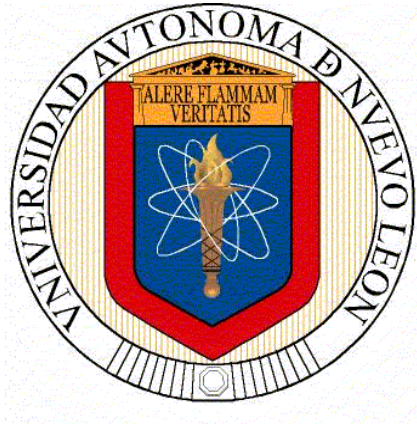


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**FACTORES PSICOLÓGICOS EN RELACIÓN CON
DUELO COMPLICADO TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19**

**PRESENTADA POR
WALTER DANIEL GARCÍA CANTÚ**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

JULIO 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD



FACTORES PSICOLÓGICOS EN RELACIÓN CON DUELO COMPLICADO
TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19

TESIS QUE COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS

PRESENTA
LIC. WALTER DANIEL GARCÍA CANTÚ

DIRECTORA DE TESIS
DRA. CECILIA MEZA PEÑA

MONTERREY, N.L. MÉXICO, JULIO DE 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGIA DE LA
SALUD

La tesis titulada “FACTORES PSICOLÓGICOS EN RELACIÓN CON DUELO COMPLICADO” que presenta Walter Daniel García Cantú ha sido aprobada por el Comité de Tesis.

Dra. Cecilia Meza Peña
Directora de Tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de Tesis

Dra. Edith Gerardina Pompa Guajardo
Revisora de Tesis

Monterrey, Nuevo León, México, julio de 2024

DEDICATORIA

A mis padres: Idalia Cantú Alanis y Francisco García Rodríguez, por brindar el ambiente facilitador que me ha permitido aprender a jugar con las ideas, así como por estar presentes y ser un sostén constante en los cambios de rumbo que mi vida ha dado. Gracias por permitirme perder sin perderme.

A quienes fueron atravesados por el dolor de la pérdida durante la pandemia de COVID-19, sin importar cuál sea esta, y que insisten en apostar por la vida, con todo y sus pesares. Gracias por compartir su vivencia.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la inversión económica dedicada a contribuir en mi formación académica y profesional, de la cual deriva esta tesis, y sin la cual me habría sido imposible realizar mis estudios de posgrado.

A mis padres y a mi hermano, por el apoyo incondicional y por acompañarme en todas las etapas de mi vida.

A la Dra. Cecilia Meza Peña, por aceptar guiarme en la construcción de este proyecto. Sus correcciones y direcciones fueron invaluable para arribar a buen puerto.

A la Dra. Edith Pompa Guajardo, por haber incitado en mí la inquietud de la investigación en psicología desde que fui estudiante de licenciatura.

A Mariana Moreno, Kenia Barrera y Samuel Suro, por el compañerismo durante la maestría, pero sobre todo, por su amistad más allá del espacio del aula.

A quienes cuyo apoyo y presencia constante me ayudaron no sólo a sacar adelante este proyecto, sino a disfrutar del trayecto, en especial: a Juany, Stephanía, Ricardo, Ángel y Rocío; a Gaby, David, Kamila, Mauricio, Erik y Gustavo, por mantenerme freudiano; y a Anita, Karla y Lore, por estar en la recta final.

Finalmente, gracias a las personas a quienes escucho en consulta, pues supieron tolerar cambios de horario sin saber el motivo: es este.

Aunque sabemos que después de una pérdida así el estado agudo de pena va aminorándose gradualmente, también nos damos cuenta de que continuaremos inconsolables y que nunca encontraremos con qué rellenar adecuadamente el hueco, pues aun en el caso de que llegara a cubrirse totalmente, se habría convertido en algo distinto. Así debe ser. Es el único modo de perpetuar los amores a los que no deseamos renunciar.

— **Sigmund Freud, carta a Ludwig Binswanger del 12 de abril de 1929.**

Tan la quiso, que se pasó el resto de sus años aplastado en un equipal, mirando el camino por donde se la habían llevado al camposanto. Le perdió interés a todo. Desalojó sus tierras y mandó quemar los enseres. Unos dicen que porque ya estaba cansado, otros que porque le agarró la desilusión; lo cierto es que echó fuera a la gente y se sentó en su equipal, cara al camino.

— **Juan Rulfo, *Pedro Páramo*.**

*All that is now, all that is gone, all that's to come
And everything under the Sun is in tune
But the Sun is eclipsed by the Moon.*

— **Pink Floyd, "Eclipse".**

RESUMEN

El presente estudio se propuso identificar las relaciones existentes entre la presencia de duelo complicado y variables psicológicas: estilo de apego, resiliencia, alexitimia y estrategias de afrontamiento, así como con variables sociodemográficas, en personas que experimentaron la pérdida de seres queridos entre abril de 2020 y abril de 2022. Este fue un estudio no experimental, transversal y exploratorio; la muestra se compuso por 516 personas mexicanas mayores de 18 años que reportaron haber perdido al menos un ser querido en el periodo señalado, y que respondieron los instrumentos de evaluación: un cuestionario sociodemográfico construido para este estudio, el Cuestionario de Apego Adulto, Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Reactivos, Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, Escala de Resiliencia Mexicana, e Inventario de Duelo Complicado. Los resultados indican que la presencia de duelo complicado se asocia principalmente con ser mujer, una mayor dependencia hacia el ser querido fallecido, estilo de apego inseguro, el uso de la autocrítica y el pensamiento desiderativo como estrategias de afrontamiento, un puntaje mayor de alexitimia y un puntaje menor de resiliencia. Por otro lado, se encontró que las variables “grado de dependencia respecto al ser querido”, “grado de malestar al momento del fallecimiento”, “Importancia de realizar un ritual funerario”, Alexitimia, Autocrítica, Pensamiento desiderativo y Resolución hostil de conflictos explican el 59% de la varianza del puntaje de duelo complicado.

Palabras clave: duelo complicado, estilo de apego, afrontamiento, alexitimia, COVID-19.

ABSTRACT

This study aimed at identifying the existing relations between the presence of Complicated Grief and different psychological variables: attachment style, resilience, alexithymia, and coping strategies, as well as socio-demographical variables, in persons who experienced the loss of a loved one between April 2020 and April 2022. This was a non-experimental, transversal and exploratory study; the sample was formed by 516 Mexican people over the age of 18 who reported having lost at least one emotionally close person in the aforementioned period, and who filled the research instruments: Adult Attachment Questionnaire, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Coping Strategies Inventory, Mexican Resilience Scale, and Complicated Grief Inventory. Results show that the presence of complicated grief is associated to being a woman, a greater emotional dependence on the deceased person, an insecure attachment style, the use of Self-criticism and Wishful thinking as coping strategies, a greater score in alexithymia, and a lower score in resilience. Furthermore, it was found that the variables “degree of dependence on the loved one”, “degree of malaise at the momento of death”, “importance of doing a funerary ritual”, Alexithymia, Self-criticism, Wishful thinking and Hostile solution of conflicts explain 59% of complicated grief’s variance.

Key words: complicated grief, attachment style, coping strategies, alexithymia, COVID-19.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| I. INTRODUCCIÓN | 13 |
| Definición del problema | 14 |
| Justificación de la investigación | 15 |
| Objetivos | 16 |
| Objetivos específicos | 16 |
| Hipótesis de investigación | 17 |
| Limitaciones y delimitaciones del estudio | 17 |
| II. MARCO TEÓRICO | 19 |
| Pandemia y psicología | 19 |
| La pandemia de COVID-19 | 20 |
| La pandemia de COVID-19 en México | 21 |
| Repercusiones de la pandemia de COVID-19 en México | 24 |
| Muerte | 27 |
| Muertes “buenas” y muertes “malas” | 28 |
| Morir durante la pandemia de COVID-19 | 29 |
| Rituales funerarios | 31 |
| Rituales funerarios en pandemia | 32 |
| Duelo | 33 |
| Duelo en psicología | 34 |
| Modelo de tareas del duelo de William Worden | 37 |
| Duelo complicado | 41 |
| Factores incidentes para duelo complicado | 41 |
| Duelo complicado en el modelo de tareas de Worden | 44 |
| Duelo complicado y la pandemia de COVID-19 | 45 |
| Apego | 47 |
| Estilos de apego | 49 |
| Apego y duelo complicado | 52 |

| | |
|---|----|
| Afrontamiento | 53 |
| Estrategias de afrontamiento | 54 |
| Afrontamiento y duelo complicado | 55 |
| Alexitimia | 56 |
| Componentes de la alexitimia | 57 |
| Alexitimia y duelo complicado | 58 |
| Resiliencia | 59 |
| Componentes de la resiliencia | 61 |
| Resiliencia y duelo complicado | 61 |
| Integración de las variables de estudio | 63 |
| Variables de estudio en relación con duelo complicado | 65 |
| Marco teórico en el contexto de la pandemia de COVID-19 | 66 |
| III. MÉTODO | 70 |
| Diseño | 70 |
| Participantes | 70 |
| Instrumentos | 70 |
| Inventario de duelo complicado | 70 |
| Cuestionario de apego adulto | 71 |
| Escala de resiliencia mexicana | 72 |
| Escala de alexitimia de Toronto de 20 reactivos | 73 |
| Inventario de estrategias de afrontamiento | 73 |
| Procedimiento | 74 |
| Análisis estadísticos | 75 |
| Aspectos éticos | 78 |
| IV. RESULTADOS | 80 |
| Características de la muestra | 80 |
| Estadísticos descriptivos de las variables experienciales | 84 |
| Confiabilidad de los instrumentos | 90 |
| Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas | 90 |
| Cuestionario de Apego Adulto | 92 |
| Inventario de Estrategias de Afrontamiento | 94 |

| | |
|--|-----|
| Inventario de Duelo Complicado | 96 |
| Diferencia para dos categorías de duelo | 97 |
| Diferencia para tres categorías de duelo | 99 |
| Diferencia de puntajes de duelo complicado | 100 |
| Análisis de correlación | 106 |
| Elaboración del modelo predictivo de duelo complicado | 107 |
| V. DISCUSIÓN | 106 |
| VI. CONCLUSIONES | 119 |
| V. REFERENCIAS | 121 |
| ANEXOS | 152 |
| Anexo 1. Texto de consentimiento informado | 152 |
| Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico y de experiencia de pérdida en pandemia | 154 |
| Anexo 3. Instrumentos de evaluación | 163 |
| Inventario de Duelo Complicado (IDC) | 163 |
| Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) | 165 |
| Escala de Alexitimia de Toronto de 20 factores (TAS-20) | 168 |
| Cuestionario de Apego Adulto | 170 |
| Inventario de Estrategias de Afrontamiento | 173 |
| Anexo 4. Oficio de aprobación por parte del Comité de Ética del CIDICS UANL. | 177 |

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Frecuencia de respuestas por región | 81 |
| Tabla 2. Nivel socioeconómico de los respondientes | 82 |
| Tabla 3. Nivel de escolaridad de los respondientes | 82 |
| Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra en tres momentos | 83 |
| Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas | 84 |
| Tabla 6. Frecuencias de pérdidas reportadas | 85 |
| Tabla 7. Aspectos asociados con el fallecimiento del SQ | 88 |
| Tabla 8. Descriptivos de las variables experienciales cuantitativas | 88 |
| Tabla 9. Consistencia interna de los instrumentos | 90 |
| Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas | 91 |
| Tabla 11. Baremos del CAA para la población estudiada | 92 |
| Tabla 12. Agrupación de los registros en dos categorías de apego | 93 |
| Tabla 13. Agrupación de los registros en cuatro categorías de apego | 93 |
| Tabla 14. Agrupación de los registros en categorías de afrontamiento | 95 |
| Tabla 15. Frecuencias de las categorías de duelo | 97 |
| Tabla 16. Resultados de U de Mann-Whitney para las variables sociodemográficas y experienciales en función de dos categorías de duelo | 98 |
| Tabla 17. Resultados de U de Mann-Whitney para las variables psicológicas en función de dos categorías de duelo | 98 |
| Tabla 18. Resultados de H de Kruskal-Wallis para las variables sociodemográficas y experienciales cuantitativas en función de dos categorías de duelo | 99 |
| Tabla 19. Resultados de H de Kruskal-Wallis para las variables psicológicas en función de dos categorías de duelo | 100 |
| Tabla 20. Resultados de U de Mann-Whitney para el puntaje del IDC en función de las variables dicotómicas sociodemográficas y experienciales | 101 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 21. Resultados de H de Kruskal-Wallis para el puntaje del IDC en función de las variables politómicas sociodemográficas y experienciales | 102 |
| Tabla 22. Resultados de H de Kruskal-Wallis para el puntaje del IDC en función de las variables psicológicas categóricas | 104 |
| Tabla 23. Resultados de U de Mann-Whitney para el puntaje del IDC en función de la presencia o ausencia de los diagnósticos psiquiátricos encontrados | 105 |
| Tabla 24. Correlaciones entre el puntaje del IDC y las variables sociodemográficas y experienciales | 106 |
| Tabla 25. Correlaciones entre el puntaje del IDC y las variables psicológicas | 107 |
| Tabla 26. Modelo de regresión con Duelo Complicado como variable criterio | 108 |

Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Frecuencia del estado de residencia de los respondientes | 80 |
| Figura 2. Relación con el ser querido fallecido más cercano | 86 |
| Figura 3. Frecuencia de las causas de muerte | 86 |
| Figura 4. Frecuencia de fallecimientos por mes | 87 |
| Figura 5. Padecimientos más frecuentes | 89 |
| Figura 6. Diagnósticos psiquiátricos más frecuentes | 90 |

I. INTRODUCCIÓN

El duelo es una reacción emocional normal experimentada ante el suceso de pérdida de otro significativo, especialmente la pérdida de un ser querido, aunque puede abarcar otros tipos de pérdidas (abandono, separación afectiva, cambio de domicilio, pérdida de empleo, etc.) (Flórez, 2002; Nakajima, 2018). Esta vivencia de pérdida viene acompañada comúnmente por sentimientos de tristeza, culpa, ira y malestar emocional, cuya intensidad disminuye conforme la ausencia del otro significativo va siendo integrada en la vida de la persona, lo cual constituye la finalidad del proceso de duelo (Shear & Shair, 2005).

Hay casos en que este proceso no puede ser llevado a término, en los cuales la persona continúa experimentando sentimientos asociados con la vivencia de pérdida, incluso tras un tiempo extenso después del suceso, situación denominada “duelo complicado” (Parro-Jiménez et al., 2021; Shear, 2012).

Los síntomas característicos del duelo complicado incluyen sentimientos de añoranza y dolor emocional intenso, pensamientos y recuerdos persistentes acerca del otro ausente, incredulidad o incapacidad para aceptar la pérdida, y dificultad para imaginar el futuro sin el ausente; muchos de estos síntomas son semejantes a las reacciones comunes del duelo, pero sin la disminución de intensidad a lo largo del tiempo (Nakajima, 2018).

Las personas afectadas por duelos complicados tienden a presentar con mayor frecuencia comorbilidades asociadas con ansiedad, depresión, insomnio y malestar emocional general, así como también síntomas físicos como problemas cardiovasculares (Alonso-Llácer et al., 2020; Shear & Shair, 2005). Asimismo, el atravesar por un proceso de duelo complicado actúa como un factor predisponente a que pérdidas futuras den lugar también a duelos complicados (Parro-Jiménez et al., 2021).

Las condiciones que complican el proceso de duelo son múltiples, pudiendo reconocerse como principales aquellas relacionadas con las características de la pérdida, con el vínculo con la persona fallecida, y con el mismo doliente (Barreto et al., 2008; Carr et al., 2020). Algunos factores individuales que inciden en la

emergencia del duelo complicado son el tipo de apego existente con la persona fallecida, su estilo de afrontamiento ante situaciones de estrés, y su historial de afecciones psicológicas (Mason et al. 2020). Otros factores que se han encontrado influyen sobre la complicación del proceso de duelo incluyen el nivel socioeconómico del doliente y las características particulares del vínculo con la persona fallecida (Parro-Jiménez et al., 2021).

Cuando la pérdida sucede en situaciones traumáticas, como en los casos de muertes violentas o cuando no ha sido posible despedirse de un ser querido moribundo, el riesgo de duelo complicado aumenta (Kumar, 2021). Algo parecido sucede cuando no es posible llevar a cabo rituales funerarios que ayuden a los dolientes a asimilar su pérdida mediante el reconocimiento de ésta por parte de sí mismos y de la sociedad (Testoni et al., 2021). Cuando una muerte no puede ser elaborada a través de las formas prescritas por las costumbres sociales, se habla de una “mala muerte” (Simpson et al., 2021).

Cuando una persona atraviesa por un duelo complicado, dicha pérdida no puede elaborarse, trayendo como consecuencia una serie de síntomas cognitivos, emocionales y conductuales que le afectan de forma negativa, como por ejemplo pensamientos suicidas, incapacidad para encontrar sentido a su vida, y sentimientos de amargura y tristeza, persistiendo estos incluso años después del suceso (Barlé et al., 2017; Boelen et al., 2019; Shear, 2012).

Definición del Problema

Ante la alta tasa de contagio del virus SARS-CoV-2, los gobiernos alrededor del mundo (México incluido) han implementado medidas que han afectado el estilo de vida de las personas, entre las cuales se cuentan las restricciones a las visitas hospitalarias de familiares a pacientes internados (Secretaría de Salud, 2020a). Asimismo, las restricciones en cuanto al límite de personas permitido en reuniones sociales y al aforo de espacios cerrados afectan también la realización de rituales funerarios (Secretaría de Salud, 2020b).

Estos factores pueden derivar en situaciones de duelo complicado. Ya la experiencia de vivir una pandemia trae consigo numerosos riesgos a la salud

mental (Brooks et al., 2020; Huremović, 2019), además de que puede haber situaciones de pérdida paralelas (laborales, económicas, etc.) a la muerte del ser querido que contribuyen al deterioro del estado mental de las personas (Huarcaya-Victoria, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Diversos elementos operan como factores de riesgo y de protección ante una situación de duelo complicado. El tipo de apego de los dolientes, las estrategias que utilizan para afrontar situaciones estresantes, así como su capacidad de resiliencia son algunos de estos elementos. Se ha encontrado que el duelo complicado se asocia positivamente con un estilo de apego inseguro y con estrategias de afrontamiento inadecuadas, mientras que una mayor capacidad de resiliencia es un predictor negativo; asimismo, se ha asociado la alexitimia con un procesos de duelo más dolorosos y extensos (Kaya & Aydemir, 2021; Ornelas Tavares, 2016; Sánchez Sánchez, 2020)

Dadas estas condiciones, en conjunto con no poder acompañar a un ser querido durante su estancia hospitalaria (se deba o no esta por COVID-19) o su proceso de muerte, así como las limitantes para realizar rituales funerarios tradicionales, el escenario está colocado para que personas que presenten características predisponentes desarrollen cuadros de duelo complicado (Carr et al., 2020; Doka, 2022; Kumar, 2021).

Tomando en consideración las formas particulares en que la pandemia de COVID-19 han transformado la manera en que las personas experimentan la pérdida de seres queridos, se plantea la pregunta de investigación: *¿qué relaciones hay entre el estilo de apego, las estrategias de afrontamiento, la resiliencia y la alexitimia en personas que han perdido a seres queridos durante la pandemia de COVID-19, y la presencia de duelo complicado?*

Justificación de la Investigación

De acuerdo con reportes del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2021, 2022), en el periodo comprendido entre abril de 2020 y enero de 2022 hubo aproximadamente 1,998,900 decesos registrados en México. Este periodo corresponde al inicio de la aplicación de medidas de mitigación

aplicadas por el Gobierno de México, hasta el registro más reciente ofrecido por INEGI. Debido a la aplicación de dichas medidas, las muertes sucedidas en este periodo debieron ser tramitadas dentro de los límites impuestos por la pandemia (Secretaría de Salud, 2020a, 2020b), esto es, con restricciones en cuanto a la posibilidad de realizar visitas hospitalarias y rituales funerarios.

Estudios realizados en diversas partes del mundo han encontrado que estas medidas han tenido un efecto negativo en el bienestar emocional de las personas que han perdido familiares durante la pandemia de COVID-19 (Eisma & Tamminga, 2020; Hernández-Hernández & Meneses-Falcón, 2021; Jordan et al., 2022). Si bien hay estudios que estudian los efectos psicológicos derivados de la pandemia en población mexicana (Quezada-Berumen & González-Ramírez, 2021; Villagómez Zavala et al., 2021), no se han encontrado investigaciones que exploren los efectos de estas medidas en la emergencia de duelo complicado.

Asimismo, se ha proyectado que, ante la cantidad de muertes ocurridas durante la pandemia, los casos de duelos complicados aumentarán en el futuro, con todas las complicaciones que ésta condición trae consigo, pudiendo convertirse en una problemática de salud pública (Diolaiuti et al., 2021; Jordan et al., 2022; Mortazavi et al., 2021).

Objetivos

Explorar la relación entre el estilo de apego, las estrategias de afrontamiento, y los niveles de resiliencia y alexitimia de personas afectadas por la pérdida de seres queridos durante la pandemia de COVID-19, con la presencia de duelo complicado.

Objetivos específicos

1. Identificar el estilo de apego de personas que perdieron seres queridos durante la pandemia de COVID-19, así como las estrategias de afrontamiento que utilizan, los niveles de resiliencia y de alexitimia, y sus características sociodemográficas.

2. Evaluar la presencia de duelo complicado en los individuos de esta población.
3. Analizar la relación entre los estilos de apego y de afrontamiento, los niveles de resiliencia y de alexitimia con la presencia de duelo complicado.
4. Contrastar las diferencias entre los puntajes de la variable duelo complicado con respecto a las características sociodemográficas de los participantes.
5. Estimar un modelo predictivo de duelo complicado a partir de las variables de estudio en la población estudiada.

Hipótesis de Investigación

1. Se encontrarán en la muestra a sujetos con puntajes superiores a 25 en la variable “duelo complicado”.
2. Existirá correlación entre los puntajes de las variables “duelo complicado” y “estilo de apego”, “alexitimia”, “resiliencia” y “afrontamiento”.
3. Existirán diferencias significativas en el puntaje de “duelo complicado” con base a las características sociodemográficas.
4. Existirán diferencias significativas en el puntaje “duelo complicado” con base a las respuestas de las variables experienciales.
5. Los puntajes de las variables “estilo de apego”, “alexitimia”, “resiliencia” y “afrontamiento” predecirán los puntajes de la variable “duelo complicado”.

Limitaciones y Delimitaciones

Estudios previos que han abordado estos temas mencionan limitaciones principalmente en dos rubros: características de la muestra, y aspectos metodológicos.

Algunas de las limitaciones en cuanto a las muestras con que se trabajaron dichos estudios, incluyen el trabajo con muestras relativamente pequeñas (Boogar & Talepasand, 2015; Eisma & Tamminga, 2020; Testoni, 2021), muestras cuyos resultados resultaron poco generalizables (Eisma & Tamminga, 2020; Murphy & Moret-Tatay, 2021; Testoni, 2021), o la elección de muestras por conveniencia

(Murphy & Moret-Tatay, 2021), y dificultades de acceso a la muestra (Hernández-Hernández & Meneses-Falcón, 2021; Yaghoubi et al., 2021).

Entre las dificultades metodológicas, se cuentan el uso de cuestionarios demasiado extensos (Boogar & Talepasand, 2015), o señalando una validez reducida debido al uso de cuestionarios de autoreporte (Schneider et al., 2007; Fujisawa et al., 2010). Asimismo, se reporta que no se indagó en ciertos datos como la relación del doliente con el fallecido (Schneider et al., 2007; Yaghoubi et al., 2021) o la información sociodemográfica de la muestra (Fujisawa et al., 2010).

Atendiendo a estas limitaciones, la muestra con la que se buscaría trabajar este estudio tendría que ser de un tamaño considerable, con características más equilibradas en cuestión de condiciones sociodemográficas así como de sexo. Del mismo modo, y cuidando de conservar la confiabilidad, se buscará utilizar instrumentos lo más breves posible que, aun siendo de autoreporte, permitan obtener la información requerida de forma eficiente. Asimismo, será importante tomar en consideración aspectos personales acerca de los participantes que en los estudios previos se han pasado por alto.

II. MARCO TEÓRICO

Pandemia y Psicología

El término “pandemia” se refiere a una situación en la cual un brote de una enfermedad infecciosa se extiende en una amplia extensión de territorio, particularmente a lo largo de varios países o continentes (Porta, 2014). Además de su extensión geográfica, una pandemia se caracteriza también por la alta movilidad de la enfermedad, una alta tasa de contagio, la novedad e infectividad del agente patógeno, la poca o nula capacidad de respuesta inmunitaria por parte de la población, y por la severidad del cuadro infectivo (Morens et al., 2009).

La experiencia con epidemias y pandemias del pasado (por ejemplo: la llamada “gripe española” de 1918 y la “gripe porcina” de 2009) ha permitido definir cuatro métodos principales para el manejo de dichas situaciones: la comunicación efectiva de los riesgos que existen para la población, la producción y aplicación de medicamentos y vacunas, la educación acerca de prácticas de higiene, y el distanciamiento social (Taylor, 2019). Si bien estas medidas pueden ayudar a mitigar el contagio de la enfermedad, también pueden tener repercusiones negativas en otras áreas de la vida de las personas.

Si la comunicación por parte de los servicios gubernamentales de salud no es clara o es percibida como insuficiente o confusa puede generar sentimientos de frustración y abandono por parte de la población (Cava et al., 2005); la falta de medicamentos o de vacunas puede tener efectos semejantes, y una obligación percibida a vacunarse puede despertar rechazo e ira en personas que desconfían de sus efectos (Verger & Dubé, 2020); finalmente, el distanciamiento social tiene múltiples efectos en la salud mental de las personas (por ejemplo: ansiedad y depresión), derivados directamente del hecho de tener un contacto social reducido como indirectamente a partir de las consecuencias que esta medida puede tener (Taylor, 2019).

Las medidas de distanciamiento social pueden variar de acuerdo con la gravedad de la situación de pandemia, yendo desde la cuarentena de personas infectadas, pasando por la cancelación de eventos masivos, hasta la clausura de

negocios, escuelas y lugares de trabajo, así como la imposición de restricciones a la movilidad de las personas (por ejemplo: indicación de quedarse en casa o la prohibición de viajes entre ciudades o países) (Taylor, 2019).

Si bien el objetivo del distanciamiento social es reducir el contagio de la enfermedad, la reducción en el contacto entre las personas afecta procesos sociopsicológicos que inciden en el mantenimiento de la salud mental, como la disponibilidad de vínculos que brinden soporte emocional o afectivo y la interacción diaria entre personas en diversos espacios (Marroquín et al., 2017). Particularmente, las órdenes de quedarse en casa emitidas ante una situación de pandemia se asocian con síntomas de ansiedad generalizada, ansiedad por la salud (incluyendo el temor de que uno mismo o alguien cercano se contagie) y preocupación financiera debido a las afectaciones en la economía personal o familiar, así como también con depresión, aburrimiento y sentimientos de soledad (Brooks et al., 2020; Marroquín et al., 2020; Tull et al., 2020).

Estas situaciones pudieron observarse en la reciente pandemia provocada por la enfermedad COVID-19 alrededor del mundo.

La Pandemia de COVID-19

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por contagio con el virus SARS-CoV-2, caracterizada por síntomas respiratorios leves a moderados que en la mayoría de los casos no requiere de tratamiento especializado, si bien la presencia de comorbilidades médicas (enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.) puede complicar el cuadro, pudiendo llevar incluso a la muerte de la persona que la padece (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

El primer caso conocido de COVID-19 fue reportado el 1 de diciembre de 2019 en la región de Wuhan, China, en una persona que presentaba síntomas de neumonía. El aumento progresivo de los casos de pacientes con síntomas similares durante los días siguientes llamó la atención de las autoridades sanitarias chinas, quienes para finales del mismo mes sospechaban que pudiera tratarse de una infección viral por un agente desconocido. Dicho agente sería identificado el 5 de enero de 2020 como un virus al cual se le denominó 2019-

nCoV, siendo anunciado este descubrimiento seis días después (Zaheer, 2020).

El 13 de enero de 2020 se reportó el primer caso de infección por el virus fuera de China, en Tailandia; el 21 de enero se confirma el primer caso en territorio estadounidense, y el 24 de enero los primeros casos en Europa, concretamente cuatro casos en Francia. El 28 de febrero se detectan los primeros dos casos en México, uno en Ciudad de México y otro en Culiacán, en personas que recientemente habían regresado de un viaje a Italia. El día 11 de marzo del mismo año, la OMS declara a la COVID-19 como una pandemia, debido a la extensión y magnitud de los casos reportados (Carvalho et al., 2021; Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Domínguez & Valadez, 2020).

A partir de la declaración de la COVID-19 como pandemia, la mayoría de los gobiernos alrededor del mundo comenzaron a implementar medidas para reducir la tasa de contagios y reducir los efectos en la población, entre las que se cuentan la suspensión de actividades laborales y escolares de forma presencial, la cancelación de eventos y reuniones públicas, y restricciones a la movilidad de la población, medidas que en conjunto han sido denominadas como “aplanar la curva” en referencia a la curva estadística que describe la cantidad de contagios por el virus acumulados a lo largo del tiempo (Feng et al., 2020).

Las medidas de distanciamiento social llevaron a la adopción de alternativas que permitieran a la población continuar con actividades económicas y educativas, motivando el surgimiento de estrategias en línea para su realización mediante videollamadas grupales (De Oliveira Dias et al., 2020). Sin embargo, y a pesar de que estas medidas dieron resultados positivos en cuanto a la reducción de contagios y la realización de actividades durante la pandemia, también se han observado efectos negativos en otros ámbitos como la economía y la salud mental de las personas (Deb et al., 2021; Marroquín et al., 2020; Saravia Calderón, 2020).

De acuerdo con datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2021), durante el año 2020 se reportó una caída del producto interno bruto (PIB) del 4.6% a nivel global, y un aumento del desempleo del 1.1% (33 millones de personas); del mismo modo, se calcula que la pandemia afectó negativamente a un aproximado de 1.6 mil millones de trabajadores

informales alrededor del mundo, esto es, personas que carecen de redes de apoyo laborales debido a su situación.

Por otro lado, se ha encontrado que las afectaciones psicológicas que acompañan a las medidas de distanciamiento social (ansiedad, depresión, estrés) pueden llevar a situaciones de riesgo como violencia doméstica y suicidios, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad psicológica y socioeconómica (Angulo, 2020; Mazza et al., 2020). Así, encontramos que la pandemia de COVID-19 y sus efectos colaterales también ha tenido consecuencias negativas para la salud mental de las personas, situación que también sucedió en México.

La pandemia de COVID-19 en México

Como respuesta al alza de casos de infección por el virus SARS-CoV-2 a nivel mundial, el gobierno mexicano desarrolló un Plan de Preparación y Respuesta a cargo del Comité Nacional para la Seguridad en Salud, grupo de trabajo compuesto por elementos de gobierno y de entidades de salud (Secretaría de Salud, 2020a). El día 15 de marzo de 2020 se anuncia la Jornada Nacional de Sana Distancia, un programa compuesto por medidas sociales enfocadas a reducir la transmisión del virus causante de la COVID-19, comenzando su aplicación el día 23 de marzo del mismo año (Enciso, 2020; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2020; Redacción Animal Político, 2020).

La Jornada Nacional de Sana Distancia incluyó principalmente medidas de distanciamiento social, por un lado promoviendo el confinamiento voluntario en casa a todas las personas que no participasen de actividades productivas esenciales (por ejemplo: hospitales, servicios financieros, telecomunicaciones, transporte), enfatizando esta medida para poblaciones más vulnerables al contagio con el virus, como personas mayores de 60 años, personas inmunocomprometidas, mujeres embarazadas, o personas con comorbilidades que afecten la función respiratoria; por otro lado, se difundieron medidas de prevención de contagio entre personas, como la promoción del lavado frecuente de manos, uso de cubrebocas y el saludar a distancia (Pavón Sánchez et al.,

2021; Secretaría de Salud, 2020b), siguiendo las recomendaciones de la OMS.

La aplicación de estas medidas en México trajo consigo cambios radicales en la vida diaria de las personas, pudiendo mencionar los siguientes ámbitos:

Educación. La suspensión de clases presenciales en todos los niveles educativos trajo consigo la necesidad de trasladar los planes curriculares y metodologías de enseñanza a modelos de enseñanza virtuales (Flores-Flores & Trujillo-Pérez, 2021). Esta medida resaltó las condiciones de desigualdad en que viven los estudiantes en México, al hacer el proceso educativo dependiente de la disponibilidad de recursos como conexión a internet y dispositivos adecuados para realizar videollamadas (Van Dijk Kocherthaler, 2021). Asimismo, se vieron afectados los procesos de socialización propios de las interacciones entre compañeros de clase, especialmente importantes para los alumnos de menor edad (Ávila Sánchez, 2022).

Economía. La pandemia llegó a México en medio de un clima económico marcado por un crecimiento reducido, poca inversión en producción y una condición de estancamiento en la creación de empleos formales (Olivera Lozano & Olivera Lozano, 2021). La suspensión de actividades económicas no esenciales afectó negativamente la producción de bienes y servicios así como llevó a la interrupción de las cadenas de suministros (Ramírez-García, 2020). Esto, en conjunto con las afectaciones al ámbito laboral, afectó de manera importante a la economía de la población mexicana (Hernández-Solano et al., 2022).

Empleo. Durante 2020, la brecha laboral ascendió del 20% en marzo hasta un inaudito 53% en mayo, mientras que la tasa de empleo informal en México llegó al 53%, esto es, más de 25 millones de personas que realizaban actividades laborales sin las redes de soporte brindadas por ley (Heath, 2021). La contracción económica derivada de la pandemia ha generado condiciones de incertidumbre que se prevé afecte la recuperación y generación de empleos en el futuro próximo (Díaz González, 2021; Tavera Cortés & Salinas Callejas, 2021).

Salud mental. Las medidas de confinamiento afectaron negativamente la salud mental de un gran porcentaje de mexicanos. Diversos estudios han arrojado que durante los meses de confinamiento, la frecuencia de sintomatología ansiosa

y depresiva asociada con la escuela y el trabajo aumentaron en comparación con reportes de meses anteriores, especialmente entre personal de salud; del mismo modo, se ha encontrado un aumento del riesgo suicida en diversos sectores de la población (Díaz Patiño et al., 2022; Gaitán-Rossi et al., 2021; Sanabria-Landeros et al., 2021).

Cabe agregar que la pandemia resaltó las profundas condiciones de desigualdad existentes en la sociedad mexicana. El análisis realizado por Hernández Bringas (2021) con datos recopilados ése año, indica que la mortalidad debida a la COVID-19 tuvo una mayor concentración en la población adulta de entre 40 y 69 años, señalando que esto posiblemente sea consecuencia de padecimientos propios de la edad o de enfermedades crónicas; en el mismo estudio se resalta que la mayoría de decesos había sido de personas con baja escolaridad (primaria y secundaria), así como una mayor mortalidad en personas desocupadas y quienes cuyas actividades no podían ser realizadas a distancia: “El trabajo a distancia es viable para las personas de más altos ingresos, pero no lo es para los trabajadores manuales u operativos o quienes asumen el rol de proveedores del hogar” (p.124).

Vale la pena mencionar también las desigualdades territoriales y de género: por un lado, la pandemia resaltó las dificultades que tienen las comunidades periféricas en cuanto al acceso a servicios básicos como el agua (Caracheo Miguel, 2021); por el otro, la pandemia vino también a profundizar los roles de género tradicionales, siendo el rol de la madre de familia un pilar fundamental para el sostén de la sociedad, pero raras veces siendo reconocido por parte de las políticas públicas (Gordon, 2021).

Repercusiones de la pandemia de COVID-19 en México

A pesar de las medidas tomadas, al 16 de mayo de 2022 se contaban más de 5.7 millones de casos positivos acumulados de COVID-19 en el país, así como 324,617 defunciones solamente por el virus desde el 18 de marzo de 2020 (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONACYT], 2022).

Considerando las muertes debidas a otras causas, el Instituto Nacional de

Estadística, Geografía e Informática reporta que en el periodo comprendido entre abril de 2020 y septiembre de 2021 hubo aproximadamente 1,762,432 decesos registrados en México. Este periodo comprende desde el inicio de la Jornada Nacional de Sana Distancia hasta los datos más recientes publicados por el INEGI (2021, 2022).

Como parte de la gestión de los recursos de salud pública ante la pandemia, el Gobierno de México, a través de la Secretaría de Salud, aplicó una serie de medidas que involucraron a las instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud. Estas medidas incluyeron la planificación y uso de los recursos disponibles para aumentar la capacidad de atención a pacientes con COVID-19, sin descuidar la atención médica a pacientes que acudiesen a hospitales y clínicas por otras condiciones de salud (Secretaría de Salud, 2020d).

