



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

**FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNO POR DUELO
PROLONGADO EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS POR
COVID-19 DE LA UMF 33**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DE LA CRUZ GARCIA STEPHANY NADXIELLI

MÉDICO RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO".

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO

MÉDICO FAMILIAR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 "EL ROSARIO"



CIUDAD DE MEXICO, 2023





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES



DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIAS

A mi padre, Juan Carlos quien en vida me dio el mayor ejemplo, pues demostró tener un gran amor por su profesión la cual ejerció con humildad, humanismo y honor, y que gracias a ello puedo decir que tome la mejor decisión de mi vida: *estudiar medicina*. Quien siempre confió en mí y demostró que el amor de padre es el más sincero, el más puro e incondicional, gracias por siempre apoyar mis decisiones e impulsarme a forjar nuevas metas.

A mi madre, Elizabeth que ha estado conmigo en todo momento, quien forjo en mí los mejores valores, y que con su gran ejemplo de resiliencia y perseverancia me impulsa a seguir adelante a no dejarme quebrantar, eres mi motor.

A mi hermana, Leidy esa personita que me transmite paz y alegría, que me ha acompañado en este camino, y a quien espero este logro la motive a continuar en esa gran trayectoria que tiene por delante.

A mis amigas y amigos, quienes al leer estas líneas sabrán de quien hablo, pues han demostrado que una verdadera amistad está en las buenas y en las malas, quienes recorrieron kilómetros para estar conmigo en los momentos más difíciles, quienes me han brindado consejos en todo momento, han sido sinceras, reforzando mis fortalezas y motivándome a mejorar día a día.

A mi profesora y asesora, Dra. Mónica Osorio quien con paciencia y constancia compartió sus conocimientos para guiarme en este proceso, gracias por ser un ejemplo sobre lo que significa ser un buen médico y docente.

INDICE

DICTAMEN DE APROBACION	5
RESUMEN	6
INTRODUCCION	7
ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
OBJETIVOS	18
MATERIALES Y METODOS	19
ANALISIS DE RESULTADOS	21
DISCUSION	38
CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
ANEXOS	43

DICTAMEN DE APROBACION

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404.
U MED.FAMILIAR NUM 33

Registro COFEPRIS 18 CI 88 005 002

Registro COMBOÉTICA COMBOÉTICA 09 CEI 803 2018082

FECHA: Veracruz, 31 de diciembre de 2021

Dra. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNO POR DUELO PROLONGADO EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19 DE LA UMF 33** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2021-3404-089

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dra. Catalina Osorio Granjeno
Mtro. Miguel Ángel Acosta Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Impreso

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD FAMILIAR

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNO POR DUELO PROLONGADO EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19 DE LA UMF 33.

Osorio Granjeno Mónica Catalina¹, de la Cruz Garcia Stephany Nadxielli².

Introducción: La emergencia de salud pública generada por la enfermedad por coronavirus 19 aumento el número defunciones considerablemente y con ello, tasas elevadas de duelo. Una preocupación central tras el aumento en la tasa de fallecimientos por COVID-19 y con ello tasas elevadas de duelo, es la transformación de este en un trastorno por duelo prolongado, desencadenado por factores asociados a las restricciones sobre el acompañamiento de la familia con el paciente, la rápida progresión entre salud-enfermedad-muerte, la falta de rituales de despedida, la pérdida de apoyo social y recursos económicos. **Objetivo.** Determinar los factores de riesgo para síndrome de duelo complicado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y prolectivo, a una muestra de 138 personas que tuvieran el antecedente de la pérdida de un familiar fallecido por COVID-19, a los cuales se les aplicó un instrumento diseñado para identificar factores de riesgo asociados a características y naturaleza de la pérdida, características del doliente, relaciones interpersonales y características del fallecido. **Resultados.** Los factores de riesgo para duelo prolongado por pérdida de un familiar fallecido por COVID-19 que se presentaron con mayor frecuencia fueron el tratarse de una muerte inesperada, haber mantenido una relación estrecha con el fallecido y no haberse podido despedir, se observó una diferencia entre ser mujer y presentar ansiedad y depresión (p 0.032/ OR 2.265); y entre ser hombre y tratarse de la pérdida de un cónyuge y/ o un hijo (a) (p 0.004/ R 0.315). **Conclusiones.** La presente investigación será de utilidad para la identificación de grupos susceptibles de presentar duelo prolongado posterior a la contingencia por COVID-19 y para la implementación de estrategias de prevención. **Palabras clave:** trastorno por duelo prolongado, factores de riesgo, familiares de primera línea, fallecimiento por COVID 19.

¹ Médico Familiar y Profesora titular del CEMF de la UMF 33 “El Rosario”

² Médico Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar de la UMF 33 “El Rosario”

INTRODUCCION

La sociedad se vio inmersa en una emergencia de salud pública debido a la enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19), que trajo consigo tasas elevadas de defunciones, lo cual tuvo un impacto en la vida emocional, social y espiritual de la población, pues la muerte por COVID-19 se experimentó como repentina e inesperada, así mismo, se modificaron los rituales de despedida con el objetivo de limitar el riesgo de contagio.

Derivado de las normativas aplicadas durante la pandemia y aunado a las circunstancias, el contexto, y las consecuencias de la muerte, se proyecta que más de un 10% de la población en duelo podrá complicarse, pero probablemente dicho porcentaje solo sea una subestimación a la realidad, ya que se estima que cada muerte por COVID-19 deja un aproximado de nueve miembros de la familia en duelo.

La reacción que la pérdida genera en los dolientes, varía dependiendo de factores como la naturaleza de la pérdida, el contexto en el que la experimenta, el tipo de relaciones interpersonales, y las características del fallecido. Siendo importante reconocer que los factores de riesgo, pueden aumentar el impacto de las dificultades y que sea más difícil para las personas hacer frente a la adversidad, estos factores varían dependiendo el contexto, es por ello que deben identificarse para dar un mejor apoyo a la población afectada.

Siendo así que, en la actualidad, surge la necesidad, de generar un programa de salud encaminado a restaurar los procesos de apoyo social y comunitario habituales para los afligidos, y establecer protocolos de detección generalizados a la atención primaria.

El identificar la prevalencia de dichos factores de riesgo permitirá implementar estrategias basadas en el conocimiento de que la recuperación de la pérdida se ve facilitada en gran medida por el apoyo social y el mantenimiento de las tradiciones culturales y religiosas individuales, familiares, comunitarias y nacionales con respecto a la muerte y el duelo.

Derivado de lo previamente mencionado, surgió como objetivo identificar los factores de riesgo para síndrome de duelo complicado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF33.

ANTECEDENTES

La palabra duelo proviene del término latino *dolus*, que significa dolor; y es definido por la real academia española como aquellas demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, de tal forma, que se visualiza como parte de un proceso normal de adaptación a una nueva realidad que, en la mayoría de los casos tienen una evolución favorable a lo largo del tiempo y solo en un 10-15% de los casos puede derivarse a un duelo patológico. (1)

Se vive como un proceso único e intransferible, que posee una cronología indeterminada, es decir, no se puede establecer cuando empieza y cuando termina, pues incluso en algunos casos puede durar toda la vida, y está condicionado por el entorno sociocultural. (2)

La muerte como un acontecimiento, se convierte en una etapa de transición de una vida a otra, por lo que la ejecución de un ritual funerario manifiesta los diversos significados que la sociedad le da. Se considera que un ritual funerario, constituye aquellas prácticas específicas relacionadas con la muerte y el enterramiento de una persona, vinculadas con creencias religiosas y la existencia de una vida después de la muerte; implica, por lo tanto, funciones psicológicas, sociológicas y simbólicas. (3)

Desde hace 100.000 años el hombre da inicio a los ritos o ceremonias fúnebres, como parte de su expresión ante el temor a la muerte, permitiendo realizar una despedida decorosa, y con ello, otorgar la posibilidad de compartir este acontecimiento con sus contemporáneos. Siendo así que, los rituales funerarios, tomando el modelo mágico religioso, se consideraron como un método para alejar y espantar los malos espíritus, o permitir que la persona fallecida lograra llegar a su destino sin la posibilidad de regresar y perturbar a los vivos, o como mediación entre los vivos y la deidad a la que se le profesaba el culto. (4)

Mientras que los ritos ejecutados en Babilonia, se caracterizaban por el dramatismo con llanto intenso, rasgado de vestiduras, golpes de cabeza y pecho, heridas en el rostro y arranque de pelos, en Grecia y Roma, se consideraba el entierro como un deber sagrado, de tal modo que aquella persona que se negara a practicarlo, condenaba el alma del fallecido. (4)

Durante el siglo VI al XII, el hombre adquiere una actitud de resignación colectiva ante la muerte de un ser querido, siendo conscientes de ello y aceptando que todos en algún momento morirán. Adquiriendo el concepto de muerte domesticada, en donde la muerte y sus ritos fueron aceptados sin dramatismos ni emociones intensas, dando paso a un sentido colectivo, siendo la muerte

motivo de ceremonia pública y de encuentro social; es entonces cuando surge la tradición del uso del color negro como distintivo. (4)

En el siglo XII hasta el XVI, surge la época de la muerte propia, donde adquiere el significado del final de la vida y descomposición a nivel biológico; a principios del siglo XVII la muerte se concibe como tema religioso, y la institución establece los lineamientos a realizar tras el fallecimiento. Para el siglo XVIII la muerte pasa a ser un asunto médico, teniendo relevancia los temas de salud y enfermedad. (4)

Es en el siglo XIX, es cuando la muerte se considera el termino de muerte invertida, que como consecuencia genera en las dolientes dificultades para aceptarla, e incluyen la fotografía mortuoria como parte del recuerdo del ser querido, se crean complejos sistemas funerarios y se fija normas sanitarias sobre los lugares destinados para el cadáver. (4)

Además de cumplir con la tradición, la ejecución de rituales funerarios otorga los elementos necesarios para la reintegración social, que permiten a los dolientes llorar, y con ello aceptar la muerte e iniciar el proceso de duelo. (5)

Se ha descrito una serie de etapas sucesivas por las que el doliente atraviesa tras el duelo, cuya definición está condicionada por la observación clínica y/o el abordaje terapéutico, implica diversos aspectos que no se pueden considerar definitivos y cuya secuencia de este proceso es variable. La mayoría de los defensores de los modelos del proceso de duelo, agrupan el proceso en cuatro fases, que son: (6)

1. Fase de shock

Comienza tras el fallecimiento del ser querido, en donde el doliente suele encontrarse en una situación de conmoción e incredulidad caracterizado por desconcierto, embotamiento emocional y un sentimiento de irrealidad. Puede durar desde horas a días y es aquí donde se evidencia una desorganización de hábitos alimenticios y ciclos de sueño, dificultad para tomar decisiones y asumir responsabilidades. (6)

2. Fase de evitación-negación

Suele durar semanas, y se caracteriza por una intensa añoranza del fallecido o conducta de búsqueda (preocupación y necesidad de buscar y encontrar al fallecido), con llanto intenso intercalados con periodos de ansiedad, tensión y sentimientos de rabia y culpa. (6)

3. Fase de desesperación-entrega al dolor.

Se caracteriza por presentar desesperación y tristeza, con periodos de apatía y desesperanza con ausencia de visión del futuro, la duración de esta etapa puede ser de hasta 5 meses, y se presenta a partir del momento en que concluyen los rituales de despedida y se procede a la reincorporación a las actividades habituales, lo que genera el hacerse conscientes de la magnitud de la pérdida, lo que significa no volver a compartir momentos con aquella persona y la mayor conciencia de las pérdidas secundarias. (6)

