de enojo en el 24%, de frustración en el 18% y únicamente el 1% de los casos no manifestó ningún sentimiento al respecto.

Las investigaciones han encontrado que la prohibición de todas las actividades relacionadas con la despedida de un ser querido que ha perdido la vida durante el periodo de pandemia, tiene como consecuencia sentimientos de falta de reconocimiento social y cultural además de que en cierto sentido la persona puede sentirse privada de sus derechos al no poder expresar su dolor de acuerdo a sus creencias y sus necesidades (Zhai & Du, 2020).

Además, la realización de rituales o prácticas espirituales relacionadas con el proceso de duelo y la necesidad de despedida son el eje central para evitar duelos complicados en la mayoría de las personas, por lo que, la suspensión de dichas prácticas podría ser un factor más de riesgo para desarrollar un duelo complicado que podría comprometer el estado de salud físico y mental, generando un deterioro significativo en áreas esenciales de funcionamiento de los sujetos (Barbero, Alameda, Díaz, Jiménez & García, 2014; Oliver, Galiana & Benito, 2015; Lacasta & Aguirre, 2020).

Se encontró información de suma relevancia respecto al tema de duelo complicado en la muestra, ya que los resultados indicaron que el 43% de los participantes estaban presentando un duelo complicado en el momento de su participación en el estudio.

Para estas personas es necesario generar estrategias para el abordaje de la muerte y el duelo sobre todo en situaciones extraordinarias resultado de la pandemia, de acuerdo a las investigaciones pueden resultar efectivas, la escucha activa, la terapia grupal con la familia donde se enfoque la atención al significado de la pérdida en las condiciones de aislamiento en las que se encuentra, así como el refuerzo de autocuidados que permitan a su vez mantener la comunicación y cercanía con seres queridos que pueden ser un apoyo emocional para enfrentar la pérdida (Glauchen, Goehring, 2017; Bartone, Bartone, Violanti & Gileno, 2019).

Otro factor de riesgo para que las personas desarrollen duelo complicado, se refiere al apoyo emocional y social que reciben por parte de personas cercanas, sobre todo durante los primeros meses después de la pérdida. Sin embargo, en este estudio el 39% de la muestra mencionó que percibe un considerable apoyo por parte de personas cercanas, contrario a lo que indica el 39% de los participantes quienes perciben menos apoyo y el 22% que no percibe ningún apoyo de personas cercanas que usualmente lo hacían en situaciones similares.

En comparación con otros estudios como el de Araujo, García y García-Navarro (2020) las personas manifiestan la necesidad de intimidad como fundamental en el proceso de duelo, y quienes no han podido recibir ni expresar muestras afectivas con sus seres queridos pueden externar esto como algo traumático.

Todo esto hace llegar a la conclusión de que es sumamente importante y necesario que los y las psicólogas participen en la primera línea de atención, ya que de acuerdo con los resultados obtenidos de este estudio, el 72% de las personas que sufrieron una pérdida dijo que consideraba necesario recibir atención psicológica para hacer frente al proceso de duelo, mientras que el 80% del personal de salud dijo que considera necesario que los familiares de pacientes que fallecieron por complicaciones derivadas del COVID-19 reciban atención psicológica, además de que en el 85% de ellos también manifestó que es necesario que el personal de salud que se encuentra atendiendo a estos pacientes e interactuando con sus familias reciba algún tipo de atención psicológica.

Con todo lo anterior es posible decir que es importante la atención psicológica para la atención del duelo derivado de las pérdidas experimentadas durante la pandemia, ya que se encontró que en el 42% de la muestra se encontraba presentando un duelo complicado, esta cifra es alarmante ya que el duelo complicado podría ser el inicio de afecciones a la salud mental que pueden derivar en trastornos mentales graves.

Los especialistas en salud mental han enfatizado en la necesidad de que las poblaciones vulnerables reciban atención psicológica sin importar sus condiciones socioeconómicas, sobre todo las personas de la tercera edad, las personas que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa, las mujeres embarazadas, personas con algún trastorno mental, migrantes y el personal de salud que se encuentra trabajando en hospitales (Liu, Bao, Huang, Shi, & Lu, 2020; Li & Zhang, 2020; Liem, Wang, Wariyanti, Latkin & Hall, 2020).

Para concluir, en el desarrollo y las secuelas de la pandemia de COVID-19, podría anticiparse que, en todo el mundo, el duelo complicado podría convertirse en un importante problema de salud pública. Siempre que la investigación futura corrobore estas predicciones fundamentadas científicamente con este y otros estudios, parece fundamental anticipar una mayor necesidad de tratamientos eficaces para el duelo complicado.

Es probable que la atención a la salud mental disponible en la actualidad no sea suficiente, ya que los tratamientos basados en la evidencia y específicamente los enfocados a la atención del duelo complicado no están ampliamente disponibles en todo el mundo y puede haber aún menos disponibilidad de profesionales de la salud calificados para brindar dichos tratamientos durante la pandemia. Por lo tanto, parece necesario un trabajo inter y multidisciplinar a fin de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud mental y a las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, incluidos los tratamientos en formatos tanto cara a cara, como la telemedicina (Johannsen et al., 2019).