Entre las medidas delineadas en esta estrategia, se resaltan dos elementos. En primer lugar, la limitación de las visitas de familiares a pacientes hospitalizados con la finalidad de evitar el contagio nosocomial, sugiriéndose como alternativa la utilización de llamadas telefónicas o videollamadas para mantener el contacto (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2020; Secretaría de Salud, 2020d).

Se sabe que el acompañamiento hospitalario por parte de un ser querido brinda un sentimiento de apoyo al paciente hospitalizado, mientras que al mismo tiempo el acompañante suele cumplir con tareas de mediación y transmisión de información entre el personal hospitalario y el paciente y/o el resto de la familia (Villar Dávila et al., 2021). En este sentido, se ha encontrado que las restricciones a las visitas hospitalarias durante la pandemia pueden ser fuente de sentimientos de impotencia, ira y resentimiento ante la incapacidad de acompañar a un ser querido durante su estancia en el hospital (Testoni et al., 2021). Del mismo modo, la falta de acompañamiento por parte de algún ser querido puede despertar en el paciente internado sentimientos de abandono, ansiedad y tristeza (Guner et al., 2021).

Esta medida no afecta solamente al acompañamiento hospitalario para pacientes ambulatorios, sino también al acompañamiento de pacientes terminales, de manera que durante la pandemia muchas personas hospitalizadas fallecieron

en condiciones de soledad o tras haberse despedido por medios virtuales, convirtiéndose en muertes que en estudios anteriores han sido caracterizadas como “malas muertes”, esto es, muertes que debido a las condiciones en que suceden, son más difíciles de aceptar y elaborar (Carr et al., 2020; Ceberio, 2021; Simpson et al., 2021).

En segundo lugar, durante la pandemia en México se aplicaron lineamientos especiales para el manejo de cadáveres, delineando las medidas sanitarias que deben observarse por parte del personal de salud y funerario señalando que podrán observarse las costumbres funerarias siempre y cuando se mantengan las condiciones de sana distancia, con la sugerencia de que a estos eventos no acudan grandes cantidades de personas (máximo 20), sean de duración reducida (máximo 4 horas) y a féretro cerrado (Secretaría de Salud, 2020c).

Más allá de la importancia que tienen los rituales funerarios en la cultura mexicana, y de las tradiciones familiares que suelen estar atravesadas en dichos acontecimientos, se ha encontrado que el no poder realizar este tipo de ritos siguiendo las formas acostumbradas debido al riesgo de contagio, se asocia con sentimientos de soledad y falta de apoyo emocional por parte de los dolientes, quienes debido a esto pueden presentar dificultades para elaborar su pérdida (Burrell & Selman, 2020; Mortazavi et al., 2021)

A las afectaciones debidas por estas limitaciones también se agregan sentimientos de incertidumbre derivados de muchas fuentes, por ejemplo: la falta de comunicación efectiva por parte de las autoridades sanitarias, la difusión de desinformación a través de redes sociales, la presencia de desconfianza hacia el personal hospitalario, y la dificultad para afrontar la ambigüedad del destino del familiar hospitalizado, así como incertidumbre acerca del futuro debido a dificultades económicas (Mortazavi et al., 2021; Murillo, 2020).

En síntesis, las medidas aplicadas ante la pandemia de COVID-19 por parte de los gobiernos del mundo trajeron como consecuencia la modificación radical del modo de vida de las personas. Las afectaciones provocadas por estos cambios alcanzaron las esferas educativa, económica y laboral, entre otras, a su vez

mermando la salud mental de los individuos. Al mismo tiempo, las restricciones impuestas afectaron la forma en que las personas acompañan a sus seres queridos hospitalizados, y en que se despiden de quienes fallecen, resultando en reacciones emocionales que han contribuido a un empobrecimiento de la estabilidad mental. Como se aprecia, la pandemia de COVID-19 cambió la manera en que las personas mueren, y la manera en que los dolientes deben afrontar su pérdida.

Muerte

La muerte es un fenómeno inherente a la vida, cuya definición varía de acuerdo con el marco teórico en el cual se le encuadra, pudiendo ser abordado desde disciplinas como la antropología, el derecho, la psicología y la medicina, entre otras (Hernández Arellano, 2006). Desde esta última, la muerte es definida como un proceso que inicia con la cesación de las funciones celulares como resultado de afectaciones a la integridad estructural celular, y que lleva a la necrosis y la putrefacción (Jaramillo-Magaña, 1993).

A diferencia de algunas especies animales en las cuales existen conductas innatas asociadas con el morir, el ser humano lidia con este fenómeno mediante conductas aprendidas a partir de la cultura en que se encuentra inmerso (Hernández Arellano, 2006). Así, para los humanos, la muerte no es solamente la cesación de la vida, sino que se trata de un suceso mediado socialmente en el que también están involucrados factores de orden psicológico y cultural (Nakajima, 2018; Thomas, 1983).

La manera en que los miembros de una sociedad se relacionan con la muerte está mediado por sistemas sociales llamados “sistemas de muerte” conformados por las personas, lugares, momentos, objetos y símbolos asociados con la muerte (en un sentido amplio, desde el uso de cadáveres animales para la producción de alimentos hasta la pena capital), cuyas funciones incluyen advertir y prevenir la muerte, el cuidado de los moribundos, la disposición de los cadáveres, y el dar sentido a la muerte (Kastenbaum & Moreman, 2018).

La necesidad de estos sistemas radica en que, en el contexto de las

sociedades humanas, la muerte es vista como algo perturbador que, para ser asimilado, se le debe adscribir un sentido simbólico provisto por la cultura. Al mismo tiempo, la muerte deja de ser algo que afecta solamente al sujeto en su individualidad biológica, pues al pertenecer éste a una comunidad de seres semejantes, su fallecimiento tendrá también ramificaciones en su sociedad. Como apunta el antropólogo Robert Hertz (1990):

La muerte no se limita a poner fin a la existencia corporal visible de un vivo, sino que del mismo modo destruye al ser social inserto en la individualidad física, a quien la conciencia colectiva atribuía una importancia y dignidad más o menos fuerte (p.89).

Muertes “Buenas” y Muertes “Malas”

Las reacciones de los humanos ante la muerte de otros varían según diversos factores, como por ejemplo la cercanía afectiva que existía con el fallecido, la cualidad del vínculo con él, las características psicológicas de la persona que sobrevive, y las condiciones en que sucedió la muerte (Worden, 2009). En el caso de la muerte de seres queridos, personas que han sido afectivamente cercanas y que han tomado importancia durante la propia vida, hay emergencia de sentimientos de dolor emocional intenso.

Si bien las ideas acerca de la muerte y el morir han sufrido cambios a lo largo de la historia de la humanidad, desde la antigüedad más remota pueden encontrarse evidencias de que dicho trance ha estado investido de gran importancia para el ser humano (Ariès, 1981). Junto con estos cambios en las actitudes hacia la muerte pueden encontrarse también ideas que distinguen entre un “buen morir” y un “mal morir” (Bradbury, 1999).

Lo que distingue a una muerte como “buena” o “mala” es altamente dependiente del contexto sociocultural y espaciotemporal en que dicho evento suceda. Puede tomarse como ejemplo el caso de la muerte súbita, que en la Edad Media era considerada una “mala muerte” debido a que lo esperable para la época era que el muriente alcanzara a percibir de una u otra manera que su fin estaba próximo, teniendo tiempo así de organizar sus asuntos antes de fallecer rodeado

de su familia y siguiendo las pautas tradicionales (Ariès, 1981); una actitud diferente aparece en la época moderna, en la cual, gracias a la importancia de la medicina, lo esperable (y deseable) es una muerte rápida e indolora sancionada por el médico como representante de la institución hospitalaria (Ariès, 2007).

Entre los hallazgos encontrados por Bradbury (1999) en una investigación con mujeres que habían enviudado recientemente, están elementos que pueden ayudar a identificar lo que una “buena muerte” es en el contexto de la cultura actual: que las partes (el paciente y sus seres queridos) atraviesen el proceso de morir conscientemente, que ambas partes estén preparadas para la muerte, que el dolor sea controlado, y que el ser querido (en este caso, la esposa) esté presente durante la muerte, y en algunos casos, que la muerte ocurra en casa.

Así, lo que caracterizaría a una “buena muerte” es la existencia de un cierto grado de control durante el proceso de morir tanto de parte del paciente como del ser querido que le acompaña. Del otro lado estarían las “malas muertes”, caracterizadas por una falta de control, pudiendo mencionar en este caso las muertes súbitas o inesperadas, violentas, ambiguas y también eventos de muertes masivas (como en el caso de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos) (Bradbury, 1999; Worden, 2009).

La muerte de una persona tiene repercusiones no solamente en su círculo cercano, sino que es un evento del cual ha de dar cuenta también la sociedad misma, pues su estructura es modificada ante la ausencia de uno de sus miembros (Beder, 2005; Thomas, 1983). Asimismo, las reacciones emocionales despertadas por el sentimiento de pérdida que provoca la muerte de un ser querido, encuentran contención y posibilidad de significación en el marco de los sistemas simbólicos propios de la sociedad, a través de los rituales funerarios (Thomas, 1991).

Morir durante la Pandemia de COVID-19

Como se mencionó anteriormente, las medidas aplicadas para mitigar el contagio de la COVID-19 incluyeron restricciones al acompañamiento de personas hospitalizadas durante su internamiento y durante el proceso de muerte. Se ha

encontrado que esta medida ha tenido efectos negativos alrededor del mundo, como se verá a continuación.

Uno de los efectos de restringir el acompañamiento hospitalario es que los seres queridos del paciente pueden experimentar sentimientos de culpa relacionados con estarle abandonando, así como impotencia ante el no poder estar presentes con él para mitigar los efectos de su estancia o durante el proceso de morir (Testoni et al., 2021).

La reducción en el tiempo de las visitas a hospital implica un menor contacto con el paciente, de manera que, al estrés propio de encontrarse en una situación de pandemia y de tener a un ser querido enfermo, emerge también una sensación de incertidumbre debida a no saber qué le sucede, y en caso de morir, esto puede contribuir a que surjan sentimientos de confusión y de incredulidad ante el evento (Chochinov et al., 2020).

Esto se exagera particularmente en los casos en que no ha sido posible identificar el cuerpo de la persona tras fallecer, y en algunas instancias en que, tras recibir la noticia de la muerte, se reciben también las cenizas de la persona, provocando así un choque que dificulta la asimilación de la pérdida (Imber-Black, 2020; Luna, 2020; Martínez et al., 2020; Mouzo & Congostrina, 2022).

Las restricciones al acompañamiento han traído como consecuencia que muchas muertes hayan sido comunicadas a los familiares por medio de llamadas telefónicas u otro medio virtual, a menudo de forma impersonal, lo que también podría ser indicador del peso de la pandemia sobre la salud mental del personal hospitalario (Hummel et al., 2021; Testoni et al., 2021).

Como se mencionó arriba, la muerte de los seres humanos es un acontecimiento que repercute en la vida a nivel individual y social, y al cual es fundamental dar un sentido para poder ser asimilado. La muerte durante la pandemia de COVID-19 ha constituido un reto titánico para todas las personas, y en muchos sentidos representa el fracaso de nuestros sistemas de muerte, sobre todo si se considera que las mismas restricciones han afectado la realización de rituales funerarios.

Rituales funerarios

De acuerdo con Ariès (1981), las prácticas funerarias tendrían sus orígenes en la creencia antigua acerca de que la presencia de los cadáveres en las inmediaciones de los espacios habitados por los vivos traería consigo el contagio de alguna influencia funesta portadora de enfermedad o muerte, creencia que podría haber tenido su origen en la sensación perturbadora o inquietante evocada por la imagen del cadáver en *rigor mortis* o putrefacción, así como en su aroma nauseabundo (André, 1988; Larrea Killinger, 1997). Los rituales funerarios serían, pues, actos dirigidos a mantener a raya dicha influencia (Ariès, 1981).

Un ritual puede definirse como un conjunto de actos culturalmente determinados y organizados de forma estructurada y rígida, de manera que puedan ser ejecutados siguiendo una misma secuencia en cada ocasión, y cuyo contenido es simbólicamente significativo para los individuos que lo realizan (Hobson et al., 2017).

Desde una perspectiva antropológica, la actividad ritual emerge ante la necesidad de traducir las emociones en actos cargados de significado, comúnmente asociándolos con relatos mitológicos (Allué, 1998). Más allá del contenido religioso o mitológico, el ritual, cuya naturaleza repetitiva y rígida brinda cohesión social, opera como un mecanismo que permite comunicar algo a los miembros de la misma comunidad, por ejemplo dando cuenta de los cambios que suceden en ella (Leach, 1968). Además de esto, el ritual también es un medio para efectuar un cambio: el ritual de matrimonio no solamente *comunica* la unión de dos personas ante una comunidad, sino que también lo *produce*, teniendo dicha unión efectos en el estatus social de la pareja (Bell, 2006).

Una de las funciones de los rituales es vehiculizar las normas y costumbres de una sociedad determinada para servir como soporte en momentos de transición psicosocial, esto es, sucesos que transforman el lugar que una persona ocupa en la sociedad (por ejemplo: matrimonio, el nacimiento de un hijo o la muerte de un ser querido; Pacheco Borella, 2003). Las transiciones psicosociales son eventos que cambian la vida y que se distinguen por tres características: conllevan una revisión profunda de la cosmovisión de la persona, tienen un impacto duradero en

la vida, y ocurren en un periodo relativamente corto de tiempo y de forma imprevista (Parkes, 1988). Las experiencias de pérdida, incluyendo la muerte de seres queridos, son transiciones psicosociales que prácticamente todas las personas experimentamos a lo largo de nuestra vida.

Así, los rituales funerarios son rituales asociados con la muerte de una persona. Los usos y costumbres propios del contexto sociohistórico de una sociedad determinarán los símbolos involucrados en estos rituales (Torres, 2006). Su función es la brindar apoyo y soporte en dos sentidos: en un plano manifiesto (esto es, explícito) sirven para auxiliar al muerto en su transición de la existencia terrenal a una extraterrena, asignándole un espacio afín a su nueva condición; en el plano latente (esto es, implícito) cumple con la función de encuadrar los sentimientos y emociones que despierta la pérdida en los dolientes, brindándoles un significado socialmente sancionado en su propio proceso de transición (Thomas, 1991).

Rituales Funerarios en Pandemia

Como se ha mencionado, las medidas aplicadas para reducir el contagio por COVID-19 también afectaron la realización de rituales funerarios.

Debido a la reducción en el aforo de espacios cerrados y reuniones sociales, la manera de realizar rituales funerarios ha cambiado drásticamente. El no poder despedirse del ser querido fallecido trae como consecuencia sentimientos de tristeza, incredulidad e indignación, pero sobre todo aumenta la dificultad de asumir la pérdida (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021; Oliveira de Cardoso et al., 2020).

Al no poder tratarse ya de acontecimientos que reúnen físicamente a miembros de la familia y seres queridos para dar el pésame al círculo cercano del fallecido, se ha tenido que recurrir a alternativas que permitieran la comunicación a distancia, como llamadas telefónicas o la transmisión de los servicios fúnebres a través de videollamada (Carr et al., 2020; Jordan et al., 2021). Ante las restricciones impuestas a los funerales tradicionales, estas alternativas se han convertido en recursos importantes para la realización de rituales funerarios

durante la pandemia (Imber-Black, 2020).

Del mismo modo, redes sociales como Facebook y Twitter han permitido a los dolientes expresar su sentir de forma virtual. Si bien estas plataformas ya permitían este tipo de interacción, con la pandemia de COVID-19 estos espacios virtuales se hicieron más comunes para expresar el sentir en cuanto a la pérdida de seres queridos, dando cuenta de cómo la pandemia ha venido a transformar no sólo la forma en que vivimos, sino también como morimos e interactuamos con nuestros muertos (Dilmaç, 2016; Imber-Black, 2020; Jordan et al., 2021).

Duelo

El duelo es una reacción emocional normal experimentada ante el suceso de pérdida de otro significativo, especialmente la pérdida de un ser querido, aunque puede abarcar otros tipos de pérdidas (abandono, separación afectiva, cambio de domicilio, pérdida de empleo, etc.) (Flórez, 2002; Nakajima, 2018).

Es relevante resaltar una cuestión terminológica. En la literatura sobre duelo en lengua inglesa, se encuentran los términos “mourning”, “grief” y “bereavement”, que en castellano suelen traducirse indistintamente como “duelo” aunque se refieren a ideas distintas. “Mourning” se refiere al *proceso* a través del cual la pérdida es asimilada en la propia vida; “grief” es la *reacción* emocional y cognitiva ante la pérdida; y “bereavement” es el nombre dado al *periodo* en el cual se despliega el duelo en tanto proceso (DeSpelder & Strickland, 2015). En este proyecto, el término “duelo” se usará como traducción de “mourning” (proceso), y “aflicción” de “grief”.

La aflicción ante la pérdida de un ser querido viene acompañada por sentimientos como tristeza, ira, culpa, ansiedad, soledad, cansancio, desamparo y añoranza, pero también de alivio; en el plano cognitivo, pueden surgir pensamientos de incredulidad, confusión, preocupación y en ciertos casos alucinaciones relacionadas con la vivencia de pérdida; por otra parte, algunas conductas que suelen acompañar a la aflicción son perturbaciones del sueño, del apetito, una tendencia a retirarse de la vida social, el soñar con el fallecido, y el llanto. Todo esto forma parte del cuadro normal de aflicción, y es esperable

durante el proceso de duelo (Worden, 2009).

El duelo es un fenómeno que da cuenta de la necesidad de vinculación de los seres humanos, siendo un proceso desencadenado ante la perturbación de dicho vínculo con otro ser que se ha vuelto significativo (Payás Puigarnau, 2016). La experiencia de pérdida trae como consecuencia, entre otras, la transformación radical del mundo y del lugar que uno ocupa en él, así como también del modo de relación con la persona fallecida (McManus, 2013). Como se mencionó anteriormente, la función de los rituales funerarios es ayudar al doliente a dar cuenta de su pérdida, brindar contención a sus emociones, y asimilar los cambios que la pérdida trae consigo.

La finalidad del proceso de duelo es la adaptación del sujeto a una realidad en donde la persona fallecida toma un lugar diferente al que ocupaba antes de su muerte, implicando con esto la resignificación del vínculo y la reformulación de los lugares que ocupa el doliente en el entramado social y de las formas en que concibe al mundo y a sí mismo (Payás Puigarnau, 2016).

Duelo en Psicología

Los comienzos del estudio psicológico del duelo suelen ubicarse en el texto de 1917 que Sigmund Freud (2016) dedicó al tema, "Duelo y melancolía". Aquí, Freud indica que el duelo es una forma de trabajo psíquico que implica el retiro de las investiduras libidinales de la representación mental del objeto perdido; el dolor durante el duelo se debería a una fase de sobreinversión en la que, prueba de realidad mediante, el sujeto poco a poco va aceptando que el objeto ha desaparecido de la realidad. Para Freud, el duelo culmina con la investidura libidinal del mundo exterior, lo que permite al yo seguir existiendo y formando nuevos vínculos.

Karl Abraham (1994) profundizó en el estudio de las relaciones entre el duelo normal y la melancolía, señalando que la distinción entre ambos cuadros no es tan clara como sugería Freud. Posteriormente, Helene Deutsch (1937) brindó las primeras descripciones clínicas de reacciones ante la pérdida caracterizadas por la ausencia de aflicción, definiéndolas como mecanismos de defensa de un yo

demasiado frágil para manejar los afectos intensos asociados a la pérdida; también indicó cómo esta ausencia de aflicción parecía asociarse con la emergencia de síntomas depresivos o ansiosos con posterioridad. Finalmente, para Melanie Klein (2008) la manera en que los individuos afrontan vivencias de pérdida depende de la manera en que hayan sido elaboradas las experiencias de separación sucedidas en la infancia temprana.

El estudio psicológico del duelo avanzó gracias al influyente artículo de Erich Lindemann (1944) en donde estudió las reacciones posteriores a un incendio en la ciudad de Boston, EEUU, en el que murieron cerca de 500 personas al desatarse un fuego al interior de un club nocturno. Lindemann exploró las reacciones ante la pérdida en familiares de los fallecidos en el incendio, así como de supervivientes; sus hallazgos le permitieron establecer una distinción entre “aflicción normal” (o aguda) y “aflicción mórbida”. La primera se trataría de casos en que hay una respuesta emocional al suceso de pérdida, mientras que la segunda fue usada para indicar la ausencia o la evitación de una respuesta afectiva. En este artículo también se señala que el “síndrome de aflicción aguda” viene acompañado de síntomas de angustia y somáticos.

Una importante contribución al estudio del duelo es la de Colin Murray Parkes (1965a, 1965b), quien estudió las diferentes reacciones de pacientes psiquiátricos ante la pérdida de seres queridos, delineando una clasificación de las reacciones de duelo en dos categorías: reacciones específicas (aflicción típica, aflicción crónica, aflicción inhibida, y aflicción postergada), y reacciones inespecíficas (psicosomáticas, psiconeuróticas, afectivas distintas de la aflicción, y otras).

John Bowlby (1980, 1986, 1989) integró ideas psicoanalíticas junto con hallazgos realizados acerca del desarrollo infantil y observaciones realizadas en el campo de la etología, formulando una influyente teoría acerca de cómo los humanos formamos vínculos afectivos a través de conductas de apego. Para Bowlby, el objetivo de estas conductas es lograr el reencuentro con una figura cuidadora que se ha alejado. De acuerdo con su teoría, la pérdida permanente de una figura de este tipo desencadena el proceso de duelo, el cual queda delineado

en cuatro fases: shock y embotamiento, anhelo y búsqueda, desorganización y desesperación, y reorganización.

Quizás el modelo de duelo más conocido sea el propuesto por Elizabeth Kübler-Ross (2020) en su libro *On Death and Dying* de 1969. Basándose en investigaciones realizadas con personas en proceso de morir, la autora describió una serie de fases a través de las cuales los sujetos moribundos llegan a asumir su propia muerte, cada una caracterizada por ciertos tipos de emociones: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Este modelo ha sido utilizado ampliamente por personal de salud, y aunque la misma autora señaló que el duelo no sigue linealmente las etapas que describió, es frecuente que se consideren como una secuencia.

Estas contribuciones han servido como base para la formulación de propuestas teóricas dedicadas específicamente al estudio del duelo, como son las siguientes.

William Worden (2009) desarrolló la teoría de tareas de duelo en 1982. En esta, el duelo es descrito como un proceso que implica la elaboración de ciertas “tareas” que el doliente debe afrontar tras un suceso de pérdida. Estas tareas son: aceptación de la realidad de la pérdida, procesamiento del dolor causado por la pérdida, ajuste a un mundo sin el fallecido, y encontrar una conexión duradera con el fallecido al embarcarse hacia una nueva vida. Worden advierte que estas tareas no son necesariamente secuenciales, y que el desafío para el doliente radica en diversos factores asociados con el vínculo particular con la persona fallecida y las características psicológicas del mismo doliente.

A partir de los estudios realizados de manera paralela por Silverman, Nickman y Worden (1992) con niños que habían quedado huérfanos y con adultos que habían perdido a sus hijos, se encontró que en algunos sujetos se había conformado una representación mental de sus seres queridos fallecidos, lo cual permitía el mantenimiento de un vínculo continuo con dicha persona. Para ciertos sujetos este tipo de vínculo facilitó el proceso de duelo, mientras que para otros lo complicó. Si bien esta teoría permite comprender el duelo de forma diferente a Freud (la desinvertidura de la representación mental del fallecido), también ha

planteado interrogantes acerca de los factores que pueden llevar a que en algunos casos este vínculo facilite el duelo y para otras lo complique (Worden, 2009).

Margaret Stroebe y Henk Schut (1999) desarrollaron el modelo de procesamiento dual del duelo. Este modelo identifica dos tipos de factores estresantes en el proceso de duelo: los asociados con la pérdida (como lidiar con pensamientos intrusivos acerca de la muerte) y los asociados con la restauración (como lidiar con los retos que hubieran surgido en la vida diaria como consecuencia de la pérdida). Para estos autores, el duelo es un proceso dinámico que oscila entre ambos tipos de estresores.

Otro modelo es el de Robert Neimeyer (1999), quien conceptualiza el duelo como un proceso de reconstrucción de un mundo de significados que ha sido afectado por la experiencia de pérdida. Para esto, se definen dos tareas básicas: la redefinición del yo, y la redefinición de la relación con el mundo. La realización de estas tareas dependerá en gran medida de las características del vínculo existente con el fallecido. Para este autor, el trabajo de duelo no implica un retorno al funcionamiento anterior a la pérdida, sino la posibilidad de construir un nuevo vínculo con la vida en ausencia del fallecido.

Pueden mencionarse algunos elementos comunes en estos modelos: la distinción entre reacciones “normales” o “esperadas” ante la pérdida, y reacciones “anormales”, o “atípicas”; la idea de que estas reacciones son altamente individuales y son dependientes de numerosos factores tanto subjetivos como sociales; que el duelo es un proceso dinámico, no lineal, que conlleva la realización de un trabajo psicológico más o menos intenso que culmina con una reformulación de la situación existencial del doliente.

Para este proyecto, se toma como principal referencia el modelo de tareas de duelo descrito por William Worden.

Modelo de Tareas del Duelo de William Worden

El psicólogo J. William Worden ha descrito un modelo teórico del duelo tomando como base elementos de la teoría del apego de John Bowlby. De manera similar a como Bowlby (1980) describe que la experiencia de pérdida es elaborada

al atravesar cuatro estadios no lineales, Worden (2009) define el proceso de duelo como una serie de cuatro tareas que el doliente ha de realizar para lograr adaptarse al mundo sin el ser querido.

El concepto de tareas es retomado del trabajo realizado por Robert Havinghurst en 1953 en el campo de la psicología del desarrollo; en este contexto se concibe que el infante debe ser capaz de realizar determinadas tareas de índole emocional, social, física y mental para lograr adaptarse a los desafíos de la vida (Worden, 2009; Worden & Winokuer, 2021).

Worden explica que el planteo de “tareas” en lugar de “fases” conlleva la idea de que el doliente es un agente activo en el proceso de duelo, en lugar de un ente pasivo que atraviesa por diferentes etapas de forma mecánica. La relevancia de este enfoque radica en que la experiencia de pérdida tiende a traer consigo sentimientos de impotencia y desamparo, de manera que ver el duelo como algo en lo que el doliente puede involucrarse activamente ayuda a brindar un sentido de control y dirección a su vivencia (Attig, 1991).

Las cuatro tareas que describe Worden son resumidas a continuación (Worden, 2009, 2015; Worden & Winokuer, 2021); en el apartado siguiente, donde se aborda el tema del duelo complicado, se describe la manera en que estas tareas pueden no ser realizadas.

Aceptar la realidad de la pérdida. Esta tarea implica el reconocimiento pleno de la irreversibilidad de la muerte del ser querido, esto es, que el reencuentro con él es imposible. Esta tarea se relaciona con la conducta de búsqueda del sujeto de apego que describe Bowlby (1986). Su importancia radica en que la aceptación de la muerte es un prerrequisito para la aceptación cognitiva y emocional de la pérdida, y por tanto para iniciar el proceso de duelo.

Procesar el dolor de la aflicción. Conlleva el reconocimiento del dolor físico y emocional que acompaña a la vivencia de pérdida, independientemente de la intensidad que pueda tener este dolor. Esta tarea es particularmente influida por factores socioculturales, en especial la manera en que la expresión de sentimientos está regulada en una comunidad.

Ajustarse a un mundo sin el fallecido. Tras la pérdida de un ser querido,

el doliente debe afrontar la tarea de ajustarse a un mundo marcado por su ausencia. Worden ubica tres áreas principales en que estos ajustes deben realizarse: en el ámbito externo (cómo la muerte afecta el funcionamiento del doliente en sus interacciones cotidianas con el mundo), en el ámbito interno (cómo la muerte afecta el autoconcepto y el propio sentido de identidad), y el ámbito espiritual (cómo la muerte afecta las propias creencias, valores y preconcepciones acerca del mundo).

Encontrar una conexión duradera con el fallecido en medio del embarque hacia una nueva vida. Esta tarea se relaciona con lo planteado en la teoría de vínculos continuos. El vínculo con la persona fallecida no es destruido, sino que es resignificado de tal forma que no evite al doliente continuar con su vida y formar nuevos vínculos. La representación mental de la persona, su recuerdo, puede entonces permanecer sin ser causa de dolor, o al menos de un dolor insoportable.

Worden (2009) plantea que la realización de estas tareas, y la dificultad relativa para ello, es altamente dependiente de una serie de siete tipos de “mediadores del duelo”:

Mediador 1: quién era la persona. El tipo de relación que se tenía con la persona fallecida conlleva la necesidad de afrontar desafíos diferentes si se trata, por ejemplo, de la pérdida de un padre, una pareja o un hijo. El mismo fallecimiento puede tener diferentes efectos en personas diferentes, pues cada pérdida implica también la pérdida de diferentes expectativas y esperanzas que estaban vinculadas con la persona.

Mediador 2: naturaleza del apego con la persona. El estilo de apego que se tenía con la persona también es relevante, y Worden destaca la importancia de la intensidad del vínculo, el sentimiento de seguridad que representaba para el doliente, la ambivalencia (coexistencia de sentimientos positivos y negativos) en el vínculo, la existencia de conflictos con la persona, y el grado de dependencia que había hacia ella.

Mediador 3: cómo murió la persona. El modo particular en que sucedió la muerte de la persona incide en la dificultad para elaborar las tareas de duelo, por

ejemplo, si se trató de una muerte súbita o inesperada, violenta, si era prevenible, o si ocurrió como parte de un suceso de muerte múltiple o masiva, si sucedió de forma tal que pueda ser una muerte ilegítima o estigmatizada, o si se trata de una muerte ambigua (cuando no se sabe si una persona ha muerto o sigue viva).

Mediador 4: antecedentes históricos. Aquí se incluye el historial de pérdidas pasadas, pues la forma en que estas hayan sido elaboradas (o no) afectará la manera en que se trabajan los duelos posteriores. Asimismo aquí se cuenta también el historial psicopatológico del doliente: se ha observado que antecedentes de depresión mayor o síntomas de ansiedad tienden a dificultar la realización de las tareas de duelo.

Mediador 5: personalidad. Algunas de las variables asociadas con la personalidad del doliente que influyen en la trayectoria del trabajo de duelo son: edad y género, estilo de afrontamiento (enfocado a soluciones, emocional activo o emocional evitativo), estilo de apego (seguro, ansioso-preocupado, ansioso-ambivalente, evitativo-desestimante, evitativo-temeroso), su estilo cognitivo, la fortaleza del yo (especialmente en cuanto al autoestima y la autoeficacia), y las creencias y valores acerca del mundo.

Mediador 6: variables sociales. El apoyo social percibido es una variable significativa en el proceso de duelo, y el contar con un apoyo social adecuado puede mitigar en cierta medida el estrés asociado con la pérdida. Algunas variables sociales son: la satisfacción con el apoyo social, los roles en que participa el doliente (se ha encontrado que quienes asumen más roles sociales tienden a ajustarse mejor a la muerte del ser querido), y los recursos religiosos y étnicos disponibles que son dependientes de la cultura.

Mediador 7: factores concurrentes de estrés. La presencia de sucesos concurrentes que sean fuente de estrés exacerbará las respuestas negativas ante la pérdida, como pérdidas económicas o laborales.

Siguiendo las teorizaciones del duelo en psicología, y en particular la teoría de Worden, encontramos que el duelo es un proceso complejo, no lineal, que responde a una multitud de factores de diversa índole que concurren en la experiencia individual de un sujeto específico.

Duelo complicado

Las teorías psicológicas del duelo plantean que dicho proceso termina cuando la experiencia de pérdida ya no es una fuente importante de malestar para el doliente, quien se encuentra entonces en condiciones de continuar con su vida manteniendo un vínculo distinto con el fallecido. Sin embargo, para ciertas personas esta meta es particularmente difícil de alcanzar, y en algunos casos es prácticamente imposible. Se habla entonces de duelo complicado (DC).

Si bien existe consenso entre los especialistas en cuanto a la existencia de reacciones exacerbadas de ciertas personas a la pérdida de seres queridos y la necesidad de brindar atención eficiente a estos casos, la delimitación conceptual, clínica y epistemológica del DC aún es tema de debate, con algunos autores señalando la necesidad de la inclusión de este cuadro en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) como un trastorno independiente (Maciejewski & Prigerson, 2017; Shear et al., 2011), o como un agregado a otros trastornos (Horowitz, 2005). Del mismo modo, hay también autores que cuestionan dicha inclusión, señalando que ello implicaría un avance hacia la patologización de una forma de dolor humano “normal” (Brinkmann, 2017; Granek, 2014, 2016).

Independientemente de las discusiones teóricas y de las diferencias terminológicas, las reacciones “atípicas” a la experiencia de pérdida han sido descritas desde tiempo atrás, siendo llamadas duelo mórbido, patológico, ausente, anormal, neurótico o no resuelto, y en la actualidad “duelo complicado” (Shuchter & Zisook, 1993). Como apunta Worden (2009), lo que pudiera llamarse “atípico” en el DC no es la aflicción que la persona siente ante su pérdida, sino la manera en que el proceso de duelo se ve afectado por otros factores.

En este sentido, y sin importar el nombre que tome, el DC se refiere a un proceso de duelo que incluye las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales “normales” ante la pérdida pero que, por diversos factores, no disminuyen en duración y/o intensidad, pudiendo incluso extender o aumentar la aflicción, trayendo consigo gran malestar emocional (Horowitz et al., 1980; Worden, 2009).

El DC ha sido asociado con una mayor incidencia de comorbilidades

fisiológicas, como cardiopatías y trastornos del sueño y del apetito, así como con una mayor incidencia de síntomas depresivos, ansiosos y malestar emocional general (Alonso-Llácer et al., 2020; Shear & Shair, 2005).

Factores Incidentes para Duelo Complicado

Los factores que complican el proceso de duelo son múltiples, y diferentes autores los agrupan de distinta manera. Más arriba se han descrito los factores mediadores del duelo según Worden (2009); para Parkes & Prigerson (2010), los determinantes del duelo se dividen en:

- Antecedentes (previos a la pérdida), como las características de la relación con la persona fallecida, experiencias infantiles (como relación con los padres y pérdidas tempranas) y posteriores (pérdidas de personas importantes), los antecedentes de trastornos mentales, crisis vitales pasadas y el modo en que sucedió la muerte;
- Concurrentes (propios del doliente), como el género, la edad, la personalidad, nacionalidad, religión y la manera como el duelo es concebido en la cultura y en la familia;
- Subsecuentes (posteriores a la pérdida), como el apoyo social, fuentes secundarias de estrés y las oportunidades de vida más allá de la pérdida.

En un estudio con familiares de pacientes oncológicos, Barreto et al. (2008) encontraron que una mayor dependencia afectiva, mayor intensidad de sentimientos de ira y culpa, la presencia de antecedentes psicopatológicos, la falta de cuidados paliativos y dificultades económicas son factores de riesgo para DC.

En una revisión de literatura, Lobb et al. (2010) encontraron que, entre los factores previos a la muerte, algunos predictores de DC fueron la presencia de pérdidas anteriores no resueltas, antecedentes psicopatológicos, estilo de apego y el tipo de relación con el fallecido; entre los factores asociados con la muerte, se halló que el DC se asocia mayormente con muertes violentas y con la calidad de los cuidados durante el proceso de muerte, la cercanía de la relación, dependencia afectiva y la falta de preparación para la muerte; se encontró que el apoyo social percibido jugó un papel central en el periodo postmortem.

Del mismo modo, Mason et al. (2020) realizaron una revisión de literatura con los siguientes hallazgos: entre los factores de riesgo de DC asociados con el doliente, se incluyen el tener menos años de educación, presencia de síntomas depresivos y/o ansiosos, pobre salud física, y rasgos de apego dependiente o inseguro, así como un pobre soporte social percibido y la presencia de conflictos familiares al final de la vida; entre los factores asociados al fallecido, se encuentran una menor edad, mayor temor a la muerte, y el lugar donde esta sucedió.

En un estudio realizado por Alonso-Llácer et al. (2020) con dolientes de primer grado, se encontró una asociación importante entre DC y sintomatología ansiosa y depresiva; se encontró que una muerte repentina es un indicador importante de DC.

Parro-Jiménez et al. (2021) realizaron una revisión de literatura sobre investigaciones de DC en España, encontrando que este cuadro se asocia con un menor nivel socioeconómico, situación laboral desfavorable, la pérdida de un hijo o de un cónyuge, menor edad del fallecido, antecedentes psicopatológicos, y presencia de otros trastornos mentales.