4. Fase de reorganización-recuperación.

Esta fase se presenta a partir del primer a segundo año posterior a la pérdida, y es aquí cuando se recupera la esperanza, se proyecta un futuro y se permite un progresivo acercamiento a las emociones positivas. (6)

Con relación a lo antes mencionado, Margaret Stroebe, considera que el duelo es un proceso dual, y nos dice que la habituación a la pérdida es un proceso fluctuante y dinámico, en el que es necesaria una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento, una orientada hacia la pérdida, donde el doliente puede conectarse con el dolor expresando sus sentimientos, y otra orientada hacia la reconstrucción, donde el superviviente se centra en los múltiples ajustes externos requeridos a partir de la pérdida, concentrándose en todo lo que favorece la reorganización, es decir sugiere que estas formas de funcionamiento por si sola y en ausencia de la otra puede ser un indicador de duelo complicado. (7) (8)

De tal forma que Worden, menciona que la recuperación durante el proceso de duelo requiere que se trabaje con los pensamientos, recuerdos y emociones asociados a la pérdida, propone cuatro tareas básicas: (9)

- Aceptar la pérdida asumiendo que la marcha es irreversible.
- Trabajar las emociones y el dolor, permitiéndose demostrarlas sin negar el sufrimiento que supone la pérdida.
- Adaptarse a un medio en el que el fallecido ya no está presente, desarrollando habilidades nuevas y dando sentido a la propia vida.
- Recolocarse emocionalmente al ser querido muerto, encontrándole un lugar en nuestra vida psicológica que nos permita continuar viviendo eficazmente. (9)

Sin embargo, existen circunstancias que son reconocidas como factores de riesgo para que la etapa de duelo se complique, estos se relacionan con: (10)

- Características y la naturaleza de la pérdida: Muerte repentina o inesperada, enfermedad excesivamente corta o prolongada, aislada o distante.
- Características del doliente: Fase del ciclo vital, duelos previos no resueltos que pueden deteriorar las defensas psíquicas, factores estresantes concurrentes, enfermedad física o mental, incapacidad o limitación en el uso de estrategias de afrontamiento, soledad, poco control interno sobre las creencias.
- Relaciones interpersonales: disponibilidad de apoyo social, tipo de relación con el fallecido, nivel familiar de cohesión, comunicación y capacidad para resolver conflictos.
- Características del fallecido: niño o adolescente, muerte de un hijo, muerte de progenitores, muerte del cónyuge, rol desempeñado por el difunto (cuidador, suministrador de recursos, autónomo), la personalidad (expansivo, retraído, positivo o fatalista). (10)

En el momento que el proceso de duelo no se afronta de manera efectiva o alguna de las fases dura más tiempo de lo habitual el duelo se vuelve patológico, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), publicado en España en mayo de 2014, incluye el diagnóstico de trastorno de duelo complejo persistente, cuyo diagnóstico se establece con la presencia de síntomas como anhelo, añoranza, pena intensa, llanto frecuente, preocupación en relación al fallecido, preocupación acerca de las circunstancias de la muerte, así como alteraciones que provoquen malestar clínicamente significativo o disfunción social, laboral o en otras áreas del funcionamiento, que estén presentes al haber transcurrido al menos 12 meses de la muerte de alguien con quien se mantenía una relación cercana. Así mismo, establece que la prevalencia es de aproximadamente 2.4 a 4.8%, ocurriendo con mayor frecuencia en mujeres. (11)

Mientras que, con base a la clasificación internacional de enfermedades en su última actualización (CIE-11) se define al trastorno por duelo prolongado, como aquel en el que, tras la muerte de un compañero, padre, hijo u otra persona cercana al doliente, hay una respuesta de dolor persistente y generalizada caracterizada por la nostalgia por la persona fallecida o preocupación persistente acompañada por un intenso dolor emocional (tristeza, culpa, ira, negación, reproche, dificultad para aceptar la muerte, sentir que uno ha perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, 8 entumecimiento emocional, dificultad para relacionarse con las actividades sociales o de otro tipo. La respuesta

de dolor persiste por un periodo atípicamente largo (más de 6 meses como mínimo) y mayor que las normas sociales esperadas, por el contexto cultural y religioso del individuo. (12)

La muerte de un ser querido es uno de los acontecimientos vitales más estresantes que afronta una persona, la gran mayoría muestran una gran resiliencia y tienen la capacidad para hacer frente a la adversidad, pero también hay quien considera que se puede aliviar la vivencia del duelo si la muerte es anticipada y se ha podido acompañar al ser querido hasta los últimos momentos. (13)

En la actualidad nos enfrentamos a una emergencia de salud pública debido a la enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19), una enfermedad que trajo tasas elevadas de defunciones y con ello de duelo, así como desafíos únicos que pueden aumentar el riesgo de desarrollo de síndrome de duelo complejo, relacionados con el contexto. (14)

Siendo el inicio de dicha pandemia, en febrero de 2020, cuando se reportó el primer caso índice de COVID-19 en la Ciudad de México, siendo detectado en un mexicano con antecedente de un viaje a Italia, posteriormente se reportó la presencia de más casos en diversos estados de la república mexicana. El 11 de marzo la Organización Mundial de la salud (OMS) clasificó a la COVID-19 como pandemia, que es capaz de ocasionar el SARS, reconociéndose como la tercera pandemia por coronavirus, con la tasa de letalidad más alta. (15) El 18 de marzo la Secretaría de Salud confirma la primera muerte en México y el 30 de marzo se decreta como emergencia de salud nacional, dada la evolución de casos confirmados y las muertes por la enfermedad. (15)

De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología (DGE), en su última actualización del 10 de septiembre de 2021 se reportó un total de 3,706,000 casos positivos, con un total de 266,849 defunciones acumuladas de las cuales un 37.94% fueron mujeres y un 62.06% son hombres, 92.05% fueron pacientes hospitalizados y 7.95% ambulatorios. (16)

Más allá de ser una emergencia de salud pública, la pandemia ha tenido un impacto en la vida emocional, social y espiritual de la población, pues la muerte por COVID-19 suele ser repentina e inesperada, se implementaron límites estrictos todo ello derivado de la aplicación de protocolos de cuarentena. (17) 9 La OMS publicó una guía de prevención y control de infecciones para el manejo seguro de un cadáver en el contexto de COVID-19, en el cual se sugiere la incineración como medida para prevenir la propagación de la enfermedad, considerada como una cuestión de elección cultural y recursos disponibles, haciendo énfasis en preservar la dignidad de los muertos al evitar la eliminación apresurada del mismo, respetar la religión y las tradiciones culturales de las familias. (17)

Recomienda que los cuerpos deben prepararse en el hospital según las directrices pertinentes antes de ser entregado a la familia, mediante el uso de una bolsa para cadáveres, una lona de plástico o un ataúd recomendado para su transporte, así mismo, se sugiere no realizar la manipulación adicional posterior a la colocación en alguno de estos medios, pueden ser enterradas o incineradas de acuerdo con las normas locales y preferencias familiares, siguiendo la orientación sobre el número de personas que pueden asistir a un velorio o entierro, haciendo valer el derecho de los familiares de ver el cuerpo, con el equipo de protección personal adecuado, a una distancia de al menos un metro, evitando tocar, besar, o abrazar el cuerpo. (17)

Por otro lado, en la ley general de salud (2020) se establecieron sugerencias para el manejo de cadáveres por COVID-19, se señaló que, para limitar el riesgo de contagio por concentración de personas, debería evitarse la velación del cuerpo, además se solicitó a los deudos la disposición final de forma inmediata mediante inhumación o cremación. En caso de llevarse a cabo la velación debería ser menor a cuatro horas y con un máximo de 20 personas, con ataúd cerrado y garantizar las medidas higiénico sanitarias y de sana distancia. (18)

Sin embargo, la decisión de realizar o no un ritual funerario se vio influenciado por las normas sociales de cada comunidad, si bien como se evidencio previamente a nivel internacional y nacional se aceptaba con un aforo mínimo, en algunas localidades se prohibieron, o incluso debido a los sentimientos de culpa y desesperanza algunos familiares decidieron no realizarlos. (19)

Se ha visualizado que estas circunstancias aumentan la carga para los miembros de la familia que enfrentan la pérdida de un ser querido, pues se vieron interrumpidos aquellas actividades que generaban un apoyo social. (20)

Recordando que los rituales funerarios son considerados un elemento cultural que ha permanecido arraigado en los usos y costumbres, el no seguirlos es igual a no honrar y no acompañar en su paso al más allá a un ser querido. (21)

En este escenario, ciertos factores pueden actuar dificultando la elaboración del duelo como la pérdida súbita e imposibilidad de estar o ver al fallecido, creencia de que su familiar no ha recibido los cuidados que necesitaban percepción de soledad del enfermo, por no poder acompañarle a los familiares, confinamiento, ausencia de apoyo y ritos, presencia de malestar emocional grave, reacciones de rabia, amargura y culpabilidad asociada a la forma de contagio, problemas de salud mental previos y dificultad para autorregular el impacto emocional. (22,23)

Araujo, recapitulo en base a las recomendaciones basadas en la evidencia del abordaje del duelo y la muerte con familiares de pacientes con COVID-19, cuatro categorías que influyeron considerablemente en el proceso: primero, la falta de intimidad de los familiares en el proceso de morir, es expresado como un trauma; segundo, el reconocimiento por parte de los profesionales de la salud de un déficit en su formación para dar respuesta a esta nueva demanda de salud; el tercer punto es la necesidad para los familiares y cuidadores de contar con comunicación clara, fluida, efectiva y constante sobre su familiar para ir confrontando la realidad de la pérdida, y, el cuarto punto engloba estrategias sustitutivas en el abordaje de la muerte y el duelo, principalmente en la ejecución de rituales sustitutivos enfocados a la atención de la espiritualidad y la necesidad de una despedida.(24)

Tras la identificación de los riesgos para la salud mental de la población es importante que los sistemas de salud se encuentren preparados para los desafíos que sobrevienen, se recomienda que los sistemas de salud cuenten con un adecuado diseño que les permita estar preparados para establecer sistemas de atención escalonada, así como brindar tratamiento eficaz desde la detección hasta el desbordamiento de enfermedades mentales. (25)

Es el médico de atención primaria quien desempeñara un papel destacado en la identificación y atención de los procesos de duelo, debido a su accesibilidad de interactuar con el doliente, es por ello que debe centrar su atención en acompañar el duelo de los pacientes que lo comuniquen o soliciten ayuda, valorar la aparición psicopatológica que precise atención especializada. (26)

Si bien, el afrontamiento del duelo en esta pandemia, depende de la estabilidad y la personalidad del individuo, a nivel colectivo dependerá de cuan dispuesto se esté a compartir el dolor y experiencias, así como, de las experiencias previas de afrontamiento y la resiliencia desarrollada frente a la adversidad. (27)

Una preocupación central es la transformación del duelo en un síndrome de duelo prolongado, este afecta al 10% de las personas en duelo, pero probablemente esto sea una subestimación del duelo relacionado con las muertes por COVID-19, teniendo en consideración que se estima que cada muerte por COVID-19 deja a un aproximado de nueve miembros de la familia en duelo. (28)

Por ello, se necesita un enfoque de la salud publica encaminado a restaurar los procesos de apoyo social y comunitario habituales para los afligidos, y establecer protocolos de detección generalizados en la atención primaria, con el objetivo de evitar que el sistema de atención medica se vea abrumado. (29)

Dicha estrategia debe basarse en el conocimiento de que la recuperación de la pérdida se ve facilitada en gran medida por el apoyo social y el mantenimiento de las tradiciones culturales y religiosas individuales, familiares, comunitarias y nacionales con respecto a la muerte y el duelo.