Es particularmente vital estimular el desarrollo y la difusión de tratamientos específicos para la atención del duelo complicado basados en el uso de la tecnología como medio para enlazar a profesionales y pacientes, ya que tales intervenciones pueden aplicarse incluso si la pandemia persiste durante períodos prolongados (Münch et al., 2020).

CONCLUSIONES

La muerte es un estado concomitante con la vida, es así que la vida se acompaña de varias muertes que pueden resultar trágicas y dolorosas. Es precisamente este dolor y el duelo los que representan las reacciones mentales de los sobrevivientes ante una pérdida significativa, (Wallace et al., 2020). El duelo es, por tanto, la experiencia universal ante una pérdida significativa de cualquier tipo, pero se puede observar sobre todo cuando un ser querido muere. El duelo es también un proceso cognitivo, que requiere la confrontación y reestructuración de muchos pensamientos con relación a aquello que se ha perdido y la nueva realidad que se dibuja a partir de este vacío para el doliente (Worden, 2018).

Las múltiples pérdidas a las que ha tenido que enfrentarse la humanidad desde que comenzó la pandemia de SARS-CoV2, han generado graves daños a la salud mental de millones de personas, debido a los múltiples y simultáneos procesos de duelo a los que se deben enfrentar.

Pero no sólo los familiares y los pacientes con COVID-19, sino también otros pacientes con enfermedades muy críticas que limitan la vida sufren las consecuencias de la pandemia. Temen que ya no recibirán las medidas de tratamiento necesarias porque los recursos en el hospital se mantienen gratuitos para las personas con COVID-19. Sufren las consecuencias del distanciamiento físico, las visitas a hospitales y centros asistenciales. Además, quienes se encuentran en una etapa terminal en cualquier enfermedad y sus familiares se sienten solos en casa en la atención ambulatoria, es una situación que puede complicar aún más el proceso de duelo al que millones de personas se enfrentarán (Münch, (Müller, Deffner, Schmude, Kern, Kiepke-Ziemes, & Radbruch, 2020).

No se debe restar importancia a todos aquellos profesionales de la salud que ahora son proveedores de cuidado, ya que estos profesionales de la salud se enfrentan ante lo que en ocasiones puede ser percibido como una presión social involuntaria llamándolos héroes, en contrapresión con el hecho de no poder salvar a todos los pacientes que llegan a sus manos y en muchas ocasiones, no poder cubrir todas las necesidades de estos, lo que se convierte también en una pérdida para ellos, aunada a una serie de pérdidas a nivel individual como el distanciamiento de sus familias y la pérdida de su libertad e incluso su propia salud, por lo que es necesario que de igual forma los profesionales de la salud

reciban atención psicológica en caso de desarrollar duelo complicado (Araujo, García & García-Navarro. 2020).

Sin duda la llegada del COVID-19 al mundo ha dejado muchas enseñanzas para el mundo científico, sobre todo el hecho de considerar que todas las vidas deben ser tratadas por igual independientemente de la edad, las enfermedades previas, el color de piel y el estatus socioeconómico, ya que ante una situación tan caótica como esta pandemia ninguna de esas características puede librar del peligro del contagio y menos aún de la muerte.

Algunos autores mencionan que es fundamental que el apoyo psicológico para el duelo, independientemente de que este se complique o no se reciba desde antes de la muerte del paciente, es decir, si los familiares cercanos han dado su consentimiento para ser informados sobre el estado de salud del paciente y se determina que son pocas sus posibilidades de vida, se debe comenzar con las intervenciones de cuidados paliativos y atención al duelo para los familiares, además de un seguimiento después de la pérdida incluso meses después (Münch, Müller, Deffner, Schmude, Kern, Kiepke-Ziemes, & Radbruch, 2020).

Sin embargo, pese a los altos índices de problemas en la salud mental que surgen en las poblaciones durante las epidemias o pandemias, son pocos los recursos económicos, materiales y humanos que se destinan para la atención a la salud mental, dentro y fuera de los hospitales, lo que puede ser comprensible en estos casos, ya que la prioridad está en disminuir la propagación de la enfermedad, pero es de suma importancia considerar que en gran medida son factores psicológicos los que pueden detonar o disminuir dicha propagación (Taylor, 2019).

Por último, es posible decir, después de esta investigación, que si bien es cierto que se han realizado algunas investigaciones sobre el duelo en tiempos de pandemia, la mayoría de ellas se llevó a cabo en otros países y se trata en su mayoría de artículos de revisión con los que se comienza a vislumbrar los posibles efectos de las medidas sanitarias impuestas en relación al duelo, este estudio permite decir que el duelo complicado será una más de las secuelas que dejará la pandemia por COVID-19 y podría convertirse en un grave problema de salud pública mundial debido a las afecciones a la salud mental de los sujetos, sin embargo, se tendrán que realizar varias investigaciones más para corroborar estas predicciones.