A partir de los resultados de estas investigaciones, puede resaltarse la naturaleza multifactorial del DC. La complicación del proceso de duelo depende de factores asociados al doliente, el vínculo entre el doliente y el fallecido, y numerosos elementos concurrentes que atraviesan la situación de la pérdida, elementos que no son solamente psicológicos, sino sociales, culturales e incluso económicos, desde la manera en que la muerte es afrontada en un contexto particular, hasta los diversos soportes sociales con que pudiera contar (o no) el doliente para mitigar su aflicción.

En los estudios citados anteriormente en esta sección, se mencionan también los factores que pueden operar como protección ante la emergencia del DC. Una mayor resiliencia, presencia de apoyo social percibido satisfactorio, el uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en la resolución de problemas, y mayor satisfacción con los cuidados paliativos brindados al moribundo, se cuentan entre los factores protectores contra DC en dolientes (Alonso-Llácer et al., 2020;

Barreto et al., 2008; Mason et al., 2020; Parro-Jiménez et al., 2020).

Duelo Complicado en el Modelo de Tareas de Worden

En el modelo de tareas de duelo de J. William Worden (2009), el DC se ubica en función de la dificultad del doliente para trabajar las tareas del proceso. Dicha dificultad se debe a la manera en que los mediadores del duelo inciden en la particularidad de cada caso.

Negación de la pérdida. La realización de la primera tarea se ve impedida cuando la pérdida es negada, ya sea en el hecho mismo del suceso o en algún otro sentido, como negar el significado que la pérdida pueda tener, su impacto en la vida del doliente, o el hecho de que esta sea irreversible. La negación de la pérdida puede variar desde ligeras distorsiones de la realidad, hasta cuadros delirantes. La realización de rituales funerarios es un recurso importante en la aceptación de la realidad de la pérdida.

Negación de los sentimientos asociados con la pérdida. La pérdida en cuanto suceso es aceptada, pero los sentimientos que esta conlleva son negados, impidiendo el procesamiento de la aflicción. La persona puede negar los sentimientos asociados con la pérdida evitando pensamientos dolorosos, o promoviendo los pensamientos positivos, particularmente acerca del fallecido, llevando a la idealización de este. En algunos casos esto puede llevar al consumo de sustancias como drogas o alcohol.

Incapacidad para adaptarse a la pérdida. El doliente encuentra dificultades para realizar los cambios necesarios que trae consigo el desplazamiento de roles como consecuencia de la muerte del ser querido, afectando también su sentido de autodefinición, autoeficacia y autoestima, así como su sistema de valores y creencias acerca del mundo. El doliente queda en una situación de desamparo en que se ve incapaz de desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas, pudiendo entonces desentenderse del mundo para no hacer frente a sus solicitudes.

Incapacidad de vivir. El vínculo con la persona fallecida es de naturaleza tal que su resignificación se vuelve difícil o prácticamente imposible, haciendo que

el doliente no pueda continuar con su vida sin aflicción. El mantenimiento del vínculo impide también al doliente el establecimiento de vínculos nuevos o la búsqueda de nuevas maneras de vincularse; la pérdida ha dejado al doliente “congelado” en su aflicción.

Worden (2009) apunta que las tareas del duelo no siguen una secuencia rígida y que con frecuencia requieren de un trabajo intenso y reiterativo.

Duelo Complicado y la Pandemia de COVID-19

Además del desafío que ha representado para los sistemas sanitarios, la pandemia de COVID-19 también ha afectado la manera en que las personas atraviesan el duelo por la pérdida de seres queridos.

Gesi et al. (2020) señalan que las muertes por COVID-19 tienen semejanza con las muertes ocurridas por desastres naturales, en el sentido de que en estos casos suelen ocurrir muertes súbitas e inesperadas, así como en cantidades relativamente grandes, en un contexto en que también la propia vida corre peligro y en que pueden suceder numerosas pérdidas concurrentes.

Las muertes ocurridas durante eventos de muerte masiva, como la actual pandemia o durante los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York, tienden a ser experimentadas como muertes traumáticas, y por tanto de difícil elaboración por parte de los dolientes (Han et al., 2021; Worden, 2009). Debido a la naturaleza de este evento, provocado por un patógeno biológico de alta transmisibilidad, la pandemia también afectó nuestras ideas acerca del mundo, convirtiéndolo en un lugar peligroso y potencialmente mortal (Doka, 2022).

Gesi et al. (2020) señalan que el ingreso de pacientes a las unidades de cuidados intensivos hospitalarias suele ser una experiencia traumática tanto para este como para sus seres queridos, debido principalmente a los procedimientos a los que los pacientes son sometidos y que en muchas instancias los deja incomunicados, y al temor de que el paciente muera de forma inesperada. Este tipo de muertes puede considerarse como “malas muertes” (Han et al., 2021)

Si bien en la actualidad los mecanismos de acción de la COVID-19 se conocen mejor, al comienzo de la pandemia las muertes debidas a esta

enfermedad estaban atravesadas por un alto grado de incertidumbre, por ejemplo en relación a que algunas personas podían ser portadores asintomáticos o que la severidad de los cuadros podía empeorar de forma inesperada (Doka, 2022).

La atención prestada a la COVID-19 y a las muertes que ha provocado, puede despertar en los dolientes que han perdido seres queridos por otras enfermedades la sensación de que sus pérdidas carecen de reconocimiento social, percibiéndolas como ilegítimas (Doka, 2022).

Estos factores, en conjunto con las pérdidas concurrentes y la modificación a la rutina diaria, han mermado de forma importante la salud mental de las personas (Doka, 2022; Pentaris & Woodthorpe, 2022), sentando las bases para la emergencia de cuadros de DC, como han mostrado los siguientes estudios.

Eisma y Tamminga (2020) realizaron un estudio en que se compararon los resultados de dos encuestas acerca de experiencias de pérdida y duelo complicado en una población holandesa, la primera realizada antes de la pandemia y la segunda durante ella; entre sus hallazgos señalan que la experiencia de pérdida durante la pandemia está vinculada con reacciones de aflicción más intensas, resaltando que esto pudiera indicar una mayor dificultad para elaborar la pérdida en el futuro.

Testoni et al. (2021) exploraron de manera cualitativa los efectos de las restricciones al acompañamiento hospitalario y durante el proceso de muerte de seres queridos, implementadas debido a la pandemia de COVID-19, en una muestra de dolientes italianos; mediante análisis de discurso, en la muestra investigada se encontraron temas relacionados al abandono del ser querido, la deshumanización de la pérdida (debido en parte a la falta de trato humano del personal sanitario y la falta de rituales funerarios tradicionales), incredulidad acerca de la pérdida experimentada, y el uso de redes sociales para expresar sentimientos acerca de ella.

Kumar (2021) realizó un análisis temático cualitativo de la literatura acerca del duelo durante la pandemia de COVID-19; de acuerdo con sus hallazgos, se puede hablar de cuatro dimensiones o tipos de duelos: personales, relacionales, colectivos y ecológicos, cada uno implicando dificultades particulares; asimismo,

señala que las pérdidas ocurridas durante la pandemia afectan de manera diferente a las personas según su grupo de edad.

El impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19 en prácticamente todas las dimensiones de la vida humana ha sido inmenso, y ha traído consigo importantes cambios no solamente en la manera en que la vida diaria se desarrolla en lo cotidiano, sino también en las ideas y perspectivas que las personas tienen acerca de sí mismas, de los demás y del mundo (Beder, 2005; Menzies et al., 2020).

La dimensión del suceso que ha sido la pandemia de COVID-19 implica que las muertes sucedidas durante este periodo no solamente repercuten en el ámbito de la particularidad de cada familia, sino que se entretajan en la colectividad de la comunidad, de manera que los duelos individuales cobran también una dimensión social al enmarcarse en el contexto de una tragedia pública (Doka, 2003, 2022).

El hecho de que estas transformaciones al modo de vida de las personas sucedan en el contexto de un evento global en el que millones de personas han perdido la vida, plantea un desafío importante para quienes atraviesan procesos de duelo debido a la muerte de seres queridos, abriendo así la posibilidad a que un porcentaje importante de estas pérdidas se conviertan en duelos complicados (Diolaiutti et al., 2021; Jordan et al., 2021).

Apego

En la teoría del psicoanalista británico John Bowlby (1980, 1982, 1986, 1989), el concepto de apego se refiere al vínculo emocional particular que se establece entre un infante y una persona que le cuida. A partir de esta idea, y tomando como bases su formación psicoanalítica, así como los hallazgos realizados durante su época en campos como la neuropsicología y la etología, se desprenden una serie de conceptos a través de los cuales se pretende dar cuenta de la manera en que los seres humanos forman y buscan mantener vínculos afectivos entre sí.

De acuerdo con Bowlby (1989), algunas especies animales (incluyendo los humanos) han desarrollado de forma evolutiva un sistema de conductas de

supervivencia dirigido al mantenimiento de la cercanía de figuras protectoras (o “figuras de apego”), que llama “sistema de apego”; este sistema es observable principalmente en infantes y niños pequeños, aunque continúa su operación durante toda la vida.

El sistema de apego es activado ante situaciones de estrés de diferente tipo, tanto objetivas (amenazas externas) como subjetivas (temores, fantasías, sueños), teniendo como efecto el despliegue de “conductas de apego”, esto es, conductas dirigidas a mantener al mínimo la distancia entre el infante y el cuidador (por ejemplo, buscarle con la mirada, pegarse a él, o llorar); la importancia de este sistema radica en que, al principio, el infante es incapaz de satisfacer sus necesidades por sí mismo, requiriendo del cuidado de otros más capaces para sobrevivir (Bowlby, 1989; Holmes, 2002; Mikulincer & Shaver, 2016).

La presencia de una figura de apego con la cual existe un vínculo satisfactorio lleva a la reducción de la tensión y el estrés, permitiendo al niño el despliegue de conductas de exploración de su medio y eventualmente de juego; cuando el vínculo de apego no es satisfactorio, la realización de estas otras conductas se ve impedida o marcada por angustia relacionada con la capacidad de la figura de apego para cumplir su función (Bowlby, 1973; Mikulincer & Shaver, 2016). Si el cuidador cumple su función de forma deficiente, se habla entonces de patrones perturbados de apego, dando lugar a perturbaciones en la activación del sistema de apego (Bowlby, 1982).

Al principio, este sistema opera principalmente sobre una base biológica, pero a través de las interacciones continuas del infante con su medio y sus figuras de apego, se estructura un “modelo operante interno” que toma como referencia las representaciones mentales del infante acerca de sí mismo como digno o no de recibir atención, sus figuras de apego como dadoras o no de atención y cuidado, y del vínculo entre ambos (Bowlby, 1973; Pinedo Palacios & Santelices Álvarez, 2006).

Conforme el infante va madurando y logrando un mayor dominio de sus capacidades para afrontar los desafíos del mundo que le rodea, las conductas de apego más directamente observables se reducen, recurriendo principalmente en

su lugar a la activación de las representaciones mentales que forman parte del modelo operante interno (Mikulincer & Shaver, 2016). Sin embargo, estas pautas, establecidas en la infancia, tenderán a mantenerse a lo largo de la vida, de manera que la activación del sistema estará marcada por las experiencias tempranas del infante con sus figuras de apego (López & Ramírez, 2006).

Durante la infancia el vínculo de apego se establece principalmente con una figura particular, y en condiciones normales esto lleva a la integración de una representación mental positiva de dicha figura, lo que posibilita el desarrollo de la autonomía en el infante y el establecimiento de vínculos con otras figuras (Mikulincer & Shaver, 2016). Se ha encontrado que durante la edad adulta, la función de la figura de apego que originalmente se atribuía a los padres, va desplazándose hacia otras personas, como la pareja, amigos y pares, convirtiéndose estas en figuras de las que también es posible obtener soporte y proximidad emocional (Hazan & Zeifman, 1994). Así, en el caso del apego en adultos, suele hablarse también de “redes de apego” (Doherty & Feeney, 2004).

Mientras que el mantenimiento del vínculo de apego es una fuente de seguridad y su renovación una fuente de alegría, cuando éste es amenazado hay surgimiento de ansiedad, y su pérdida trae consigo tristeza y pesar (Bowlby, 1982). En los patrones perturbados, el funcionamiento del sistema de apego puede darse de manera hiperactiva o hipoactiva, resultando por tanto en conductas marcadas por angustia relacionada con la figura de apego debido a una alta dependencia del yo, o por el otro dirigidas a la evitación de dicha dependencia debido a la percepción del cuidador como incapaz de brindar las atenciones requeridas (Mikulincer et al., 2002).

En función de las diferentes valoraciones que pueden tener los componentes del modelo operante interno, se han distinguido cuatro tipos o estilos de vinculación entre las personas, llamados más comúnmente “estilos de apego”.

Estilos de Apego

A partir de los planteamientos de Bowlby (1973) acerca del modelo operante interno, Bartholomew y Horowitz (1991) propusieron un modelo de cuatro

pautas o estilos de apego, en función de las valoraciones hechas desde dicho modelo en cuanto a la percepción del yo como digno o no de atención, y del otro como dador o no de cuidado, y que han sido enriquecidas por investigaciones posteriores (Mancini & Bonanno, 2012; Melero & Cantero, 2008; Mikulincer et al., 2002; Mikulincer & Shaver, 2016):

Apego seguro. Indica una valoración positiva del sí mismo y de las figuras de apego; el yo se percibe como digno de recibir cuidados, y el otro como capaz de brindarlos. Se asocia con una mayor autoestima y autoconfianza, así como con una mayor autorregulación afectiva. El sujeto se percibe como capaz de entablar vínculos íntimos con otras personas y sentirse cómodo en ellos.

Apego preocupado. Valoración negativa del sí mismo y valoración positiva de la figura de afecto; el yo se percibe como no digno de recibir cuidados, y busca constantemente reafirmación por parte del otro. En este tipo de vínculo hay una hiperactivación del sistema de apego, resultando en conductas de hipervigilancia y exacerbación de las amenazas potenciales así como en la intensificación de recuerdos de situaciones traumáticas pasadas. La activación del sistema de apego lleva al sujeto a buscar de manera urgente y constante la atención y el cuidado de una figura de apego.

Apego huidizo-alejado. Valoración positiva de sí mismo y valoración negativa de la figura de afecto; el yo se percibe como digno de recibir cuidados, pero el otro como incapaz de brindarlos. En este tipo de vínculo hay una hipoactivación del sistema de apego, resultando en conductas de desactivación de este, incluyendo la evasión de la atención respecto a las amenazas potenciales y la represión o inhibición de pensamientos asociados con ellas, pues estas podrían activar el sistema de apego. Todo esto le permite no dar cuenta de las propias necesidades de protección, dando a los vínculos con otras personas una importancia secundaria. Estos sujetos presentan una mayor autosuficiencia pero también mayor incomodidad en las relaciones íntimas.

Apego huidizo-temeroso. Valoración negativa del sí mismo y valoración negativa de la figura de afecto; el yo se percibe como no digno de recibir cuidados, y el otro es percibido como incapaz de brindarlos. En este tipo de vínculo hay una

intensa sensación de incomodidad hacia la intimidad, pero paradójicamente hay también una marcada necesidad de protección por parte de las figuras de apego, quienes sin embargo son vistas como incapaces de realizar dicha función. Debido a esto, hay una tendencia a la evitación del contacto social como anticipación al rechazo de los otros.

Además de estos cuatro estilos de apego, han sido descritos otros. Ainsworth et al. (1978) describieron tres tipos de apego, A (evitativo), B (seguro) y C (ambivalente), a partir de observaciones de infantes en situaciones extrañas. Main (1995), a partir de la obra de Bowlby y los trabajos de Ainsworth, señaló que los estilos evitativo y ambivalente corresponden a estilos de apego inseguros organizados, esto es, dirigidos al mantenimiento de la organización del yo del sujeto, añadiendo un cuarto estilo llamado “desorganizado/desorientado”, asociado con experiencias traumáticas tempranas.

Una alternativa al modelo de estilos de apego es la propuesta de Fraley y Shaver (2000), quienes, retomando a Bowlby (1980), consideran que las estrategias de apego pueden ser ubicadas en un modelo bidimensional que incluye por un lado la dimensión de evitación (tendencia a la desconfianza y a la independencia, correspondiente al apego huidizo-alejado), y por el otro la ansiedad (tendencia a la preocupación por la ausencia de los otros, correspondiente al apego preocupado).

Es importante agregar que se ha encontrado que el estilo de apego en adultos ha sido asociado con la amplitud y satisfacción percibida hacia las personas que forman parte de la red de apego de una persona, siendo las personas que presentan un estilo de apego seguro quienes encuentran mayor satisfacción y cercanía afectiva en las personas que les rodean (Anders & Tucker, 2000).

Dada la relevancia de la teoría del apego en la comprensión de los vínculos afectivos entre los seres humanos, su estudio también ha arrojado luz sobre el fenómeno del duelo, y en particular el duelo complicado.

Apego y Duelo Complicado

Seguendo a Bowlby (1980), la muerte de un ser querido es un evento doloroso que trae consigo una amplia gama de sentimientos así como estrés, lo cual funciona como disparador del sistema de apego, y por tanto de conductas que buscan el acercamiento de (o a la) figura de apego. Sin embargo, esta situación puede complicarse cuando la persona fallecida es la figura de apego.

De acuerdo con Shear et al. (2007), la muerte de una figura de apego tiene como resultado una discordancia entre la realidad de la pérdida y el hecho de que esta aún no ha sido asimilada a la imagen mental de la figura de apego, teniendo por consecuencia una reactivación constante del sistema de apego, el cual, debido a la ausencia de la figura de apego, culmina en la frustración de su meta y en la reiteración de sentimientos de añoranza y tristeza. En el duelo normal, este proceso irá menguando según la muerte vaya siendo asimilada a la representación mental de la persona.

En los casos en que existe un vínculo perturbado (o, en otras palabras, inseguro), esta aceptación de la muerte de la figura de apego puede complicarse, resultando en el cuadro de DC (Shear et al., 2007).

Las personas con vínculos de apego ansiosos (estilo preocupado) tienden a experimentar una activación crónica o exacerbada del sistema de apego, teniendo por consecuencia la recurrencia de imágenes y recuerdos del fallecido, mientras que quienes desarrollan un apego evitativo (estilo huidizo-evitativo) tienden a reducir o desactivar el funcionamiento del sistema de apego, reduciendo a su vez el acceso a las representaciones mentales de la persona fallecida resultando en duelos postergados (Schenck et al., 2016).

En una revisión de literatura acerca de las relaciones entre estilo de apego y DC, Russ et al. (2022) encontraron que estilos de apego inseguro pueden predecir la aparición de cuadros de DC incluso hasta 20 meses después de ocurrida la pérdida; del mismo modo, se encontró una asociación clara entre el estilo de apego evitativo y DC en una variedad de países distintos, resaltando que este tipo de apego se vincula con formas de afrontamiento dirigidas a evitar los sentimientos e ideas asociados con la pérdida, como el consumo de sustancias.

Afrontamiento

El concepto de afrontamiento en psicología tiene su origen en dos líneas: la fisiología animal y el psicoanálisis del yo; en el primer caso, el afrontamiento se define como aquellas acciones dirigidas a controlar las condiciones ambientales que traen consigo perturbaciones psicofisiológicas, mientras que en el segundo se trata de un conjunto de pensamientos y actos enfocados en la resolución de problemas, y por tanto del estrés (Lazarus & Folkman, 1984).

Partiendo de las contribuciones de estos modelos, pero también considerando sus limitaciones, Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar demandas externas y/o internas específicas que son valoradas como difíciles o que exceden los recursos de la persona” (p. 141). Para estos autores, el afrontamiento es un proceso dinámico que depende de evaluaciones continuas de los cambios que suceden en la relación entre el individuo y su ambiente, los cuales pueden o no ser resultado de las conductas de afrontamiento del individuo (por ejemplo, la modificación del ambiente o de la manera en que los sucesos son significados).

Lazarus y Folkman (1984) distinguen entre dos modos o formas de afrontamiento: uno dirigido al manejo o alteración de la fuente de estrés, y otro dirigido a la regulación de la respuesta emocional ante dicha fuente. El primero es denominado “afrontamiento centrado en el problema”, y el segundo “afrontamiento centrado en la emoción” (Macías et al., 2013). El primer tipo suele darse cuando el sujeto evalúa la situación como susceptible de cambiar a través de acciones por parte de este; el segundo cuando la situación es evaluada como inmodificable, por lo que se recurre a mecanismos cognitivos para modificar la respuesta afectiva ante el suceso (Solís Manrique & Vidal Miranda, 2006).

Estos modos o formas de afrontamiento han sido llamados en la literatura posterior “estilos de afrontamiento”, distinguiéndolos de las “estrategias de afrontamiento”; los primeros son predisposiciones cognitivas y conductuales que inciden en la evaluación de las situaciones estresantes, mientras que las segundas son las acciones concretas realizadas con el objetivo de mitigar el malestar causado por el estrés (Lazarus & Folkman, 1984; Solís Manrique & Vidal

Miranda, 2006).

Como se señaló, el proceso de afrontamiento depende de una continua reevaluación de la situación del sujeto, por lo que la efectividad de una estrategia particular dependerá en gran medida de cada persona y cada situación (Stephenson & DeLongis, 2020). Asimismo, entre los factores que inciden tanto en el proceso de evaluación del afrontamiento como en el tipo de estrategias utilizadas para lidiar con el estrés, pueden mencionarse la personalidad y el estilo de apego de los individuos, debido en parte a que estas variables afectan directamente la manera en que cada individuo se evalúa a sí mismo y al medio que le rodea (Bayrak et al., 2018; Cano García et al., 2007).

Estrategias de Afrontamiento

Como se ha mencionado, las estrategias de afrontamiento son los diferentes tipos de acciones que los sujetos pueden realizar para lidiar con una situación de estrés (Macías et al., 2013). Existen diversas clasificaciones para las estrategias de afrontamiento.

McCubbin et al. (1991) distinguen cinco categorías: reestructuración, evaluación pasiva, atención de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual y movilización familiar. Carver et al. (1989) describen 15: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas, postergación del afrontamiento, soporte social instrumental y emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religiosidad, expresión de emociones, uso de alcohol y drogas, y compromiso conductual.

Frydenberg (1997) distingue tres estilos de afrontamiento, a partir de los cuales derivan diversas estrategias: el estilo “Resolver el problema” incluye estrategias como concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física y reserva para sí; el estilo “Referencia a otros” incluye buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional; finalmente, el “Afrontamiento no productivo” comprende el preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema,

reducción de la tensión, reserva para sí y la culpabilización de sí mismo.

Una categorización diferente es la que proponen Tobin et al. (1989), quienes, a partir de las teorizaciones anteriores a sus estudios, describieron una estructura factorial de tres niveles para las categorías de su Coping Strategies Inventory. Estos autores distinguen entre estrategias basadas en el abordaje y basadas en la retirada, distinguiéndose cada categoría en estrategias enfocadas al problema y enfocadas a la emoción. Las estrategias que describen estos autores son:

- abordaje del problema: resolución del problema, y reestructuración cognitiva;
- abordaje de la emoción: expresión de emociones, y soporte social;
- retirada del problema: evitación del problema, y pensamiento desiderativo;
- retirada de la emoción: autocrítica, y retirada social.

Afrontamiento y Duelo Complicado

La muerte de un ser querido es una experiencia que, para la gran mayoría de las personas, es fuente importante de estrés (Worden, 2009). Asimismo, esta experiencia puede traer como consecuencia una serie de afectaciones fisiológicas, afectivas, cognitivas y conductuales que pueden contribuir con mayor estrés (Stroebe, 2011). Debido a esto, el estudio de las maneras en que las personas afrontan las experiencias de pérdida ha sido objeto de numerosos estudios en psicología (Lazarus & Folkman, 1984).

Como se ha señalado anteriormente, la elaboración del duelo depende de las características particulares en que la pérdida sucedió (Worden, 2009). En este sentido, se ha encontrado que las condiciones en que ocurre la muerte del ser querido influyen de manera importante en el tipo de estrategias que los dolientes tienden a utilizar (Davies, 2001; Mikulincer & Florian, 1996). Asimismo, otras investigaciones han apuntado a que factores socioculturales también influyen en la manera en que las personas lidian con la muerte de un ser querido (Ornelas Tavares, 2016).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), la eficacia del afrontamiento

depende en gran medida del tipo de situación a que el sujeto se enfrenta. En este sentido, si bien se ha encontrado que el estilo enfocado a la resolución de problemas resulta más efectivo en muchas situaciones, en el caso particular de la muerte de un ser querido resulta ineficiente, puesto que dicho suceso es irreversible sin importar las acciones del doliente (Mikulincer & Florian, 1996).

Sobre esta línea, el duelo complicado ha sido asociado justamente con este estilo de afrontamiento (Schnider et al., 2007). Del mismo modo, dada la influencia de elementos como personalidad y estilo de apego en el estilo de afrontamiento, en casos donde estas variables poseen una valoración negativa, las estrategias de afrontamiento a las que el doliente puede recurrir conllevan el riesgo de derivar en un cuadro de duelo complicado, por ejemplo debido a la rumiación del evento de pérdida, la hiperactivación de la representación mental del fallecido, o por evitación de pensamientos o sentimientos relacionados con la pérdida (Mancini & Bonanno, 2012; Mikulincer & Florian, 1996).

Alexitimia

El término “alexitimia” es introducido en la literatura psicológica por Sifneos (1973) para describir un déficit cognitivo y afectivo en el reconocimiento y expresión de estados emocionales, que el autor observaba en pacientes con síntomas psicósomáticos. Los individuos con alexitimia presentan dificultad para identificar sus sentimientos, para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales, cuentan con una capacidad imaginativa limitada, y poseen un estilo cognitivo orientado hacia el exterior (Nemiah & Sifneos, 1970).

Las dificultades en la identificación de emociones en la alexitimia llevan a que las personas que presentan este cuadro se vean afectadas en su capacidad para la regulación emocional, en particular cuando hay afectos negativos involucrados; asimismo, la dificultad en la expresión de emociones puede traer como consecuencia una capacidad reducida para comunicar cómo se sienten a otras personas o para buscar apoyo social (Moral de la Rubia, 2011; Timoney & Holder, 2013).

Investigaciones realizadas a lo largo de los años han permitido ubicar el

origen de la alexitimia en una diversidad de factores ambientales, especialmente durante la infancia temprana, como son la presencia de abusos o vivencias traumáticas en la historia del individuo, o el crecer en un ambiente familiar con pobre comunicación afectiva (Craparo et al., 2018). Asimismo, se han encontrado relaciones entre alexitimia y depresión, insatisfacción con la vida, estrategias de afrontamiento ineficientes, riesgo suicida, abuso de sustancias y frecuencia de autolesiones, debido en importante medida a alguno de los componentes de este cuadro (Hemming et al., 2019; Timoney & Holder, 2013).

Por otro lado, también se ha encontrado que la presencia de alexitimia puede servir como factor protector contra el estrés ante situaciones traumáticas (Davydov, 2017). Freyberger (1977) describió una forma de alexitimia que denominó “alexitimia secundaria”, la cual consiste de una condición transitoria que emerge como respuesta a situaciones que ponen en riesgo la vida. Sobre esta línea, Fukunishi et al. (1997) encontraron una reducción en los valores de alexitimia obtenidos por pacientes con trastorno de pánico y fobia social tras su sometimiento a tratamiento psiquiátrico. Asimismo, investigaciones recientes han encontrado posibles correlatos neurológicos para esta forma secundaria de alexitimia (Patrikelis et al., 2019).

Componentes de la Alexitimia

Como se mencionó anteriormente, el cuadro de alexitimia se caracteriza por diversos componentes asociados con un déficit en la percepción, identificación y expresión de emociones, siendo cuatro las más exploradas en investigación (Krystal, 1988; Moral de la Rubia, 2011; Nemiah et al., 1976; Timoney & Holder, 2013):

Dificultad para identificar y describir sentimientos subjetivos: las personas con alto grado de alexitimia tienden a sentir confusión al intentar identificar y expresar sus sentimientos subjetivos, lo cual trae como consecuencia una frecuente incapacidad para regularlas o comunicarlas a otros, mostrando también una capacidad reducida en su expresión no verbal.

Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales:

hay una falta o reducción del componente emocional de los sentimientos, quedando estos reducidos principalmente a su dimensión fisiológica, dificultando así el discernimiento entre ambos tipos de estímulos.

Capacidad imaginativa reducida: la actividad mental imaginativa se ve reducida, impidiendo la representación de los estímulos fisiológicos en términos simbólicos, recurriendo en su lugar a una forma de pensamiento llamado originalmente *penseé opératoire*, o “pensamiento operatorio”, caracterizado por un estilo cognitivo detallista, enfocado en lo concreto, y carente de abstracciones.

Estilo cognitivo orientado hacia el exterior: la falta de contacto y de interés en la propia vida mental subjetiva trae como consecuencia una marcada dificultad para la reflexión y la comprensión de cómo los propios estados emocionales se vinculan con eventos del mundo exterior; en el mismo sentido, la atención tiende a centrarse en sucesos y fenómenos exteriores.

Estas dimensiones fueron retomadas por Bagby et al. (1986) para la construcción de la Escala de Alexitimia de Toronto, originalmente consistente por 26 ítems y cuatro factores, y posteriormente refinado en una versión de 20 reactivos y tres factores, dejando fuera la “capacidad imaginativa constreñida” (Timoney & Holder, 2013), siendo esta versión el instrumento más utilizado en la investigación psicológica sobre la alexitimia.

Alexitimia y Duelo Complicado

Debido a sus características y sus efectos en la regulación emocional, la alexitimia ha sido estudiada en relación a otros cuadros clínicos asociados con experiencias de estrés, como la depresión, la ansiedad y el duelo complicado (Calderón et al., 2019; Deno et al., 2013; Nakao et al., 2005), así como también se han realizado investigaciones acerca de su posible papel en los mecanismos de afrontamiento y en el crecimiento postraumático (Hemming et al., 2019; Leweke et al., 2010; Orejuela-Dávila et al., 2017).

La presencia de alexitimia, en particular una alta puntuación en la dimensión de “dificultad para identificar sentimientos”, se ha asociado con mayores índices de duelo complicado en numerosos estudios (Calderon et al.,

2019; Kaya & Aydemir, 2021; Nakao et al., 2005). Se ha encontrado asimismo que esta característica también tiene una influencia negativa en el afrontamiento tras experiencias de pérdida, pues hace a los individuos menos proclives a buscar apoyo social tras este tipo de vivencias, además de ser un predictor negativo en psicoterapia (Ogrodniczuk et al., 2005; Timoney & Holder, 2013).

Por otro lado, la dimensión de “pensamiento orientado hacia el exterior” ha sido considerado como un factor protector contra síntomas de depresión y ansiedad tras situaciones de pérdida, aunque también se ha asociado con un mayor grado de malestar psicológico posterior a la muerte de seres queridos (Davydov, 2017; Deno et al., 2013; Kaya & Aydemir, 2021).

Resiliencia

El término “resiliencia” tiene su origen en el campo de la ingeniería, siendo usado al principio con relación a la resistencia de diferentes materiales ante factores estresores, como tensión superficial y desgaste; posteriormente, en la década de 1970, investigadores como Werner, Garmezy y Rutter retomaron el concepto, enfocándolo en la capacidad observada en algunos niños, quienes, a pesar de vivir en situaciones adversas, lograban una adaptación positiva en épocas posteriores de su vida (McAslan, 2010; Rutter, 1993).

Aun y cuando este concepto ha sido usado en psicología por más de 50 años, no existe consenso todavía en cuanto a los procesos o condiciones específicos que constituyen a la resiliencia (Piña López, 2015). A pesar de ello, es posible definirla de manera general como resultado de una adaptación exitosa a la adversidad (Zautra et al., 2010).

Luthar et al. (2000) señalan que hay dos condiciones fundamentales para poder hablar de resiliencia: la exposición a amenazas, adversidades o traumas severos, y el logro de una adaptación positiva a pesar de los efectos adversos que dichas condiciones pudieran tener en el desarrollo. Sobre esta misma línea, Zautra et al. (2010) apuntan que la resiliencia implica, entre otras, la capacidad para persistir en las metas de vida a pesar de las adversidades.

Debido a su aparente semejanza, el concepto de resiliencia ha sido

relacionado con el crecimiento postraumático, sin embargo, investigaciones acerca de estos dos conceptos apuntan a que se trata de procesos diferentes, e incluso contrarios (Levine et al. 2009). La resiliencia se compone de factores que protegen contra la influencia perturbadora de sucesos o situaciones adversas en la vida del individuo, permitiendo que este pueda continuar con ella sin mayores alteraciones; por otra parte, el crecimiento postraumático se refiere a la capacidad de recuperación de un grado de funcionamiento que fue alterado por una vivencia traumática (Westphal & Bonanno, 2007).

Algunos autores consideran la resiliencia como un rasgo inherente al individuo el cual se activa ante situaciones de riesgo, en tanto otros lo entienden como un proceso psicológico dependiente de las interacciones entre individuo y ambiente (de Terte & Stephens, 2014).

Desde la primera perspectiva, la resiliencia de una persona tendría su base en factores de orden psicobiológico y socioconductual que mediarían las respuestas ante el estrés, de manera que podría decirse que las personas con mayor capacidad para sobreponerse a la adversidad poseen una “personalidad resiliente” (Skodol, 2010). Debido a que la personalidad se refiere a rasgos propios de un sujeto que son altamente estables a lo largo del tiempo, desde este enfoque la resiliencia no es algo que podría aprenderse o desarrollarse en etapas posteriores de la vida (de Terte & Stephens, 2014).

Por otro lado, está la perspectiva que conceptualiza a la resiliencia como un proceso psicológico dependiente de las interacciones entre el sujeto y el ambiente, encontrándose que un ambiente que responde positivamente a las emociones del individuo puede permitir el desarrollo de la capacidad de resiliencia (Egeland et al., 1993). Desde este enfoque, el más común en la actualidad, es posible diseñar modelos de intervención que promuevan el desarrollo de esta capacidad en las personas (Robertson & Cooper, 2013).

La resiliencia implica el despliegue de estrategias de afrontamiento efectivas en situaciones de estrés, la capacidad para actuar de forma autónoma pero también el reconocimiento de la necesidad de auxilio cuando este es requerido, así como la confianza en las propias habilidades, y un autoconcepto

positivo (Werner, 1995). Es importante señalar que la resiliencia no es un rasgo o una capacidad propia de individuos extraordinarios, sino que emerge como resultado de procesos de adaptación normales en los seres humanos, aunque son necesarias las condiciones adecuadas para su emergencia (Masten, 2001).

Componentes de la Resiliencia

Los factores que promueven el desarrollo de la resiliencia pueden dividirse en tres tipos (Ong et al., 2010): individuales (como el temperamento y la capacidad de autoregulación), relacionales (calidez de figuras parentales, cohesión familiar), y sistemas de apoyo externo (calidad del vecindario, pertenencia a organizaciones sociales).

Una categorización similar señala Saavedra Guajardo (2005), quien, a partir del análisis cualitativo de los relatos de dos historias de vida, apunta que los factores protectores ante un ambiente hostil son de orden personal (alta inteligencia verbal, disposición al acercamiento a otros), cognitivo-afectivo (capacidad de empatía, buena autoestima, motivación de logro, sentimientos de autosuficiencia), y psicosociales (ambiente familiar que brinde soporte, donde haya buena comunicación y estructura, y buenas relaciones con pares).

Como resultado de la construcción de un instrumento para la medición de resiliencia, Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) encontraron cinco factores principales como componentes del constructo: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social, y estructura en la vida.

Considerando lo anterior, se aprecia que la resiliencia es un constructo complejo, que hace referencia a la capacidad protectora contra la influencia de sucesos o factores adversos, que depende de aspectos inherentes al sujeto y externos al mismo. Siendo así, la resiliencia es un factor importante en la regulación emocional en situación de pérdida y procesos de duelo.

Resiliencia y Duelo Complicado

La capacidad de resiliencia de los individuos es un factor importante que influye en la trayectoria que seguirá durante el proceso de duelo (Boerner et al.,

2013; Worden, 2009).

En una investigación con una muestra de personas que recientemente habían enviudado, Bonanno et al. (2002) encontraron que algunos de los aspectos más fuertemente asociados con formas crónicas de aflicción son una menor confianza en sí mismo para afrontar el reto de la situación de pérdida, la presencia de un vínculo de dependencia respecto a la persona fallecida, y una cosmovisión marcada por ideas negativas y falta de control; estos elementos se asociaron negativamente con una mayor resiliencia.