(30)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia por enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19) se ha convertido en una de las principales causas de muerte en todo el mundo, por lo cual, numerosas familias están sufriendo pérdidas significativas; lo que conlleva a experimentar un proceso de duelo, el cual puede ser considerado como una reacción normal ante una pérdida. Sin embargo, existen factores que suponen un riesgo para cursar con un proceso patológico del mismo, es decir, el síndrome de duelo complicado (CG) o bien, trastorno de duelo complejo persistente (PCBD), incluidos recientemente en los sistemas de clasificación internacional. (31)

Al respecto, Boelen, et al. (2018) en un estudio descriptivo simple efectuado 512 personas que habían cursado con la pérdida de un familiar, obtuvieron como resultado que la prevalencia de PCBD (6.4%) fue significativamente menor que la prevalencia de DGP (18%). (32)

Por otro lado, Barreto, et al. (2008) tras realizar un estudio longitudinal en 236 dolientes cuyos familiares eran pacientes oncológicos atendidos en servicios de cuidados paliativos de Valencia y Madrid, concluyeron que variables como dependencia, culpa, duelos anteriores no resueltos, síntomas sin control durante todo proceso de enfermedad y problemas económicos predicen complicaciones tras el proceso de duelo, el coeficiente alfa de Cronbach para las medias estandarizadas de duelo correspondió a 0.73 en PCBD y de 0.84 para CG.(33)

Así mismo, Lobb, et al. (2010), durante una revisión sistemática de la literatura sobre predictores de duelo complicado, estableció que aquellos factores asociados incluyen: la muerte violenta, la calidad del cuidado o la experiencia de morir, la relación de parentesco cercano con el fallecido, la cercanía y dependencia conyugales y la falta de preparación para la muerte, siendo el apoyo social percibido el que juega un papel clave después de la muerte para tener un mejor afrontamiento del duelo. (34)

Actualmente, a causa de la contingencia por COVID-19, el panorama ha cambiado, como lo mencionan, Goveas y Shear (2020), en su artículo de revisión establecen que las circunstancias (muertes repentinas, inesperadas, aparentemente prevenibles y aleatorias, gente muriendo sola, restricciones en las políticas de visitas), el contexto (políticas de distanciamiento físico que afectan rituales de duelo, preocupaciones por desempleo, sentimientos de inseguridad, inseguridad financiera) y las consecuencias de las muerte (estar solo, miedo al contagio, tener

otros a quien cuidar, preocupaciones financieras) durante la pandemia de COVID-19 comprenden factores de riesgo que probablemente elevaran las tasas de trastorno de duelo prolongado (DGP).
(14)

Con base en lo anterior, me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo para síndrome de duelo complicado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los factores de riesgo para síndrome de duelo complicado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Objetivos específicos

- Identificar las características y naturaleza de la pérdida como factores de riesgo para síndrome de duelo complicado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.
- Identificar las características del doliente como factores de riesgo para síndrome de duelo complicado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.
- Identificar las características de las relaciones interpersonales como factores de riesgo para síndrome de duelo complicado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.
- Identificar las características de fallecido como factores de riesgo para síndrome de duelo complicado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, retrospectivo y prolectivo en una muestra calculada (intervalo de confianza 95%, porcentaje de error 5%) de 138 personas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dentro de la Unidad de Medicina Familiar N° 33 El Rosario, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19. Los participantes en el estudio fueron aquellos familiares de primera línea por consanguinidad y por afinidad de personas fallecidas con diagnóstico confirmado de COVID-19, mayores de edad, excluyendo a aquellos familiares que no pertenecieran a la primera línea por consanguinidad y afinidad, así como, a menores de edad y a aquellos familiares de pacientes cuyo diagnóstico de fallecimiento fuese por sospecha de COVID-19; se eliminaron del estudio a aquellas personas que no contestaron de forma correcta o en su totalidad, y a aquellos que decidieron retirarse del estudio antes de concluir el cuestionario.

Previo consentimiento informado, se aplicó el instrumento Factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33, el cual consta de 17 ítems, que incluye cuatro factores: características y naturaleza de la pérdida, características del doliente, características de las relaciones interpersonales y características del fallecido.

Con el objetivo de identificar características sociodemográficas del participante se aplicaron las variables sexo (ítems 1), edad (ítem 2) y religión (ítem 3) ; para identificar factores relacionados con las características y naturaleza de la pérdida se aplicaron las variables muerte inesperada/repentina (ítem 8), lugar de defunción (ítem 10), informes del estado de salud (ítems 11) y despedida (ítem 13); para identificar las características del doliente se aplicaron las variables enfermedad mental previa (ítems 4), duelo previo (ítem 15), estrategias de afrontamiento como : con quien hablar (ítem 16) y muestras de amor y afecto (ítem 17); para identificar factores asociados a las relaciones interpersonales se aplicaron las variables relaciones interpersonales (ítem 9) y ritual funerario (ítem 14); y por último para identificar las características del fallecido se aplicaron las variables parentesco (ítems 6), ocupación del fallecido (ítem 7) y domicilio del fallecido (ítem 12).

Los datos recolectados se procesaron en un archivo del programa Jeffreys's Amazing Statistics Program (JASP), utilizando estadística descriptiva en donde se comparó las diferencias

existentes entre hombres y mujeres con las diferentes variables, se aplicó la prueba estadística ji cuadrada que permitió valorar la relación entre las variables comparadas, los resultados se representaron a través de tablas y gráficas.

En el presente estudio se tomaron en cuenta y se respetaron los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la presente investigación, se aplicó una cedula de recolección de datos a un total de 138 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales la mayor parte fueron mujeres (n= 86/ f 62%) con respecto a los hombres (n=52/ f 38%), siendo más frecuente el rango de edad de 18 a 29 años (n=50/ f 36%) en hombres y mujeres, grupo en el que de acuerdo a la literatura existe un mayor riesgo de duelo prolongado. *Tabla y figura 1.*

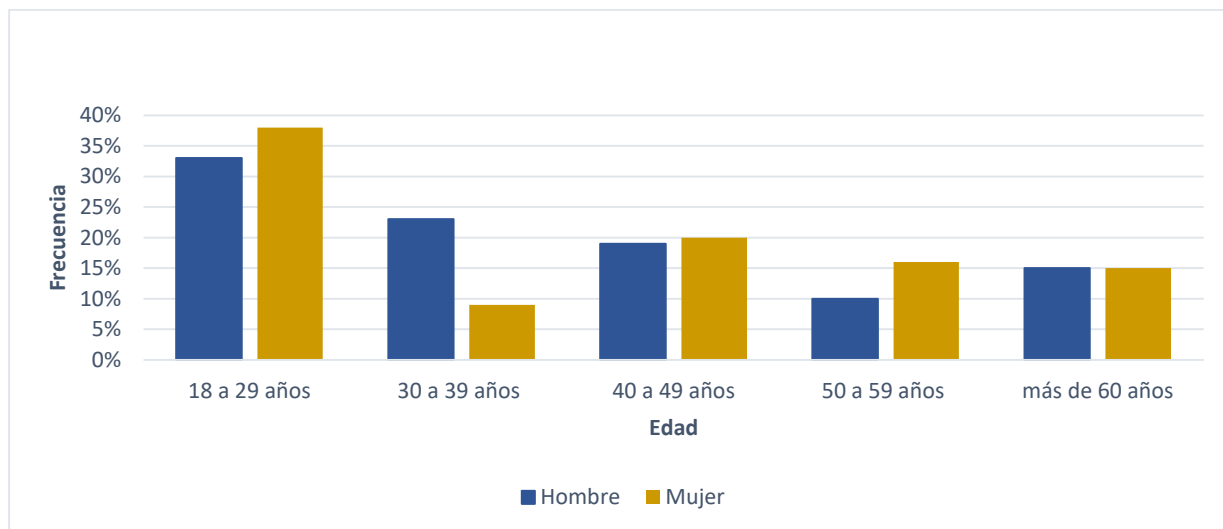
Tabla 1. Frecuencia por sexo y edad del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

EDAD	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
18 a 29 años	17	33%	33	38%	50	36%
30 a 39 años	12	23%	8	9%	20	15%
40 a 49 años	10	19%	18	20%	28	20%
50 a 59 años	5	10%	14	16%	19	14%
más de 60 años	8	15%	13	15%	21	15%
Total	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 5.624 p 0.229

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Grafico 1. Distribución por sexo y edad del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Referente al tipo de religión que se profesa se encontró que prevalece la religión católica en hombres (n=27/ f 52%) y mujeres (n=60/ f 70%) seguido de aquellos que no profesan ninguna religión en hombres (n=14/ f 27%) y mujeres (n=14/ f 16%), siendo esto último un factor de riesgo para duelo prolongado. *Tabla y figura 2.*

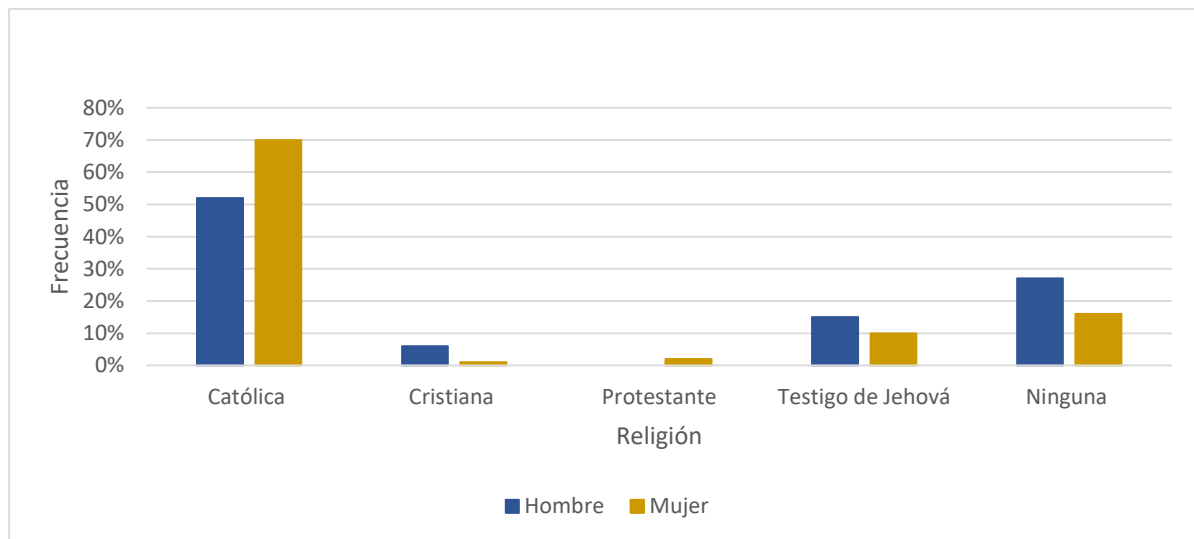
Tabla 2. Frecuencia por religión respecto al sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

RELIGIÓN	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Católica	27	52%	60	70%	87	63%
Cristiana	3	6%	1	1%	4	3%
Protestante	0	0%	2	2%	2	1%
Testigo de Jehová	8	15%	8	10%	17	12%
Ninguna	14	27%	14	16%	28	20%
Total	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 7.665 p 0.105