Algunos de los estudios que se han realizado hasta el momento sobre duelo en tiempos de pandemia, mencionan que es fundamental anticipar un mayor número de tratamientos basados en evidencia científica que corroboren su eficacia para la atención del duelo prolongado y sobre todo que puedan ser aplicados en condiciones extraordinarias, como el aislamiento y las limitaciones que se viven en estos tiempos, pero también consideran de suma importancia que los profesionales de la salud que se dedican a atender a estos pacientes y a todas aquellas personas que se están enfrentando a una pérdida significativa, cuenten con los conocimientos y habilidades necesarias para la orientación y atención durante todo el proceso del duelo (Eisma, 2020; Khorsavi, 2021).

Referencias

- Alarcón, E., Cabrera, C. E., García, M., Montejo, N., Plaza, G., Prieto, P., Rey, P., Robles, M. & Vega, N. (2020). Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos del coronavirus (COVID-19). <http://www.ipirduelo.com/wp-content/uploads/GUI%CC%81A-DUELO-COVID19-2020.pdf>
- Allumbaugh, D. L. & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal Couns Psychology*, 46(3), 370-380.
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub.
- Araujo, M., García, S. & García-Navarro, E. B. (2020). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Asociación de Salud Mental y Psiquiatría comunitaria. (2020). Apoyo al duelo durante esta pandemia de coronavirus. <https://osalde.org/wp-content/uploads/2020/03/Gu%C3%ADa-Apoyo-al-Duelo-y-coronavirus.pdf>
- Ayithey F. K., Ayithey M. K., Chiwero N. B., Kamasah J. S. & Dzuovor, C. (2020). Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. *Journal Medicine Virol.*, 92,473-475.
- Barbero, J., Alameda, A., Díaz, L., Jiménez, M. & García, H. (2014). Las cartas de condolencia: marco conceptual y protocolo. *Medicina Paliativa*, 21,160-172.
- Barreto, P., Yi, P. & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psi-cooncología*, 5(383), 400-402.
- Bartone, P., Bartone, J., Violanti, J. & Gileno, Z. (2019). Peersupport services for bereaved survivors: A syste-matic review. *Omega (Westport)*, 80, 137-166.
- Bernal, R. L. & Avedaño, B. L. (2018). Diseño y análisis psicométrico del inventario IPDP para evaluar el proceso de duelo patológico en adultos. *Perspectiva Psicológica*, 14(1), 121-136.
- Boelen, P. A. & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ*, 357. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2016>
- Bowlby J. (1999). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. 3ª ed. Morata.
- Bustos, C. & Ligia, M. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. Revista Colombiana de Psiquiatría, *Asociación Colombiana de Psiquiatría*, Bogotá, 36(2), 332-339.
- Center for Disease Control and Prevention. (2020). Coronavirus. CDC. <https://www.cdc.gov/coronavirus/index.html>

- Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B.D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *An International Journal of Medicine*, 113(5), 311–312.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R.A. (2010) Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(1), 77-93.
- Duan, L. & Zhu, G. (2020): Psychological interventions for people affected by the CoViD-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 300-302.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behav. Research Ther.*, 38,319-345.
- Eisma, M. C. Boelen, P. A. & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288. <https://10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Fauci, A. S., Lane, H. C., & Redfield, R. R. (2020). COVID-19 Navigating the unexplored. *The New England Journal of Medicine*, 382,1268–1269.
- Figueroa, M.J., Cáceres, R., & Torres, A. (2020). Duelo. Manual de capacitación para el acompañamiento y abordaje del duelo. <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>
- Gamo, E., & Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 29(104), 455-469.
- Gamo, E., Del Álamo, C., & Hernangomez, C. & García, A. (2003). Problemática clínica del duelo en la asistencia en Salud Mental. *Psiquiatría Pública*, 3(8), e2772. <https://10.5867/medwave.2003.08.2772>
- Gamo, E., Del Álamo, C., & Hernangómez, L. (2003). Seguimiento de pacientes que consultan por duelo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(5), 239-243.
- Gardner, P. J., & Moallem, P. (2015). Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(1), 123-135.
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremona, I.M., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Front Psychiatry*, 11(489). <https://10.3389/fpsy.2020.00489>
- Glajchen, M., & Goehring, A. (2017). The family meeting in palliative care: Role of the oncology nurse. *Semin. Oncol. Nurs.*, 33, 489-497. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2017.09.007>.
- Gobierno de México (2020). Recomendaciones para familiares en duelo durante la pandemia de COVID-19. https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/06/SaludMental_FamiliaresEnDuelo.pdf
- Goveas, J. S., & Shear, K. (2020). Grief and the COVID-19 Pandemic in older adults. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>