Mancini y Bonanno (2009) indican que algunos de los principales factores que contribuyen a la resiliencia en una situación de pérdida son la presencia de emociones positivas, creencias favorables acerca del mundo, y una estructura yoica capaz de mantener una cohesión antes y después del suceso; asimismo, señalan la importancia del rol de características que, si bien permiten el mantenimiento de la funcionalidad, pueden ser fuente de malestar en otro contexto, como el recurrir a modos de afrontamiento represivos y la presencia de un estilo de apego alejado.

En una muestra de personas que habían enviudado recientemente, Mancini et al. (2015) encontraron que las personas resilientes presentaban niveles inferiores de ansiedad por apego, mayor confianza en otras personas, y mayor extroversión, así como una mayor capacidad para sentirse reconfortadas por los recuerdos de la persona fallecida; por su parte, las personas con mayor grado de aflicción mostraron una mayor prevalencia de vínculos de dependencia y una menor capacidad para buscar apoyo social.

A partir de estos estudios, se observa cómo la resiliencia, entendida como factor protector contra alteraciones en la vida, se asocia con una reducción de la aflicción ante la pérdida de un ser querido. Es importante no perder de vista que la resiliencia es resultado de un conjunto de factores personales, interpersonales y ambientales, pues la manera en que cada sujeto se enfrenta a su situación particular de pérdida dependerá en gran medida de estas variables.

Integración de las Variables de Estudio

Es posible bosquejar un intento de integración de las variables abordadas en esta investigación, si se toma como punto de partida la idea de que la mayoría de estas se relacionan directamente con la regulación emocional ante situaciones de estrés.

Como se ha mencionado, el tipo de vínculo de apego que una persona establece con otras en etapas posteriores de su vida está en buena medida determinado por sus vínculos tempranos con las figuras que le brindaron cuidado y apoyo en la infancia (Bowlby, 1980). La concepción que se forma de sí misma y de los otros a partir de estos vínculos configura modos particulares de regulación emocional ante situaciones de estrés, como la hipervigilancia, el desinterés o la huida (Mikulincer & Shaver, 2016). Así, el estilo de apego de una persona se asocia fuertemente con un particular estilo de afrontamiento, y por tanto con las estrategias de afrontamiento que podrá desplegar (Stroebe et al., 2005).

La alexitimia, en cuanto déficit para la identificación y verbalización de sentimientos, impide que, ante una situación amenazadora, el sujeto pueda comprender su vivencia interna en términos que le permitan buscar el apoyo de otros, lo cual corresponde con el estilo de apego evitativo, teniendo la alexitimia un rol mediador importante entre este estilo de apego y la sintomatología depresiva (Radetzki et al., 2021).

Como también se apuntó anteriormente, uno de los componentes de la resiliencia es la presencia de alguna figura que funja como cuidadora durante la infancia del sujeto, pero en particular que permita la formación de un vínculo abierto a la expresión de los afectos y que responda adecuadamente a sus necesidades, en otras palabras, que fomente la formación de un estilo de apego seguro (Ong et al., 2010; Bender & Ingram, 2018).

Retomando la noción de que el afrontamiento es un proceso dependiente de la reevaluación continua de la relación entre el sujeto y el ambiente, y que dichas evaluaciones están matizadas por el estilo de apego (Mikulincer et al., 2002), no sorprende que la dificultad en la expresión de emociones característica de la alexitimia tenga un rol mediador en la relación entre el estilo de apego

inseguro y el uso de estrategias de afrontamiento ineficaces (Craparo et al., 2018).

El estilo de afrontamiento también es un componente importante de la resiliencia (Leipod & Greve, 2009), pues el mantenimiento del nivel de funcionamiento normal ante situaciones potencialmente traumáticas depende en gran medida de las evaluaciones que el sujeto hace de su ambiente y de los elementos que percibe como amenazantes, así como de las evaluaciones de su propia capacidad para afrontar dichas amenazas (Werner, 1995), y se ha encontrado que el uso de estrategias de afrontamiento ineficaces lleva a mayores niveles de malestar psicológico (Mayordomo et al., 2016).

Sobre esta misma línea, la alexitimia se ha asociado con una menor capacidad de resiliencia (Craparo et al., 2018) debido principalmente a la dificultad de estas personas para identificar y comunicar sus estados emocionales a otros, viéndose impedidos para obtener apoyo social en situaciones donde podría ser necesario. Esta conducta se vincula también con el estilo de apego evitativo, en donde se aprecia una tendencia al distanciamiento y la negación de sentimientos como el temor y la angustia (Marganska et al., 2013).

Con estos elementos es posible trazar un modelo que integra estas variables. El afrontamiento ante situaciones juzgadas como amenazantes (tanto reales como imaginarias) conlleva la evaluación de la situación como susceptible o no de ser modificada por el sujeto, y del yo como capaz o no de realizar tales modificaciones. En esta evaluación, entra en juego el modelo operante interno debido a la activación del sistema de apego, esto es, el conjunto de evaluaciones acerca del yo y de los otros en función del vínculo de apego construido durante la infancia. Así, las estrategias de afrontamiento a utilizar dependerán en importante medida del estilo de apego del individuo.

El déficit para la identificación y expresión de sentimientos propio de la alexitimia también reduce las opciones de afrontamiento disponibles para el individuo, asociándose a su vez tanto con un estilo de apego evitativo como con estrategias de afrontamiento ineficientes. Un afrontamiento ineficiente ante una situación amenazante o potencialmente traumática aumenta la posibilidad de que el funcionamiento psicofisiológico se vea mermado, lo cual es indicador de una

capacidad de resiliencia reducida.

Siendo el afrontamiento resultado de una evaluación continua, una evaluación negativa del resultado del proceso de afrontamiento anterior llevaría a una reactivación del sistema de apego y a una nueva evaluación de afrontamiento.

Las Variables de Estudio en relación con Duelo Complicado

La aflicción provocada por experiencias de pérdida puede traer consigo una serie de complicaciones psicológicas y fisiológicas que afectan al bienestar de las personas (Nakajima, 2018). El proceso de duelo, a través del soporte brindado por los mecanismos simbólicos mediante los cuales una sociedad permite significar la pérdida, ayuda en el proceso de mitigación de la aflicción y en la resignificación de la vida del doliente (Shear, 2012). Sin embargo, siendo el duelo un proceso mediado por numerosos factores, puede suceder que estos impidan su elaboración, contribuyendo a la permanencia de la aflicción, y llevando a una situación de duelo complicado (DC) (Worden, 2009).

En el caso de la muerte de seres queridos, factores como el vínculo con la persona fallecida y las condiciones en que sucedió la muerte son ejemplos de elementos que pueden llevar a la complicación del proceso de duelo (Worden, 2009). En este sentido, ciertos estilos de apego pueden contribuir con el DC, particularmente el estilo preocupado debido a la necesidad constante de afirmación por parte de la figura de apego, exacerbándose esta situación en los casos en que ésta figura coincide con la persona fallecida, pues la activación recurrente del sistema de apego llevará inevitablemente a su frustración, contribuyendo con un aumento en la aflicción (Russ, 2022).

La dificultad para identificar y expresar sentimientos, característica de la alexitimia, lleva a dificultades en la comprensión de cómo la persona se siente respecto a la pérdida del ser querido, así como en la búsqueda de apoyo social adecuado para afrontar la situación o sus consecuencias posteriores (por ejemplo, la asunción de nuevos roles tras la muerte de una persona cercana), impidiendo la adaptación a un nuevo contexto de vida (Craparo et al., 2018; Timoney & Holder, 2013).

Los estilos de afrontamiento que en otro contexto serían eficaces para lidiar con situaciones de angustia o potencialmente traumáticas, en el caso de experiencias de pérdida pueden resultar ineficaces, en gran medida debido a la inevitabilidad e irreversibilidad de la muerte (Mikulincer & Florian, 1996). Así, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema pueden no lograr su función, debido a que la muerte del ser querido es un evento sobre el cual la persona no tiene control, siendo por tanto el afrontamiento centrado en los sentimientos el tipo de estrategias más utilizadas en estos casos (Ornelas Tavares, 2016). Sin embargo, cada situación que deriva de la muerte del ser querido puede requerir modos de afrontamiento distintos, y es aquí donde también pueden emerger duelos complicados, pues el sujeto puede percibirse como carente o incapaz de hacer frente a dichas situaciones (Mancini et al., 2015).

En el contexto de la muerte de un ser querido, la resiliencia actúa como un factor protector contra DC, permitiendo un mejor afrontamiento a los desafíos que representan los cambios en el modo de vida que emergen como consecuencia del suceso, gracias a que esta característica permite mantener un nivel de funcionamiento psicológico comparable al sostenido antes de aquél (Worden, 2009). En contraposición, una menor resiliencia se asocia positivamente con DC (Mancini et al., 2015).

Marco Teórico en el contexto de la Pandemia de COVID-19

Las variables psicológicas no se despliegan en el vacío, sino en contextos sociales particulares, y en el caso presente se trata de una situación inédita para la mayoría de las personas, en la que la muerte viene acompañada no solamente de aflicción sino también de incertidumbre, no sólo por las condiciones particulares en que esta sucede, sino también por las condiciones particulares que la pandemia ha impuesto sobre la vida.

Como se mencionó anteriormente, las epidemias y las pandemias afectan a la población con una gran variedad de fuentes de estrés, desde los directamente asociados con la salud hasta los de orden social, económico y laboral (Brooks et al., 2020).

En el contexto de la pandemia de COVID-19, se ha encontrado que las personas que presentan mayor apego ansioso (o preocupado) presentan mayores puntajes en ansiedad y depresión (Vowels et al., 2022), y en el caso de trabajadores del área de la salud se ha sugerido que la presencia de vínculos sociales insatisfactorios (relacionados con un estilo de apego inseguro) podría asociarse con mayores afectaciones a su salud mental y a su desempeño profesional (Rajkumar, 2020).

El apego ansioso también se ha asociado con una mayor incidencia de violencia hacia la pareja (Sonkin et al., 2019), y llama la atención que la violencia familiar en varias zonas metropolitanas de México, los delitos relacionados con este tipo de agresión hayan mantenido su tendencia al alza, al contrario de otros tipos de delitos (Figueroa Ortiz & Grijalva Eternod, 2021). Sobre esta misma línea, se ha encontrado que, en el contexto de la pandemia, el apego ansioso se correlaciona positivamente con problemas de pareja y menor estabilidad familiar ante situaciones de estrés, mientras que el apego evitativo se asocia con menor cohesión familiar (Overall et al., 2022).

Se ha encontrado que el apego ansioso es moderadamente frecuente en cuidadores primarios de pacientes hospitalizados (Licona Jiménez et al., 2015), lo cual ha podido observarse también durante la pandemia (Testoni et al., 2021). Asimismo, siendo una de las funciones de los rituales funerarios la de ayudar en la resignificación del vínculo con la persona fallecida (Hunter, 2008), se ha señalado que la falta de ritos tradicionales durante la pandemia podría asociarse con mayores índices de depresión y estrés postraumático (Gonçalves Júnior et al., 2020).

En cuanto a la alexitimia, se ha reportado la correlación entre la dimensión de “dificultad para identificar sentimientos” con niveles mayores de depresión durante el periodo de aislamiento hogareño en Italia (Osimo et al., 2021). También se ha observado que esta dimensión puede predecir un mayor nivel de angustia por la salud durante la pandemia (Güsroy et al., 2021). Asimismo, se ha encontrado que la alexitimia juega un rol mediador en la percepción de estrés en personas con sintomatologías ansiosa y depresiva, reportándose mayor estrés

percibido en una muestra finlandesa (Li et al., 2022). Finalmente, la alexitimia se ha asociado con una mayor incidencia de trastornos depresivos y suicidalidad, en particular tras eventos de desastres naturales (Serafini et al., 2020; Tang et al., 2020).

Desde la perspectiva del afrontamiento, se ha encontrado que las estrategias enfocadas en la solución de problemas se asocian con mayor bienestar psicológico durante los periodos de encierro, ya sea a través de la búsqueda de apoyo social y familiar (Mariani et al., 2020), un mayor apego a las indicaciones de autoridades sanitarias (Vera-Ponce et al., 2020), o de una adaptación más eficaz a un ritmo de trabajo diferente (Torres-Díaz et al., 2021).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento basadas en la emoción se asocian con mayor estrés percibido, particularmente entre personas con capacidades diferentes y enfermedades crónicas (Umucu & Lee, 2020), encontrándose también que el uso de estrategias ineficientes representa un riesgo para el padecimiento de complicaciones psicológicas y de salud durante la pandemia (Ogueji et al., 2020). Así, el tipo de afrontamiento con que las personas se enfrentan a los cambios en el estilo de vida debidos a la pandemia, tiene una incidencia directa en su salud mental (Harvey Narváez et al., 2021).

La resiliencia es una variable que se ha asociado positivamente con mayor bienestar psicológico y satisfacción con la vida, y negativamente con síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés durante los periodos de encierro por la pandemia (Lenzo et al., 2020; Traunmüller et al., 2021). Se ha encontrado que, durante la pandemia, factores como el realizar ejercicio, sentir un mayor apoyo social percibido por parte de amigos y familia y dormir mejor se asocian con una mayor capacidad de resiliencia (Killgore et al., 2020).

Sin embargo, el impacto psicológico de las afectaciones que la pandemia ha dejado en ámbitos como la economía y el trabajo ha resultado en aumentos en los índices de ansiedad y depresión, pudiendo afectar de manera negativa a individuos y a familias, a su vez reduciendo así su capacidad de resiliencia (Le & Nguyen, 2020; Prime et al., 2020). Además de esto, es importante considerar la frecuencia e intensidad de los eventos adversos a los que el individuo se enfrenta,

siendo este factor importante para una respuesta resiliente (Kaye-Kauderer et al., 2021).

Las afectaciones en las esferas económica, laboral, social y educativa (entre otras) debidas a la pandemia de COVID-19, así como la incertidumbre propia de atravesar una situación inédita, han contribuido a que la salud mental de las personas se vea mermada. En estas condiciones, la muerte de un ser querido puede convertirse en un evento particularmente difícil de afrontar, sobre todo si existen factores contextuales de la muerte y de la psicología propia del doliente que contribuyan a aumentar su aflicción.

Dada la asociación del duelo complicado con una mayor proclividad al padecimiento de ansiedad, depresión y estrés postraumático, así como una mayor suicidalidad, se considera importante conocer el impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19 en la población mexicana, y en particular el peso de esta sobre la emergencia de casos de duelo complicado.

III. MÉTODO

Diseño

Se utilizó un muestreo no probabilístico por medio del método de bola nieve. Este método permite acceder a poblaciones consideradas de difícil acceso debido a sus características particulares (posición económica, distribución geográfica) (Baltar & Gorjup, 2012). La población objetivo a la que se buscó acceder (personas que han perdido seres queridos durante la pandemia de COVID-19) puede considerarse de esta forma debido a las dificultades que podría representar encontrar a estas personas en un espacio geográfico específico (Alloatti, 2014). Asimismo, el método de bola de nieve ha sido utilizado previamente en investigaciones relacionadas con el duelo y la pérdida en las que el muestreo fue realizado por internet (Sawyer et al., 2020; Pearce et al., 2021).

Participantes

Se consideraron para participar en esta investigación a personas mayores de 18 años que habiten en la República Mexicana, hispanohablantes y con conexión a internet, que hayan experimentado la pérdida de al menos un ser querido durante la pandemia de COVID-19, tomándose como marco temporal el periodo comprendido entre abril de 2020 y abril de 2022.

Se excluyeron del estudio a las personas que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Como criterio de eliminación, se descartaron a los participantes que no contestaron todos los instrumentos de evaluación.

Instrumentos

Inventario de Duelo Complicado

Desarrollado por Prigerson et al. (1995), consiste de 19 ítems en formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta puntuadas de 0 (“nunca”) hasta 4 (“siempre”); el rango de puntuaciones va de 0 a 76, siendo 25 el punto de corte referido como indicador de presencia de duelo complicado. Los ítems consisten de enunciados

en primera persona que describen posibles reacciones que una persona puede tener en respuesta a la muerte de un familiar. La versión original reporta un alfa de Cronbach de 0.94 con fiabilidad test-retest a cuatro meses de .80.

Para esta investigación se utilizó la adaptación al castellano de Gamba-Collazos & Navia (2017), siendo esta una adaptación del instrumento con población colombiana realizada a partir de la adaptación al castellano originalmente realizada por Limonero García et al. (2009). La versión colombiana consiste de 21 ítems, pues los ítems 10 y 12 de la escala original (“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” y “12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió”) fueron separados en dos.

Los autores reportan un alfa de Cronbach de .94 con fiabilidad test-retest de .90. Para esta versión se reportan cuatro factores que explican el 67.7% de la varianza: “alteración emocional y falta de aceptación” (ítems 1 a 9 y 20; ej.: “3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida”), “vacío, aislamiento y sinsentido” (10, 11, 12, 16, 19 y 21; ej. “11. Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban”), “identificación con el difunto” (13 y 14; ej. “14. Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que murió”) y “presencia del fallecido y evitación de su recuerdo” (15, 17 y 18; ej. “17. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.”).

Cuestionario de Apego Adulto

Desarrollado por Melero y Cantero (2008), consiste de 40 ítems en formato tipo Likert con 6 opciones de respuesta puntuadas de 1 (“completamente en desacuerdo”) hasta 6 (“completamente de acuerdo”). Los ítems consisten de enunciados en primera persona que describen sentimientos y formas de comportamiento en las relaciones con otras personas. Las autoras reportan una estructura de cuatro factores que explican el 40% de la varianza:

- “baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo”, con alfa de .86 (ítems 3, 8, 10, 12, 14, 18, 21, 23, 26, 30, 34, 37, 39; ej. “3. Con

frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falta de cariño”),

- “resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad” con alfa de .80 (2, 4, 7, 9, 13, 17, 20, 24, 29, 31, 36; ej. “7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad”)
- “expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones” con alfa de .77 (1, 5, 11, 16, 27, 32, 35, 38, 40; ej. “1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos”) y
- “autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad” con alfa de .68 (6, 15, 19, 22, 25, 28, 33; ej. “19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme”).

Los puntajes obtenidos son agrupados mediante análisis de conglomerados de k medias, obteniéndose así para cada registro una categoría de apego de dos opciones (seguro o inseguro) o de cuatro (una categoría de apego seguro y tres de apego inseguro: temeroso, preocupado y alejado) en función de los resultados obtenidos en cada factor.

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)

Desarrollado por Palomar Lever y Gómez Valdéz (2010), este instrumento fue desarrollado a partir de otros dos: la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) y la Resilience Scale for Adults (RSA), debido a la falta de adaptación de estos dos a población mexicana. El instrumento consiste de 43 ítems en escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van desde 0 (“totalmente en desacuerdo”) hasta 3 (“totalmente de acuerdo”); la puntuación se obtiene por suma simple con valores superiores indicando una mayor capacidad de resiliencia. Se reporta un alfa de Cronbach de .93 con fiabilidad test-retest de 0.87. El instrumento se compone de cinco factores que explican el 43.7% de la varianza:

- fortaleza y confianza en sí mismo (1 a 19; ej. “1. Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos”),
- competencia social (20 a 27; ej. “21. Me es fácil establecer contacto con nuevas personas”),

- apoyo familiar (28 a 33; ej. “28. Tengo una buena relación con mi familia”),
- apoyo social (34 a 38; ej. “34. Tengo algunos amigos/familiares que realmente se preocupan por mí”), y
- estructura (39 a 43; ej. “39. Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil”).

Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS-20)

Escala desarrollada por Bagby et al. (1994) y adaptada al castellano por Moral de la Rubia (2008). Como el nombre indica, este instrumento consiste de 20 reactivos en formato tipo Likert con seis opciones de respuesta que van desde -3 (“Totalmente en desacuerdo”) hasta +3 (“Totalmente de acuerdo”); la puntuación se obtiene por suma simple de los reactivos, con puntuaciones más altas indicando un mayor grado de alexitimia. Se reporta un alfa de Cronbach de .82, componiéndose de tres factores que explican el 35.51% de la varianza:

- dificultad para expresar sentimientos (2, 4, 11, 12 y 17; ej. “2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos”),
- dificultad para identificar sentimientos (1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14; ej. “1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo”) y
- pensamiento orientado externamente (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20; ej. “8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas sin preguntarme por qué suceden de ese modo”).

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Desarrollado por Tobin et al. (1989), el inventario comienza pidiendo al respondiente que escriba acerca de una situación que haya vivido en que hubiera experimentado gran cantidad de estrés; posteriormente se contestan 78 ítems en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta en relación a la frecuencia con que la persona realizó determinadas conductas para lidiar con la situación descrita anteriormente (desde 0 “en absoluto” hasta 4 “totalmente”); al final se incluye un ítem que indica la autoeficacia percibida de la persona que se responde de manera afirmativa o negativa (“Me consideré capaz de afrontar la situación”).

Se utilizó la adaptación al castellano de Cano García et al. (2007), quienes mediante análisis factoriales redujeron el instrumento a 40 ítems. Tanto la versión original como la adaptación consisten de 8 factores, que en la versión utilizada explican el 61% de la varianza:

- “resolución de problemas” con alfa de 0.86 (1, 9, 17, 25 y 33; ej. “1. Luché para resolver el problema”),
- “autocrítica” con alfa de .89 (2, 10, 18, 26 y 34; ej. “2. Me culpé a mí mismo”),
- “expresión emocional” con alfa de .84 (3, 11, 19, 27 y 35; ej. “3. Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés”),
- “pensamiento desiderativo” con alfa de .78 (4, 12, 20, 28 y 36; ej. “4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado”),
- “apoyo social” con alfa de .8 (5, 13, 21, 29 y 37; ej. “5. Encontré a alguien que escuchó mi problema”),
- “reestructuración cognitiva” con alfa de .8 (6, 14, 22, 30 y 38; ej. “6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente”),
- “evitación de problemas” con alfa de .63 (7, 15, 23, 31 y 39; ej. “7. No dejé que me afectara, evité pensar en ello demasiado”), y
- “retirada social” con alfa de .65 (8, 16, 24, 32 y 40; ej. “8. Pasé algún tiempo solo”).

Para la aplicación en línea, se suprimió la primera parte del instrumento, la cual tiene la función de proveer información cualitativa cuyo análisis no forma parte de los alcances del presente estudio.

Procedimiento

Este proyecto fue sometido a evaluación por los comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Saluc (CIDICS), obteniéndose dictámenes aprobatorios en los tres casos el día 14 de febrero de 2023. El proyecto está registrado con el número de folio CIDICS/I-0132/22.

Los instrumentos seleccionados fueron transcritos en la herramienta virtual para elaboración de cuestionarios Google Forms, en el cual fueron incluidos también el texto de consentimiento informado que el respondiente debía leer, una sección para recabar datos sociodemográficos e información acerca de su experiencia de pérdida durante la pandemia de COVID-19. El orden en que éstos aparecen es: hoja de consentimiento informado, donde el respondiente indicaba mediante respuesta afirmativa o negativa si estaba de acuerdo con su participación; una sección de datos sociodemográficos e información sobre la pérdida; el Inventario de Duelo Complicado; el Cuestionario de Apego Adulto; el Inventario de alexitimia TAS-20; el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento; y el inventario de resiliencia mexicana. Al finalizar el cuestionario, el respondiente llega a una página donde aparecerá un mensaje de agradecimiento que incluye un vínculo hacia un directorio virtual de terapeutas en caso de que considere necesario contactar a un profesional de psicología.

Una vez realizada la transcripción de los instrumentos y que el proyecto fue sido aprobado por un comité de ética, el cuestionario fue compartido en redes sociales (Facebook principalmente) invitando a las personas que cumplan con los criterios de inclusión a participar en la investigación.

El periodo de muestreo se extendió desde el 1 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio del mismo año, obteniéndose un total de 634 registros. Tras la depuración de los datos en función de los criterios de eliminación, la muestra total para este estudio fue de 516 registros.

Análisis Estadísticos

Los análisis estadísticos fueron realizados utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) de IBM, versión 26. Para todos los análisis estadísticos se estableció un valor de significancia de $p < .05$. Adicionalmente, el tamaño de efecto de las pruebas no paramétricas utilizadas fue obtenido siguiendo lo sugerido por Tomczak y Tomczak (2014), mientras que el tamaño de efecto para los análisis de regresión fue obtenido con el programa G-Power.

Inicialmente se hizo una caracterización de la muestra mediante el uso de tablas que indican las características sociodemográficas de la misma. En el apartado “Resultados” se incluyen también tablas que muestran los resultados de las variables experienciales (variables relacionadas con la experiencia de pérdida durante el periodo de pandemia).

A fin de determinar la consistencia interna de los instrumentos en la población estudiada, se utilizó la prueba alfa de Cronbach, la cual permite conocer la confiabilidad de una escala mediante la comparación de la varianza de cada ítem con la varianza promedio de la escala (Coolican, 2019). Para esta investigación, los valores de alfa de Cronbach obtenidos indican una consistencia interna entre buena y excelente.

Para el logro del objetivo uno del estudio, se reportan los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas, experienciales y psicológicas, reportando medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana y desviación estándar). Los puntajes que permiten una clasificación nominal son reportados con frecuencias y porcentajes, específicamente estilo de apego, estrategias de afrontamiento y duelo complicado.

De la misma forma, para analizar la presencia de duelo complicado, el cual se establece como segundo objetivo del estudio, se obtuvo el punto de corte para la escala mediante el método de agrupación visual del programa SPSS. Mediante este procedimiento, se encontró un punto de corte con valor de 25, tomado como correspondiente al del inventario original (distinguiendo así entre “duelo normal” de “duelo complicado”). Asimismo, en este proceso se encontró un segundo punto de corte con valor de 40, considerándose también este para los análisis estadísticos (distinguiendo entre “duelo complicado” y “duelo grave”).

Previo a los análisis en relación a los objetivos tres y cuatro del estudio, se analizó el ajuste de los datos a una curva de normalidad mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, encontrándose que estos no se distribuyen de manera normal, procediéndose a utilizar métodos estadísticos no paramétricos en la obtención de los siguientes objetivos.

En torno al objetivo tres, el cual busca estimar la relación entre los estilos

de apego y de afrontamiento, los niveles de resiliencia y de alexitimia y la información sociodemográfica con la presencia de duelo complicado, y dada la distribución no normal de los datos, se procedió con la prueba de correlación de Spearman entre el puntaje del Inventario de Duelo Complicado y los puntajes de las variables cuantitativas sociodemográficas, experienciales y psicológicas. Para las variables categóricas, se utilizará la prueba de asociación χ^2 entre las categorías obtenidas de duelo y las variables estilo de apego y tipo de afrontamiento.

Para la realización del objetivo cuatro, que es el contraste de medias en el puntaje de duelo complicado con base a las características sociodemográficas de los participantes, se realizó la prueba U de Mann-Whitney para los ítems dicotómicos y la prueba H de Kruskal-Wallis para los ítems politómicos. En primera instancia, estas pruebas se realizaron para explorar la presencia de diferencias significativas en los puntajes del IDC entre las variables categóricas sociodemográficas, experienciales y psicológicas (estilo de apego y tipo de afrontamiento). Posteriormente se realizaron las mismas pruebas tomando como variable de agrupación “duelo complicado” en dos categorías (U de Mann-Whitney) y en tres categorías (H de Kruskal-Wallis).

Finalmente, para el logro del objetivo cinco, que es la estimación de un modelo predictivo de duelo complicado a partir de las variables de estudio, se procedió la siguiente manera. En un primer momento se optó por realizar una regresión lógica binaria, esto con la finalidad de incluir en el modelo a la variable categórica “Estilo de apego”, teniendo como variable dependiente la categoría de duelo en que los participantes entran según su puntaje en el IDC. El modelo resultante indicó que la variable “Estilo de apego”, en conjunto con las demás variables psicológicas, no contribuyó de manera significativa a explicar la varianza de la variable dependiente, por lo que se optó por utilizar el método de regresión lineal dado que las demás variables psicológicas fueron escalares.

Para este fin, y para superar la limitación de la distribución no normal de los datos, se optó por utilizar un método de *bootstrapping*, procedimiento que resulta válido para los casos en que la distribución de los datos no permite la realización

de una prueba paramétrica específica (Howitt & Cramer, 2017). De esta manera se realizaron tres procedimientos de regresión lineal: primero con las variables experienciales escalares, después con las variables psicológicas solamente, y finalmente con las variables experienciales y psicológicas que hubieran demostrado mayor poder explicativo.

Sobre el tratamiento de los datos faltantes, cabe mencionarse que la plataforma Google Forms permite configurar los ítems de los cuestionarios de manera que los respondientes no pueden avanzar en el proceso de llenado sin haber contestado antes todos los ítems de una sección en particular.

Sobre el tratamiento de datos faltantes, cabe mencionar que la plataforma Google Forms, que se utilizará para el muestreo, permite configurar los ítems de los cuestionarios de manera que el respondiente no pueda avanzar en el proceso de llenado sin haber contestado antes todos los ítems. Del mismo modo, las respuestas no quedan registradas sino hasta que el respondiente las envía, dando clic en el botón correspondiente al final del cuestionario. En caso de detectar la presencia de datos faltantes, se eliminarán los registros correspondientes, y en caso de que la cantidad de registros con datos faltantes afecte el tamaño de muestra, se procederá a aplicar un método de imputación para estimar valores aproximados que permitan realizar los análisis estadísticos.

Aspectos Éticos

Atendiendo a lo estipulado en el artículo 49 del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2009), la investigación se realizará respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participen en ella.

Debido al método elegido para la recolección de datos, se incluirá antes del cuestionario el texto de consentimiento informado donde se informa al respondiente sobre el objetivo del estudio, así como de la confidencialidad de sus respuestas y demás información que aporten. Se informará también acerca de que, debido a la naturaleza del tema a investigar, ciertas reacciones emocionales son esperables por lo que, siguiendo el artículo 122 del Código Ético del Psicólogo, se hará saber al respondiente que puede declinar su participación o

retirarse del estudio en cualquier momento por cualquier motivo. La firma del consentimiento informado será sustituida por una casilla que el respondiente deberá contestar en función de si está o no de acuerdo en participar en el estudio (SMP, 2009; Roberts & Sipes, 2018; Comité de Ética en Investigación UDP, 2020).

Como señala el Código Ético del Psicólogo en sus artículos 132 a 134, la información recabada será manejada cuidando la confidencialidad en cualquier proceso por el que tenga que pasar (almacenamiento en medios físicos o electrónicos, recuperación o eliminación), cuidando de mantenerla a resguardo de terceros que no estén involucrados de algún modo con la investigación (SMP, 2009).

IV. RESULTADOS

Como objetivo general de este proyecto se planteó conocer las relaciones existentes entre una serie de variables sociodemográficas, experienciales y psicológicas con la presencia de duelo complicado en la muestra. Para esto, como primer acercamiento se procederá a presentar una descripción de la muestra.

Características de la muestra

La muestra está conformada por 516 personas, de las cuales el 85.1% son mujeres (n = 439) y el 14.9% son hombres (n = 77). El estado de la República con mayor participación fue Nuevo León, con 131 registros (25.4%) seguido de Ciudad de México con 43 (8.3%), mientras que los estados con frecuencias menores a 5 registros suman 51 registros (28.2%), como se aprecia en la Figura 1. Cabe mencionar que no se obtuvieron registros de los estados de Baja California Sur y Nayarit.

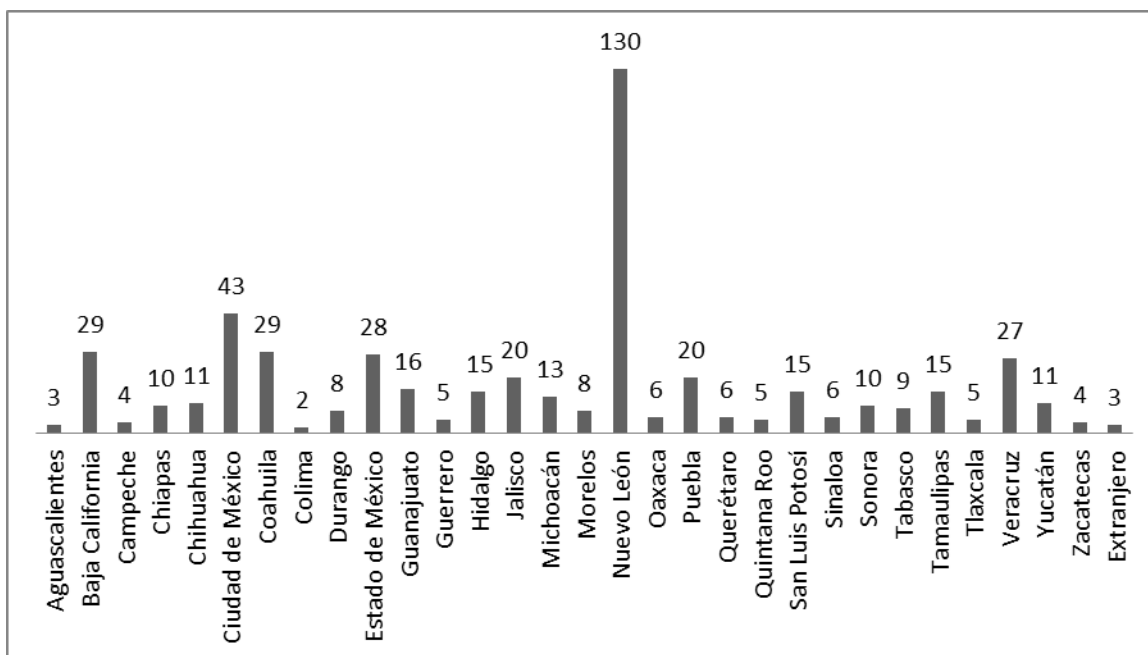


Figura 1. Frecuencia del estado de residencia de los respondientes.

Se realizó posteriormente una segunda agrupación de los participantes en función de regiones que incluyen a varios estados, siguiendo la categorización que utiliza, entre otros, el Gobierno de México en función de la actividad económica (Fouquet, 2002). Así, se obtuvo la siguiente tabla donde se aprecian las frecuencias de respuesta por cada región, así como los estados que conforman a cada una.

Tabla 1

Frecuencia de respuestas por región.

| Región | Estados | n | % |
|--------------|--|-----|------|
| Noroeste | Baja California, B.C. Sur, Chihuahua, Durango, Sinaloa y Sonora | 64 | 12.4 |
| Noreste | Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas | 175 | 33.9 |
| Occidente | Colima, Jalisco, Michoacán y Nayarit | 34 | 6.6 |
| Oriente | Hidalgo, Puebla, Tlaxcala y Veracruz | 67 | 13 |
| Centro-norte | Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí y Zacatecas | 44 | 8.5 |
| Centro-sur | Ciudad de México, Estado de México y Morelos | 79 | 15.3 |
| Suroeste | Chiapas, Guerrero y Oaxaca | 21 | 4.1 |
| Sureste | Campeche, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán | 29 | 5.6 |

El 56.8% (n = 293) de las personas indican tener un nivel socioeconómico medio, seguido de 27.5% (n = 142) con nivel medio-bajo; 1% de los participantes señalan tener un nivel alto (n = 5), como se observa en la Tabla 2. El nivel de escolaridad más frecuente es el de licenciatura terminada, con el 40.1% (n = 207) mientras

que el menos frecuente es el de secundaria inconclusa, representando el 0.2% (n = 1), como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 2

Nivel socioeconómico de los respondientes.

| Nivel socioeconómico | n | % |
|----------------------|-----|------|
| Bajo | 19 | 3.7 |
| Medio-bajo | 142 | 27.5 |
| Medio | 293 | 56.8 |
| Medio-alto | 57 | 11 |
| Alto | 5 | 1 |
| Total | 516 | 100 |

Tabla 3

Nivel de escolaridad de los respondientes.

| Escolaridad | n | % |
|-------------------------|-----|------|
| Secundaria inconclusa | 1 | 0.2 |
| Secundaria terminada | 11 | 2.1 |
| Preparatoria inconclusa | 12 | 2.3 |
| Preparatoria terminada | 49 | 9.5 |
| Licenciatura inconclusa | 143 | 27.7 |
| Licenciatura terminada | 207 | 40.1 |
| Posgrado inconcluso | 22 | 4.3 |
| Posgrado terminado | 71 | 13.8 |
| Total | 516 | 100 |

La Tabla 4 indica algunas características sociodemográficas de la muestra en tres momentos diferentes: antes de la pandemia, durante la pandemia y después de la pandemia, tomando como referencia el periodo de tiempo ya mencionado.

En cuanto al estado civil de los respondientes, se observa que en los tres momentos hay un porcentaje mayor de personas solteras, seguido de personas

casadas. En cuanto a su situación laboral, lo más frecuente en los tres momentos es tener un trabajo de tiempo completo, seguido por porcentajes similares de personas con empleo de medio tiempo y desempleadas.