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Grafico 2. Distribución por religión respecto al sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Se identifica que prevaleció en las mujeres el antecedente de enfermedad mental en un 43% (depresión n=25/ f29%; ansiedad n=12/f14%) comparado con los hombres en un 25% (depresión n=6/ f 12%; ansiedad n=7/ f12%), lo cual indica que son las mujeres quienes cuentan con mayor riesgo para trastorno duelo prolongado. **Tabla y figura 3.**

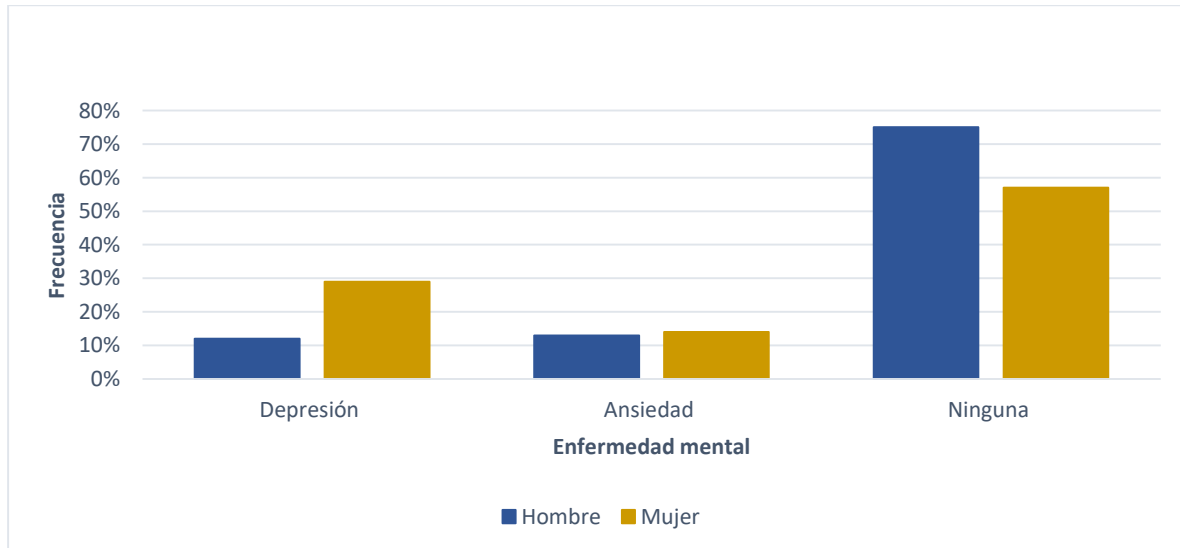
Tabla 3. Frecuencia por antecedente de enfermedad mental respecto al sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

ENFERMEDAD MENTAL	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Depresión	6	12%	25	29%	31	22%
Ansiedad	7	13%	12	14%	19	14%
Ninguna	39	75%	48	57%	88	64%
Total	52	100%	86	100%	138	100%

χ^2 valor 6.090 p 0.048

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Grafico 3. Distribución por antecedente de enfermedad mental respecto al sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

En cuanto al parentesco del fallecido con él participante, se identificó que el 80% de los hombres (cónyuge n=26/ f50%; hijo/a n=16/ f30%) y el 57% de las mujeres (cónyuge n=26/f30%; hijo/a n=23/ f27%) refirieron como parentesco ser cónyuge o hijo/a, lo cual con base a la literatura se considera como principal factor de riesgo dentro de las características del fallecido. **Tabla y figura 4.**

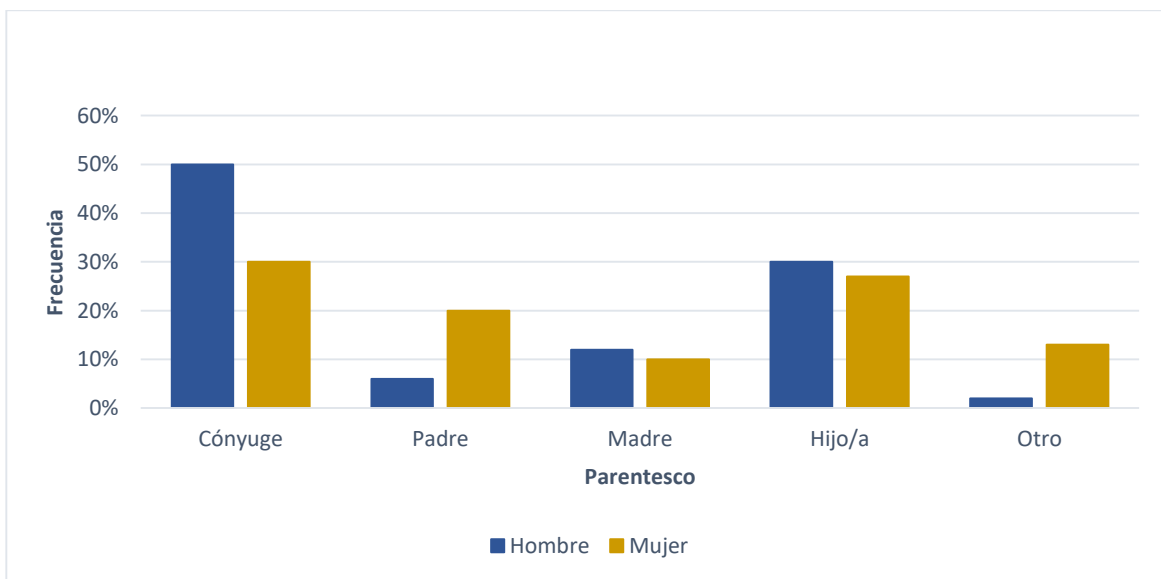
Tabla 4. Frecuencia de acuerdo al parentesco con el fallecido respecto al sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

PARENTESCO	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Cónyuge	26	50%	26	30%	52	38%
Padre	3	6%	17	20%	20	14%
Madre	6	12%	9	10%	15	11%
Hijo/a	16	30%	23	27%	39	28%
Otro	1	2%	11	13%	12	9%
Total	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 12.363 p 0.015

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Grafico 4. Distribución de acuerdo al parentesco con el fallecido respecto al sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Referente al domicilio en donde residía el fallecido, se identificó que prevaleció el vivir en la misma casa en un 59% (hombres n=29 / f56%; mujeres n=53% f62%) lo cual se considera un factor de riesgo. *Tabla y figura 5.*

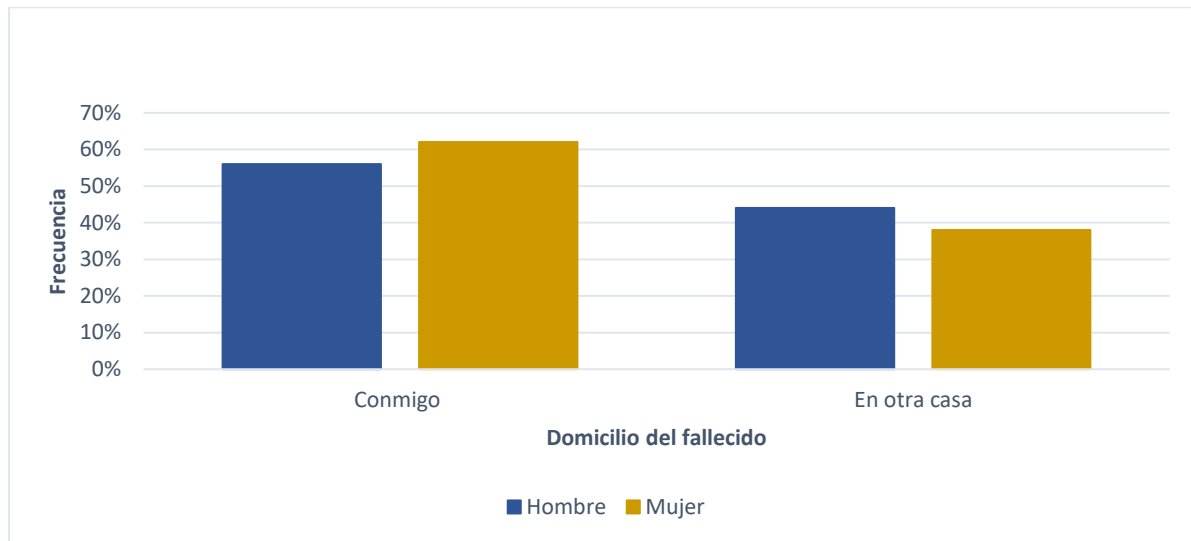
Tabla 5. Frecuencia de acuerdo al domicilio del fallecido respecto al sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

DOMICILIO DEL FALLECIDO	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Conmigo	29	56%	53	62%	82	59%
En otra casa	23	44%	33	38%	56	41%
Total	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 0.461 p 0.497

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Grafico 5. Distribución de acuerdo al domicilio del fallecido respecto al sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Referente a cómo se consideró la muerte de su familiar, prevaleció en un 97% (hombres n=51/f 98%; mujeres n=83/ f 97%) el referirse como muerte inesperada y/o súbita, considerado este, como uno de los principales elementos descrito como factor de riesgo dentro del escenario atípico de la pandemia. **Tabla y figura 6.**

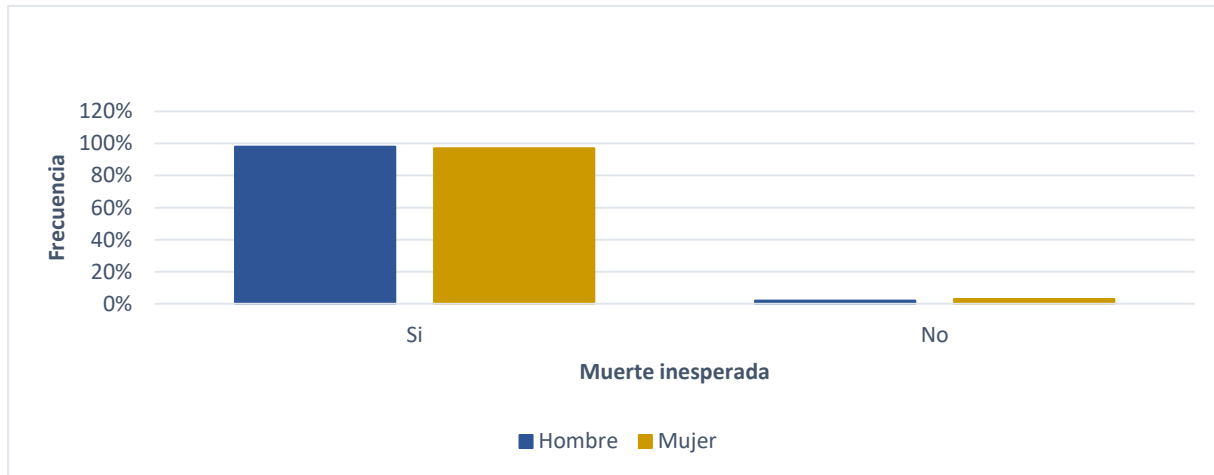
Tabla 6. Frecuencia de acuerdo a si se consideró como muerte inesperada respecto al sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

MUERTE INESPERADA	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Si	51	98%	83	97%	134	97%
No	1	2%	3	3%	4	3%
TOTAL	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 0.282 p 0.595

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Grafico 6. Distribución de acuerdo a si se consideró como muerte inesperada en relación con el sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Referente al tipo de relación que se tenía con el fallecido, se identificó que prevaleció en un 90% (hombres n=44/f 85%; mujeres=81/ f 94%) el tipo de relación estrecha y muy estrecha, lo que indica que el factor de riesgo considerado como una relación cercana estuvo presente en mayor frecuencia. **Tabla y figura 7.**