- Greenberg, S. B. (2016). Update on human rhinovirus and coronavirus infections. *Semin. Respir. Crit. Care Med.*, 37(4), 555-571.
- Hamui, P. (2020). El duelo en tiempos de coronavirus (COVID-19). *Gravida*. <https://spm.mx/el-duelo-en-tiempos-de-coronavirus-covid-19/>
- Hollander, J. E. & Carr, B. G. (2020). Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. *The New England Journal of Medicine*. <https://10.1056 / NEJMp2003539>
- Iglewicz, A., Shear, M.K., Reynolds, C.F., Simon, N. & Lebowitz, B. (2020). Complicated grief therapy for clinicians: an evidence-based protocol for mental health practice. *Depress Anxiety*, 37(1), 90–98.
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. (2002). Enciclopedia de los municipios de México. Zapotlán de Juárez. <http://intranet.e-hidalgo.gob.mx/enciclomuni/municipios/13082a.htm>
- Jakovljevic M. (2018). Empathy, sense of coherence and resilience: bridging personal, public and global mental health and conceptual synthesis. *Psychiatr Danub*, 30, 380-384.
- Jakovljevic, M. (2020). COVID-19 crisis as a collective hero's journey to better public and global mental health. *Psychiatria Danubina*, 32(1),3-5.
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I. & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal Affect Disorder*, 253, 69-86.
- Judd, E., Hollander, M. D., & Brendan, G. C. (2020). Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 382,1679-1681.
- Kahn, A. M. & Andrews, R. (2020). Cancer and COVID-19: how understanding grief helps the pandemic frontlines. *Current Oncology*, 27(4), e440-e441.
- Khorsavi, M. (2021). Worden's task-based approach for supporting people bereaved by COVID-19. *Current Psychology*, 1-2. <https://10.1007 / s12144-020-01292-0>
- Kokou-Kpolou, C.K., Fernández-Alcántara, M. y Cénat, J. M. (2020). Prolonged Grief Related to COVID-19 Deaths: Do We Have to Fear a Steep Rise in Traumatic and Disenfranchised Grievs? *12(S1)*, S94-S95.
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2007). On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss. New York: Scribner.
- Lacasta, M. A. & Aguirre A. M. (2020). Guía para familiares en duelo. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2020. [consultado 13 Abr 2020]. https://www.bdv.cat/sites/default/files/common/Salut/guia_per_a_familiars_en_dol.pdf

- Larrotta-Castillo, R., Méndez-Ferreira, A. F., Mora-Jaimes, C., Córdoba-Castañeda, M. C. & Duque-Moreno, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 52(2), 179-180.
- Lau, S.K., Li, K. S. M., Huang, Y., Shek, C.T., Tse, H., Wang, M., Choi, G. K.Y., Xu, H., Lam, C.S.F. Guo, R., Chan, K. Zheng, B., Woo, O. C. Y. & Yuen, K. Y. (2010). Ecoepidemiology and Complete Genome Comparison of Different Strains of Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Rhinolophus Bat Coronavirus in China Reveal Bats as a Reservoir for Acute, Self-Limiting Infection That Allows Recombination Events. *Journal Virol.*, 84(6), 2808–2819.
- Leite, M., Hiure Gomes, H., D'arc, J. Bezerra, C., Rodrigues, W., Tavares de Oliveira, C., Sousa, I., Leite, O. M. M., Rolim, N. N., Moreno, M., Tavares, C. K., Gonçalves, J. & Lima, C. G. (2020). When Health Professionals Look Death in the Eye: The Mental Health of Professionals Who Deal Daily With the 2019 Coronavirus Outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 112972. <http://10.1016/j.psychres.2020.112972>
- Li, S. & Zhang, Y. (2020). Mental healthcare for psychiatric inpatients during the CoViD-19 epidemic. *BMJ General Psychiatry*, 33, e100216.
- Liem, A., Wang, C., Wariyanti, Y., Latkin, C. A. & Hall, B.J. (2020). The neglected health of international migrant workers in the CoViD-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7, e20-e24.
- Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J. & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina paliativa*, 16(5), 291-297.
- Liu, J.J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J. & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of CoViD-19. *Lancet Child Adolesc Health*, S2352-4642(20), 30096-30101.
- Lobb, E., Kristjanson, L., Aoun, S., Monterosso, L., Halkett, G. & Davies A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Stud*, 34, 673–698.
- Lunn, P., Belton, C., Lavin, C., McGowan, F., Timmons, S. & Robertson, D. (2020). Using behavioural science to help fight the coronavirus. *JBPA*, 3(1), <https://doi.org/10.30636/jbpa.31.147>
- Malik, M., Elkholy, A.A., Khan, W. (2016). Middle East respiratory syndrome coronavirus: current knowledge and future considerations. *Eastern Mediterr Health Journal*, 22, 533-542.
- Maunder, R., Hunter, J. Vincent, L., Bennet, J., Peladeau, N., Leszcs, M., Sadavoy, J., Vehaeghe, L. M., Steinberg, R. & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, 168, 1245-1251.
- Mayland, C. R., Harding, A. J. E., Preston, N. and Sheila Payne, S. (2020). Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e32-e39.