Se observa un incremento de los porcentajes para los rubros de dificultades económicas, laborales, familiares y de pareja durante el periodo de pandemia, en comparación con los otros dos periodos.

Tabla 4

Características sociodemográficas de la muestra en tres momentos.

| | Pre pandemia | | Pandemia | | Post pandemia | |
|---------------------|--------------|------|----------|------|---------------|------|
| Estado civil | n | % | n | % | n | % |
| Soltero | 270 | 52.3 | 255 | 49.4 | 253 | 49 |
| Casado | 142 | 27.5 | 127 | 24.6 | 131 | 25.4 |
| Unión libre | 86 | 16.7 | 92 | 17.8 | 87 | 16.9 |
| Viudo | 5 | 1 | 23 | 4.5 | 26 | 5 |
| Divorciado | 8 | 1.6 | 7 | 1.4 | 8 | 1.6 |
| Separado | 5 | 1 | 12 | 2.3 | 11 | 2.1 |
| Situación laboral | n | % | n | % | n | % |
| Tiempo completo | 227 | 44 | 200 | 38.8 | 202 | 39.1 |
| Medio tiempo | 84 | 16.3 | 122 | 23.6 | 100 | 19.4 |
| Desempleo | 103 | 20 | 99 | 19.2 | 103 | 20 |
| Trab. cuenta propia | 28 | 5.4 | 35 | 6.8 | 48 | 9.3 |
| Estudiante | 68 | 13.2 | 52 | 10.1 | 52 | 10.1 |
| Jubilado | 6 | 1.2 | 8 | 1.6 | 11 | 2.1 |
| Dific. económicas | n | % | n | % | n | % |
| Si | 107 | 20.7 | 322 | 62.4 | 211 | 40.9 |
| No | 409 | 79.3 | 194 | 37.6 | 305 | 59.1 |
| Dific. laborales | n | % | n | % | n | % |
| Si | 56 | 12 | 231 | 44.8 | 82 | 15.9 |
| No | 304 | 58.9 | 168 | 32.6 | 297 | 57.6 |
| No trabajaba | 150 | 29.1 | 117 | 22.7 | 137 | 26.6 |

| Dific. familiares | n | % | n | % | n | % |
|-------------------|-----|------|-----|------|-----|------|
| Si | 216 | 41.9 | 284 | 55 | 185 | 35.9 |
| No | 300 | 58.1 | 232 | 45 | 331 | 64.1 |
| Dific. de pareja | n | % | n | % | n | % |
| Si | 127 | 24.6 | 245 | 47.5 | 103 | 20 |
| No | 222 | 43 | 114 | 22.1 | 223 | 43.2 |
| Sin pareja | 167 | 32.4 | 157 | 30.4 | 190 | 36.8 |

La Tabla 5 muestra los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas cuantitativas. Cabe mencionar que las variables asociadas a los diferentes tipos de malestar se puntúan de 0 a 10.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas.

| Variable | Media | Mediana | DE |
|-----------------------------------|-------|---------|-------|
| Edad | 36.26 | 35 | 12.39 |
| Malestar por dificult. económicas | 4.32 | 5 | 3.85 |
| Malestar por dificult. laborales | 3.25 | 0 | 3.92 |
| Malestar por dificult. familiares | 4.93 | 6 | 4.08 |
| Malestar por dificult. de pareja | 3.24 | 0 | 4.07 |

Estadísticos descriptivos de las variables experienciales

Las variables experienciales se refieren a aquellas variables relacionadas con la experiencia de pérdida durante la pandemia, recabadas a través del cuestionario específico elaborado para ello.

Del total de la muestra, 41.3% ($n = 213$) reportan haber perdido un solo ser querido (en adelante "SQ") durante el periodo de pandemia, 29.7% ($n = 153$) perdieron dos seres queridos, 15.9% ($n = 82$) perdieron tres, 7% ($n = 36$) cuatro, 2.1 ($n = 11$) cinco, y 4.1% ($n = 21$) seis o más.

La Tabla 6 muestra las frecuencias de personas que reportan haber experimentado pérdidas de seres queridos antes y después del periodo de pandemia, así como si se considera que dichas pérdidas han sido superadas. Puede apreciarse un incremento en el porcentaje de pérdidas no superadas en el periodo posterior a la pandemia.

El tipo de relación más frecuente con un ser querido fallecido es de tipo “familia cercana”, incluyéndose aquí a abuelos, primos y tíos, siendo estas pérdidas el 41.9% del total (n = 216); por otro lado, el tipo menos frecuente de pérdida entra en la categoría de “otro”, en la que se incluyen, por ejemplo, la pérdida de compañeros de trabajo o personas con algún otro tipo de vínculo, siendo este tipo el 1% del total (n = 5) (figura 2).

La principal causa de muerte entre los seres queridos de los respondientes fue COVID-19, representando este el 54.8% del total (n = 283); las causas menos frecuentes fueron por enfermedad hepática y gástrica, siendo cada una un 1% del total (n = 5 en ambos casos), como se aprecia en la Figura 3.

Tabla 6

Frecuencias de pérdidas reportadas.

| Pérdida ocurrida | Pre pandemia | | Pandemia | | Post pandemia | |
|------------------|--------------|------|----------|------|---------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Si | 253 | 49 | 516 | 100 | 171 | 33.1 |
| No | 263 | 51 | - | - | 345 | 66.9 |
| Pérdida superada | n | % | N | % | n | % |
| Si | 198 | 38.4 | 206 | 39.9 | 100 | 19.4 |
| No | 89 | 17.2 | 310 | 60.1 | 125 | 24.2 |
| No aplica | 229 | 44.4 | - | - | 291 | 56.4 |

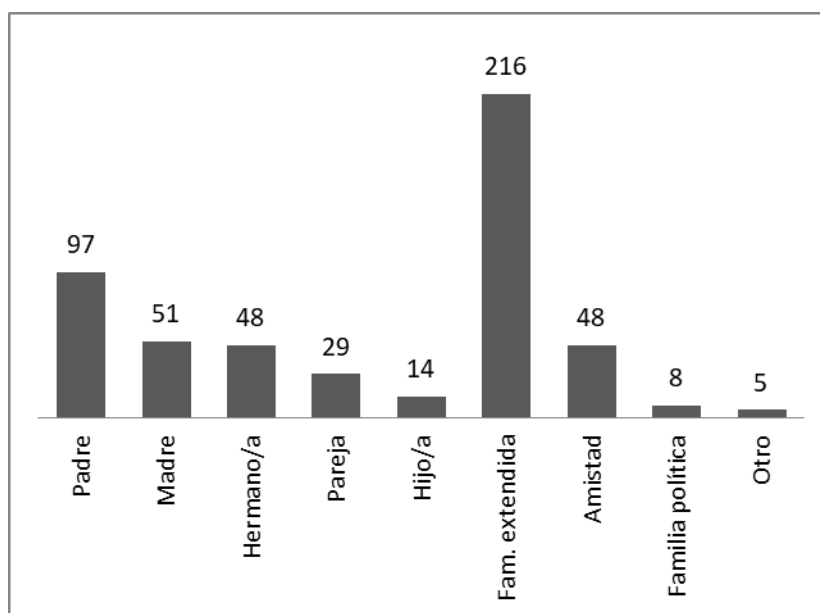


Figura 2. Relación con el ser querido fallecido más cercano.

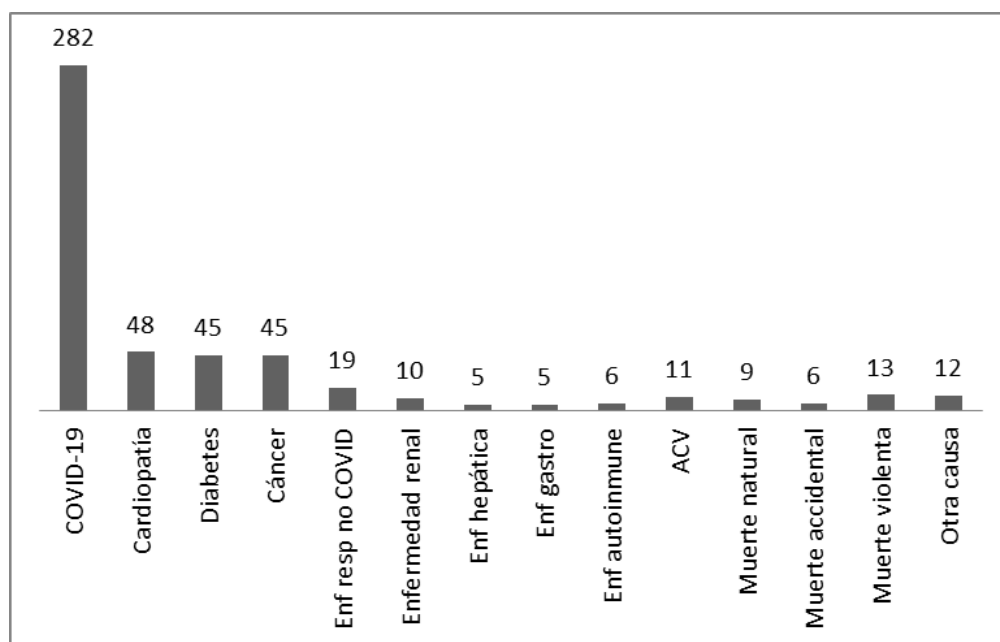


Figura 3. Frecuencia de las causas de muerte.

La Figura 4 muestra las frecuencias de decesos según el mes en que este sucedió, siendo diciembre de 2020 el mes donde se reportan más, con 37 (7.2%) seguido de febrero de 2021 con 35 (6.8%) y enero de 2021 con 33 (6.4%); los

meses con frecuencias menores a 15 han sido agrupados en la categoría “otros”, siendo estos: mayo de 2020, junio de 2021, marzo de 2022 y abril de 2022.

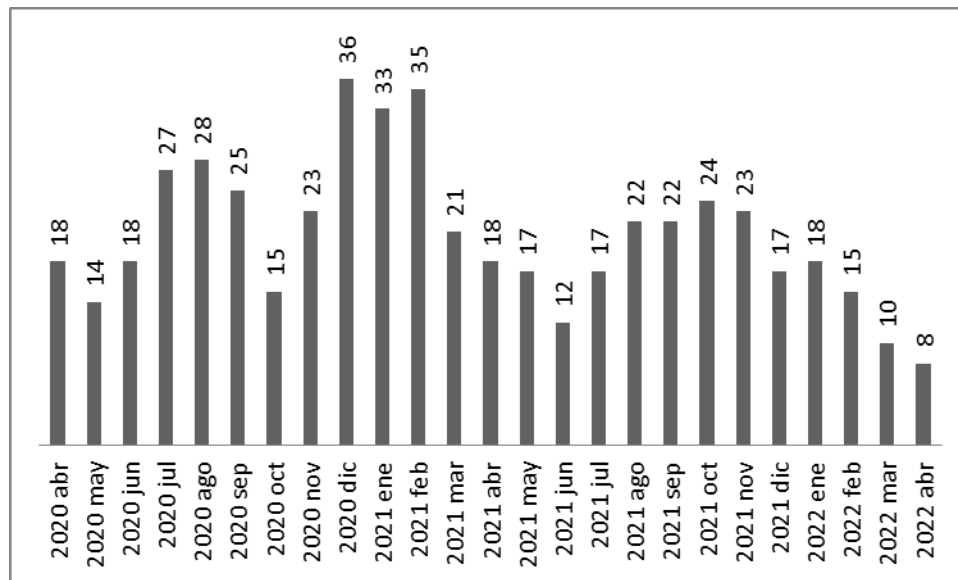


Figura 4. Frecuencia de fallecimientos por mes.

La tabla 7 muestra algunos aspectos asociados con la experiencia de la muerte del ser querido. Se observa que los decesos fueron inesperados en un 84.3% de los casos ($n = 435$), no estando el respondiente al momento de suceder en un 80% de los casos ($n = 413$), y sin poder despedirse en un 75% ($n = 387$).

En el 74.2% ($n = 383$) se reporta que hubo internamiento hospitalario antes del fallecimiento, y en un 63.8% ($n = 329$) se realizaron cuidados paliativos de algún tipo. El 60.9% ($n = 314$) de los respondientes indican que su ser querido no realizó ningún ritual prefunerario, mientras que en el 63% ($n = 325$) de los casos se señala que sí hubo algún tipo de ritual funerario.

En la Tabla 8 aparecen los estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas experienciales. Excepto en el caso de “Edad de SQ al fallecer”, todas las variables puntúan de 0 a 10.

Tabla 7*Aspectos asociados con el fallecimiento de SQ*

| | Si | | No | | No sabe | |
|------------------------------------|-----|------|-----|------|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Muerte inesperada | 435 | 84.3 | 81 | 15.7 | - | - |
| Estar presente al morir | 103 | 20 | 413 | 80 | - | - |
| Poder despedirse | 129 | 25 | 387 | 75 | - | - |
| Ver antes de sepultura o cremación | 243 | 47.1 | 273 | 52.9 | - | - |
| Internamiento hospitalario | 383 | 74.2 | 128 | 24.8 | 5 | 1 |
| Cuidados paliativos | 329 | 63.8 | 122 | 23.6 | 65 | 12.6 |
| Realización de cirugía | 111 | 21.5 | 359 | 69.6 | 8.9 | 11.8 |
| Ritual prefunerario | 84 | 16.3 | 314 | 60.9 | 118 | 22.9 |
| Ritual funerario | 325 | 63 | 179 | 34.7 | 12 | 2.3 |

Tabla 8*Descriptivos de las variables experienciales cuantitativas*

| Variable | Media | Mediana | DE |
|---|-------|---------|-------|
| Edad de SQ al fallecer | 60.79 | 62 | 18.06 |
| Grado de cercanía con SQ | 8.85 | 10 | 1.89 |
| Grado de dependencia con SQ | 5.49 | 6 | 3.43 |
| Malestar al momento de fallecimiento | 8.94 | 10 | 1.89 |
| Malestar actual | 6.62 | 7 | 2.89 |
| Importancia de estar presente al fallecer | 8.87 | 10 | 2.2 |
| Importancia de despedirse de SQ | 9.14 | 10 | 2.0 |
| Importancia de ritual prefunerario | 5.98 | 6.5 | 3.76 |
| Importancia de ritual funerario | 8 | 10 | 2.96 |

La figura 5 muestra las frecuencias de los diagnósticos médicos reportados por los participantes, siendo el más frecuente el sobrepeso/obesidad (42.4%), seguido de

hipertensión arterial (13%); 157 respondientes (45.2%) indicaron no tener algún padecimiento médico diagnosticado.

La figura 6 muestra las frecuencias de los diagnósticos psiquiátricos reportados por los participantes, siendo el más frecuente el trastorno de ansiedad (28.3%), seguido de trastorno depresivo (24.8%); cabe mencionar que en estos casos no se distinguió entre cuadros específicos de ansiedad o depresión; asimismo, 319 participantes (61.8%) indicaron no tener algún diagnóstico psiquiátrico.

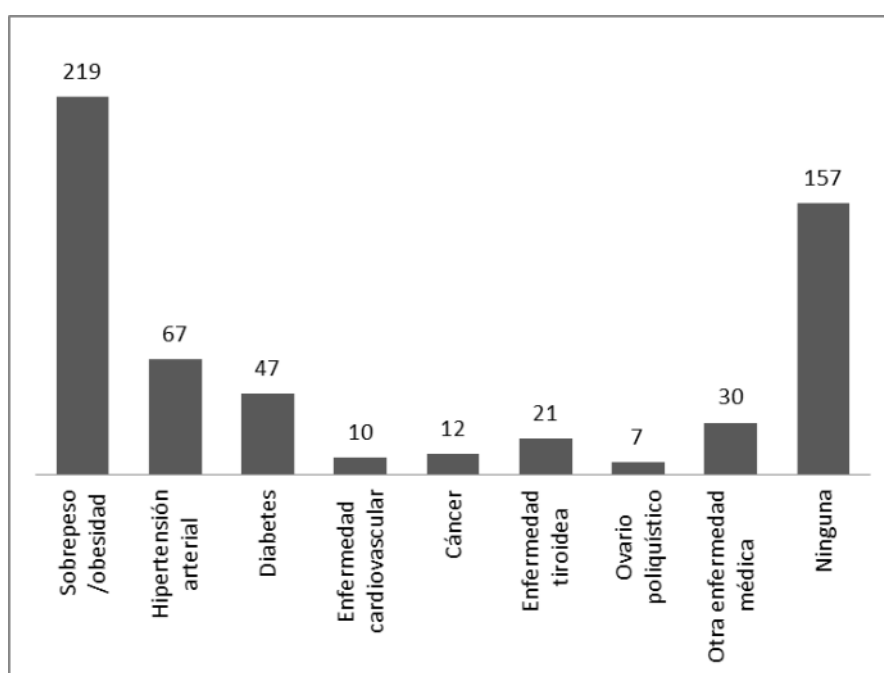


Figura 5. Padecimientos médicos más frecuentes.

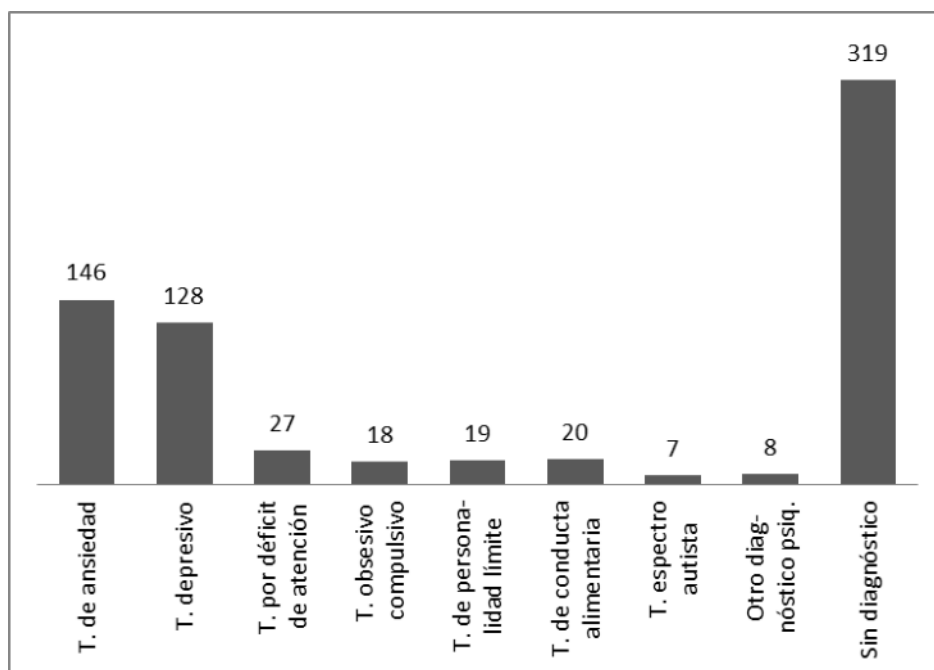


Figura 6. Diagnósticos psiquiátricos más frecuentes.

Confiabilidad de los instrumentos

Como se mencionó anteriormente, la confiabilidad de los instrumentos se evaluó mediante el estadístico alfa de Cronbach (tabla 9).

Tabla 9

Consistencia interna de los instrumentos

| Instrumento | Ítems | α |
|---|-------|----------|
| Inventario de duelo complicado (IDC) | 21 | .94 |
| Cuestionario de apego adulto (CAA) | 41 | .83 |
| Escala de alexitimia de Toronto de 20 factores (TAS-20) | 20 | .91 |
| Inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) | 41 | .87 |
| Cuestionario de resiliencia mexicana (RESI-M) | 43 | .96 |

Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas

Como parte del cumplimiento del objetivo 1 de este estudio, se indican en la Tabla 10 los estadísticos descriptivos de las variables psicológicas investigadas. Las siglas de los instrumentos utilizados para cada variable aparecen entre paréntesis,

y sus nombres pueden verse en la tabla 10. Se han desglosado las subescalas de dos instrumentos: el Cuestionario de Apego Adulto y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, pues se considera que en estos casos los puntajes parciales son más informativos.

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas

| Variable | Media | Mediana | DE |
|---|--------|---------|-------|
| Duelo complicado (IDC) | 24.53 | 22 | 16.23 |
| Alexitimia (TAS-20) | 41.36 | 42 | 20.09 |
| Resiliencia (RESI-M) | 100.77 | 96 | 32.47 |
| Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo (CAA) | 42.03 | 42 | 14.01 |
| Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad (CAA) | 31.67 | 31 | 10.39 |
| Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones (CAA) | 36.51 | 37 | 7.7 |
| Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad (CAA) | 20.39 | 20 | 5.94 |
| Resolución de problemas (IEA) | 10.76 | 11 | 4.74 |
| Autocrítica (IEA) | 7.43 | 6 | 5.93 |
| Expresión emocional (IEA) | 9.42 | 9 | 4.82 |
| Pensamiento desiderativo (IEA) | 13.81 | 15 | 5.79 |
| Apoyo social (IEA) | 9.04 | 9 | 5.48 |
| Reestructuración cognitiva (IEA) | 8.11 | 8 | 4.56 |
| Evitación de problemas (IEA) | 5.83 | 5 | 4.54 |
| Retirada social (IEA) | 8.46 | 8 | 5.29 |
| Autosuficiencia (IEA) | 2.19 | 2 | 1.32 |

Cuestionario de Apego Adulto

Como parte del objetivo 1 de este estudio (identificar el estilo de apego de personas que perdieron a seres queridos durante la pandemia de COVID-19), se procedió a obtener las categorías de estilo de apego a partir de los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Apego Adulto (CAA).

Las autoras del instrumento señalan que para una caracterización adecuada de la muestra es necesario realizar un agrupamiento de los datos mediante la técnica de conglomerados de k-medias, esto con la finalidad de obtener los perfiles de apego de cada sujeto. Para esto también es necesaria la obtención de baremos específicos que permitan establecer categorías para los puntajes de cada escala, los cuales aparecen en la Tabla 11.

Tabla 11

Baremos del CAA para la población estudiada

| Percentil | 1 | 2 | 3 | 4 | Categoría |
|------------------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| 1-13 | 13-24 | 11-20 | 14-27 | 7-13 | Muy bajo |
| 14-27 | 25-32 | 21-24 | 28-32 | 14-16 | Bajo |
| 28-41 | 33-38 | 25-28 | 33-34 | 17-18 | Medio bajo |
| 42-56 | 39-44 | 29-32 | 35-38 | 19-20 | Medio |
| 57-70 | 45-49 | 33-36 | 39-40 | 21-23 | Medio alto |
| 71-84 | 50-57 | 37-42 | 41-44 | 24-26 | Alto |
| 85-100 | 58-max | 43-max | 45-max | 27-max | Muy alto |

1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

La Tabla 12 muestra las agrupaciones de los registros de la muestra en dos categorías de apego (seguro e inseguro), y la Tabla 13 hace lo mismo pero en cuatro categorías de apego (preocupado, seguro, alejado y temeroso). Las subescalas del CAA aparecen numeradas del 1 al 4 y son estas: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo (CAA-1); Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad (CAA-2); Expresión de sentimientos y comodidad

con las relaciones (CAA-3); Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad (CAA-4).

Tabla 12

Agrupación de los registros en dos categorías de apego

| | 1 | 2 |
|----------|-------------|-------------|
| CAA-1 | 53 | 31 |
| CAA-2 | 38 | 25 |
| CAA-3 | 33 | 40 |
| CAA-4 | 23 | 18 |
| n | 257 | 259 |
| % | 49.8 | 50.2 |

1: Apego seguro; 2: Apego inseguro.

Tabla 13

Agrupación de los registros en cuatro categorías de apego

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| CAA-1 | 43 | 42 | 24 | 60 |
| CAA-2 | 35 | 29 | 21 | 43 |
| CAA-3 | 30 | 41 | 41 | 32 |
| CAA-4 | 23 | 18 | 17 | 24 |
| n | 113 | 152 | 130 | 121 |
| %n | 21.9 | 29.46 | 25.19 | 23.45 |

1: apego preocupado; 2: apego seguro; 3: apego alejado; 4: apego temeroso.

Para el cumplimiento del objetivo 3 (analizar la relación entre estilo de apego y la presencia de duelo complicado), tratándose de variables categóricas, se procedió a realizar pruebas de χ^2 entre las categorías de apego y las variables categóricas de duelo complicado.

En el caso de estilo de apego con duelo complicado en dos categorías, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, $\chi^2(3, N = 516) = 60.27, p < .01$; el porcentaje mayor de casos de DN pertenece a la categoría de Apego seguro (38.4%), mientras que el porcentaje mayor de casos de DC a la de Apego alejado (40.5%).

Se encontraron resultados parecidos en el caso de estilo de apego con duelo complicado de tres categorías, $\chi^2(6, N = 516) = 66.22, p < .01$. En este caso, el porcentaje de casos de DN es igual a la prueba anterior, mientras que el porcentaje mayor de casos en las categorías DC y DG pertenecen al tipo de Apego alejado (38.7% y 43%, respectivamente).

Se realizó la misma prueba estadística para la variable de estilo de apego en cuatro categorías, obteniéndose los siguientes resultados. Para el estilo de apego de 4 categorías en relación con DC de dos categorías, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas $\chi^2(3, N = 516) = 57.37, p < .01$; se encontró que un mayor porcentaje de casos con estilos de apego seguro (54.6%) y apego alejado (78.5%) entran en la categoría de DN, mientras que un mayor porcentaje de casos con estilos de apego preocupado (54%) y temeroso (65.3%) entran en la categoría de DC.

Finalmente, se realizó la misma prueba utilizando la variable de tres categorías duelo, encontrándose una vez más una asociación estadísticamente significativa entre ambas, $\chi^2(6, N = 516) = 55.08, p < .01$; en este caso, se encontró que el 23.9% de los casos de apego preocupado entran en la categoría de DG, así como el 19.1% de apego seguro, 5.4% de apego alejado, y 30.6% de apego temeroso.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Como parte también del objetivo 1 de este estudio (Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes), se procedió a la obtención de categorías de afrontamiento para la muestra. Por otra parte, los estadísticos descriptivos de esta variable pueden encontrarse en la tabla 10.

De acuerdo con los autores del inventario original, la estructura factorial del instrumento consiste de tres niveles: en el inferior se encuentran las estrategias de afrontamiento específicas; en el nivel superior a este, las estrategias de afrontamiento se agrupan en cuatro categorías (manejo adecuado del problema, manejo adecuado de la emoción, manejo inadecuado del problema y manejo inadecuado de la emoción); en el nivel más alto, estas cuatro categorías se agrupan en dos (afrontamiento adecuado y afrontamiento inadecuado).

En función de esta estructura, se obtuvieron siete categorías de afrontamiento en función de las agrupaciones obtenidas a partir de los puntajes en cada subescala del inventario. Estas categorías toman en consideración el puntaje mayor en las cuatro categorías de segundo orden (abreviadas MAP, MAE, MIP y MIE); en los casos en que los puntajes de dos categorías son iguales (y superiores), se señala como estilo predominante una de las categorías de tercer orden (MA o MI); finalmente, en los casos en que ninguna categoría es superior, se indica “afrontamiento indefinido” (abreviado AI).

La tabla 14 indica las frecuencias de las categorías de afrontamiento obtenidas de esta forma.

Tabla 14

Agrupación de los registros en categorías de afrontamiento

| | n | % |
|---------------------------------|-----|------|
| Manejo adecuado del problema | 111 | 21.5 |
| Manejo adecuado de la emoción | 151 | 29.3 |
| Manejo inadecuado del problema | 110 | 21.3 |
| Manejo inadecuado de la emoción | 110 | 21.3 |
| Afrontamiento adecuado | 6 | 1.2 |
| Afrontamiento inadecuado | 17 | 3.3 |
| Afrontamiento indefinido | 11 | 2.1 |
| | 516 | 100 |

Del mismo modo que en el caso de apego, para el cumplimiento del objetivo 3 se realizó la prueba de χ^2 entre las variables categóricas de afrontamiento y las variables categóricas de duelo complicado.

En el caso de estilo del afrontamiento con duelo complicado en dos categorías, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, $\chi^2(6, N = 516) = 119.03, p < .01$. Lo mismo sucedió en el caso de afrontamiento con duelo complicado de tres categorías, $\chi^2(6, N = 516) = 134.49, p < .01$.

Inventario de Duelo Complicado

En función de lo planteado en el objetivo 2 de este estudio (evaluar la presencia de DC en los individuos de la población) se obtuvieron los estadísticos descriptivos para esta variable (Tabla 10), además de obtenerse categorías de duelo en función a los puntajes obtenidos en el Inventario de Duelo Complicado (Tabla 15).

La versión original del Inventario de Duelo Complicado cuenta con un punto de corte de 25, considerándose los puntajes menores a este valor como “duelo normal” y los superiores como “duelo complicado”. La versión utilizada en este estudio, adaptada originalmente para población colombiana, hace modificaciones a la cantidad de ítems (de 19 en el original a 21 en la adaptación), y los adaptadores señalan que cada investigador debe obtener un punto de corte específico para la muestra con la cual trabaja.

Para este estudio, los puntos de corte se obtuvieron con el método de agrupación visual del programa estadístico SPSS, tomando como consideración la media ± 1 desviación estándar, encontrándose dos puntos de corte: 25 y 40. El primer valor se tomó como correspondiente al punto de corte del cuestionario original, permitiendo así distinguir los casos entre “duelo normal” y “duelo complicado” para esta muestra. Asimismo, se tomó en cuenta el valor de 40 para distinguir entre dos niveles de gravedad del duelo complicado, denominando a los casos que puntuaron con valores de 40 y superiores como “duelo grave”.

Una vez obtenidos los puntos de corte que permitieran una categorización de los casos en dos y en tres grupos, se procedió a realizar las pruebas de

diferencia de medias correspondientes. La tabla 15 muestra las frecuencias de las categorías de duelo en su forma dicotómica y tricotómica.

Tabla 15

Frecuencias de las categorías de duelo

| Variable | n | % |
|----------------------------------|-----|------|
| Duelo normal (IDC < 25) | 279 | 54.1 |
| Duelo complicado (IDC > 25) | 237 | 45.9 |
| Duelo normal (IDC < 25) | 379 | 54.1 |
| Duelo complicado (IDC = 25 a 39) | 137 | 26.6 |
| Duelo grave (IDC > 40) | 100 | 19.4 |

Diferencias para dos categorías de duelo

Se realizó la prueba U de Mann-Whitney para determinar la existencia de diferencias en los puntajes de las variables sociodemográficas y experienciales cuantitativas (tabla 16) y para las variables psicológicas (tabla 17) entre dos categorías de duelo. “M.” en la columna de variables indica “malestar”; “Imp.” Indica “importancia”; las columnas “DN” y “DC” indican los rangos promedio para cada categoría de duelo. Se reportan únicamente los casos en que los resultados son estadísticamente significativos, obteniéndose un valor de $p < .01$ en todos los casos, excepto en “M. por dific. económicas” de la Tabla 16, que obtuvo significancia en un nivel de $p < .05$. La columna “TE” indica el tamaño de efecto obtenido.

Tabla 16

Resultados de U de Mann-Whitney para las variables sociodemográficas y experienciales en función de dos categorías de duelo

| Variable | DN | DC | U | Z | TE |
|-----------------------------|--------|--------|---------|--------|------|
| M. por dific. económicas | 244.53 | 274.94 | 29165 | -2.37 | -.10 |
| M. por dific. familiares | 229.81 | 292.27 | 25058 | -4.83 | -.21 |
| G. de cercanía con SQ | 213.04 | 312.02 | 20378 | -8.53 | -.38 |
| G. de dependencia con SQ | 199.88 | 327.51 | 16707 | -9.81 | -.43 |
| M. al momento de fall. | 202.74 | 324.15 | 17503.5 | -10.87 | -.48 |
| M. actual por fall. | 184.48 | 345.64 | 12410.5 | -12.36 | -.54 |
| Imp. de acompañar a SQ | 211.85 | 313.41 | 20047 | -9.42 | -.41 |
| Imp. de despedirse de SQ | 220.46 | 303.28 | 22449 | -8.47 | -.37 |
| Imp. de ritual prefunerario | 242.08 | 277.84 | 28479 | -2.8 | -.12 |
| Imp. de ritual funerario | 225.67 | 297.15 | 23901 | -6.0 | -.26 |

DN: Duelo normal; DC: Duelo complicado.

Tabla 17

Resultados de U de Mann-Whitney para las variables psicológicas en función de dos categorías de duelo

| Variable | DN | DC | U | Z | TE |
|----------------------------|--------|--------|---------|--------|------|
| Alexitimia | 203.5 | 323.4 | 17717.5 | -9.09 | -.40 |
| Resiliencia | 296.5 | 213.76 | 22458.5 | -6.28 | -.28 |
| Baja autoestima (CAA) | 219.77 | 304.1 | 22255 | -6.4 | -.28 |
| Resolución hostil (CAA) | 221.96 | 301.51 | 22867.5 | -6.04 | -.27 |
| Exp. de sentimientos (CAA) | 291.63 | 219.5 | 23818.5 | -5.48 | -.24 |
| Autosuf. emocional (CAA) | 233.31 | 288.16 | 26033 | -4.17 | -.18 |
| Autocrítica (IEA) | 181.49 | 349.16 | 11575 | -12.76 | -.56 |
| Pens. desiderativo (IEA) | 188.59 | 340.8 | 13557 | -11.63 | -.51 |
| Reest. cognitiva (IEA) | 286.91 | 225.05 | 25135 | -4.7 | -.21 |
| Apoyo social (IEA) | 287.19 | 224.72 | 25056 | -4.75 | -.21 |
| Retirada social (IEA) | 197.1 | 330.78 | 15931.5 | -10.17 | -.45 |
| Autosuficiencia (IEA) | 294.38 | 216.27 | 23052 | -6.08 | -.27 |

DN: Duelo normal; DC: Duelo complicado.

Diferencias para tres categorías de duelo

Se realizó la prueba H de Kruskal-Wallis para determinar la existencia de diferencias en los puntajes de las variables sociodemográficas y experienciales cuantitativas (tabla 18) y para las variables psicológicas (tabla 19) entre tres categorías de duelo. En ambos casos, las columnas “DN”, “DC” y “DG” indican los rangos promedio para cada categoría de duelo. Se reportan únicamente los casos en que los resultados son estadísticamente significativos, obteniéndose un valor de $p < .01$ en todos los casos, excepto en “Malestar por dific. económicas” de la Tabla 18, que obtuvo significancia en un nivel de $p < .05$.

Tabla 18

Resultados de H de Kruskal-Wallis para las variables sociodemográficas y experienciales cuantitativas en función de dos categorías de duelo

| Variable | DN | DC | DG | H | TE |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|-----|
| M. por dific. económicas | 244.53 | 267.9 | 284.59 | 6.37 | 0 |
| M. por dific. familiares | 229.81 | 288.64 | 297.25 | 23.57 | .04 |
| M. por dific. de pareja | 254.2 | 240.64 | 294.97 | 9.61 | .01 |
| Grado de cercanía con SQ | 213.04 | 300.3 | 328.07 | 75.36 | .14 |
| Grado de dependencia SQ | 199.88 | 304.41 | 359.15 | 104.31 | .20 |
| M. al momento de fallecer | 202.74 | 315.91 | 335.44 | 119.46 | .23 |
| M. actual por fallecimiento | 184.48 | 314.21 | 388.69 | 167.48 | .32 |
| Imp. de acompañar a SQ | 211.85 | 302.9 | 327.82 | 91.06 | .17 |
| Imp. de despedirse SQ | 220.46 | 295.9 | 313.39 | 73.19 | .13 |
| Imp. de ritual prefunerario | 242.08 | 262.64 | 298.65 | 11.49 | .01 |
| Imp. de ritual funerario | 225.67 | 277.82 | 323.64 | 42.74 | .08 |

Tabla 19

Resultados de H de Kruskal-Wallis para las variables psicológicas en función de dos categorías de duelo

| Escala | DN | DC | DG | H | TE |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|-----|
| TAS-20 | 203.5 | 305.08 | 348.13 | 87.49 | .16 |
| RESI-M | 296.5 | 231.13 | 189.97 | 43.87 | .08 |
| CAA Baja autoestima | 219.77 | 294.33 | 317.48 | 42.4 | .07 |
| CAA Resolución hostil | 221.96 | 287.8 | 320.3 | 39.26 | .07 |
| CAA Exp. de sentimientos | 291.63 | 222.1 | 215.94 | 30.14 | .05 |
| CAA Autosuficiencia em. | 233.31 | 284.4 | 293.3 | 17.59 | .03 |
| IEA Autocrítica | 181.49 | 322.58 | 385.58 | 173.13 | .33 |
| IEA Pens. desiderativo | 188.59 | 323.86 | 364 | 139.42 | .26 |
| IEA Apoyo social | 287.19 | 232.76 | 213.72 | 23.51 | .04 |
| IEA Reest. cognitiva | 286.91 | 232.03 | 215.5 | 22.87 | .04 |
| IEA Retirada social | 197.1 | 318.63 | 347.42 | 105.51 | .20 |
| IEA Autosuficiencia | 294.38 | 210.37 | 224.34 | 37.51 | .07 |

Diferencia de puntajes de duelo complicado

Se exploró la existencia de diferencias significativas en los puntajes del IDC en función de las respuestas categóricas de las variables sociodemográficas y experienciales. Para los ítems dicotómicos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney (Tabla 20) y para los politómicos la prueba H de Kruskal-Wallis (Tabla 21). En ambas tablas se reportan solamente los resultados con un valor $p < .05$.