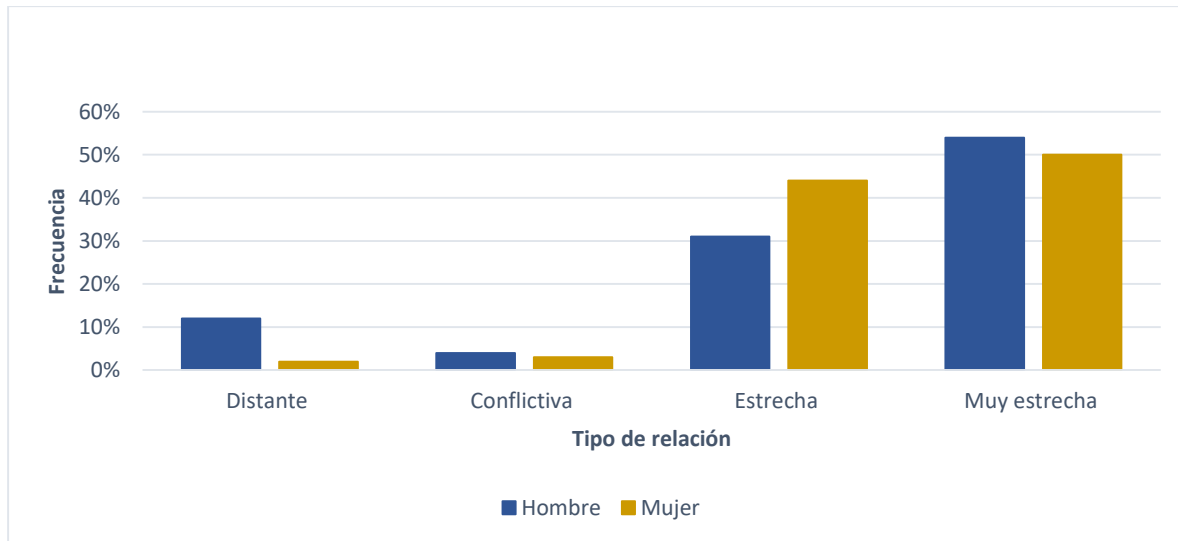
Tabla 7. Frecuencia de acuerdo al tipo de relación que se tenía con el fallecido y sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

RELACIONES INTERPERSONALES	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Distante	6	12%	2	2%	8	6%
Conflictiva	2	4%	3	3%	5	4%
Estrecha	16	31%	38	44%	54	39%
Muy estrecha	28	54%	43	50%	71	51%
TOTAL	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 6.340 p 0.096

Grafico 7. Frecuencia de acuerdo al tipo de relación que se mantenía con el fallecido y sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

En cuanto al lugar de defunción, se identificó que en su mayoría fallecieron en el hospital, (hombres n=44/f 85%; mujeres n=63/f73%, lo cual con base a literatura reciente tras la pandemia se considera como un factor de riesgo, que asociado a otras circunstancias aumentan la probabilidad de duelo prolongado. **Tabla y figura 8.**

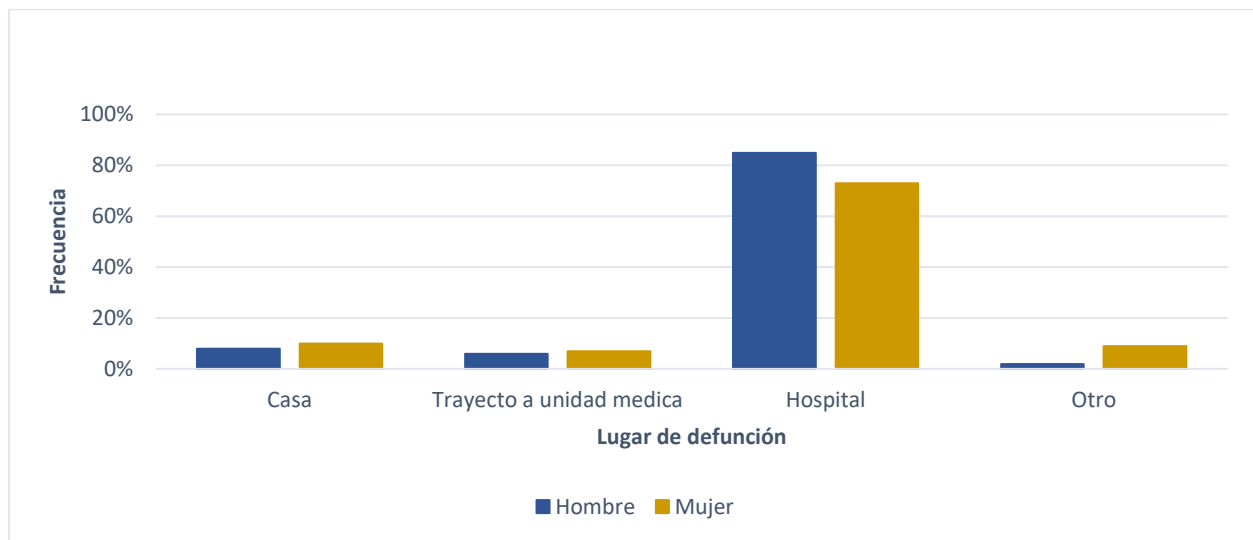
Tabla 8. Frecuencia de acuerdo al lugar de defunción respecto al sexo de acuerdo al total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Casa	4	8%	9	10%	13	9%
Trayecto a unidad medica	3	6%	6	7%	9	7%
Hospital	44	85%	63	73%	107	78%
Otro	1	2%	8	9%	9	7%
TOTAL	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 3.582 p 0.310

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Tabla 8. Distribución de acuerdo al lugar de defunción respecto al sexo de acuerdo al total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Referente al nivel de información que se brindaba a los familiares respecto al estado de salud de su familiar, se identificó que el 31% de los encuestados (hombres n= 20/ f 38%; mujeres n=23/ f 27%) refirió nunca o pocas veces el haber recibido informes, lo cual se considera como un factor de riesgo, que en este contexto permite identificar que en su mayoría se logró establecer una línea de comunicación entre personal de salud-familiar. *Tabla y figura 9.*

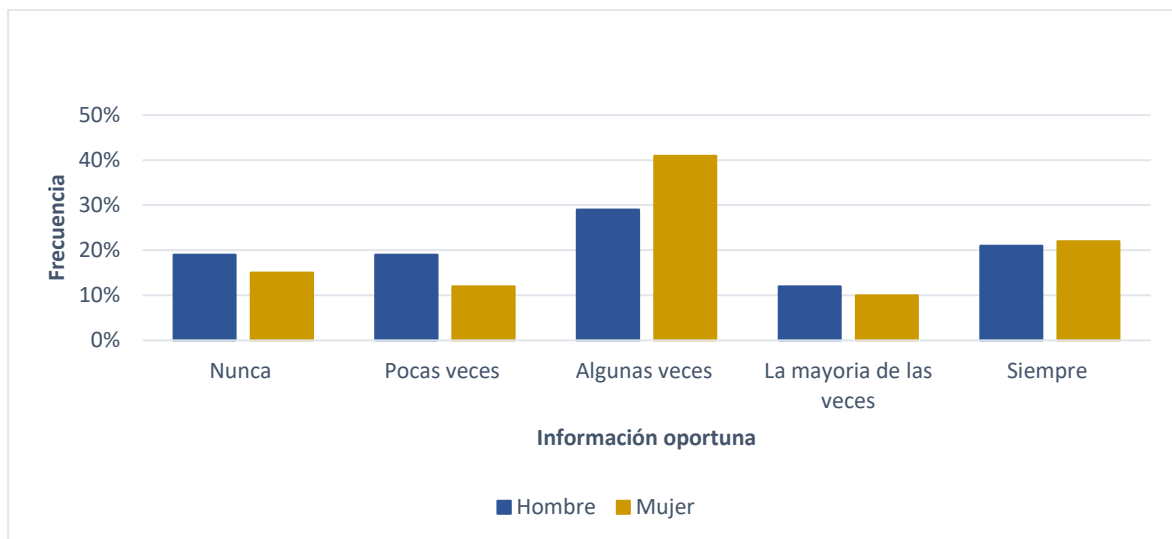
Tabla 9. Frecuencia de acuerdo al nivel de información que recibían los familiares del fallecido y sexo de acuerdo al total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

INFORMACION OPORTUNA	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Nunca	10	19%	13	15%	23	17%
Pocas veces	10	19%	10	12%	20	14%
Algunas veces	15	29%	35	41%	50	36%
La mayoría de las veces	6	12%	9	10%	15	11%
Siempre	11	21%	19	22%	30	22%
TOTAL	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 2.925 p 0.570

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Grafico 9. Frecuencia de acuerdo al nivel de información que recibían los familiares del fallecido y sexo de acuerdo al total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

De acuerdo al tipo de ocupación que tenía el fallecido, se refirió en un 57% que el fallecido se encontraba empleado (hombres n=29/ f 56%; mujeres n=50/ f 58%) considerado dentro de la bibliografía como factor de riesgo por dependencia económica del resto de los integrantes de la familia y que tras la pérdida puede generar problemas económicos. *Tabla y figura 10.*

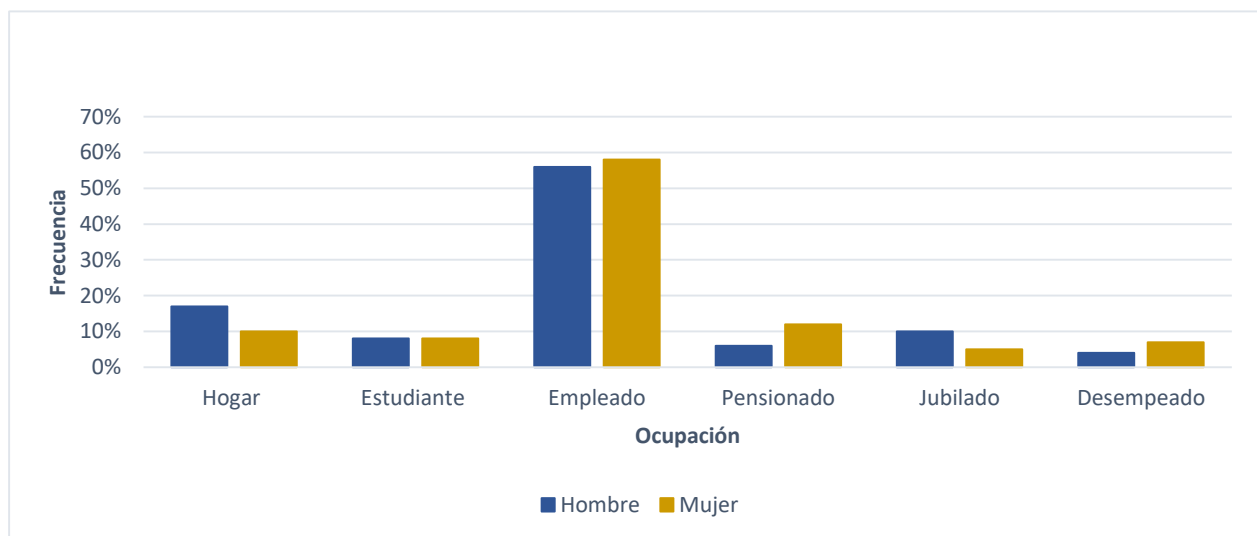
Tabla 10. Frecuencia por ocupación del fallecido respecto sexo de acuerdo al total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