- McAdam, J., & Puntillo, K. (2018). Pilot study assessing the impact of bereavement support on families of deceased intensive care unit patients. *Am. Journal Crit. Care*, 27, 372-380.
- Meza, E. G., García, S., Torres, A., Castillo, L., Suárez, S. S., & Martínez, S. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Millan-González, R., & Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2) 375-388.
- Münch, U., Müller, H., Deffner, T., Schmude, A., Kern, M., Kiepke-Ziemes, S., & Radbruch, L. (2020). Recommendations of the German Society for Palliative Medicine (PGD), the German Interdisciplinary Association for Intensive and Emergency Medicine (DIVI), the Federal Association for Grief Support (BVT), the Psycho-Oncology Working Group of the German Society of Cancer, the German Association for Social Work in Health Care (DVSG) and the German Society for Systemic Therapy, Counseling and Family Therapy (DGSF). *Journal List Nature Public Health Emergency Collection*, 2, 01-08.
- Niemeyer, R. (2001). Meaning reconstruction on the experience of loss. *Washington: American Association*.
- Oliver, A., Galiana, L. & Benito, E. (2015). Evaluation tools for spiritual support in end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 9, 357-360. <http://dx.doi.org/10.1097/spc.0000000000000173>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Biblioteca de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Declaraciones. <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Médica Panamericana.
- Osiris, R. M., Guerrero, G. E., Herrera, A., Ascencio, L., Rodríguez, M. E., Aguilar, I., Esquivas, H., Beltrán, A. e Ibarreche, J. (2020). Manual operativo para el curso de acompañamiento del duelo en situaciones especiales durante la pandemia de la COVID-19 en México. http://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual_duelo.pdf
- Oviedo, S. G., Parra, M. F. & Marquina, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería global*, 15, 01-09.
- Peng, E. Y. C., Lee, M.B., Tsai, S.T., Yang, C.C., Morisky, D.E., Tsai, L.T., et al. (2010). Population-based post-crisis psychological distress: An example from the SARS outbreak in Taiwan. *Journal Formos Medical Association*, 109, 524-532.

- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J.T., Fasiczka, A. et al. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Q. Li, X. Guan, P. Wu, et al. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *The New England Journal of medicine*, 382, 1199-1207.
- Romo, D. K. J., Saucedo, R. E. G., Hinojosa, M. S., Mercado, R. J. Y., Uc, R. J. E., Ochoa, G. E. et al. (2020). Manifestaciones clínicas de la COVID-19. *Rev Latin Infect Pediatr*. 33(s1), s10-s32. <https://dx.doi.org/10.35366/96668>
- Rubin, G.J. & Wessely S. (2020). Los efectos psicológicos de poner en cuarentena una ciudad. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
- Ruiz-Fernández, M., Ortega-Galán, A., Cabrera-Troya, J., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. Relinque-Medina, F. et al. (2017). Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. *Enfermería Univ*. 14, 10-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.004>.
- Schut, H. & Stroebe, M. S. (2006). Interventions to enhance adaptation to bereavement: A review of efficacy studies. *Journal Palliat Medical*, 8(1), S140-S147.
- Secretaría de Salud. (2020a). COVID-19 México: positividad por entidad federativa y semanas epidemiológicas. <https://covid19.sinave.gob.mx/graficapositividad.aspxAA>
- Secretaría de Salud. (2020b). Informe técnico diario COVID-19 México. 30 de enero 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/571248/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.01.30.pdf
- Secretaría de Salud. (2020c). Informe técnico diario COVID-19 México. 30 de febrero 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/571248/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.02.29.pdf
- Secretaría de Salud. (2020d). Informe técnico diario COVID-19 México. 31 de marzo 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/571245/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.03.31.pdf
- Secretaría de Salud. (2020e). Informe técnico diario COVID-19 México. 30 de abril 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/571065/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.04.30.pdf
- Secretaría de Salud. (2020f). Informe técnico diario COVID-19 México. 31 de mayo 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/571099/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.05.31.pdf
- Secretaría de Salud. (2020g). Informe técnico diario COVID-19 México. 30 de junio 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/571133/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.06.30.pdf

- Secretaría de Salud. (2020h). Informe técnico diario COVID-19 México. 31 de julio 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/571166/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.07.31.pdf
- Secretaría de Salud. (2020i). Informe técnico diario COVID-19 México. 31 de agosto 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/575672/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.08.31.pdf
- Secretaría de Salud. (2020j). Informe técnico diario COVID-19 México. 30 de septiembre 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/581797/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.09.30.pdf
- Secretaría de Salud. (2020k). Informe técnico diario COVID-19 México. 31 de octubre 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/589815/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.10.31.pdf
- Secretaría de Salud. (2020l). Informe técnico diario COVID-19 México. 30 de noviembre 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/596468/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.11.30.pdf
- Secretaría de Salud. (2020m). Informe técnico diario COVID-19 México. 31 de diciembre 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/603816/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.12.31.pdf
- Shear K. (2016). Complicated Grief. *N England Journal Med*, 372, 153-160. <https://10.1056/NEJMcp1315618>
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M. & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psiquiatría Clínica Neurosci.*,74(4), 281-282.
- Shultz, J., Baingana, F. & Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola Outbreak and Mental Health Current Status and Recommended Response. *The Journal of the American Medical Association*, 313(6). <https://10.1001/jama.2014.17934>
- Shultz, J.M., Baingana, F. & Neria, Y. (2015). The Ebola Outbreak and Mental Health in 2014: Current Status and Recommended Response. *JAMA*, 313, 567-568.
- Smith, K., Ostinelli, E., & Cirpiani, A. (2020). Covid-19 and Mental Health: A Transformational Opportunity to Apply an Evidence-Based Approach to Clinical Practice and Research. *Evid-based Ment Health*, 23, 45-46.
- Smith, K., Ostinelli, E., Macdonald, O., & Cirpiani, A. (2020). COVID-19 and Telepsychiatry: Development of Evidence-Based Guidance for Clinicians. *JMIR*, 7(8): e21108. doi: 10.2196/21108
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2020). Recomendaciones para familiares para la despedida y el duelo ante la presencia del COVID-19. Recuperado de <http://www.secpal.com//Documentos/Blog/covid19%20duelo%20y%20despedia%20familiares%20documento%20final%20V2.pdf>