Tabla 20

Resultados de U de Mann-Whitney para el puntaje del IDC en función de las variables dicotómicas sociodemográficas y experienciales.

| Variable | Sí | No | U | Z | TE |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|------|
| Dific. fam. durante pandemia | 282.13 | 229.58 | 26233.5 | -3.984 | -.18 |
| Dific. fam. postpandemia | 297.52 | 236.69 | 23389 | -4.446 | -.20 |
| Pérdida de pand. superada | 158.61 | 324.88 | 11353.5 | -12.408 | -.55 |
| Acompañar a familiar | 317.93 | 243.68 | 15148 | -4.523 | -.20 |
| Usó redes sociales | 285.08 | 226.71 | 25548 | -4.430 | -.20 |
| Pudo trabajar a distancia | 84890.5 | 48495.5 | 26237.5 | -2.197 | -.10 |

De los datos de la Tabla 21, puede resaltarse lo siguiente. Para escolaridad, el mayor rango promedio corresponde al caso único que reportó tener secundaria inconclusa, mientras que el menor a la categoría de posgrado terminado. Las personas viudas reportan en promedio mayor puntaje de IDC, mientras que las personas separadas reportan el menor. Las personas que señalan estar jubiladas muestran menores puntajes en promedio, mientras que los mayores corresponden a las personas que realizaron trabajo de medio tiempo. Finalmente, las personas que reportan haber perdido a su pareja obtienen puntajes más altos, mientras que quienes perdieron a algún familiar político obtienen los más bajos.

Tabla 21

Resultados de H de Kruskal-Wallis para el puntaje del IDC en función de las variables politómicas sociodemográficas y experienciales.

| | Variable | n | % | R. prom. |
|-------------------------------------|-------------------------|----------|----------|-----------------|
| Región de origen | Noroeste | 64 | 12.4 | 253.48 |
| | Noreste | 175 | 33.9 | 238.01 |
| | Occidente | 34 | 6.6 | 244.81 |
| | Oriente | 67 | 13 | 296.25 |
| | Centro norte | 44 | 8.5 | 281.99 |
| | Centro sur | 79 | 15.3 | 285.13 |
| | Suroeste | 21 | 4.1 | 226.36 |
| | Soreste | 29 | 5.6 | 210.62 |
| Escolaridad | Secundaria inconclusa | 1 | 0.2 | 480.5 |
| | Secundaria terminada | 11 | 2.1 | 274.59 |
| | Preparatoria inconclusa | 12 | 2.3 | 364.83 |
| | Preparatoria terminada | 49 | 9.5 | 326.87 |
| | Licenciatura inconclusa | 143 | 27.7 | 252.21 |
| | Licenciatura terminada | 207 | 40.1 | 257.54 |
| | Posgrado inconcluso | 22 | 4.3 | 255.68 |
| | Posgrado terminado | 71 | 13.8 | 204.05 |
| Estado civil durante pandemia | Soltero | 255 | 49.42 | 244.74 |
| | Unión libre | 95 | 18.41 | 304.03 |
| | Casado | 127 | 24.61 | 243.55 |
| | Separado | 12 | 2.33 | 226.42 |
| | Divorciado | 7 | 1.36 | 264.57 |
| | Viudo | 23 | 4.46 | 326.46 |
| Situación laboral durante pandemia* | Trab. tiempo completo | 200 | 38.76 | 243.49 |
| | Medio tiempo | 122 | 26.64 | 284.74 |
| | Trab. por cuenta propia | 35 | 6.78 | 249.46 |
| | Desempleado | 99 | 19.19 | 280.46 |
| | Estudiante | 52 | 10.08 | 229.2 |
| | Jubilado | 8 | 1.55 | 191.94 |

| | | | | |
|----------------|-------------------|-----|-------|--------|
| Pérdida | Si | 198 | 38.37 | 231.54 |
| prepandemia | No | 89 | 17.26 | 271.09 |
| superada | No aplica | 229 | 44.38 | 276.92 |
| Pérdida post | Si | 100 | 19.38 | 173.55 |
| pandemia | No | 125 | 24.22 | 293.42 |
| superada | No aplica | 291 | 56.4 | 272.7 |
| Relación con | Padre | 97 | 18.8 | 314.56 |
| SQ más | Madre | 51 | 9.88 | 333.47 |
| cercano | Hermano/a | 48 | 9.3 | 290.97 |
| | Pareja | 29 | 5.62 | 340.21 |
| | Hijo/a | 14 | 2.71 | 324 |
| | Familia extendida | 216 | 41.86 | 206 |
| | Amistad | 48 | 9.3 | 219.45 |
| | Familia política | 8 | 1.55 | 141.38 |
| | Otro | 5 | 0.97 | 267.7 |
| Realización de | Si | 84 | 16.28 | 265.76 |
| ritual | No | 314 | 60.85 | 279.37 |
| prefunerario | No sabe | 118 | 22.87 | 197.79 |
| Terapia | Si | 106 | 20.54 | 314.99 |
| | No | 366 | 70.93 | 249.65 |
| | Ya tomaba | 44 | 8.53 | 196.05 |

También se realizó la prueba H de Kruskal-Wallis para buscar diferencias en los puntajes del IDC en función de las variables psicológicas categóricas (estilo de apego y las categorías obtenidas de estilo de afrontamiento). Los resultados se muestran en la tabla 22, encontrándose en ambos casos una significancia de $p < .01$

En cuanto a estilo de apego, se observa que el estilo temeroso muestra el mayor rango promedio, mientras que el menor se encuentra en el estilo seguro. En cuanto a estilo de afrontamiento, nótese cómo el rango promedio más elevado se

ubica en la categoría de “Manejo inadecuado de la emoción” (MIA), mientras que las categorías de MAP y MAE obtienen los rangos promedio más bajos.

Tabla 22

Resultados de H de Kruskal-Wallis para el puntaje del IDC en función de las variables psicológicas categóricas.

| Variable | | n | % | R. prom. |
|-----------------|----------------|-----|-------|----------|
| Estilo de apego | Preocupado | 113 | 21.9 | 281.34 |
| | Seguro | 135 | 26.16 | 177.9 |
| | Alejado | 192 | 37.21 | 267.07 |
| | Temeroso | 76 | 14.73 | 346.07 |
| Afrontamiento | MAP | 111 | 21.5 | 191.25 |
| | MAE | 151 | 29.3 | 194.05 |
| | MIP | 110 | 21.3 | 289.85 |
| | MIE | 110 | 21.3 | 373.9 |
| | Af. adecuado | 6 | 1.2 | 205.42 |
| | Af. inadecuado | 17 | 3.3 | 375.09 |
| | Af. indefinido | 11 | 2.1 | 203.18 |

Finalmente, se exploró también la diferencia de puntajes de IDC en función de la presencia y ausencia de diagnósticos médicos y psiquiátricos mediante la prueba U de Mann-Whitney, encontrándose que existen diferencias significativas entre los puntajes de esta variable al separar la muestra en personas con y sin al menos un trastorno psiquiátrico diagnosticado ($U = 22012.5, p < .01$), como también sucede al distinguir entre personas con y sin diagnósticos médicos ($U = 28834.5, p < .05$). En ambos casos, las personas con diagnósticos psiquiátricos o médicos presentan rangos promedio más elevados que las personas sin estos diagnósticos.

Del mismo modo, se exploró la diferencia de puntajes en esta misma variable en función de la cantidad de diagnósticos psiquiátricos y médicos mediante la prueba H de Kruskal-Wallis, encontrándose la existencia de diferencias significativas en los puntajes del IDC en cuanto a la cantidad de

trastornos psiquiátricos reportados ($H = 40.75$, $gl = 6$, $p < .05$), pero no en cuanto a la cantidad de diagnósticos médicos. Específicamente, las personas que reportan contar con 4 trastornos psiquiátricos diagnosticados son quienes presentan el rango promedio superior en esta prueba.

Para examinar la presencia de diferencias en el puntaje del IDC en cuanto a la presencia o ausencia de determinados trastornos psiquiátricos, se realizaron pruebas U de Mann-Whitney para cada diagnóstico encontrado, cuyos resultados se encuentran en la tabla 23 (las columnas “Dx” y “No Dx” indican los rangos promedio obtenidos en función de la presencia o ausencia del diagnóstico). Todos los resultados reportados tienen significancia de $p < .01$. Cabe mencionar que las personas que reportaron tener diagnóstico de trastorno de personalidad límite no obtienen un puntaje de rango promedio significativamente diferente de las personas que no presentan dicho diagnóstico.

Asimismo, no se encontraron diferencias significativas en los rangos promedio de DC al distinguir entre la presencia y ausencia de los diagnósticos médicos reportados por los participantes de este estudio.

Tabla 23

Resultados de U de Mann-Whitney para el puntaje del IDC en función de la presencia o ausencia de los diagnósticos psiquiátricos encontrados.

| Variable | Dx. | No dx. | U | Z | TE |
|----------------------------------|--------|--------|---------|-------|------|
| T. de ansiedad (n = 146) | 300.26 | 242.02 | 20912.5 | -3.99 | -.18 |
| T. depresivo (n = 128) | 328.74 | 235.33 | 15841 | -6.15 | -.27 |
| T. déficit de atención (n = 27) | 336.15 | 254.21 | 4505 | -2.78 | -.12 |
| T. obsesivo-compulsivo (n = 18) | 385.92 | 253.89 | 2188.5 | -3.69 | -.16 |
| T. conducta alimentaria (n = 20) | 347.03 | 254.93 | 3189.5 | -2.71 | -.12 |
| T. espectro autista (n = 7) | 257.18 | 354.29 | 1111 | -1.71 | -.08 |
| Otro diagnóstico (n = 8) | 121.31 | 259.65 | 934.5 | -2.61 | -.11 |

Análisis de correlación

Los análisis de correlación se realizaron mediante la prueba de Spearman, ante la ausencia de distribución normal en la mayoría de las variables. La tabla 24 muestra las correlaciones significativas halladas entre el puntaje total del Inventario de Duelo Complicado y las variables sociodemográficas y experienciales; la tabla 25 hace lo mismo con las variables psicológicas.

En todos los casos reportados se encontró una significancia de $p < .01$, excepto en el caso de la variable “Malestar por dificultades económica”, donde se obtuvo una $p < .05$.

Tabla 24

Correlaciones entre el puntaje del IDC y las variables sociodemográficas y experienciales.

| Variable | <i>r</i> |
|--|-----------------|
| Grado de malestar actual | 0.69 |
| Grado de malestar al momento del fallecimiento | 0.55 |
| Grado de dependencia con SQ | 0.52 |
| Importancia de estar presente | 0.48 |
| Importancia de despedirse | 0.46 |
| Grado de cercanía con SQ | 0.45 |
| Importancia de ritual funerario | 0.31 |
| Importancia de ritual prefunerario | 0.14 |
| Malestar por dificultades económicas | 0.11 |

Tabla 25

Correlaciones entre el puntaje del IDC y las variables psicológicas.

| Variable | <i>r</i> |
|--------------------------------------|-----------------|
| Autocrítica (IEA) | 0.61 |
| Pensamiento desiderativo (IEA) | 0.59 |
| Retirada social (IEA) | 0.46 |
| Alexitimia (TAS-20) | 0.45 |
| Resiliencia (RESI-M) | -0.33 |
| Baja autoestima (CAA) | 0.32 |
| Resolución hostil de problemas (CAA) | 0.29 |
| Autosuficiencia (IEA) | -0.28 |
| Expresión de sentimientos (CAA) | -0.27 |
| Reestructuración cognitiva (IEA) | -0.21 |
| Autosuficiencia emocional (CAA) | 0.21 |
| Apoyo social (IEA) | -0.19 |

Elaboración de un modelo predictivo de duelo complicado

Como se mencionó anteriormente, en un primer momento se realizó un análisis de regresión lógica binaria para incluir la variable “Estilo de apego”, encontrándose que esta no contribuyó significativamente al modelo explicativo de DC. Debido a esto, se procedió mediante el método de regresión lineal. En todos los casos la variable dependiente fue DC, y el método de entrada fue Intro.

En el primer modelo de regresión se incluyeron las variables siguientes: Grado de cercanía al SQ, Grado de dependencia respecto al SQ, Malestar al momento del fallecimiento, Importancia de estar presente al fallecer el SQ, Importancia del SQ antes de fallecer, Importancia de realizar un ritual prefunerario, Importancia de realizar un ritual funerario. De estas, las siguientes contribuyeron de manera significativa a la varianza explicada de DC: Grado de dependencia, Malestar al momento, e Importancia de ritual funerario.

En el segundo modelo de regresión se incluyeron todas las variables psicológicas: Alexitimia, Resiliencia, las subescalas del Cuestionario de Apego Adulto, y las subescalas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. De estas, las siguientes contribuyeron a la varianza explicada de DC: Alexitimia, Autocrítica (IEA), Pensamiento desiderativo (IEA) y Resolución hostil de conflictos (CAA).

Tomando esto como referencia, se procedió a realizar una última regresión lineal con las variables que contribuyeron más a la varianza explicada de DC. Dicho modelo incluyó, pues, al Grado de dependencia, Malestar al momento, Importancia de ritual funerario, Alexitimia, Autocrítica, Pensamiento desiderativo y Resolución hostil de conflictos.

La ecuación de regresión fue estadísticamente significativa, siendo $F_{(8, 507)} = 94.83$, $p < .01$, $\beta-1 = 1$. El valor ajustado de $R^2 = .59$, lo que indica que el 59% de la varianza en el puntaje de Duelo Complicado puede explicarse por las varianzas de las variables predictoras mencionadas.

La ecuación de regresión fue de $-13.96 + (1.03 * \text{Grado de dependencia}) + (1.25 * \text{Malestar al momento}) + (.14 * \text{Alexitimia}) + (.12 * \text{Resolución hostil}) + (.78 * \text{Autocrítica}) + (.48 * \text{Pensamiento desiderativo}) + (-.40 * \text{Reestructuración cognitiva})$.

Tabla 26

Modelo de regresión con Duelo Complicado como variable criterio.

| | Coefficientes no estandarizados | Coefficientes estandarizados | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------------|---------------------------------|------------------------------|----------|----------|
| Constante | -13.96 | | | |
| G. de dependencia | 1.03 | .15 | 6.65 | < .01 |
| M. al momento | 1.25 | .31 | 4.09 | < .01 |
| Alexitimia | .14 | .03 | 5.05 | < .01 |
| Resolución hostil | .12 | .05 | 2.29 | < .05 |
| Autocrítica | .78 | .10 | 7.57 | < .01 |
| P. desiderativo | .48 | .10 | 4.53 | < .01 |
| Reest. cognitiva | -.40 | .10 | -3.89 | < .01 |

R^2 ajustada = 59%; $F(8, 507) = 94.83$; $p < .01$.

V. DISCUSIÓN

Se procederá a la discusión de los resultados encontrados en este estudio con los hallazgos de estudios anteriores. A continuación, cada sección corresponderá a una de las hipótesis específicas de la investigación.

1. Se encontrarán en la muestra a sujetos con puntajes superiores a 25 en la variable “Duelo complicado”.

En el apartado de método, se señaló que la versión del IDC utilizada en este estudio es una adaptación colombiana que divide dos ítems de la escala original, teniendo así un total de 21 ítems en lugar de 19. Debido a esta modificación, los autores de la misma sugieren que cada investigador obtenga un punto de corte específico para los datos de la muestra con que trabaja. En el caso de la presente investigación, el punto de corte fue obtenido mediante el método de agrupación visual del programa SPSS, correspondiendo dicho punto al puntaje de 25.

El porcentaje de individuos con duelo complicado en la muestra de este estudio (45.9%) es superior al reportado en otras investigaciones. Por ejemplo, en una revisión sistemática realizada por Parro-Jiménez et al. (2021), los autores reportan entre una prevalencia media de 21.53% de duelo complicado entre los estudios incluidos en su revisión. Cabe resaltar que dichos estudios fueron realizados antes de la pandemia de COVID-19, pues investigaciones realizadas durante dicho periodo encuentran prevalencias mayores (Tang y Xiang, 2021).

La mayor proporción de mujeres como participantes de este estudio concuerda con lo observado por Eisma y Tamminga (2020), quienes señalan que la participación femenina es más frecuente que la masculina en estudios sobre duelo. Esto podría deberse, al menos en parte, a los roles de género adscritos a la mujer en la sociedad occidental, de la cual se espera asuma el papel de cuidadora y madre subrogada (Gordon, 2021).

2. Existirá correlación entre los puntajes de las variables “duelo complicado” y “estilo de apego”, “alexitimia”, “resiliencia” y “afrentamiento”.

El análisis de correlación entre los puntajes del IDC y los puntajes de los demás instrumentos indicaron la existencia de correlaciones significativas que van de medias (subescala “Apoyo social” del IEA con -0.19) a considerables (subescala “Autocrítica” del IEA con 0.61), de acuerdo con la interpretación que hace Mondragón Barrera (2014) de los valores posibles de dicho análisis.

La correlación con alexitimia es interesante, pues en estudios anteriores no se han encontrado correlaciones entre ambas variables (Deno et al., 2013). Sin embargo, la dificultad para identificar y expresar sentimientos, característica de la alexitimia, puede tener relación con la gravedad del proceso de duelo a largo plazo (Craparo et al., 2018). En general, esto concuerda con la teoría sobre DC, en donde se plantea que parte de las tareas del duelo es aceptar y asumir el dolor que emerge a partir de la pérdida, lo cual requiere de un trabajo psicológico intenso que se ve impedido cuando las emociones no pueden identificarse o ser ubicadas (Worden, 2009).

La correlación entre DC y resiliencia es negativa, lo cual concuerda con el planteamiento teórico descrito en la literatura (Mancini et al., 2015; Worden, 2009). El coeficiente de correlación encontrado es, sin embargo, inferior al de otras variables, lo cual puede explicarse por lo señalado en estudios anteriores que señalan que la resiliencia tiene más un efecto moderador sobre DC que un efecto directo sobre el mismo (Bermejo et al., 2011; Mancini et al., 2015).

Para la correlación entre DC y afrontamiento se tomaron en consideración las subescalas del IEA por separado para conocer la manera en que dicha variable se comporta en relación a cada estrategia descrita por el mencionado instrumento.

Las subescalas de Autocrítica, Pensamiento desiderativo y Retirada social son las estrategias que obtuvieron mayores coeficientes de correlación con DC, siendo también significativas correlaciones negativas con las subescalas de Reestructuración cognitiva y Apoyos social; cabe señalar que estas dos estrategias son conceptualmente opuestas a las de Pensamiento desiderativo y

Retirada social (Cano García et al., 2007), por lo que dichas correlaciones eran esperables.

De acuerdo con el modelo teórico propuesto por Worden (2009), el doliente en situación de DC suele experimentar sentimientos de culpa en torno a la pérdida que ha experimentado, pudiendo conceptualizar a las tres primeras estrategias (AUC, PSD y RES) como elementos presentes en los sentimientos de culpa (Yi y Kanetkar, 2010). Asimismo, la persistencia de los sentimientos asociados al DC se ha vinculado con estrategias de afrontamiento enfocadas en la evitación y la rumiación de ideas, las cuales actúan como elementos que impiden la elaboración de la pérdida (Eisma y Stroebe, 2021). Los hallazgos encontrados en el presente estudio concuerdan con lo observado por Caparrós y Masferrer (2021), quienes encontraron correlaciones significativas similares, aunque con coeficientes inferiores, a las de la presente investigación.

Si bien se obtuvieron las correlaciones entre DC y las subescalas del Cuestionario de Apego Adulto, la variable de relevancia para este objetivo es el estilo de apego de los participantes, para lo cual se realizó el agrupamiento de los casos mediante conglomerados de k-medias en cuatro categorías, como los señalan las autoras del instrumento. El resultado de la prueba de χ^2 indica que existen diferencias significativas en la proporción de los estilos de apego de los participantes según la categoría de duelo.

La relación entre el estilo de apego y DC ha sido reportada en la literatura ya desde los estudios de Bowlby (1989) sobre el apego, pero también en tiempos recientes (Mancini y Bonanno, 2012; Russ et al., 2022). En el presente estudio se encontró que el porcentaje mayor de personas con DC presentan un estilo de apego alejado (40.5%), el cual se caracteriza por la hipoactivación del sistema de apego, llevando a la dificultad de lidiar con situaciones de tensión a través de soluciones que involucren el depender de otros (Mancini y Bonanno, 2012).

El mencionado hallazgo concuerda con la correlación encontrada en este estudio entre DC y Retirada social, y la correlación negativa entre DC y Apoyo social, indicando que una de las dificultades vinculadas con el cuadro de DC radica en la vinculación con los otros. A su vez, la correlación entre DC y alexitimia

nos permite pensar que la mencionada dificultad en la vinculación también esté determinada por una dificultad en la identificación y expresión de sentimientos.

3. Existirán diferencias significativas entre el puntaje de “duelo complicado” en base a las características sociodemográficas.

Las características sociodemográficas exploradas se dividieron en variables dicotómicas y politómicas. Se discutirán primero los resultados de las variables dicotómicas.

De las variables sociodemográficas exploradas, únicamente las siguientes permitieron distinguir diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de DC: Dificultades familiares durante la pandemia, Dificultades familiares postpandemia, Pudo trabajar a distancia. En cuanto a las dos primeras, los rangos promedio obtenidos por los participantes que respondieron afirmativamente son significativamente superiores. Como señalan Suárez-Barros et al. (2023), la pandemia afectó negativamente las dinámicas familiares, y siguiendo los planteamientos de Barreto et al. (2008) y Worden (2009), el apoyo social y familiar es un elemento importante en la manera en que una pérdida puede tramitarse. Así, este resultado apunta a que la presencia de tensiones al interior del núcleo familiar se asocia con la presencia de DC.

En el caso de la posibilidad de realizar actividades laborales o estudiantiles a distancia, previniendo así la exposición y el contagio por el virus SARS-CoV-2, se observó que las personas que respondieron negativamente obtienen rangos promedio significativamente más elevados. Esto concuerda con lo observado por Eftekhar Ardebili (2020), los trabajadores que no tuvieron la posibilidad de realizar sus funciones a distancia presentaron mayores afectaciones en su salud mental que aquellos que pudieron hacerlo.

Las siguientes variables politómicas fueron significativas: Región de origen, Escolaridad, Estado civil durante la pandemia, y Situación laboral durante la pandemia. En cuanto a los resultados obtenidos según la región de origen del respondiente, las diferencias podrían deberse a las costumbres funerarias de cada región. La escolaridad se ha reportado como un aspecto que puede servir como

factor protector ante DC, encontrándose que a mayor cantidad de años de educación el riesgo de DC se reduce (Wilson et al., 2020; Parro-Jiménez et al., 2021); esto concuerda con lo observado en esta investigación, donde, de manera general, los rangos promedio inferiores fueron obtenidos por personas con estudios profesionales (licenciatura en curso y superior).

Sobre el estado civil durante la pandemia, se encontró que los rangos promedio más elevados fueron obtenidos por quienes reportaron haber estado en unión libre o ser viudos, mientras que los rangos promedio inferiores fueron obtenidos por quienes indicaron estar separados y casados. La relación entre estado civil y DC viene dada en mayor medida por el apoyo que el doliente puede recibir por parte de otros (Worden, 2009). Que las personas viudas hayan obtenido los rangos promedio más promedio se podría explicar por el hecho de que, adelantando la discusión de la variable experiencial Relación con SQ fallecido, la pérdida de la pareja es el tipo que obtiene mayor rango promedio de DC. Si bien la unión libre es descrita como un modo de cohabitación en que toma mayor importancia la estabilidad emocional y la independencia respecto de los padres (Garduño Duarte, 2002), también se ha observado que la tramitación de las pérdidas puede tener complicaciones particulares cuando el sujeto está en una “relación no tradicional” entre la que se ha incluido a las relaciones de cohabitación distintas al matrimonio (Doka, 1987).

Finalmente, sobre la situación laboral durante la pandemia, se observó en esta investigación que el rango promedio superior fue obtenido por los participantes que indicaron haber tenido trabajo de medio tiempo, seguido de cerca por las personas desempleadas. Estos hallazgos concuerdan con lo observado en la revisión de Parro-Jiménez et al. (2021), pudiéndose plantear que la precariedad económica y la dificultad para encontrar trabajo durante la pandemia, habrían incidido en este resultado.

4. Existirán diferencias significativas en el puntaje “duelo complicado” con base a las respuestas de las variables experienciales.

Las variables experienciales se dividen también en dicotómicas y politómicas, así como también se discutirán aquí los hallazgos en cuanto a las correlaciones de las variables escalares.

Las variables experienciales dicotómicas que permitieron obtener diferencias significativas en el puntaje de DC fueron: Pérdida de pandemia superada, Estar presente al momento de fallecer el SQ, Haber usado redes sociales.

Las personas que indicaron no haber superado la o las pérdidas de seres queridos ocurridas durante el periodo de abril de 2020 a abril de 2022 obtuvieron el rango promedio de puntaje del IDC superior, siendo un puntaje de más del doble que las personas que indicaron haber superado su pérdida; esto concuerda con lo observado por Chaurand Morales et al. (2015), quienes indican que la presencia de pérdidas no superadas está relacionada con puntajes superiores en DC, y que también concuerda con el modelo teórico, pues el DC se caracteriza por una dificultad persistente en la asimilación de la pérdida en la vida del doliente (Worden, 2009).

Los participantes que indicaron haber estado presentes durante el fallecimiento del ser querido obtuvieron el rango promedio superior; este resultado es interesante, pues se contrapone a lo señalado por Matsuda et al. (2021), quienes señalan que el no estar presente al momento del fallecimiento del ser querido se vincula con un mayor riesgo de DC; sin embargo, cabe mencionarse que esta situación podría ser el caso fuera del contexto de la pandemia de COVID-19, en la cual las despedidas y procesos de muerte se dieron en medio de un clima de incertidumbre desde diversas fuentes, convirtiendo estas muertes en “malas muertes” o muertes traumáticas (Kumar, 2021), lo que explicaría el rango promedio superior.

Las personas que recurrieron al uso de redes sociales para expresar sus sentimientos obtuvieron el rango promedio superior. Como mencionan Testoni et al. (2021), este uso particular de las redes sociales puede permitir a los dolientes

hacer pública su experiencia privada de dolor, cumpliendo de alguna manera la función de la imposibilitada socialización de la pérdida a través de rituales funerarios tradicionales.

Las variables experienciales politómicas fueron: Pérdida prepandemia superada, Pérdida postpandemia superada, Relación con SQ más cercano, Realización de ritual funerario, y Haber tomado terapia.

Como se mencionó anteriormente, la percepción de no haber superado una pérdida es una característica del cuadro de DC. Sin embargo, la presencia de pérdidas anterior no superadas ha sido identificado como un factor de importancia en la incidencia del DC (Lobb et al., 2010), lo cual pudo observarse en la presente investigación, en la cual el rango promedio obtenido por las personas que reportaron haber superado pérdidas sucedidas anteriormente es el inferior, mientras que el rango promedio de las personas con pérdidas anteriores no superadas es muy similar al de quienes reportaron no haber tenido pérdidas antes de la pandemia (entendiendo con esto que la pérdida experimentada durante la pandemia fue la primera).

Del mismo modo, las personas que indicaron haber tenido pérdidas posteriores al periodo de la pandemia, y no haberlas superado, obtuvieron el rango promedio superior. Como se mencionó también con anterioridad, la presencia de pérdidas anteriores no superadas incide en la aparición de cuadros de DC (Chaurand Morales et al., 2015; Lobb et al., 2010).

El tipo de vínculo con la persona fallecida es un elemento relevante en el desarrollo del DC, pues no es igual la pérdida de un familiar político a la del padre o la madre, en términos generales (Worden, 2009). Esto es algo que pudo observarse también en este estudio, en donde se observó que los rangos promedio inferiores fueron obtenidos por personas que indicaron haber perdido a miembros de su familia extendida o familia política, mientras que los rangos promedio superiores fueron obtenidos por quienes indicaron haber perdido a su madre, a su pareja o a un hijo/a. Es interesante notar que los rangos promedio obtenidos por quienes indicaron haber perdido a la madre y a la pareja son parecidos, pues de acuerdo con los planteamientos de la teoría del apego

aplicados a al apego adulto, el vínculo de pareja está fuertemente influido por las características del vínculo temprano con la figura de apego (usualmente la madre) (Anders y Tucker, 2000).

Los rituales funerarios cumplen con una función importante para las personas creyentes, pues facilitan simbólicamente la transición de moribundo durante el proceso de muerte, y constituyen en ciertos contextos un elemento dentro de los cuidados paliativos . Si bien en la presente investigación los ítems sobre la realización de cuidados paliativos y la realización de ritual funerario no resultaron en diferencias significativas en el puntaje del IDC, sí se observó dicha diferencia significativa en el ítem que midió la importancia de la realización de ritual prefunerario, obteniendo el rango promedio superior las personas que indicaron que su ser querido no recibió dicho tratamiento. Este resultado podría haberse debido a las restricciones impuestas al acompañamiento hospitalario y a la realización de reuniones (como velorios), haciendo que la no realización de dichos rituales fuera algo esperable. Esto también permite entender las correlaciones positivas entre el puntaje del IDC y los ítems de “Importancia de realizar un ritual prefunerario” e “Importancia de realizar un ritual funerario”.

Las personas que buscaron apoyo profesional, ya fuera del campo de la psicología o la tanatología, obtuvieron un mayor rango promedio en el puntaje del IDC que las personas que no lo hicieron. Esto podría indicar que las personas que las personas que buscaron apoyo profesional se vieron más afectadas por sus pérdidas experimentadas que quienes no buscaron apoyo. Aquí cabe resaltar que el rango promedio inferior fue obtenido por los casos en que ya había un proceso terapéutico anterior o concurrente a la experiencia de pérdida, lo que podría ser indicio de que el contar con acompañamiento terapéutico pudiera ser un factor protector contra DC.

Las variables escalares con las cuales se realizaron correlaciones con el puntaje del IDC fueron: Grado de malestar actual, Grado de malestar al momento del fallecimiento, Grado de dependencia respecto al SQ, Importancia de estar presente al momento del fallecimiento, Importancia de despedirse de SQ, Grado de cercanía al SQ fallecido, Importancia de realizar ritual funerario, Importancia de

realizar ritual funerario, y Malestar por dificultades económicas.

Las correlaciones obtenidas entre el puntaje del IDC y las variables de dependencia y cercanía respecto al ser querido concuerdan con el modelo teórico, que señala que la pérdida de una persona afectivamente cercana y/o de la cual uno era dependiente en algún sentido predispone a un mayor riesgo de DC (Worden, 2009). Del mismo modo, las variables del grado de malestar experimentado al momento del fallecimiento y el grado de malestar actual correlacionaron positivamente con DC, lo cual también era esperado: por un lado, un mayor malestar al momento del fallecimiento se relaciona con una mayor dificultad para elaborar la pérdida, y dicha dificultad se relaciona con el grado de malestar que se experimenta actualmente.

Los ítems de “Importancia de estar presente al momento del fallecimiento” y el de “Importancia de despedirse del ser querido antes de fallecer” correlacionaron también de forma positiva con el puntaje de IDC, lo cual concuerda con lo esperado, pues como mencionan Hernández-Fernández y Meneses-Falcón (2021), la falta de despedida del ser querido fallecido dificulta la elaboración de la pérdida. Asimismo, en el contexto de la pandemia de COVID-19, el no acompañar al ser querido durante su fallecimiento y el no poder despedirse introdujo un elemento de incertidumbre en cuanto a si los restos mortales entregados a los deudos se trataban efectivamente de los de su familiar, dificultando aún más la elaboración de la pérdida.

La correlación entre el puntaje de IDC y la intensidad de las dificultades económicas experimentadas durante la pandemia agrega a lo ya comentado acerca de las dificultades económicas y laborales experimentadas durante dicho periodo, en donde la incertidumbre laboral y económica creó tensiones en amplios sectores de la población mexicana.

5. Los puntajes de las variables “estilo de apego”, “alexitimia”, “resiliencia” y “afrentamiento” predecirán los puntajes de la variable “duelo complicado”. Como se mencionó en la sección de Resultados, la variable “estilo de apego” no contribuyó significativamente a explicar la varianza del puntaje del IDC,

procediéndose con el análisis de regresión para las variables experienciales y psicológicas por separado, y finalmente con el análisis de las variables con mayor poder explicativo, las cuales fueron: Grado de dependencia respecto al ser querido, Grado de malestar al momento del fallecimiento, Alexitimia, Resolución hostil de problemas, Autocrítica, Pensamiento desiderativo, y Reestructuración cognitiva.

Como se mencionó en el apartado de la discusión de los resultados de las correlaciones con las variables psicológicas, el hallazgo de la Alexitimia como variable predictora de DC es interesante, pues las investigaciones encontradas que han relacionado ambas variables reportan que estas no guardan relación significativa, o que el efecto de la alexitimia opera más a largo plazo.

La presencia del ítem “Grado de dependencia” y de la escala “Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad” del Cuestionario de Apego Adulto es llamativa. La pérdida de un ser querido puede pensarse como la pérdida de un objeto amado en el cual se han depositado funciones importantes para la regulación emocional del deudo (Marganska et al., 2013). La ausencia de dicha persona puede disparar reacciones de odio hacia ella, las cuales son respondidas mediante reproches dirigidos hacia uno mismo (Worden, 2009) (Autocrítica como estrategia de afrontamiento) llevando a su vez a ideas o fantasías hipotéticas en las que la experiencia tuvo un resultado distinto (Pensamiento desiderativo como estrategia de afrontamiento).

Finalmente, la Reestructuración cognitiva como estrategia de afrontamiento tiene un coeficiente negativo, indicando que conforme esta variable aumenta, el puntaje del IDC disminuye. La Reestructuración cognitiva es entendida por los autores del Inventario de Estrategias de Afrontamiento como un conjunto estrategias dirigidas a cambiar el significado de una situación estresante (Cano-García et al., 2007). Así, se entiende que la capacidad para resignificar la vivencia de pérdida puede tener un efecto atenuante sobre el impacto del duelo a largo plazo.

VI. CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo el explorar la posible relación entre ciertas variables psicológicas, sociodemográficas y experienciales con el duelo complicado en el contexto de la pandemia de COVID-19 en México.

Algunos de los resultados obtenidos por las pruebas estadísticas utilizadas corroboran lo señalado por investigaciones anteriores en cuanto a los factores que pueden asociarse con la emergencia de cuadros de DC, si bien en algunos casos los hallazgos fueron diferentes a lo esperado. Esto podría deberse al contexto específico en que se realizó la investigación, en el cual las inquietudes y preocupaciones de la población fueron afectadas por una situación inédita para todos.

En el contexto de la muestra con la que se trabajó, se perfila que la emergencia de casos de DC tras la pandemia de COVID-19 en México puede asociarse con dificultades asociadas con la incertidumbre económica, así como con las tensiones surgidas en el ambiente familiar ante los cambios de ritmo de vida que se impusieron para mitigar los contagios del virus SARS-CoV-2.

Del mismo modo, las condiciones particulares en que sucedieron las muertes de seres queridos demandaron adecuaciones a los procesos de acompañamiento y despedida, situación que impidió en muchos casos no seguir las pautas determinadas por las tradiciones funerarias.

Finalmente, el conjunto de factores psicológicos estudiados y sus relaciones con el DC, indican que este cuadro se vincula con dificultades para identificar y expresar sentimientos. Esto a su vez llevaría al uso de estrategias de afrontamiento como la autocrítica y el pensamiento desiderativo, esto es, al uso de autorreproches y fantasías como medio para lidiar con el estrés y la tensión producto de la experiencia de pérdida.

Algunas de las limitaciones del presente estudio se encuentran en su diseño. En primer lugar, el uso de cuestionarios de autoreporte conlleva riesgos asociados a la validez y objetividad de los resultados. En segundo lugar, el uso de la plataforma virtual Google Forms implica también limitaciones en cuanto al tipo

de muestra obtenido, pues demanda de conocimientos sobre el uso de redes sociales y plataformas virtuales, así como el uso de dispositivos como celular o computadora personal, quitando posibilidad de participación a personas sin estas características.