OCUPACION	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Hogar	9	17%	9	10%	18	13%
Estudiante	4	8%	7	8%	11	8%
Empleado	29	56%	50	58%	79	57%
Pensionado	3	6%	10	12%	13	9%
Jubilado	5	10%	4	5%	9	7%
Desempleado	2	4%	6	7%	8	6%
Total	52	100%	86	100%	138	100%

χ^2 valor 4.156 p 0.527

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Grafico 10. Distribución de la ocupación del fallecido respecto al sexo de acuerdo al total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Referente a la posibilidad de la despedida, se identificó que prevaleció como respuesta el no haberse despedido, (mujeres n=70/ f81%; hombres n=45/ f87%) lo cual dentro del contexto de la pandemia se considera como un factor de riesgo que incremento considerablemente. **Tabla y figura 11.**

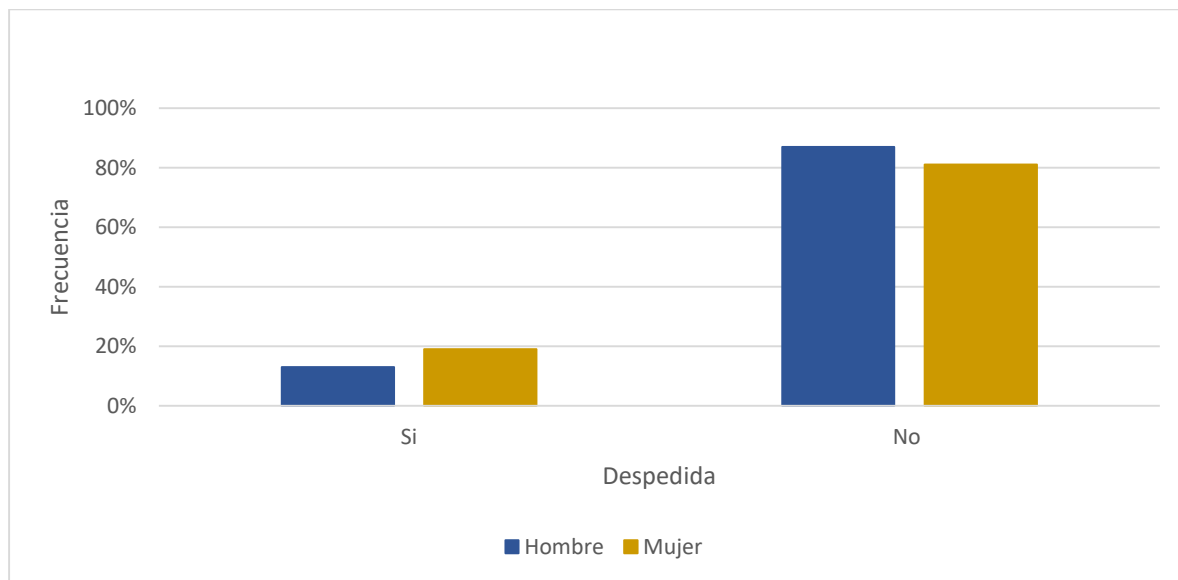
Tabla 11. Frecuencia de despedida respecto al sexo de acuerdo al total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

SEXO						
DESPEDIDA	Hombre		Mujer		Total	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Si	7	13%	16	19%	23	17%
No	45	87%	70	81%	115	83%
TOTAL	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 0.617 p 0.432

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33

Grafico 11. Distribución de despedida respecto al sexo de acuerdo al total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33

Respecto a si se efectuó un funeral como parte del ritual de despedida, se refirió en un 81% (hombres n=43/f 83%; mujeres n=69/ f 80%) que no sé realizo, lo cual se considera como un factor de riesgo que limita la posibilidad de llevar un adecuado proceso de duelo, y que surge de la necesidad de implementar medidas que limitaran el contagio durante la pandemia. **Tabla y figura 12.**

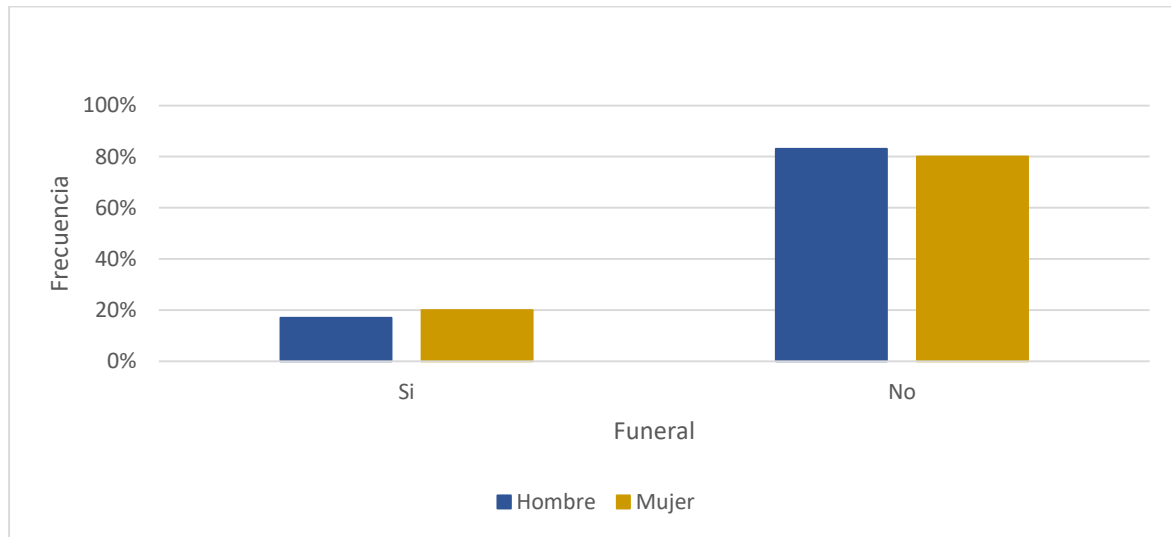
Tabla 12. Frecuencia de funeral respecto al sexo, del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

FUNERAL	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Si	9	17%	17	20%	26	19%
No	43	83%	69	80%	112	81%
TOTAL	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 0.128 p 0.720

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Grafico 12. Distribución respecto a funeral por sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33

En cuanto al antecedente de duelos, se identifica que el 49% de los encuestados refirió no contar con el antecedente (hombre n=27/ f52%; mujeres n=41/ f 47%), que de acuerdo a la literatura se considera como un factor de riesgo para duelo prolongado, pues son personas que no han generado habilidades de afrontamiento ante pérdidas significativas. **Tabla y figura 13.**

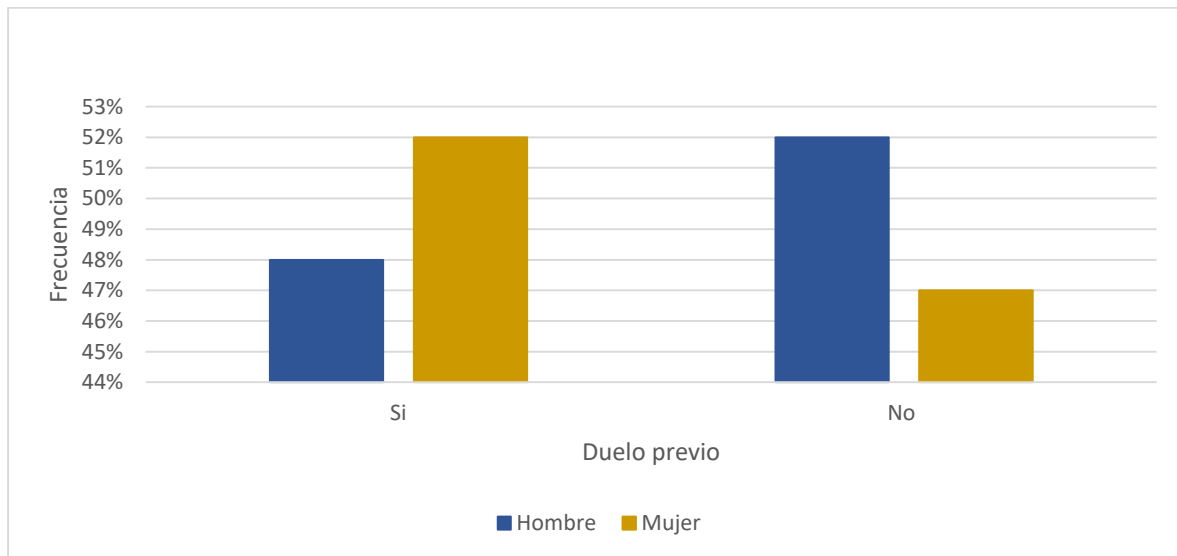
Tabla 13. Frecuencia por duelo previo respecto al sexo de acuerdo al total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

DUELOS PREVIOS	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Si	25	48%	45	52%	70	51%
No	27	52%	41	47%	68	49%
TOTAL	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 0.234 p 0.629

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33

Grafico 13. Distribución por antecedente de duelo respecto al sexo de acuerdo al total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Referente a si se contó con una red de apoyo, es decir alguien en quien confiar o con quien poder hablar sobre su familiar fallecido, se refirió en un 47% (hombres n=26/ f 50%; mujeres n= 40/ f 43%) contar con dicho apoyo en *pocas veces y/o algunas veces*, lo cual dentro del contexto de factores de riesgo referentes a las características del doliente posee gran repercusión en el desarrollo de un duelo patológico. *Tabla y figura 14.*

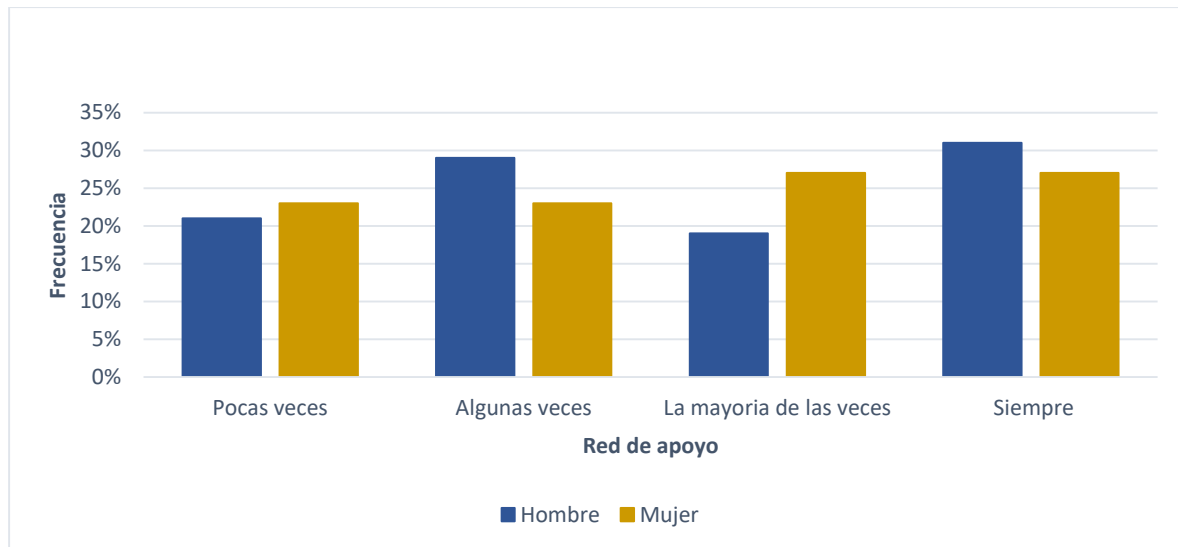
Tabla 14. Frecuencia por red de apoyo respecto al sexo durante el duelo en el total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