- Su, S., Wong, G., Shi, W., Liu, J., Lai, A. C. K., Zhou, J., Liu, W., Bi, Y., & Gao, G. F. (2016). Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. *Trends Microbiology*, 24(6), 490-502.
- Taha, S. A., Matheson, A. & Anisman, H. (2014). H1N1 was not all that scary: uncertainty and stressor appraisals predict anxiety related to a coming viral threat. *Stress Health*, 30(2):149-57. <https://10.1002/smi.2505>
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Di Bernardo, A., Capelli, F. & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 137-144.
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Vedia, V. (2016). Duelo patológico factores de riesgo y protección. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 6(2), 12-34.
- Wallace, C. L., Wladkowski, S.P., Gibson, A. & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *JPSM*, 60(1), e70-e76.
- Wang, J. & Tang, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal Med Virol*, 92, 441-447.
- Wang, S.S. Y., Winnie, Z.Y.T., Yee, C. W. & Chai, Y. (2020). Pursuing a Good Death in the Time of COVID-19. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6). <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0198>
- Weiss, S. R. & Leibowitz, J. L. (2011). Coronavirus pathogenesis. *Adv. Virus Research*. 81, 85-164.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. & Van Heeringen K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Rev.*, 31, 69-78.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (fifth ed.). New York: Springer Publishing Company.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Consensus Document on the Epidemiology of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*. WHO: Geneva.
- World Health Organization (WHO). (2020a). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). <https://bit.ly/2zc56Vk>
- World Health Organization (WHO). (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. <http://WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4>
- Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. & Chee, H. N. G. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet*, 7, 228-229.

- Yahya, A. S. & Khawaja, S. (2020). Bereavement and Grief During the COVID-19 Pandemic. *Prim Care Companion CNS Disorder*, 22(4), 20com02661. <https://10.4088/PCC.20com02661>
- Yang, Y., Pengbc, F., Wangd, R., Guan K., Jiang, T., Xu, G. Sun J. & Chang, C. (2020). The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. *Journal of Autoimmunity*, 109. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102434>
- Zaki, A.M., Van, S., Bestebroer, T.M., Osterhaus, A.D.M.E. & Fouchier, R.A.M. (2012). Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *The New England Journal of Medicine*, 367(19),1814-1820.
- Zhai, Y. & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain Behavior Immunity*, 87, 80–81.

ANEXOS



N° participante: _____

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Área académica de Medicina

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTE I

Soy estudiante de la maestría en Salud Pública de la UAEH me encuentro realizando una investigación científica que tiene por objetivo **determinar la importancia de la intervención de los psicólogos en el equipo de salud para la atención del duelo por la pandemia SARS-CoV2.**

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo, puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Confidencialidad

Nosotros NO compartiremos la identidad del participante en la investigación. Los datos personales que se obtengan por este estudio se mantendrán confidenciales. Cualquier información acerca de usted tendrá asignado un número o letra, NO colocaremos su nombre.

Compartiendo los Resultados

Después de analizar los cuestionarios de todos los participantes, los resultados se publicarán en una revista científica para que usted y otras personas interesadas puedan aprender de esta investigación.

Si se identifican algunos riesgos o situaciones emocionales que usted podría trabajar con un profesional de la salud mental, se le realizarán algunas sugerencias de terapeutas e instituciones por si usted desea contactarlos.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado/a a participar en el llenado de 2 cuestionarios, uno es una encuesta sociodemográfica y otro es el Inventario de Duelo Complicado.

He sido informado/a de que no existe riesgo alguno al acceder a participar. He tenido la oportunidad de preguntar y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año

Firma del Investigador _____

Fecha _____ Día/mes/año

**IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROCESO DE DUELO DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19
ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA**

INDICACIONES: A continuación, se muestran una serie de enunciados con varias opciones de respuesta, por favor **SUBRAYE UNA** respuesta, con la que más se sienta identificado.

Es muy importante que NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.