Otro tipo de limitaciones se encuentra en el diseño del cuestionario utilizado, pues el conjunto de los instrumentos psicológicos junto con el cuestionario sociodemográfico resultó de gran extensión, pudiendo haber resultado complicado de responder por cuestiones de tiempo. Asimismo, no se incluyeron variables que habrían sido de relevancia para este estudio, como el grado de religiosidad del participante.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio permite obtener una visión general de las dinámicas particulares de las variables psicológicas estudiadas en relación con DC tras la pandemia de COVID-19 en México.

V. REFERENCIAS

- Abraham, K. (1994). Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales. En D. R. Wagner (trad.), *El psicoanálisis clínico* (pp. 319-381). Ediciones Hormé.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, W., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Alloatti, M. N. (2014). Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales [Ponencia en congreso]. Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales. <http://elmeecs.fahce.unlp.edu.ar/iv-elmeecs/AlloattiPONmesa13.pdf/view>
- Allué, M. (1998). La ritualización de la pérdida. *Anuario de Psicología*, 29(4), 67-82. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8912>
- Alonso-Llácer, L., Lacomba-Trejo, L., Pérez-Marín, M. (2020). Comorbilidad entre duelo complicado, sintomatología, ansiosa y depresiva en dolientes de primer grado. *Evidentia. Revista de Enfermería Basada en Evidencia*, 17(e12754). <http://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e12754>
- Anders, S. L., & Tucker, J. S. (2000). Adult attachment style, interpersonal communication competence, and social support. *Personal Relationships*, 7(4), 379-389. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2000.tb00023.x>
- André, G. (1988). *Las sociedades y el fenómeno de la muerte humana: Montevideo ayer y hoy* [Tesis de licenciatura, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21596/1/TSAndreGabriel.pdf>
- Angulo, R. (2020). Vulnerabilidad social y vulnerabilidad psicológica: El gran desafío de la salud mental en Latinoamérica ante el COVID-19. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(2), 10-15. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.2.201>
- Araujo Hernández, M., García Navarro, S., & García-Navarro, E. B. (2021). Abordaje del Duelo y de la muerte en familiares de pacientes con covid-19:

- Revisión Narrativa. *Enfermería Clínica*, 31.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Ariès, P. (1981). *The hour of our death: The classic history of Western attitudes toward death over the last one thousand years*. Vintage Books.
- Ariès, P. (2007). *Morir en Occidente: Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Adriana Hidalgo Editora.
- Attig, T. (1991). The importance of conceiving of grief as an active process. *Death Studies*, 15(4), 385-393. <https://doi.org/10.1080/07481189108252443>
- Ávila Sánchez, R. J. (2022). La educación remota durante la pandemia, una nueva manifestación de violencia estructural y simbólica en México. *Diálogos sobre Educación*, 13(24). <https://doi.org/10.32870/dse.vi24.1064>
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33–40.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Ryan, D. (1986). Toronto alexithymia scale: Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(4), 207-215.
<https://doi.org/10.1159/000287950>
- Baltar, F., & Gorjub, M. T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149.
<https://doi.org/10.3926/ic.294>
- Barlé, N., Wortman, C. B., & Latack, J. A. (2017). Traumatic bereavement: Basic research and clinical implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 127-139. <https://doi.org/10.1037/int0000013>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220383A>

- Bayrak, R., Güler, M., & Hisli Şahinc, N. (2018). The mediating role of self-concept and coping strategies on the relationship between attachment styles and perceived stress. *Europe's Journal of Psychology, 14*(4), 897-913.
<https://doi.org/10.5964/ejop.v14i4.1508>
- Beder, J. (2005). Loss of the assumptive world. How we deal with death and loss. *OMEGA – Journal of Death and Dying, 50*(4), 255-262.
<https://doi.org/10.2190/GXH6-8VY6-BQ0R-GC04>
- Bell, C. (2006). Ritual. En R. A. Segal (ed.), *The Blackwell Companion to the Study of Religion* (pp. 397-411). Blackwell Publishing Ltd.
- Bender, A., & Ingram, R. (2018). Connecting attachment style to resilience: Contributions of self-care and self-efficacy. *Personality and Individual Differences, 130*, 18-20. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.038>
- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2011). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia, 22*(88), 85-95.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v22i88.636>
- Boelen, P. A., Olf, M., & Smid, G. E. (2019). Traumatic loss: Mental health consequences and implications for treatment and prevention. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1591331).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1591331>
- Boerner, K., & Jopp, D. (2010). Resilience in response to loss. En J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 126-145). The Guilford Press.
- Boerner, K., Mancini, A. D., & Bonanno, G. (2013). On the nature and prevalence of uncomplicated and complicated patterns of grief. En M. Stroebe, H. Schut, & J. van den Bout (eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp.55-67). Routledge.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., & Nesse R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(5), 1150-1164.

<https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.5.1150>

- Boogar, I. R., & Talepasand, S. (2015). The role of defense mechanisms, personality and demographical factors on complicated grief following death of a loved one by cancer. *Iranian Journal of Psychiatry, 10*(2), 79-85, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752529/>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Volume 2: Separation anxiety and anger*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Volume 3: Loss*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss. Volume 1: Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Ediciones Morata.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Bradbury, M. (1999). *Representations of death: A social psychological perspective*. Routledge.
- Brinkmann, S. (2017). Could grief be a mental disorder? *Nordic Psychology, 70*(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1381038>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet, 395*, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Burrell, A., & Selman, L. E. (2020). How do funeral practices impact bereaved relative's mental health, grief and bereavement? A mixed methods review with implications for COVID-19. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/0030222820941296>
- Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., & Castillo, J. A. (2018). Apego y vínculo: Una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de Psicoanálisis, 16*. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2018/01/31/apego-y-vinculo-una-propuesta-de-delimitacion-y-diferenciacion-conceptual/>
- Calderon, S., Samstag, L. W., Papouchis, N., & Saunders, B. A. (2019). The

effects of early parental death and grief on interpersonal functioning and alexithymia in adults. *Psychopathology*, 52(3), 198-204.

<https://doi.org/10.1159/000501156>

Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L., & García Martínez, J. (2007).

Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.

https://www.researchgate.net/publication/235419673_Adaptacion_Espanola_del_Inventario_de_Estrategias_de_Afrontamiento

Caracheo Miguel, C. E. (2021). Desigualdad territorial y acceso a agua potable en el contexto de pandemia en la Ciudad de México. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 24, 32-65.

<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/6976>

Carr, D., Boerner, K., & Moorman, S. (2020). Bereavement in the time of Coronavirus: Unprecedented challenges demand novel interventions.

Journal of Aging and Social Policy, 32(4-5), 425-431.

<https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1764320>

Carvalho, T., Krammer, F., & Iwasaki, A. (2021). The first 12 months of COVID-19: a timeline of immunological insights. *Nature Reviews Immunology*, 21(3),

245-256. <https://doi.org/10.1038/s41577-021-00522-1>

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

<https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>

Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A., & Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing*, 22(5), 398-406.

<https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x>

Ceberio, M. R. (2021). COVID-19: La muerte en soledad. Aislamiento, miedo al contagio y duelo en pandemia. *Ajayu*, 19(2), 248-268.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612021000200001

- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *CDC Museum COVID-19 Timeline*. Centers for Disease Control and Prevention.
<https://www.cdc.gov/museum/timeline/covid19.html>
- Chaurand Morales, A., Zacarías Sánchez, J. A., Benítez-Borrego, S., Núñez-Quintero, L., Feixas, G. (2015). Pérdida, depresión y duelo complicado en una muestra mexicana. *Revista de Psicología*, 17(2), 42-55.
<https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/384>
- Chochinov, H. M., Bolton, J., & Sareen, J. (2020). Death, dying and dignity in the time of the COVID-19 pandemic. *Journal of Palliative Medicine*, 23(10), 1294-1295. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0406>
- Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología. (2022). *Información General*. Covid-19 México. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Comité de Ética en Investigación UDP. (2020). Orientaciones éticas para el trabajo de terreno online. <https://psicologia.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2020/06/ORIENTACIONES-ETICAS-PARA-TRABAJO-ONLINE.pdf>
- Craparo, G., Magnano, P., Zapparrata, M. V., Gori, A., Costanzo, G., Pace, U., & Pellerone, M. (2018). Coping, attachment style and resilience: The mediating role of alexithymia. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6(1). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2018.6.1773>
- Davies, A. M. (2001). Death of adolescents: Parental grief and coping strategies. *British Journal of Nursing*, 10(20), 1332-1342.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.20.9365>
- Davydov, D. (2017). Alexithymia as a health risk and resilience factor. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 66-67.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.08.004>
- De Oliveira Cardoso, E. A., de Almeida da Silva, B. C., dos Santos, J. H., dos Santos Lotério, L., Guerrieri Accoroni, A., & dos Santos, M. A. (2020). Efectos de la supresión de rituales fúnebres durante la pandemia de COVID-19 en familiares enlutados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28(e3361). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>

- De Oliveira Dias, M., de Oliveira Albergarias Lopes, R., & Correia Teles, A. (2020). Will virtual replace classroom teaching? Lessons from virtual clases via Zoom in the times of COVID-19. *Journal of Advances in Education and Philosophy*, 4(5), 208-213. <https://doi.org/10.36348/jaep.2020.v04i05.004>
- De Terte, I., & Stephens, C. (2014). Psychological resilience of workers in high-risk occupations. *Stress and Health*, 30(5), 353-5. <https://doi.org/10.1002/smi.2627>
- Deb, P., Furceri, D., Ostry, J. D., & Tawk, N. (2021). The economic effects of COVID-19 containment measures. *Open Economics Review*, 33, 1-32. <https://doi.org/10.1007/s11079-021-09638-2>
- Deno, M., Miyashita, M., Fujisawa, D., Nakajima, S., & Ito, M. (2013). The influence of alexithymia on psychological distress with regard to the seriousness of complicated grief and the time since bereavement in the Japanese general population. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 202-208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.025>
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. (2021). *Investing in data. Goal 8: Decent work and economic Growth*. United Nations Statistics Division. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2021/goal-08/>
- DeSpelder, L. A., & Strickland, A. L. (2015). *The last dance: Encountering death and dying*. McGraw-Hill Education.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *The Psychoanalytic Quarterly*, 6(1), 12-22. <https://doi.org/10.1080/21674086.1937.11925307>
- Díaz González, E. (2021). Efectos económicos del Covid-19 en la economía de México. En A. Díaz Bautista, E. Díaz González, & I. Plascencia López (eds.), *Crisis económica y Covid-19. Una visión desde la frontera de México y Estados Unidos* (33-49). Ediciones Comunicación Científica. <https://doi.org/10.52501/cc.009>
- Díaz Patiño, D., Anaya Velasco, A., & Santoyo Telles, F. (2022). Factores de riesgo psicosocial y calidad de vida durante el confinamiento por COVID-19 en universidades. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 12(24), e334.

<https://doi.org/10.23913/ride.v12i24.1168>

Dilmaç, J. A. (2016). The new forms of mourning: Loss and exhibition of the death on the internet. *OMEGA – Journal of Death and Dying*.

<https://doi.org/10.1177%2F0030222816633240>

Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F., & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*, 300(6).

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916>

Doherty, N. A., & Feeney, J. A. (2004). The composition of attachment networks throughout the adult years. *Personal Relationships*, 11(4), 469-488.

<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00093.x>

Doka, K. J. (1987). Silent sorrow: grief and the loss of significant others. *Death Studies*, 11(6), 455-469. <https://doi.org/10.1080/07481188708252210>

Doka, K. J. (2003). Memorialization, ritual, and public tragedy. En M. Lattanzi-Licht, & K. Doka (eds.), *Coping with public tragedy* (pp. 182-193). Hospice Foundation of America.

Doka, K. J. (2022). Grief in the COVID-19 pandemic. En P. Pentaris (ed.), *Death, Grief and Loss in the Context of COVID-19* (pp. 29-39). Routledge.

Domínguez, P., & Valadez, B. (2020). *Coronavirus llega a México: los casos confirmados*. Milenio Digital. <https://www.milenio.com/politica/coronavirus-mexico-amlo-confirma-caso-cdmx>

Eftekhar Ardebili, M., Naserbakht, M., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F., Hakimi, H., & Ranjbar, H. (2021). Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *American journal of infection control*, 49(5), 547–554. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.001>

Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5(4), 517-528.

<https://doi.org/10.1017/S0954579400006131>

Enciso, A. (23 de marzo de 2020). Comienza la Jornada Nacional de Sana Distancia. *La Jornada*.

<https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/03/23/comienza-la->

jornada-nacional-de-sana-distancia-1056.html

- Eisma, M. C., y Stroebe, M. S. (2021). Emotion regulatory strategies in complicated grief: A systematic review. *Behavior Therapy*, 52(1), 234-249. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.004>
- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief before and during the COVID-19 pandemic: Multiple group comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
- Feng, Z., Glasser, J. W., & Hill, A. N. (2020). On the benefits of flattening the curve: A perspective. *Mathematical Biosciences*, 326(8). e108389. <https://doi.org/10.1016/j.mbs.2020.108389>
- Figuroa Ortiz, C. O., & Grijalva Eternod, A. E. (2021). Violencia familiar en México durante la pandemia por COVID-19. Análisis a nivel nacional y metropolitano. En C. O. Figuroa Ortiz & F. Jiménez Sánchez (eds.), *Experiencias y prácticas de seguridad en la gestión, monitoreo, control y contención de COVID-19 y sus consecuencias sociales y económicas* (pp. 143-182). El Colegio de México. <https://www.coljal.mx/wp-content/uploads/2022/06/Experiencias-1.pdf>
- Flores-Flores, B., & Trujillo-Pérez, J. (2021). Los retos de la educación a distancia en las prácticas educativas durante la pandemia de COVID-19. *Revista RedCA*, 4(10), 73-88. <https://doi.org/10.36677/redca.v4i10.16558>
- Flórez, S. D. (2002). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), 77-85. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0843>
- Fouquet, A. (2002). Diferencias regionales en México: Una herencia geográfica y política. En N. Guzmán (ed.), *Sociedad y Desarrollo en México* (pp. 385-402). Ediciones Castillo/ITESM.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132-154. <https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.4.2.132>
- Freud, S. (2016). Duelo y melancolía. En J. L. Etcheverry (trad.), *Metapsicología* (pp.195-221). Amorrortu. (Publicado originalmente en 1917).

- Freyberger H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 337-342. <https://doi.org/10.1159/000287080>
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. Routledge.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 352-358. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.008>
- Fukunishi, I., Kukuchi, M., Wogan, J., & Takubo, M. (1997). Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 166-170. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(97\)90070-5](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(97)90070-5)
- Gamba-Collazos, H. A., & Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15-30. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.51205>
- Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Villar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por COVID-19 en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 478-485. <https://doi.org/10.21149/12257>
- Garduño Duarte, A. (2002). La significación cognoscitiva y las causas que determinan el noviazgo, matrimonio y unión libre en un grupo de universitarios de 20 a 30 años de edad que viven en la Ciudad de México. [Tesis licenciatura inédita]. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ppt2002/0303910/0303910.pdf>
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated grief: What to expect after the coronavirus pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>
- Gonçalves Júnior, J., Moreno Moreira, M., & Rolim Neto, M. L. (2020). Silent cries, intensify the pain of the life that is ending: The COVID-19 is robbing families of the chance to say a final goodbye. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.570773>

- Gordon, S. F. (2021). Mujeres, trabajo doméstico y COVID-19: Explorando el incremento en la desigualdad de género causada por la COVID-19. *Psicología Iberoamericana*, 29(1). <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.399>
- Granek, L. (2014). Mourning sickness: The politizations of grief. *Review of General Psychology*, 18(2), 61-88. <https://doi.org/10.1037/gpr0000001>
- Granek, L. (2016). Medicalizing grief. En D. L. Harris & T. C. Bordere (eds.), *Handbook of Social Justice in Loss and Grief* (pp. 111-122). Routledge.
- Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2021). The effect of loneliness on death anxiety during the COVID-19 pandemic. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228211010587>
- Güsroy, B. K., Çakaloğulları, N., & Üzer, A. (2021). The effect of alexithymic characteristics on perceived stress and health anxiety during the COVID-19 pandemic. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(22), 7127-7134. https://doi.org/10.26355/eurrev_202111_27266
- Han, Y., Millar, K. M., & Bayly, M. J. (2021). COVID-19 as a mass-death event. *Ethics & International Affairs*, 35(1), 5-17. <https://doi.org/10.1017/S0892679421000022>
- Harvey Narváez, J., Obando-Guerrero, L. M., Hernández-Ordoñez, K. M., & De la Cruz-Gordon, E. K. (2021). Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. *Universidad y Salud*, 27(7), 207-216. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.234>
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. En: K. Bartholomew & D. Perlman (eds.), *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships, vol. 5* (pp.151-177). Jessica Kingsley Publishers.
- Heath, J. (2021). Los efectos de la pandemia del COVID-19 en el mercado laboral a través de sus indicadores. *Divulgación Económica*, 1(1). <http://economistastam.org/wp-content/uploads/2021/04/Los-efectos-de-la-pandemia-del-COVID-19-en-el-mercado-laboral-a-traves-de-sus-indicadores.pdf>
- Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). Alexithymia and its

- associations with depression, suicidality, and aggression: An overview of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00203>
- Hernández Arellano, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7(8), 2-7.
<https://biblat.unam.mx/hevila/Revistadigitaluniversitaria/2006/vol7/no8/6.pdf>
- Hernández Bringas, H. (2021). COVID-19 en México: Un perfil sociodemográfico. *Notas de Población*, 47(111), 105-132.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46557-covid-19-mexico-un-perfil-sociodemografico>
- Hernández-Fernández, C., & Meneses-Falcón, C. (2021). I can't believe they are dead: Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. *Health and Social Care in the Community*, 30(4), e1220-e1232. <https://doi.org/10.1111/hsc.13530>
- Hernández-Solano, A., López-López, J., Yúnez-Nauade, A., & Govea-Vargas, Y. (2022). Socioeconomic effects of COVID-19 in Mexico: A multisectional approach and policy options. *Latin American Economic Review*, 31(1).
<https://doi.org/10.47872/laer.v31.67>
- Hertz, R. (1990). *La muerte y la mano derecha*. Alianza Editorial.
- Hobson, N. M., Schroeder, J., Risen, J. L., Xygalatas, D., & Inzlicht, M. (2017). The psychology of rituals: An integrative review and process-based framework. *Personality and Social Psychology Review*, 22(3), 1-25.
<https://doi.org/10.1177%2F1088868317734944>
- Holmes, J. (2001). *John Bowlby and attachment theory*. Routledge.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C., & Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self-images. *American Journal of Psychiatry*, 137(10), 1157-1162. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.10.1157>
- Horowitz, M. (2006). Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 52(1), 87-89.
<https://doi.org/10.2190/ALWT-JH33-6474-0DT9>
- Howitt, D., & Cramer, D. (2017). *Understanding Statistics in Psychology with*

SPSS. Pearson Education Limited.

- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-354.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.
- Hummel, S., Oetjen, N., Du, J., Posenato, E., Resende de Almeida, R. M., Losada, R., Ribeiro, O., Frisardi, V., Hopper, L., Rashid, A., Nasser, H., König, A., Rudofsky, G., Weidt, S., Zafar, A., Gronewold, N., Mayer, G., & Schultz, J.-H. (2021). Mental health among medical professionals during the COVID-19 pandemic in eight European countries: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e24983.
<https://doi.org/10.2196/24983>
- Hunter, J. (2008). Bereavement: An incomplete rite of passage. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 56(2), 153-173. <https://doi.org/10.2190%2FOM.56.2.b>
- Huremović, D. (2019). Social distancing, quarantine and isolation. En D. Huremović (ed.), *Psychiatry of Pandemics. A mental health response to infection outbreak* (pp.85-94). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5_8
- Imber-Black, E. (2020). Rituals in the time of COVID-19: Imagination, responsiveness, and the human spirit. *Family Process*, 59(3), 912-921.
<https://doi.org/10.1111/famp.12581>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020). *Para disminuir la propagación del COVID-19, el IMSS promueve las medidas de sana distancia*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202003/142>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020*.
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020preliminar.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2022). *Estadísticas de defunciones registradas 2021 (preliminar)*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021_07.pdf

- Jaramillo-Magaña, J. J. (1993). Muerte clínica, muerte somática y muerte encefálica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 16(2), 81-84.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-1993/cma932d.pdf>
- Jordan, T. R., Wotring, A. J., McAfee, C. A., Polavarapu, M., Cegelka, D., Wagner-Greene, V. R., & Hamdan, Z. (2021). The COVID-19 pandemic has changed dying and grief: Will there be a surge of complicated grief? *Death Studies*, 46(1), 84-90. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1929571>
- Kastenbaum, R., & Moreman, C. M. (2018). *Death, society and human experience*. Routledge.
- Kaya, E., & Aydemir, Ö. (2021). Correlation of alexithymia with grief and depression symptom severity in persistent complex bereavement disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 39, 602-619.
<https://doi.org/10.1007/s10942-021-00388-1>
- Kaye-Kauderer, H., Feingold, J. H., Feder, A., Southwick, S., & Charney, D. (2021). Resilience in the age of COVID-19. *BJPsych Advances*, 27(3), 166-178. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.5>
- Killgore, W. D. S., Taylor, E. C., Cloonan, S. A., & Dailey, N. S. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research*, 291(113216). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113216>
- Klein, M. (2008). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En H. Friedenthal, A. Aberastury, E. Groode de Garma & A. Negrotto (trads.), *Obras completas de Melanie Klein 1. Amor, culpa y reparación* (pp. 346-371). (Publicado originalmente en 1940).
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing. Affect, trauma, alexithymia*. Taylor & Francis.
- Kübler-Ross, E. (2020). *Sobre la muerte y los moribundos*. Penguin Random House.
- Kumar, R. M. (2021). The many faces of grief: A systematic literature review of grief during the COVID-19 pandemic. *Illness, Crisis & Loss*. (Advanced

- online publication). <https://doi.org/10.1177/10541373211038084>.
- Larrea Killinger, C. (1997). *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos*. Ediciones Abya-Yala.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Le, K., & Nguyen, M. (2020). *The psychological consequences of COVID-19 lockdowns*. <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/104861/>
- Leach, E. (1968). Ritual. En D. L. Sills (ed.), *International Encyclopedia of Social Sciences* (vol. 13, pp. 520-526). The Macmillan Company & The Free Press.
- Leipod, B., & Greve, W. (2009). Resilience. A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40-50.
<https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.40>
- Lenzo, V., Quattropani, M. C., Musetti, A., Zenesini, C., Freda, M. F., Lemmo, D., Vegni, E., Borghi, L., Plazzi, G., Castelnuovo, G., Cattivelli, R., Saita, E., & Franceschini, C. (2020). Resilience contributes to low emotional impact of the COVID-19 outbreak among the general population in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11(576485). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.576485>
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 282-286.
<https://doi.org/10.1002/jts.20409>
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders? *Psychopathology*, 45(1), 22-28.
<https://doi.org/10.1159/000325170>
- Li, R., Kajanoja, J., Lindblom, J., Korja, R., Karlsson, L., Karlsson, H., Nolvi, S., & Karukivi, M. (2022). The role of alexithymia and perceived stress in mental health responses to COVID-19: A conditional process model. *Journal of Affective Disorders*, 306, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.024>
- Licona Jiménez, M. del. C., López Moreno, F., & Del Castillo Arreola, A. (2015). Estrategias de afrontamiento, estrés y estilos de apego en cuidadores primarios de pacientes con IRC del IMSS Hidalgo. *Huella de la Palabra*, 9,

57-70. <https://doi.org/10.37646/huella.vi9.415>

Limonero García, J. T., Lacasta Reverte, M., García García, J. A., Maté Méndez, J., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3068410>

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/ajp.101.2.141>

Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. B., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34(8), 673-698.

<https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>

López, C., & Ramírez, M. (2005). Apego. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 6(1), 20-24.

<https://revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/134>

Luna, J. (20 de septiembre de 2020). Una enfermedad llamada incertidumbre. *La Vanguardia*.

<https://www.lavanguardia.com/vida/20200920/483524281172/coronavirus-salud-mental-incertidumbre-pandemia.html>

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(1), 543-562. <https://doi.org/10.1111%2F1467-8624.00164>

Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>

Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2017). Prolonged, but not complicated, grief is a mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 211(4), 189-191.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196238>

Magaña, M., Bermejo Higuera, J. C., Villacieros, M., y Prieto, R. (2019). Estilos de

- afrontamiento y diferencias de género ante la muerte. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 103-117. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.269>
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407-474). The Analytic Press.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of Personality*, 77(6), 1805-1832. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x>
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2012). The persistence of attachment: Complicated grief, threat, and reaction times to the deceased's name. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 256-263. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.032>
- Mancini, A. D., Sinan, B., & Bonanno, G. A. (2015). Predictors of prolonged grief, resilience, and recovery among bereaved spouses. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1245-1258. <https://doi.org/10.1002/jclp.22224>
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131-141. <https://doi.org/10.1111/ajop.12001>
- Mariani, R., Renzi, A., Di Trani, M., Trabucchi, G., Danskin, K., & Tambelli, R. (2020). The impact of coping strategies and perceived family support on depressive and anxious symptomatology during the coronavirus pandemic (COVID-19) lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.587724><https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.587724>
- Marroquín, B., Tennen, H., & Stanton, A. L. (2017). Coping, emotion regulation and well-being: Intrapersonal and interpersonal processes. En M. D. Robinson & M. Eid (eds.), *The Happy Mind: Cognitive contributions to well-being* (pp. 253-274). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-58763-9>

- Marroquín, B., Vine, V., & Morgan, R. (2020). Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry Research*, 293(e113419).
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113419>
- Martínez, M. A., Mejía, I., & Lázaro, J. (4 de abril de 2020). "Mi hijo murió de covid y sólo vi sus cenizas". *La Silla Rota*. <https://lasillarota.com/nacion/mi-hijo-murio-de-covid-y-solo-vi-sus-cenizas/384404>
- Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated grief: Risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(2), 151-174.
<https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.227>
- Matsuda, Y., Takebayashi, Y., Nakajima, S., & Ito, M. (2021). Managing grief of bereaved families during the COVID-19 pandemic in Japan. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.637237>
- Mayordomo, T., Viguer, P., Sales, A., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2016). Resilience and coping as predictors of well-being in adults. *The Journal of Psychology*, 150(7), 809-821.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1203276>
- Mazza, M., Marano, G., Lai, C., Janiri, L., & Sani, G. (2020). Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 violence. *Psychiatry Research*, 289(e113046). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113046>
- McAslan, A. (2010). *The concept of resilience. Understanding its origins, meaning and utility* [Archivo PDF].
<https://www.flinders.edu.au/content/dam/documents/research/torrens-resilience-institute/resilience-origins-and-utility.pdf>
- McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Larsen, A. S. (1991). Family crisis oriented personal evaluation scales (F-COPES). En K. Corcoran & J. Fischer (eds.), *Measures for clinical practice: A sourcebook. Volume 1: Couples, families,*

- and children* (pp. 294-297). The Free Press.
- McManus, R. (2013). *Death in a global age*. Palgrave Macmillan.
- Melero, R. & Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-100. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613876004>
- Menzies, R. E., Neimeyer, R. A., & Menzies, R. G. (2020). Death, anxiety, loss and grief in the time of COVID-19. *Behaviour Change*, 37(3), 111-115. <https://doi.org/10.1017/bec.2020.10>
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1996). Coping and adaptation to trauma and loss. En M. Zeidner & N. S. Endler (eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 554-572). John Wiley & Sons, Inc.
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 881-895. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.881>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics, and change*. The Guilford Press.
- Mondragón Barrera, M. A. (2014). Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento Científico*, 8(1), 98-104. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.08111>
- Moral de la Rubia, J. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(2), 97-114. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/18555>
- Moral de la Rubia, J. (2011). La personalidad psicósomática. En J. Moral de la Rubia, J. L. Valdez Medina, & N. I. González-Arratia López-Fuentes (eds.), *Psicología y salud* (pp. 105-131). Consorcio de Universidades Mexicanas.
- Morens, D. M., Folkers, G. K., & Fauci, A. S. (2009). What is a pandemic? *The Journal of Infectious Diseases*, 200(7), 1018-1021. <https://doi.org/10.1086/644537>

- Mortazavi, S. S., Shahbazi, N., Taban, M., Alimohammadi, A., & Shati, M. (2021). Mourning during Corona: A phenomenological study of grief experience among close relatives during COVID-19 pandemics. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228211032736>
- Mouzo, J., & Congostrina, A. L. (31 de enero de 2022). Visitas restringidas en los hospitales: “Es para protegernos de la covid, pero no pude acompañar a mi madre”. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2022-02-01/visitas-restringidas-en-los-hospitales-es-para-protegernos-de-la-covid-pero-no-pude-acompanar-a-mi-madre.html>
- Murillo, A. (2020). Desconfianza, regímenes de verdad, conspiraciones y montajes en el context de la COVID-19 en México. *Desde el Sur*, 12(2), 547-571. <https://doi.org/10.21142/des-1202-2020-0030>
- Murphy, M., & Moret-Tatay, C. (2021). Personality and attitudes confronting death awareness during the COVID-19 outbreak in Italy and Spain. *Frontiers in Psychiatry*, 12(627018), e1-e8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.627018>
- Nakajima, S. (2018). Complicated grief: Recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 373(20170273). <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
- Nakao, M., Kashiwaki, M., & Yano, E. (2005). Alexithymia and grief reactions in bereaved Japanese women. *Death Studies*, 29(5), 423-433. <https://doi.org/10.1080/07481180590932535>
- Neimeyer, R. A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12(1), 65-85. <https://doi.org/10.1080/107205399266226>
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. En O. W. Hill (ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine. Volume 3* (pp. 430-439). Butterworths.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: A problema in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18(1-6), 154-160. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1159/000286074>
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2005). The negative effect of

- alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role might the therapist play? *Comprehensive Psychiatry*, 46(3), 206-213.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.08.005>
- Ogueji, I. A., Okoloba, M. M., & Demoko Ceccaldi, B. M. (2020). Coping strategies of individuals in the United Kingdom during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01318-7>
- Olivera Lozano, F., & Olivera Lozano, G. (2021). Efecto crítico de la pandemia por COVID-19 en el empleo de México. *Carta Económica Regional*, 34(128), 27-58. <https://doi.org/10.32870/cer.v0i128.7827>
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Chow, S.-M. (2010). Positive emotions as a basic building block of resilience in adulthood. En J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 81-93). The Guilford Press.
- Orejuela-Dávila, A. I., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2017). Alexithymia predicts posttraumatic growth and distress after trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 171-182. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284468>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Coronavirus*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Protección de la salud mental en situaciones de epidemias*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
- Ornelas Tavares, P. E. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología y Salud*, 26(2), 177-184.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2193>
- Osimo, S. A., Aiello, M., Gentili, C., Ionta, S., & Cecchetto, C. (2021). The influence of personality, resilience, and alexithymia on mental health during COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.630751>
- Overall, N. C., Chang, V. T., Pietromonaco, P. R., Low, R. S. T., & Henderson, A. M. E. (2022). Partners' attachment insecurity and stress predict poorer relationship functioning during COVID-19 quarantines. *Social Psychological*

- and Personality Science*, 13(1).
<https://doi.org/10.1177%2F1948550621992973>
- Pacheco Borella, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los Cuidados*, 14, 27-43.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2003.14.05>
- Palomar Lever, J., & Gómez Valdéz, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18014748002>
- Parkes, C. M. (1965a). Bereavement and mental illness. Part 1: A clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*, 38, 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1965.tb00956.x>
- Parkes, C. M. (1965b). Bereavement and mental illness. Part 2: A classification of bereavement reactions. *British Journal of Medical Psychology*, 38, 13-26.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1965.tb00957.x>
- Parkes, C. M. (1988). Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change. *Journal of Social Issues*, 44(3), 53-65.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02076.x>
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2010). *Bereavement. Studies of grief in adult life*. Routledge.
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M.P. (2021). Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en la población adulta de España. *Anales de Psicología*, 37(2), 189-201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>
- Patrikelis, P., Lucci, G., Alexoudi, A., Korfiatis, S., Messinis, L., Nasios, G., Papisilekas, T., Sakas, D., & Gatzonis, S. (2019). Addressing evidence linking secondary alexithymia to aberrant humor processing. *Behavioural Neurobiology*. <https://doi.org/10.1155/2019/1803624>
- Pavón Sánchez, R. A., Covarrubias Gómez, A., & Bravo Chang, M. J. (2021). Propuesta de protocolo de visita del familiar o acompañante para despedir durante la agonía a pacientes afectados por Covid-19 en México. *Medicina y Ética*, 32(1), 107-121. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.03>

- Payás Puigarnau, A. (2016). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Pearce, C., Honey, J. R., Lovick, R., Creamer, N. Z., Henry, C., Langford, A., Stobert, M., & Barclay, S. (2021). "A silent epidemic of grief": A survey of bereavement care provision in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, 11(e046872). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046872>
- Pentaris, P., & Woodthorpe, K. (2022). Familiarity with death. En P. Pentaris (ed.), *Death, Grief and Loss in the Context of COVID-19* (pp. 17-28). Routledge.
- Pinedo Palacios, J. R., & Santelices Álvarez, M. P. (2006). Apego adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*, 24(2), 201-210. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524210>
- Piña López, J. A. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología*, 31(3), 751-758. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.185631>
- Porta, M. (Ed.). (2014). *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford University Press.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631-643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- Quezada-Berumen, L. C., González-Ramírez, M. T. (2021). Reacciones psicológicas durante la primera semana de aislamiento por COVID-19 en México. *Acción Psicológica*, 18(1), 179-188. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.27915>
- Radetzki, P. A., Wrath, A. J., Le, T., & Adams, G. C. (2021). Alexithymia is a mediating factor in the relationship between adult attachment and severity of depression and social anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 295, 846-855.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.057>

Rajkumar, R. P. (2020). Attachment theory and psychological responses to the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Psychiatria Danubina*, 32(2), 256-261. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.256>

Ramírez-García, T. (2020). Impactos del COVID-19 en el (des)empleo en México. *Notas de coyuntura del CRIM*, 17. <http://doi.org/10.22201/crim.001r.2020.17>

Redacción Animal Político. (19 de marzo de 2020). Qué es la Jornada de Sana Distancia, cuándo inicia y qué se suspendería. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/2020/03/jornada-sana-distancia-cuando-inicia-que-suspenden/>

Roberts, L. D., & Sipes, J. B. A. (2018). Ethical issues in online research. En M. M. Leach & E. R. Welfel (eds.), *The Cambridge handbook of applied psychological research* (pp.474-492). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316417287.024>

Robertson, I., & Cooper, C. L. (2013). Resilience. *Stress and Health*, 29(3), 175-176. <https://doi.org/10.1002/smi.2512>

Rodríguez-Álvaro, M. (2019). Impacto del duelo complicado. Una lectura a través del lenguaje del cuidado. *Ene. Revista de Enfermería*, 13(3). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/915>

Russ, V., Stopa, L., Sivyer, K., Hazeldine, J., & Maguire, T. (2022). The relationship between adult attachment and complicated grief: A systematic review. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177%2F00302228221083110>

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V)

Saavedra Guajardo, E. (2005). Resiliencia: La historia de Ana y Luis. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 11, 91-101. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Sanabria-Landeros, I. B., Luna, D., Sánchez-Sánchez, C., Meneses-González, F.,

- Lezana-Fernández, M. A., de la Peña-León, B., González-Velázquez, M. S., & Méndez-García S. (2021). Riesgo suicida en estudiantes del área de la salud en periodo de pandemia por la COVID-19. Estudio transversal. *Revista CONAMED*, 26(4), 182-191. <https://doi.org/10.35366/102506>
- Sánchez Sánchez, T. (2020). Duelo silente y furtivo: Dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. *Studia Zamorensia (segunda etapa)*, 19, 43-65. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718179>
- Saravia Calderón, S. (3 de abril de 2020). Hospital México implementará cambios en el ingreso de la visita familiar. *CCSS Noticias*. https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?hospital-mexico-implementa-cambios-en-el-ingreso-de-la-visita-familiar
- Sawyer, J. S., Wilner, L. L., & Ertl, M. M. (2020). Grief and bereavement beliefs among U.S. mental health professionals and the general public. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1944399>
- Schenck, L. K., Eberle, K. M., Rings, J. A. (2016). Insecure attachment styles and complicated grief severity: Applying what we know to inform future directions. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 73(3), 231-249. <https://doi.org/10.1177/0030222815576124>
- Schnider, K. R., Elhai, J. D., & Gray, M. J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 344-350. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.344>
- Secretaría de Salud. (30 de enero de 2020a). México está preparado para enfrentar coronavirus (2019-nCoV). <https://www.gob.mx/salud/prensa/033-mexico-esta-preparado-para-enfrentar-coronavirus-2019-ncov>
- Secretaría de Salud. (2020b). Jornada Nacional de Sana Distancia [Folleto]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf
- Secretaría de Salud. (2020c). *Guía de manejo de cadáveres por COVID-19 (SARS-CoV-2) en México*. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Guia_Manejo_Cadaveres_COVID-19.pdf

- Secretaría de Salud. (2020d). *Lineamiento de reconversión hospitalaria*.
<https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 113(8), 531–537. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119-128. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear>
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *The New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1315618>
- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267. <https://doi.org/10.1002/dev.20091>
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.-F., First, M., ..., & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(1), 103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., & Sillowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 453-461. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0745-z>
- Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. En M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hanson (eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, research, intervention* (pp. 23-43). Cambridge University Press.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>

- Silverman, P. R., Nickman, S., & Worden, J. W. (1992). Detachment revisited: The child's reconstruction of a dead parent. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(4), 494-503. <https://doi.org/10.1037/h0079366>
- Simpson, N., Angland, M., Bhogal, J. K., Bowers, R. E., Cannell, F., Gardner, K., Gheewala Lohiya, A., James, D., Jivraj, N., Koch, I., Laws, M., Lipton, J., Long, N. J., Vieira, J., Watt, C., Whittle, C., Zidaru-Barbulescu, T., & Bear, L. (2021). 'Good' and 'bad' deaths during the COVID-19 pandemic: Insights from a rapid qualitative study. *BMJ Global Health*, 6(6), e005509. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005509>
- Skodol, A. (2010). The resilient personality. En J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (eds.), *Handbook of adult resilience* (112-125). The Guilford Press.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Solís Manrique, C., & Vidal Miranda, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 7(1), 33-39. <http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2006/I/3-ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.pdf>
- Sonkin, D., Ferreira, R. J., Hamel, J., Buttell, F., & Frias, M. T. (2019). Associations between attachment insecurities and psychological violence in a sample of court-mandated batterers. *Violence and Victims*, 34(6), 910-929. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-17-00086>
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 91-107. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-7.pdf>
- Stephenson, E., & DeLongis, A. (2021). Coping strategies. En K. Sweeny & M. L. Robbins (eds.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology, vol.2: The social bases of health behavior* (pp. 55-60). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch50>
- Stroebe, M. S. (2011). Coping with bereavement. En S. Folkman (ed.), *The Oxford handbook of stress, health and coping* (pp. 148-172). Oxford University Press.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with

- bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
<https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9(1), 48-66. <https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.9.1.48>
- Suárez-Barros, A. S., del Pilar Morad-Haydar, M., Castillo- Bolaños, J., Rojas-Otálora, A., García-Acuña, Y., Alarcón-Vásquez, Y., Morales Castro, Y. R., García-Navarro, Á., González-Gutiérrez, O., Escobar, S. A., González-Martelo, V., Támara-Arrázola, E., & Diaz-Lobo, J. (2023). Family relations of university students in times of pandemic by covid-19: Feelings and tensions. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 19(2), 170–181.
<https://doi.org/10.2174/2666082218666220624151657>
- Tang, W., Xu, D., & Xu, J. (2020). The mediating role of alexithymia between earthquake exposure and psychopathology among adolescents 8.5 years after the wenchuan earthquake. *Personality and Individual Differences*, 159. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109881>
- Tavera Cortés, M. E., & Salinas Callejas, E. (2021). La economía mexicana: De la recesión a la depresión ante la pandemia de la Covid-19. *Economía UNAM*, 18(54), 144-160. <https://doi.org/10.22201/fe.24488143e.2021.54.659>
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E., Orbiki, H., & Azoulay, B. (2021). The COVID-19 disappeared: From traumatic to ambiguous loss and the role of the internet for the bereaved in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12(620583). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620583>
- Thomas, L.-V. (1983). *Antropología de la muerte*. Fondo de Cultura Económica.
- Thomas, L.-V. (1991). *La muerte. Una lectura cultural*. Paidós.
- Timoney, L. R., & Holder, M. D. (2013). *Emotional processing deficits and happiness. Assessing the measurement, correlates, and well-being of people with alexithymia*. Springer Dordrecht. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-7177-2>

- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361. <https://doi.org/10.1007/BF01173478>
- Torres, D. (2006). Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 7(2), 107-118. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41070208>
- Torres-Díaz, S., Hidalgo-Apolo, G., & Suárez-Pesántez, K. (2021). Estrategias de afrontamiento en confinamiento por la COVID-19. *Polo del Conocimiento*, 6(7), 491-507. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i7.2866>
- Traunmüller, C., Stefitz, R., Schneider, M., & Schwerdtfeger, A. (2021). Resilience moderates the relationship between the psychological impact of COVID-19 and anxiety. *Psychology, Health & Medicine*. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1955137>
- Tull, M. T., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Rose, J. P., & Grats, K. L. (2020). Psychological outcomes associated with stay-at-home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. *Psychiatry Research*, 293(e113098). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113098>
- Umucu, E., & Lee, B. (2020). Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehabilitation Psychology*, 65(3), 193-198. <https://doi.org/10.1037/rep0000328>
- Van Dijk Kocherthaler, S. C. (2021). La pandemia de la COVID-19 y sus repercusiones en el ámbito educativo para niños y niñas de cero a ocho años. Perspectivas globales. *InterNaciones*, 9(22), 101-120. <https://doi.org/10.32870/in.vi22.7202>
- Vera-Ponce, V. J., Valladares-Garrido, M. J., Peralta, C. I., Torres-Malca, J. R., Orihuela-Manrique, E. J., & Tello-Quispe, E. K. (2020). Factores asociados al afrontamiento psicológico frente a la COVID-19 durante el periodo de cuarentena. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(4), e0200870. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-

[65572020000400019&Ing=es&tIng=es](https://doi.org/10.1080/14760584.2020.1825945)

Verger, P., & Dubé, E. (2020). Restoring confidence in vaccines in the COVID-19 era. *Expert Review of Vaccines*, 19(11), 991-993.

<https://doi.org/10.1080/14760584.2020.1825945>

Villagómez Zavala, P. G., Franco Chávez, S. A., & Peña Ortiz, M. O. (2021). Las secuelas económicas y psicosociales por pérdidas de Covid-19 en las familias mexicanas. En S. de la Vega Estrada & M. del. P. A. Mora Cantellano (coords.), *Estudios sobre cultura y desigualdad en las regiones* (pp. 51-70). Universidad Nacional Autónoma de México/Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional A.C.

<http://ru.iiec.unam.mx/5398/>

Villar Dávila, R., Pancorbo Hidalgo, P. L., Jiménez Díaz, M. C., Cruz Lendínez, A., & García Ramiro, P. (2012). Qué hace el cuidador familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos*, 23(1), 7-14. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100002>

Vowels, L. M., Carnelley, K. B., & Stanton, S. C. E. (2022). Attachment anxiety predicts worse mental health outcomes during COVID-19: Evidence from two studies. *Personality and Individual Differences*, 185.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111256>

Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81-85. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772327>

Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 417-427.

<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>

Wilson, D. M., Darko, E. M., Kusi-Appiah, E., Roh, S. J., Ramic, A., & Errasti-Ibarrondo, B. (2022). What Exactly Is “Complicated” Grief? A Scoping Research Literature Review to Understand Its Risk Factors and Prevalence. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 86(2), 471-487.

<https://doi.org/10.1177/0030222820977305>

- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.
- Worden, J. W. (2015). Theoretical perspectives on loss and grief. En J. M. Stillion & T. Attig (eds.), *Death, dying and bereavement. Contemporary perspectives, institutions and practices* (pp. 91-103). Springer Publishing Company.
- Worden, J. W., & Winokuer, H. R. (2021). A task-based approach for counseling the bereaved. En R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton (eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 57-67). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003199762-7>
- Yaghoubi, T., Jannati, Y., Moosazadeh, M., Hosseinnataj, A., & Mojarad F. A. (2021). Assesment of grief reactions following the death of first-degree relatives due to COVID-19. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 23(12).
<https://doi.org/10.32592/ircmj.2021.23.12.1034>
- Zaheer, A. (2020). *Surveying the Covid-19 pandemic and its implications. Urban health, data technology and political economy*. Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/C2020-0-01743-3>
- Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. F. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. En J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 3-29). The Guilford Press.

ANEXOS

ANEXO 1.

Texto de consentimiento informado

Título de proyecto: Factores psicológicos en relación con duelo complicado tras la pandemia de COVID-19.

Nombre del Investigador Principal: Lic. Walter Daniel García Cantú.

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado como parte del programa de la Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Este estudio se realizará por medio de un cuestionario en internet.

Si decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de enviar sus preguntas acerca de cualquier asunto que no le quede claro al correo que aparece al final de este texto.

El propósito del presente estudio es conocer algunas características psicológicas de personas que hubieran perdido seres queridos durante el periodo de confinamiento debido a la pandemia de COVID-19, esto con el fin de explorar si dichas características psicológicas pudieran relacionarse con una mayor o menor dificultad para elaborar su pérdida.

Si usted es de nacionalidad mexicana, cuenta con más de 18 años, y experimentó la pérdida de al menos un ser querido durante la pandemia de COVID-19, su participación es importante para la realización de esta investigación.

Su participación consistirá en contestar una serie de cuestionarios acerca de su forma de relacionarse, la manera en que se ha enfrentado a situaciones estresantes en el pasado, la manera en que usted percibe sus sentimientos, y sobre cómo se ha sentido en relación a la pérdida de su(s) ser(es) querido(s). Este cuestionario está alojado en la plataforma Google Forms y puede tomar entre 20 y

30 minutos en responderse, por lo que se sugiere hacerlo en un lugar tranquilo con conexión estable a internet.

Toda la información que usted proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no usted podrá ser identificado.

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia ni le afectará de ninguna manera.

Debido a los temas que se manejan en los cuestionarios, si usted siente que alguna de las preguntas que se le presentan le despiertan sentimientos fuertes o intensos de tristeza o angustia, puede dejar el cuestionario y terminar de contestarlo más adelante (todas las preguntas tienen que ser contestadas), o puede abandonarlo. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Texto de Consentimiento Informado Abreviado

El investigador principal de este estudio, Lic. Walter Daniel García Cantú, es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo inv.waldagar@gmail.com.

ANEXO 2.

Cuestionario sociodemográfico y sobre experiencia de pérdida en pandemia

| |
|------------------------------|
| Edad (años cumplidos) |
|------------------------------|

| | | |
|-------------|--------|--|
| Sexo | | |
| Mujer | Hombre | |

| |
|---|
| Lugar de residencia (Ciudad, Estado; por ejemplo: Monterrey, Nuevo León) |
|---|

| | | | | |
|-----------------------------|------------|-------|------------|------|
| Nivel socioeconómico | | | | |
| Bajo | Medio-bajo | Medio | Medio-alto | Alto |

| | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|
| Escolaridad (último nivel de estudios terminado) | | | | |
| Primaria inconclusa | Secundaria inconclusa | Preparatoria inconclusa | Licenciatura inconclusa | Posgrado inconcluso |
| Primaria terminada | Secundaria terminada | Preparatoria terminada | Licenciatura terminada | Posgrado terminado |

| |
|--|
| Si está cursando o concluyó el grado de Licenciatura, ¿qué carrera estudia o estudió? |
|--|

| | | | | |
|---|----------|-------------|--------------|---------|
| Seleccione la opción que describa mejor su estado civil según cada caso [con tres apartados: Antes de abril de 2020, Entre abril de 2020 y abril de 2022, y Actualmente.] | | | | |
| Soltero/a | Casado/a | Unión libre | Divorciado/a | Viudo/a |

| |
|--|
| Seleccione la opción que describa mejor su situación laboral según cada caso [con tres apartados: Antes de abril de 2020, Entre abril de 2020 y abril de 2022, y Actualmente.] |
|--|

| | | |
|---------------------------|------------------------|---------------|
| Empleo medio tiempo | Empleo tiempo completo | Desempleado/a |
| Trabajo por cuenta propia | Estudiante | Jubilado/a |

¿Ha tenido dificultades económicas (por ejemplo: no poder comprar productos básicos, o tener que ahorrar dinero para terminar la quincena)? Selecciones la opción para cada caso. [Con tres apartados: Antes de abril de 2020, Entre abril de 2020 y abril de 2022, y Actualmente.]

| | | |
|----|----|--|
| Si | No | |
|----|----|--|

En una escala de 1 a 10, ¿cuánto malestar le causó tener dificultades económicas en el periodo entre abril de 2020 y abril de 2022? (Si no las tuvo o no sabe si las hubo, dejar en blanco).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún malestar Mucho malestar

¿Ha tenido dificultades en su trabajo (por ejemplo: conflictos con compañeros o jefe, cambio de empleo, despido)? Selecciones la opción para cada caso. [Con tres apartados: Antes de abril de 2020, Entre abril de 2020 y abril de 2022, y Actualmente.]

| | | |
|----|----|----------------------|
| Si | No | No trabajaba/trabajo |
|----|----|----------------------|

En una escala de 1 a 10, ¿cuánto malestar le causó tener dificultades en el trabajo en el periodo entre abril de 2020 y abril de 2022? (Si no las tuvo o si no trabajó en ese periodo, dejar en blanco).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún malestar Mucho malestar

En el mismo periodo, ¿tuvo la opción de realizar sus actividades (trabajo o estudio) a distancia?

| | | |
|----|----|----------------------------|
| Sí | No | No trabajaba ni estudiaba. |
|----|----|----------------------------|

¿Cuál es su profesión actual (médico, profesor, ingeniero, etc.)?

¿Ha tenido dificultades con su familia (por ejemplo: discusiones, peleas, episodios de violencia verbal o física)? Selecciones la opción para cada caso. [Con tres apartados: Antes de abril de 2020, Entre abril de 2020 y abril de 2022, y Actualmente.]

| | | |
|----|----|--|
| Si | No | |
|----|----|--|

En una escala de 1 a 10, ¿cuánto malestar le causó tener dificultades con su familia en el periodo entre abril de 2020 y abril de 2022? (Si no las tuvo en ese periodo, dejar en blanco).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún malestar Mucho malestar

¿Ha tenido dificultades con su pareja (por ejemplo: discusiones, peleas, episodios de violencia verbal o física)? Selecciones la opción para cada caso. [Con tres apartados: Antes de abril de 2020, Entre abril de 2020 y abril de 2022, y Actualmente.]

| | | |
|----|----|------------|
| Si | No | Sin pareja |
|----|----|------------|

En una escala de 1 a 10, ¿cuánto malestar le causó tener dificultades con su pareja en el periodo entre abril de 2020 y abril de 2022? (Si no las tuvo, o si no tuvo pareja en ese periodo, dejar en blanco).

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ningún malestar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mucho malestar |

¿Ha experimentado la pérdida de seres queridos (sin considerar la cantidad)? Seleccione para cada caso. [Con tres apartados: Antes de abril de 2020, Entre abril de 2020 y abril de 2022, y Desde abril de 2022 a la actualidad.]

| | | |
|----|----|--|
| Si | No | |
|----|----|--|

Al día de hoy, ¿considera que ha superado esas pérdidas? Responda según el caso (responda “No aplica” si en el periodo no tuvo pérdidas). [Con tres apartados: Las de antes de abril de 2020, Las de entre abril de 2020 y abril de 2022, y Las de abril de 2022 a la actualidad.]

| | | |
|----|----|-----------|
| Si | No | No aplica |
|----|----|-----------|

Entre abril de 2020 y abril de 2022, ¿cuántos de sus seres queridos fallecieron?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 o más |
|---|---|---|---|---|---------|

¿Al menos dos de esas pérdidas sucedieron en un periodo de un mes?

| | | |
|----|----|-----------|
| Sí | No | No aplica |
|----|----|-----------|

¿Qué relación tenía con esas personas? (Marque todas las casillas que correspondan). [Casillas de respuesta múltiple]

| | |
|-------------------|---------|
| Padre | Madre |
| Pareja | Hijo/a |
| Familia extendida | Amistad |
| Hermano/a | Otro |

Para las siguientes preguntas, considere solamente a la persona fallecida entre abril de 2020 y abril de 2022 que haya sido más cercana a usted. ¿Qué relación tenía con esa persona?

| | |
|-------------------|---------|
| Padre | Madre |
| Pareja | Hijo/a |
| Familia extendida | Amistad |
| Hermano/a | Otro |

En una escala de 1 a 10, ¿cuánta cercanía sentía usted con esa persona?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada cercana Muy cercana

En una escala de 1 a 10, ¿qué tan dependiente era usted hacia la persona fallecida?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada dependiente Muy dependiente

En una escala de 1 a 10, ¿cuánto malestar le causó el fallecimiento de esa persona?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún malestar Mucho malestar

En una escala de 1 a 10, ¿cuánto malestar le causa al día de hoy el fallecimiento de esa persona?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún malestar Mucho malestar

¿En qué fecha falleció su ser querido? (Responder “mes y año”, por ejemplo: “Noviembre de 2021”).

¿Qué edad tenía su ser querido al fallecer? Si no conoce la edad exacta, indique un aproximado.

¿Cuál fue la causa del fallecimiento?

| | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| COVID-19 | Cardiopatía (enfermedad del corazón) |
| Diabetes (complicaciones) | Cáncer |
| Otro (¿cuál?) | |

¿El fallecimiento de su ser querido fue inesperado?

| | | |
|----|----|--|
| Sí | No | |
|----|----|--|

¿Dónde falleció su ser querido?

| | | | |
|------|----------|----------|------|
| Casa | Hospital | No lo sé | Otra |
|------|----------|----------|------|

¿Su ser querido fue internado en un hospital antes de morir?

| | | |
|----|----|----------|
| Sí | No | No lo sé |
|----|----|----------|

¿Su ser querido recibió cuidados paliativos (cuidados de salud antes de fallecer) antes de morir?

| | | |
|----|----|----------|
| Sí | No | No lo sé |
|----|----|----------|

¿Su ser querido fue sometido a alguna cirugía antes de morir (traqueotomía, diálisis, etc.)?

| | | |
|----|----|----------|
| Sí | No | No lo sé |
|----|----|----------|

¿Estuvo presente cuando su ser querido falleció?

| | | |
|----|----|--|
| Sí | No | |
|----|----|--|

En una escala de 1 a 10, ¿qué tan importante era para usted el poder acompañar a su ser querido durante su muerte?

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Nada importante. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muy importante. |

¿Pudo despedirse de su ser querido antes de que falleciera?

| | | |
|----|----|--|
| Sí | No | |
|----|----|--|

En una escala de 1 a 10, ¿qué tan importante era para usted el poder despedirse de su ser querido antes de fallecer?

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Nada importante. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muy importante. |

¿Cómo se despidió de su ser querido? (Si no lo hizo, dejar en blanco)

| | | | |
|------------|------------------|------------------------|------|
| En persona | Por videollamada | Por llamada telefónica | Otra |
|------------|------------------|------------------------|------|

¿Su ser querido participó de algún ritual religioso antes de morir (santos óleos, confesión, etc.)?

| | | |
|----|----|----------|
| Sí | No | No lo sé |
|----|----|----------|

En una escala de 1 a 10, ¿qué tan importante era para usted que su ser querido participara de un ritual religioso antes de morir?

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Nada importante. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muy importante. |

¿Qué tratamiento se le dio a su ser querido tras fallecer?

| | | | |
|----------|----------|----------|---------------|
| Entierro | Creación | No lo sé | Otro (¿cuál?) |
|----------|----------|----------|---------------|

| | | |
|---|----|--|
| ¿Pudo ver a su ser querido antes de ser enterrado/cremado? | | |
| Sí | No | |

| | | |
|--|----|----------|
| Tras el fallecimiento de su ser querido, ¿se realizó algún tipo de ritual funerario (por ejemplo, velorio)? | | |
| Sí | No | No lo sé |

| |
|--|
| En caso de que haya habido velorio, ¿cuántas horas duró? (Si no lo hubo dejar en blanco). |
|--|

| |
|--|
| En una escala de 1 a 10, ¿qué tan importante era para usted que se realizara un ritual funerario en nombre de su ser querido? |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Nada importante. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muy importante. |

| | | |
|--|----|-------------------|
| Tras el fallecimiento de su ser querido, ¿buscó acompañamiento por parte de un profesional (por ejemplo, psicólogo/a o tanatólogo/a)? | | |
| Sí | No | Ya tomaba terapia |

| | | |
|---|----|--|
| ¿Ha utilizado redes sociales (Facebook, Twitter, etc.) para expresar lo que siente acerca del fallecimiento de su ser querido? | | |
| Sí | No | |

| |
|--|
| ¿Se le ha diagnosticado con alguno de los siguientes trastornos psiquiátricos? (Marque según sea el caso; si no cuenta con un diagnóstico psiquiátrico, dejar en blanco.) |
| Trastorno de ansiedad (generalizada o específica) |
| Trastorno depresivo |
| Trastorno por déficit de atención (TDA) |

| |
|---|
| Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) |
| Trastorno de personalidad límite (TPL) |
| Trastorno de conducta alimentaria (TCA) |
| Trastorno de espectro autista (TEA) |
| No tengo diagnóstico psiquiátrico |
| Otro |

| |
|--|
| ¿Usted ha sido diagnosticado/a con alguna de las siguientes enfermedades? (Marque según el caso; si padece alguna enfermedad que considere importante escribala en “Otra”). |
| Sobrepeso/obesidad |
| Hipertensión (presión alta) |
| Diabetes |
| Enfermedad cardiovascular (corazón) |
| Cáncer (actualmente o en el pasado) |
| Ninguna |
| Otra |

ANEXO 3. Instrumentos de evaluación

INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO (IDC)

Prigerson et al., 1995 (adaptación de Gamba-Collazos y Navia, 2017).

Por favor, ponga una cruz en la opción que más se adapte a su experiencia tras la muerte de su familiar.

| | | | | |
|-------|-------------|---------------|----------|---------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Nunca | Raras veces | Algunas veces | A menudo | Siempre |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente. | | | | | |
| Los recuerdos de la persona que murió me agobian. | | | | | |
| Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida. | | | | | |
| Anhelo a la persona que murió. | | | | | |
| Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida. | | | | | |
| No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte. | | | | | |
| No puedo creer que haya sucedido. | | | | | |
| Me siento aturdido por lo sucedido. | | | | | |
| Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| gente. | | | | | |
| Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente. | | | | | |
| Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban. | | | | | |
| Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció. | | | | | |
| Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que falleció. | | | | | |
| Tengo algunos de los síntomas que sufría la persona que murió. | | | | | |
| Me desví de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió. | | | | | |
| Siento que la vida está vacía sin la persona que murió. | | | | | |
| Escucho la voz de la persona fallecida hablándome. | | | | | |
| Veo a la persona que murió de pie delante de mí. | | | | | |
| Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto. | | | | | |
| Siento amargura por la muerte de esa persona. | | | | | |
| Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano. | | | | | |

ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Palomar Lever y Gómez Valdéz, 2010.

A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su cooperación.

Sexo: Edad: Escolaridad:

| | | | |
|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos. | | | | |
| Sé dónde buscar ayuda. | | | | |
| Soy una persona fuerte. | | | | |
| Sé muy bien lo que quiero. | | | | |
| Tengo el control de mi vida. | | | | |
| Me gustan los retos. | | | | |
| Me esfuerzo por alcanzar mis metas. | | | | |
| Estoy orgulloso de mis logros. | | | | |
| Sé que tengo habilidades. | | | | |
| Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| difíciles. | | | | |
| Creo que voy a tener éxito. | | | | |
| Sé cómo lograr mis objetivos. | | | | |
| Pase lo que pase siempre encontraré una solución. | | | | |
| Mi futuro pinta bien. | | | | |
| Sé que puedo resolver mis problemas personales. | | | | |
| Estoy satisfecho conmigo mismo. | | | | |
| Tengo planes realistas para el futuro. | | | | |
| Confío en mis decisiones. | | | | |
| Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores. | | | | |
| Me siento cómodo con otras personas. | | | | |
| Me es fácil establecer contacto con nuevas personas. | | | | |
| Me es fácil hacer nuevos amigos. | | | | |
| Es fácil para mí tener un buen tema de conversación. | | | | |
| Fácilmente me adapto a situaciones nuevas. | | | | |
| Es fácil para mí hacer reír a otras personas. | | | | |
| Disfruto de estar con otras personas. | | | | |
| Sé cómo comenzar una conversación. | | | | |
| Tengo una buena relación con mi familia. | | | | |
| Disfruto de estar con mi familia. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| En nuestra familia somos leales entre nosotros. | | | | |
| En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos. | | | | |
| Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro. | | | | |
| En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida. | | | | |
| Tengo algunos amigos/familiares que realmente se preocupan por mí. | | | | |
| Tengo algunos amigos/familiares que me apoyan. | | | | |
| Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito. | | | | |
| Tengo algunos amigos/familiares que me alientan. | | | | |
| Tengo algunos amigos/familiares que valoran mis habilidades. | | | | |
| Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil. | | | | |
| Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles. | | | | |
| Prefiero planear mis actividades. | | | | |
| Trabajo mejor cuando tengo metas. | | | | |
| Soy bueno para organizar mi tiempo. | | | | |

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20)

Bagby, Parker y Taylor, 1994 (adaptado al castellano por Moral de la Rubia, 2008).

Lea atentamente cada uno de las siguientes 20 afirmaciones acerca de su modo de ser habitual. Seleccione el grado en que está de acuerdo o no con las mismas. Conteste lo más sinceramente posible.

| Desacuerdo | | | Acuerdo | | |
|--------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| -3 | -2 | -1 | 1 | 2 | 3 |
| Totalmente en desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Más bien en desacuerdo | Más bien de acuerdo | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |

| | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|
| A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Prefiero dejar que las cosas sucedan solas sin | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |

| | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|
| preguntarme por qué suceden de ese modo. | | | | | | |
| Tengo sentimientos que casi no puede identificar. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Estar en contacto con las emociones es esencial. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| La gente me dice que exprese más mis sentimientos. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| No sé qué pasa dentro de mí. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| A menudo no sé por qué estoy enfadado. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |
| Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos. | -3 | -2 | -1 | +1 | +2 | +3 |

CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO

Melero y Cantero, 2008

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones, rodea el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos o tu forma de comportarte en tus relaciones.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------------|------------------------|--------------------|-----------------|---------------------|--------------------------|
| Completamente en desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Algo de acuerdo | Bastante de acuerdo | Completamente de acuerdo |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Tengo facilidad para expresar mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| No admito discusiones si creo que tengo razón | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falto de cariño | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Soy partidario/a del “ojo por ojo y diente por diente” | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Necesito compartir mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| No suelo estar a la altura de los demás | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Tengo problemas para hacer preguntas personales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

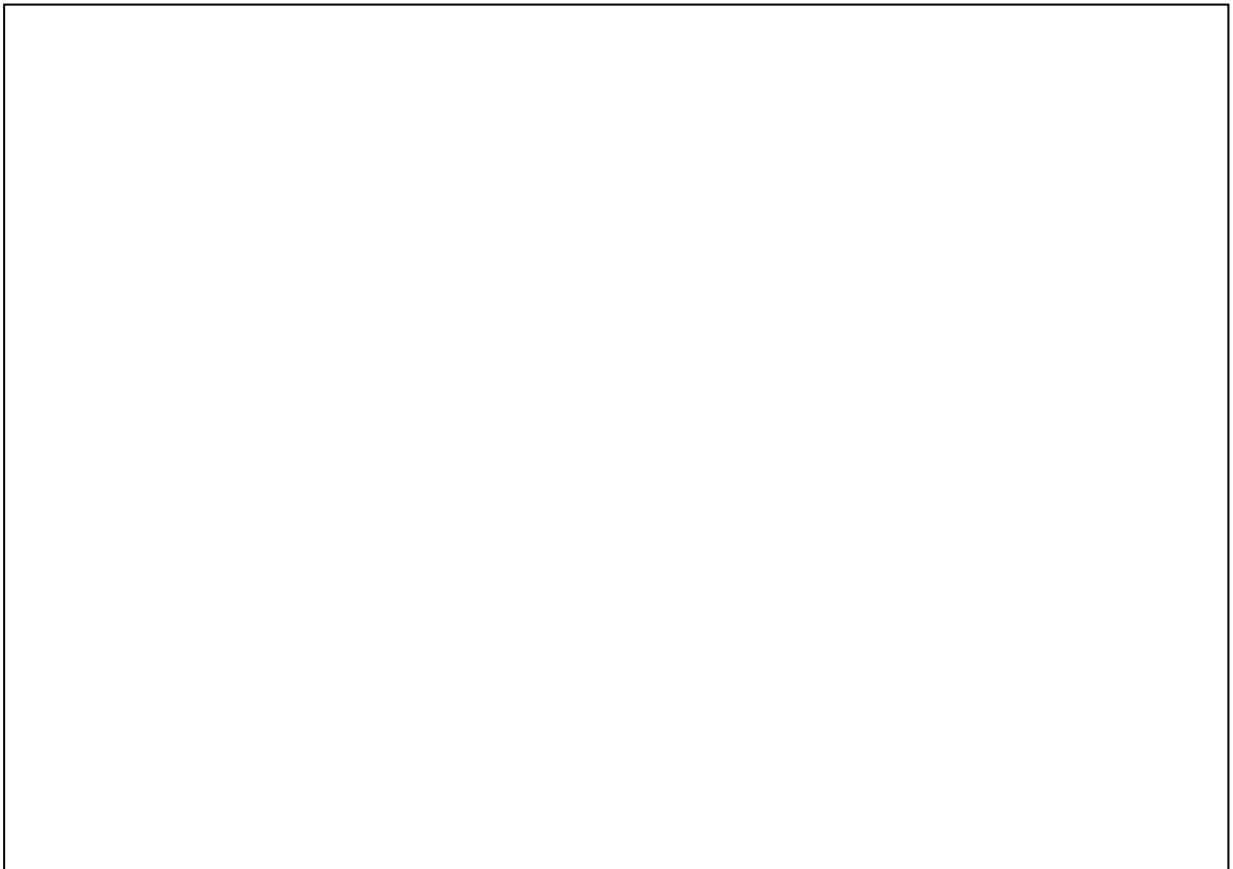
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Tengo sentimientos de inferioridad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Valoro mi independencia por encima de todo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Soy muy sensible a las críticas de los demás | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Tengo confianza en mí mismo/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| No mantendría relaciones de pareja para no perder mi autonomía | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Soy rencoroso/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989 (adaptación de Cano, Rodríguez & García, 2006).

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda

0. Nada; 1. Un poco; 2. Bastante; 3. Mucho; 4. Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.


| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Luché para resolver el problema. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me culpé a mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Deseé que la situación nunca hubiera empezado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Encontré a alguien que escuchó mi problema. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pasé algún tiempo solo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me esforcé para resolver los problemas de la situación. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Expresé mis emociones, lo que sentía. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Hablé con una persona de confianza. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Traté de olvidar por completo el asunto. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Evité estar con gente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Hice frente al problema. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me critiqué por lo ocurrido. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Deseé no encontrarme nunca más en esa situación. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Dejé que mis amigos me echaran una mano. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Oculté lo que pensaba y sentía. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me recriminé por permitir que esto ocurriera. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Dejé desahogar mis emociones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Deseé poder cambiar lo que había sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pasé algún tiempo con mis amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me comporté como si nada hubiera pasado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| No dejé que nadie supiera cómo me sentía. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mantuve mi postura y luché por lo que quería. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me fijé en el lado bueno de las cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Evité pensar o hacer nada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Traté de ocultar mis sentimientos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me consideré capaz de afrontar la situación. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo 4.

Oficios de aprobación por parte de los Comités del CIDICS UANL


UANL

CENTRO DE INVESTIGACIÓN
Y DESARROLLO EN CIENCIAS
DE LA SALUD

D-CIDICS-060/23

LIC. WALTER DANIEL GARCÍA CANTÚ
Investigador Principal
Presente.-

Por este conducto me permito informar a usted que en cumplimiento a la Normatividad Vigente y al Reglamento del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y Comité de Bioseguridad de este Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS) de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ha presentado la resolución al Proyecto titulado:

"Factores Psicológicos en relación con duelo complicado tras la pandemia de COVID-19."

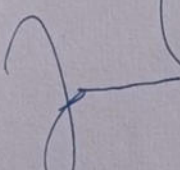

No. Folio CIDICS/I-0132/22

Le reitero la seguridad de nuestro interés por el buen desarrollo de su proyecto y de la disposición para seguir dando cumplimiento a la normatividad vigente.

Adjunto a este oficio se entregan los Dictámenes de Aprobación firmados por cada uno de los presidentes de los Comités antes mencionados.


Agradeciendo su atención y confianza, no me resta más que expresarle mi más alta consideración y respeto.

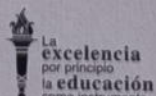
Atentamente,
"Aere Flammam Veritatis"
Monterrey, N.L., 14 de febrero de 2023
EL DIRECTOR



DIRECCION
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
EN CIENCIAS DE LA SALUD

DR. JESÚS ANCER RODRÍGUEZ

c. c. p. Archivo.


VISION
UANL
2030
Institución de vanguardia en la educación


La
excelencia
por principio
la educación
como instrumento

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
Campus de Ciencias de la Salud
Dr. Carlos Canseco s/n esquina con Dr. J. E. González, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México. C.P. 64460
81 1340 4370 y 81 8329 4000, ext. 1700



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN CIENCIAS DE LA SALUD COMITÉ DE BIOSEGURIDAD

Lic. Walter Daniel García Cantú
Investigador Principal
Presente.-

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE BIOSEGURIDAD APROBADO

Título del Protocolo: "Factores Psicológicos en relación con duelo complicado tras la pandemia de COVID-19."

Número de Registro interno CIDICS/I-0132/22

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Bioseguridad y el dictamen acerca de los documentos presentados se encuentra a continuación:

| DOCUMENTOS | Nº y/o Fecha Versión | Decisión |
|------------|-------------------------------|----------|
| PROTOCOLO | Versión 1.1 agosto de 2022 | APROBADO |

Atentamente,
Alere Flammar Veritatis
Monterrey N.L. 22 de septiembre de 2022



Dra. María de los Angeles Castro Corona
Presidente del Comité de Bioseguridad CIDICS



Campus de Ciencias de la Salud
Dr. Carlos Canseco s/n esquina Dr. J. E. González, Col. Mitras Centro, C. P. 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tels.: (81) 1340 4370 • 8329 4000, Ext. 1700



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN CIENCIAS DE LA SALUD

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Lic. Walter Daniel García Cantú
Investigador Principal
Presente.-

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN APROBADO

Título del Protocolo: "Factores Psicológicos en relación con duelo complicado tras la pandemia de COVID-19."

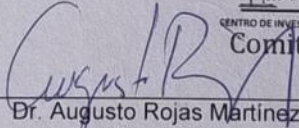
Número de Registro interno CIDICS/I-0132/22

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Investigación y el dictamen acerca de los documentos presentados se encuentra a continuación:

| DOCUMENTOS | Nº y/o Fecha Versión | Decisión |
|------------|----------------------------------|----------|
| PROTOCOLO | Versión 1.2 diciembre de 2022 | APROBADO |

Atentamente,
Alere Flamman Veritatis
Monterrey N.L. 16 de Enero de 2023





Dr. Augusto Rojas Martínez
Presidente del Comité de Investigación CIDICS



Campus de Ciencias de la Salud
Dr. Carlos Canseco s/n esquina Dr. J. E. González, Col. Mitras Centro, C. P. 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tels.: (81) 1340 4370 • 8329 4000. Ext. 1700



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN CIENCIAS DE LA SALUD

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Lic. Walter Daniel García Cantú
Investigador Principal
Presente.-

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN APROBADO

Título del Protocolo: "Factores Psicológicos en relación con duelo complicado tras la pandemia de COVID-19."

Número de Registro interno CIDICS/I-0132/22

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación y el dictamen acerca de los documentos presentados se encuentra a continuación:

| DOCUMENTOS | Nº y/o Fecha Versión | Decisión |
|--------------------------|--------------------------------|----------|
| PROTOCOLO | Versión 1.2 febrero de 2022 | APROBADO |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO | Versión 1.2 | APROBADO |

Atentamente,
Alere Flammam Veritatis
Monterrey N.L. 09 de Febrero de 2023



Dra. Norma Guadalupe López Cabrera
Presidente del Comité de Ética en Investigación CIDICS



Campus de Ciencias de la Salud
Dr. Carlos Canseco s/n esquina Dr. J. E. González, Col. Mitras Centro, C. P. 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tels.: (81) 1340 4370 • 8329 4000, Ext. 1700