RED DE APOYO	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Pocas veces	11	21%	20	23%	31	22%
Algunas veces	15	29%	20	23%	35	25%
La mayoría de las veces	10	19%	23	27%	33	24%
Siempre	16	31%	23	27%	39	28%
TOTAL	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 1.414 p 0.702

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33

Grafico 14. Distribución por red de apoyo respecto al sexo durante el duelo en el total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33

Respecto a si se contó con una red de apoyo capaz de brindar amor y afecto durante el proceso de duelo, se refirió en un 46% (hombres n=23/ f 44%; mujeres n=40/ f 46%) contar con dicha red de apoyo en *pocas y/o algunas veces*, lo que se considera como factor de riesgo pues implica limitación en el contexto de apoyo emocional. **Tabla y figura 15.**

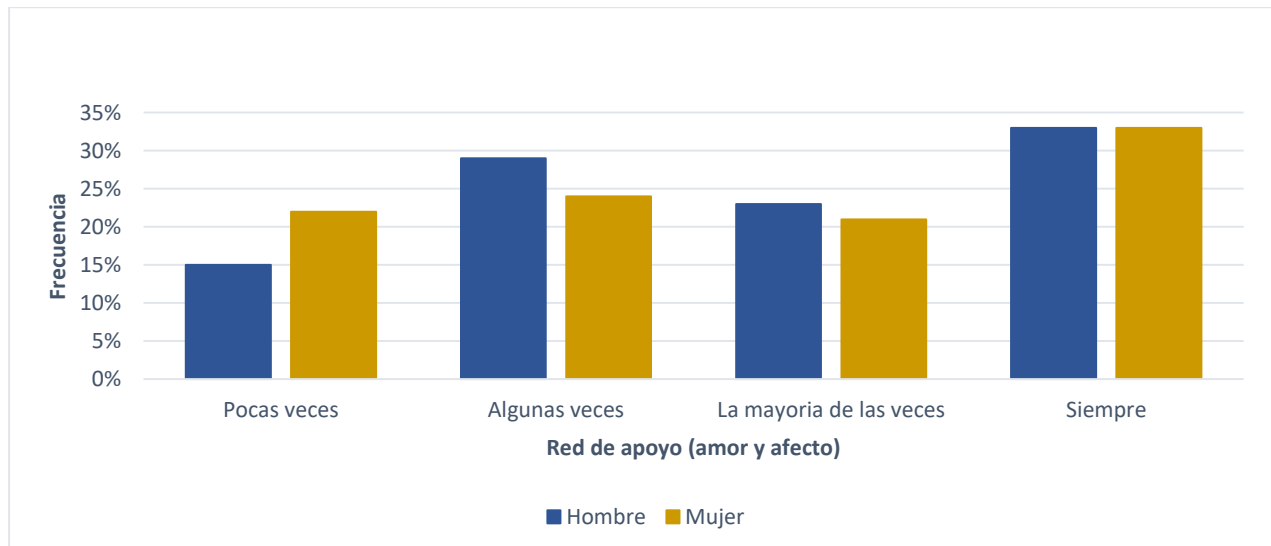
Tabla 15. Frecuencia por red de apoyo (amor y afecto) respecto a sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

APOYO (AMOR Y AFECTO)	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Pocas veces	8	15%	19	22%	27	20%
Algunas veces	15	29%	21	24%	36	26%
La mayoría de las veces	12	23%	18	21%	30	22%
Siempre	17	33%	28	33%	45	33%
TOTAL	52	100%	86	100%	138	100%

X^2 valor 1.058 p 0.787

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Grafico 15. Distribución referente a red de apoyo (amor y afecto) respecto al sexo del total de encuestados para identificar los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.



Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Respecto a las variables consideradas dentro del estudio como principales factores de riesgo para trastorno de duelo prolongado en familiares fallecidos por COVID, se realizó una comparación entre sexo y cada uno de estos factores, sin observarse diferencias significativas ($p > 0.05$), salvo en dos variables. Siendo identificado que las mujeres tienen dos veces mayor probabilidad de presentar el antecedente de ansiedad o depresión como factor de riesgo dentro del contexto de comorbilidades relacionado con las características del doliente ($p 0.032/ OR 2.265$); así mismo, se identificó que en los hombres existe 0.3 veces mayor probabilidad de que se tratase del fallecimiento de un cónyuge y/o hijo (a) ($p 0.004/ R 0.315$) **Tabla 16**.

Tabla 16. Factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Variable	SEXO				P*	Ods ratio	IC (95%)
	Hombre		Mujer				
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje			
Edad 18 a 29 años	17	33%	33	38%	0.5012	1.281	0.621-2.641
Religión Ninguna	14	27%	14	16%	0.1319	0.527	0.228-1.220
Ansiedad y depresión	13	25%	37	43%	0.032	2.265	1.060-4.839
Parentesco Cónyuge e hijo/a	42	80%	49	57%	0.004	0.315	0.140-0.709
Domicilio Misma casa	29	56%	53	62%	0.461	1.273	0.633-2.551
Muerte inesperada Si	51	98%	83	97%	0.282	0.542	0.054-5.356
Relaciones interpersonales Estrecha y muy estrecha	44	85%	81	94%	0.062	2.945	0.908-9.548
Lugar de defunción Hospital	44	85%	63	73%	0.121	0.498	0.208-1.215
Información oportuna Nunca y pocas veces	20	38%	23	27%	0.149	0.584	0.280-1.218
Ocupación Empleado	29	56%	50	58%	0.785	1.101	0.549-2.207
Despedida No	45	87%	70	81%	0.432	0.680	0.259-1.784
Funeral No	43	83%	69	80%	0.720	0.849	0.347-2.075
Duelo previo Si	25	48%	45	52%	0.628	1.185	0.595-2.361
Red de apoyo (confianza) Pocas veces y algunas veces	26	50%	40	46%	0.691	0.869	0.436-1.732
Red de apoyo (amor y afecto) Pocas veces y algunas veces	23	44%	40	46%	0.794	1.096	0.548-2.190

*cálculo realizado con la prueba estadística χ^2

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33

Dentro de los factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19, prevalecieron con mayor frecuencia factores relacionados con las características y naturaleza de la pérdida, siendo así que el 97% refirió considerarlo una muerte inesperada, 83% no efectuó un funeral, y el 78% de las defunciones ocurrió en el hospital; dentro de las variables con menor frecuencia se observó que el 20% refirió no profesar alguna religión, el 31% no recibió información de manera oportuna y el 36% cuenta con el antecedente de enfermedad del estado de ánimo.

Tabla 17. Factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado por orden de frecuencia en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

Variable	Total	Porcentaje
Muerte inesperada del familiar	134	97%
Haber tenido una relación estrecha y muy estrecha con el fallecido	125	91%
No se realizó despedida	115	83%
No se efectuó funeral	112	81%
Hospital como sitio de defunción	107	78%
Fallecimiento de un cónyuge o hijo (a)	91	66%
Vivir en el mismo domicilio	82	59%
Ser empleado previo al fallecimiento	79	57%
Antecedente de duelo previo	70	51%
Contar solo pocas o algunas veces con una red de apoyo que proporcione confianza	66	48%
Contar solo pocas o algunas veces con una red de apoyo que muestre amor y afecto	63	46%
Pertenecer a un grupo de edad entre 18 a 29 años	50	36%
Contar con el antecedente de ansiedad y depresión	50	36%
Contar con información oportuna en pocas veces o nunca	43	31%
No pertenecer a una religión	28	20%

Fuente: cuestionario factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33

DISCUSION

En la presente investigación se identificaron los principales factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

El principal factor identificado fue la muerte inesperada en un 97%, lo cual difiere a lo reportado por Masferrer et al. (2017), quien lo coloca como el cuarto factor de riesgo asociado a duelo prolongado en un 16%. Dicho factor de riesgo se relaciona con la característica y naturaleza de la pérdida, que se vio influenciado por el tiempo de evolución de la enfermedad y el deceso. Ante esta situación se sugiere implementar adiestramiento al personal de salud para propiciar en los familiares el inicio del proceso de duelo anticipado.

Como segundo factor de riesgo identificado con mayor prevalencia se encuentra el tipo de relación, que en un 91% corresponde a una relación estrecha y muy estrecha. Lo previamente mencionado concuerda con lo reportado por Camacho (2013), quien indico que el 85% había mantenido una relación muy cercana con su ser querido fallecido. Se reconoce que dentro de los factores que afectan la evolución adecuada del proceso de duelo y que constituyen un riesgo de complicación se encuentra la relación afectiva con el fallecido lo cual condiciona una mayor intensidad de sufrimiento experimentado por el doliente.

Dentro de los factores relacionados con las características y naturaleza de la pérdida, se identificó que el 83% refirió no tener la oportunidad de despedirse de su familiar, y el 81% no efectuó un funeral, lo cual difiere a lo reportado por Delgado et al. (2022) quien menciona que el 87% acudió a un ritual funerario. Si bien, derivado de la normativa se señaló que para limitar el riesgo de contagio debería evitarse el ritual funerario, dicha decisión se vio influenciada por las normas sociales de cada comunidad, lo cual influye en el proceso de aceptación de la pérdida, permitiendo que los sentimientos de culpa o desesperanza se presenten con mayor intensidad. Como parte del proceso de aceptación de la realidad e inicio del proceso de duelo, se propone orientar a los familiares sobre nuevas técnicas para un ritual de despedida, como lo son escritos que permitan la expresión de sus sentimientos, así como el narrar recuerdos que aporten significado a su vida personal y familiar.

Por otro lado, se identificó que el 78% de las muertes se dieron dentro de una unidad hospitalaria, según lo referido por los encuestados, lo cual difiere a lo reportado por Delgado et al (2022) quien indico que el lugar de fallecimiento predominante fue el domicilio en un 75.3%, seguido del hospital en 17.9%. Cabe mencionar que esta circunstancia relacionada dentro de las

características y naturaleza de la pérdida, que, en unión con los factores como falta de despedida y funeral, aumentan el riesgo de trastorno por duelo prolongado.

Así mismo, se refirió en un 66% que el tipo de parentesco que se mantenía con el fallecido fue tratarse de un cónyuge o hijo (a), dicho resultado concuerda con lo mencionado por Bermejo et al (2012) quien refiere que el 68.2% se asocia a la muerte del cónyuge o hijo. De acuerdo a lo referido por la bibliografía se afirma que los cónyuges o los padres son más susceptibles de presentar niveles de duelo complicado a lo largo del tiempo frente a la pérdida de otros familiares.

CONCLUSIONES

En la presente investigación, se observó que, dentro de los factores relacionados con las características y naturaleza de la pérdida, un 97% de las defunciones se consideró como inesperadas, el 83% se refirió no haber tenido la oportunidad de despedirse y el 81% no efectuó un ritual funerario, siendo referido que la mayor parte de las defunciones se presentó en una unidad hospitalaria en un 78%. Referente a los factores asociados a las relaciones interpersonales se identificó que un 91% menciona tener una relación estrecha y muy estrecha con el fallecido; dentro de los factores para identificar las características del fallecido con mayor prevalencia se refirió en un 66% que se trató de un cónyuge o hijo(a). Al comparar las diferencias entre factores de riesgo entre hombres y mujeres, no se observaron diferencias significativas, salvo en ser mujer y la presencia de ansiedad y depresión (p 0.032/ OR 2.265); y entre ser hombre y tratarse de un cónyuge y/o hijo (a) (p 0.004/ R 0.315).