Datos personales

Nombre: _____

1. Edad: _____
2. Sexo: 1) hombre 2) mujer

3.- Escolaridad:

- 1) Primaria 2) secundaria 3) bachillerato 4) Licenciatura 5) Posgrado 6) Ninguna

4.- Estado civil:

- 1) soltero 2) casado 3) unión libre 4) divorciado 5) viudo (a)

5.- Religión:

- 1) católica 2) cristiana 3) testigo de Jehová 4) ninguna 5) otra

6.- ¿Qué actividades realiza actualmente?

- 1) Trabajo 2) Estudio 3) Labores del hogar 4) ninguna

7.- Lugar de residencia

- 1) San Pedro Huaquilpan 2) Zapotlán de Juárez 3) Acayuca

PROCESO DE ENFERMEDAD

Las siguientes preguntas son referentes a la pérdida que usted ha sufrido de algún ser amado durante la pandemia, comprendemos que es una situación sensible que puede despertar sentimientos de tristeza, por lo que, si no puede realizar el llenado de esta parte del cuestionario porque su situación emocional se lo impide, comuníquese con la investigadora para recibir apoyo y orientación.

8.- ¿qué parentesco tenía usted con la persona fallecida?

- 1) Pareja (esposo/a, novio/a) 2) padre/madre 3) Hijo/hija 4) abuelo/abuela 5) otro

9.- ¿Cuál fue la causa de muerte de su ser querido?

- 1) Complicaciones relacionadas con COVID-19 2) Otra

10.- ¿Su ser querido fue hospitalizado? (si su respuesta es NO pase a la pregunta 30)

- 1) si 2) no

11.- ¿en qué institución se hospitalizó?

- 1) Pública (Hospital general, IMSS, ISSSTE, ETC.) 2) hospital privado

12.- ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado?

- 1) Menos de 1 semana 2) de 1 a 4 semanas 3) más de un mes

13.- ¿En todo el tiempo que permaneció hospitalizado su ser querido, pudo tener algún contacto con él/ella (verlo, mediante llamadas telefónicas o videollamadas)?

- 1) Si 2) no

14.- ¿El personal de salud que atendió a su ser querido le informaba constantemente sobre su estado de salud físico y emocional?

- 1) Si 2) no

15.- ¿Recibió apoyo emocional por parte del personal de salud durante el tiempo que su ser querido estuvo hospitalizado?

- 1) si 2) no

16.- ¿Cuál de los miembros del personal de salud le informó del fallecimiento de su ser querido?

- 1) Médico 2) enfermera/o 3) psicólogo/a 4) Otro (mencione): _____

17.- ¿Cómo le informó el personal de salud sobre el fallecimiento de su ser querido?(PASE A LA PREGUNTA 36)

- 1) Mediante llamada telefónica 2) en el hospital 3) otra (menciones cual):

18.- Dado que su ser querido no fue atendido en un hospital, ¿dónde recibió los cuidados necesarios el tiempo que estuvo enfermo/a?

- 1) en su casa 2) en casa de un familiar 3) otro

19.- ¿recibió atención médica?

- 1) Si 2) no

20.- ¿De qué forma recibió atención médica?

- 1) Presencial (el medico acudió a verlo) 2) virtual (llamadas, videollamadas)

21.- ¿cómo se enteró de su fallecimiento?

- 1) Estaba con él/ella 2) por medio de un familiar 3) otra

22.- ¿Recibió algún apoyo emocional por parte del personal de salud que lo atendió durante este proceso?

- 1) Si 2) no

23.- ¿Solicitó apoyo de algún psicólogo o psiquiatra después de la pérdida de su ser querido?

- 1) Si 2) no

24.- EN CUALQUIERA DE LOS DOS CASOS, ¿CONSIDERA IMPORTANTE HABER RECIBIDO APOYO PSICOLÓGICO DURANTE EL PROCESO DE ENFERMEDAD DE SUS SER QUERIDO?

- 1) SI 2) NO

PROCESO DE DUELO

25.- ¿Hace cuánto tiempo perdió a su ser querido?

- 1) 1 mes 2) de 2 a 8 meses 3) 12 meses

26.- ¿Pudo despedirse de su ser querido antes de que falleciera?

- 1) si 2) no

27.- ¿Qué sentimiento predomina por no poder haber tenido un último contacto (verlo, hablar con él/ella, realizar una videollamada o llamada) con su ser querido antes de su fallecimiento?

- 1) Tristeza 2) enojo 3) frustración 4) miedo 5) no me provocó ningún sentimiento

28.- ¿Realizó alguna ceremonia luctuosa para despedir a su ser querido?

- 1) Si 2) no

29.- ¿En qué condiciones se realizó esta ceremonia?

- 1) Presencial 2) virtual

30.- ¿Como se sintió de no poder realizar un funeral como normalmente se hubiera realizado?

- 1) Triste 2) enojado 3) frustrado 4) con miedo 5) no me provocó ningún sentimiento

31.- ¿Cómo percibe el apoyo emocional por parte de personas cercanas a usted a raíz de su pérdida durante la pandemia?

- 1) Me apoyan mucho 2) percibo menos apoyo 3) no percibo ningún apoyo

32.- ¿CONSIDERA IMPORTANTE HABER RECIBIDO ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN POR PARTE DE UN PSICÓLOGO DURANTE EL PROCESO DE DUELO EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS DURANTE EL CONFINAMIENTO?

- 1) SI 2) NO

33.- Además de la pérdida de uno o varios seres queridos, ¿qué otras cosas considera usted que ha perdido a raíz de la pandemia por COVID-19? (PUEDE ELEGIR MÁS DE 1 RESPUESTA)

- 1) Trabajo (oportunidades laborales).
- 2) Libertad
- 3) Relaciones afectivas con personas importantes
- 4) Estabilidad emocional



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Área Académica de Medicina
Maestría en Salud Pública
Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano

Agradezco mucho su interés y su valiosa participación en esta investigación. A continuación, se muestran una serie de enunciados, lea cuidadosamente y coloque una X en la opción que más se adapte a su experiencia tras la muerte de su ser querido.

	NUNCA	RARAS VECES	ALGUNAS VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
2. los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	0	1	2	3	4
3. siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
4. Anhele a la persona que murió.	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	0	1	2	3	4
7. No puedo creer que haya sucedido	0	1	2	3	4
8. Me siento muy aturdido por lo sucedido	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
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.	0	1	2	3	4
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

**IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROCESO DE DUELO DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19
ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA**

INDICACIONES: A continuación, se muestran una serie de enunciados con varias opciones de respuesta, por favor **SUBRAYE UNA** respuesta, con la que más se sienta identificado/a.

Es muy importante que NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.

DATOS PERSONALES

EDAD: _____

SEXO: 1) hombre 2) mujer

1. PROFESIÓN

1) Médico 2) Enfermera 3) Trabajador social 4) Otro: _____

2. Estado civil:

1) soltero 2) casado 3) unión libre 4) divorciado 5) viudo (a)

3. Religión:

1) católica 2) cristiana 3) testigo de Jehová 4) ninguna 5) otra

INSTITUCIÓN DONDE LABORA

4. Cargo dentro de la institución

1) Director/Directora 2) Jefe/jefa de Área 3) Médico 4) Enfermera/o 5) Trabajador/a social

5. Tipo de institución en la que labora

1) PÚBLICO 2) PRIVADO

6. Lugar donde se sitúa su centro de trabajo

1) San Pedro Huaquilpan 2) Zapotlán de Juárez 3) Acayuca 4) Pachuca

5) OTRO: _____

PROCESO DE ENFERMEDAD

7. ¿Recibió alguna capacitación especial para el trabajo con los pacientes que padecen COVID-19?

1) SI 2) NO

8. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación a lo largo de su formación profesional para abordar temas de cuidados paliativos al paciente?

1) SI 2) NO

9. ¿Brindo algún tipo de apoyo emocional a la familia del paciente durante el proceso de la enfermedad?

1) SI 2) NO

10. ¿Qué tipo de apoyo?

1) Contención 2) intervención en crisis 3) canalizarlo con un profesional de la salud mental.

11. ¿La institución en la que usted labora ofrece algún tipo de orientación o apoyo psicológico a los familiares de pacientes que padecen COVID-19?

1) SI 2) NO

12. ¿considera importante que LOS FAMILIARES de los pacientes que padecen COVID-19 reciban apoyo psicológico durante el PROCESO DE ENFERMEDAD?

1) SI 2) NO

13. ¿considera importante que LOS PACIENTES que padecen COVID-19 en casos que sea posible reciban apoyo psicológico durante el PROCESO DE ENFERMEDAD DENTRO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD?

2) SI 2) NO

PROCESO DE DUELO

14. Generalmente ¿cuál de los integrantes del equipo de salud notifica a los familiares de que un paciente con COVID-19 ha fallecido?

1) MÉDICO 2) ENFERMERA 3) TRABAJADOR SOCIAL 4) OTRO (especifique): _____

15. ¿Cómo se le informa generalmente a la familia sobre el fallecimiento de su ser querido en el lugar donde usted labora?

2) Mediante llamada telefónica 2) cara a cara 3) otra (menciones cual):

16. ¿Usted recibió algún tipo de capacitación para poder dar a conocer a los familiares noticias que pueden ser abruptas como el fallecimiento de su ser querido a causa del COVID-19 y el protocolo a seguir con los restos humanos de este?

1) SI 2) NO

17. ¿Existe un protocolo o instrucciones precisas para informar a los familiares sobre el manejo de los restos humanos de aquellos pacientes que fallecen por complicaciones derivadas de COVID-19 en el lugar donde usted labora?

1) SI 2) NO

18. ¿considera importante que LOS FAMILIARES de pacientes que fallecieron por complicaciones derivadas de COVID-19 reciban ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN por parte de un PSICÓLOGO durante el PROCESO DE DUELO dadas las medidas sanitarias implementadas?

2) SI 2) NO

19. ¿CONSIDERA IMPORTANTE QUE EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE A PACIENTES CON COVID-19 RECIBA ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO?

1) SI 2) NO