Dichos resultados nos permiten resaltar que, en lo referente a los antecedentes previamente conocidos como factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado, existe un aumento en la prevalencia referente a características y naturaleza de la muerte derivadas de la modificación en los protocolos sanitarios, con la aplicación de normativas cuya finalidad era limitar el nivel de contagio y con ello la tasa de mortalidad, lo cual lleva a una preocupación sobre la transformación del duelo en un trastorno por duelo prolongado.

Cabe señalar que los resultados de la presente investigación nos permiten reconocer los principales factores de riesgo para duelo prolongado, que nos permitirán identificar a los grupos susceptibles, lo cual da pie a generar nuevas líneas de investigación encaminadas a conocer el impacto de las complicaciones derivadas del duelo prolongado tienen en el estado de salud de nuestra población.

Por otra parte, se propone establecer técnicas de acompañamiento a estos grupos, que, mediante estudios de tipo cuasi experimental, permitirán medir el impacto y eficacia de los mismos en la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mínguez J, Ruiz M. Atención al duelo. AMF. 2015; 11 (5): 300-303.
2. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [01 de julio de 2021].
3. Oviedo S, Parra F. La muerte y el duelo. Enf. Glob. 2009;1(15): 1-7.
4. Torres D. Ritos de paso: Ritos funerarios (La búsqueda de la vida eterna). Rev. Cent. Inv. Edu. 2006; 27(1):394-363.
5. Sarmiento F. Changing landscapes of death and burial practices: public health response in time of COVID-19 pandemic. Journal of Public Health.2020; 43(2): c267-c268.
6. Pascual A, Santamaría J. Proceso de duelo en familiares y cuidadores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(s2):48-54.
7. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. LANCET. 2007; 370 (9603):1960-1973.
8. Kaplan HL, Sadock BJ. Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica 8th Madrid: Ed. Médica Panamericana. Williams & Wilkins, 1999; 78-83.
9. Worden J. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia [internet]. Barcelona: Paidós; 2012 [30 de agosto de 2021] Disponible en: https://www.funeralnatural.net/sites/default/files/libro/fichero/williamworden_duelo.pdf
10. Sánchez T. Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. Studia Zamorensia. 2020; 19; 43-65.
11. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5º ed. Arlington: Editorial Panamericana; 2014.
12. Herramienta de codificación de la CIE-11 [INTERNET] 2021 (consultado 07 Ago 2021) Disponible en: <http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
13. Selman E, Chao D, Sowden R, Marshall S, Chamberlain C, Koffman J, Bereavement support on the frontline of COVID-19: Recommendations for hospital clinicians. J Pain Symptom Manage. 2020; 60 (1): e81-e86.
14. Goveas J, Shear M, Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. Rev Geriatr Psy. 2020; 28 (10): 1119-1125.

15. Suárez V, Suárez M, Ronquillo E. Epidemiología de COVID-19 en México: 27 de febrero al 30 de abril de 2020. Rev Clin Esp [Internet] 2020 [Jun 2021]; 2020 (8):463-471. Disponible en: 10.1016/j.rce.2020.05.007
16. Datos abiertos dirección general de epidemiología [Internet]. Gob.mx [citado 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>
17. Prevención y control de infecciones para el manejo seguro de un cadáver en el contexto de COVID-19: orientación provisional [Internet]. Quién.int. [citado el 26 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/infection-prevention-and-control-for-the-safe-management-of-a-dead-body-in-the-context-of-covid-19-guía-interina>
18. Secretaria de salud. Lineamientos de manejo general y masivo de cadáveres por COVID-19 (SARS-COV2) en México. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Guia_Manejo_Cadaveres_COVID-19_21042020.pdf
19. Flores F. Espacialidad y religiosidad en tiempos de COVID-19: apuntes preliminares desde la geografía de las religiones. Espacio y cultura. 2020. 1(47): 37-54.
20. Lara L, Castellanos V. Right to say goodbye, death in loneliness and chronic grief in the COVID-19 pandemic. UNAD. 2020; 14 (2): 1-11.
21. Lacasta M, Lacasta M, Torrijos MT, López Y, Carracedo D, Pérez T, et al. Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. Med Paliat. 2020; 27(3):201-208
22. Farinha S, Reis P. COVID-19: From grief and mourning to prolonged grief disorder. Acta Med Port. 2020;33 (10): 703-712
23. De Psicología C. Duelo ante el impacto del COVID-19: Como sobrellevarlo [internet] org.mx [citado 15 de agosto de 2021] Disponible en: <http://www.cij.org.mx/Duelo>.
24. Araujo M, García S, García E. Approaching grief and death in family members of patients with COVID-19: Narrative review. Enferm Clin. 2021;31 (1): S112-S116.
25. Galea S, Merchant R, Lurie N. Las consecuencias para la salud mental de COVID-19 y el distanciamiento físico: la necesidad de prevención e intervención temprana. JAMA. 2020; 180 (6): 817-818.
26. Manejo del duelo en Atención Primaria. Conceptos básicos [Internet]. Elsevier.es. [citado el 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13066277>
27. Mora E. Los duelos del COVID-19: Acompañamiento pastoral de la tecnología práctica. Tec. Prac. Lat. 2021; 1 (8): 61-80.
28. Simon N, Saxe G, Marcar C. Mental health disorders related to COVID-19 related deaths. JAMA. 2020; 324 (15): 1493-1494.

29. Lacasta M, Aguirre A. Guía para familiares en duelo. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [Internet]. 2020. [consultado 13 jul 2021]. Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc_guia_para_familiares_en_duelo.pdf.
30. Diolaiuti F, Marazziti D, Beatino M, Mucci F, Pozza A. Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry research*, 2021; 300(1): 113.
31. Larrotta C, Méndez A, Mora C, Córdoba M, Duque J. Perdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Salud UIS*. 2020; 52 (2): 179-180.
32. Boelen P, Lenferink L, Nickerson A, Smid G. Evaluation of the factor structure, prevalence and validity of disturbed grief in DSM-5 and ICD-11. *Journal of affective disorders*. 2018; 240(1): 79-87.
33. Barreto M, Yi P, Soler, C. Predictores de duelo complicado. *Rev Psic*. 2008; 5: 383-400.
34. Lobb E, Kristjanson L, Aoun S, Monterosso L, Halkett G, Davies A. Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death studies*. 2010; 34(8): 673–698.

ANEXOS

ANEXO 1.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNO POR DUELO PROLONGADO EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19 DE LA UMF 33.
Lugar y fecha:	Azcapotzalco, Ciudad de México, UMF No. 33 El Rosario.
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Lo (a) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo identificar los factores de riesgo relacionados a cursar con el trastorno por duelo prolongado, con el objetivo de generar estrategias encaminadas a restaurar los procesos de apoyo social y comunitario habituales para los afligidos, así como, establecer protocolos de detección y atención generalizados en la atención primaria
Procedimientos:	Si decide aceptar participar en este estudio, firmara un consentimiento informado en el cual usted aceptara contestar un cuestionario que consta de 16 preguntas. El cuestionario contiene información relacionada con su experiencia ante la pérdida de un familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de un estudio clínico con riesgo mínimo, sin embargo, existe la posibilidad de que algunas de las preguntas puedan generarle incomodidad. Otra posible molestia se relaciona con el tiempo que usted dedicara al responder el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por la participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. Un posible beneficio que usted obtendrá es que al término de su participación, se le proporcionará información amplia, clara y precisa sobre afrontamiento frente al duelo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	si durante la realización del estudio hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, puede modificar su opinión respecto a su participación.
Participación o retiro:	su participación en este estudio es voluntaria, si usted decide no participar, continuará recibiendo atención médica brindada por el IMSS, no se verá afectado su derecho a recibir los servicios de salud y otros beneficios que recibe del IMSS. Si en un principio desea participar en el estudio y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pueda identificarle (nombre, firma) será resguardada de manera confidencial y por separado de las respuestas de los cuestionarios para garantizar su privacidad por la doctora Diana Cervantes Trejo, responsable de la investigación. Para proteger su identidad, se le asignará un número que se utilizará para identificar sus datos, el cual se usará en lugar de su nombre en nuestra base de datos. La publicación de los resultados se realizará respetando su anonimato.

1.

2. Declaración de consentimiento:

3. Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio.

4.

5. En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Diana Cervantes Trejo Médica Familiar y Profesora adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Colaboradores: Dra. de la Cruz Garcia Stephany Nadxielli Matricula 97351697
Residente de primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar.
Teléfono: 5568532867

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720.
Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA D.F NORTE.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”
COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.

Cuestionario: FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNO POR DUELO PROLONGADO EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19 DE LA UMF 33

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario que tiene como objetivo identificar factores de riesgo para trastorno por duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 de la UMF 33.

La información que usted nos proporcione será estrictamente CONFIDENCIAL. Agradezco la atención y tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas con respecto a su situación actual

1. **¿Cuál es su sexo?**
 - a. Hombre
 - b. Mujer
2. **¿Qué edad tiene?**
 - a. 18-29 años
 - b. 30-39 años
 - c. 40-49 años
 - d. 50-59 años
 - e. 60 años
3. **¿Cuál es su religión?**
 - a. Católica
 - b. Cristiana
 - c. Protestante
 - d. Mormona
 - e. Testigo de jehová
 - f. Otra _____
 - g. Ninguna
4. **¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?**
 - a. Depresión
 - b. Ansiedad
 - c. Ninguna
5. **Durante la pandemia por COVID-19, ¿Falleció algún miembro de su familia?**
 - a. Si
 - b. No
6. **¿Cuál era el parentesco que tenía con el fallecido/a?**
 - a. Cónyuge
 - b. Padre
 - c. Madre
 - d. Hijo/a
 - e. Otro
7. **¿Dónde vivía su familiar?**
 - a. Conmigo
 - b. En otra casa
8. **¿Considera la muerte de su familiar como repentina o inesperada?**
 - a. Si
 - b. No

9. **¿Cómo era la relación que mantenía con su familiar fallecido?**
- Casi no nos veíamos/hablábamos
 - Peleábamos constantemente
 - Éramos muy cercanos
 - Nos llevábamos bien
10. **¿Dónde falleció su familiar?**
- En mi casa
 - En el trayecto a la unidad médica (clínica/hospital)
 - En el hospital
 - Otro _____
11. **Cuando su familiar estaba enfermo ¿Algún médico o enfermera le brindaba información y le ayudaba a entender lo que estaba pasando?**
- Nunca
 - Pocas veces
 - Algunas veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
12. **¿Cuál era la ocupación de la persona fallecida?**
- Hogar
 - Estudiante
 - Empleado
 - Pensionado
 - Jubilado
 - Desempleado
 - Otros
13. **¿Tuvo oportunidad de despedirse de su familiar?**
- Si
 - No
14. **¿Se efectuó un funeral (o similar) para el familiar fallecido?**
- Si
 - No
15. **Antes de la pérdida de su familiar fallecido, ¿Había experimentado la pérdida de otro ser querido?**
- Si
 - No
16. **¿Cuenta con alguien en quien pueda confiar o con quien hablar acerca de su familiar fallecido?**
- Nunca
 - Pocas veces
 - Algunas veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
17. **¿Cuenta con alguien que le muestre amor y afecto?**
- Nunca
 - Pocas veces
 - Algunas veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre