



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académica Profesional de Enfermería

**“DUELO Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN FAMILIARES
DE PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO EN LICENCIADA DE ENFERMERÍA

Presentado por:

Bachiller: Elizabeth Soto Aragonéz

Código ORCID: 0000-0003-3764-6844

Asesora

DRA. Susan Haydee Gonzales Saldaña

Código ORCID: 0000-0001-5001-4388

LIMA - PERÚ

2022

Dedicatoria:

Dedico este trabajo de investigación principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres Isidora y Mario, quienes con su amor, paciencia y consejos me han permitido lograr un objetivo más en mi vida, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades porque Dios está siempre conmigo guiándome.

Finalmente, a mi hermano Omar por estar siempre presente, acompañándome y por el apoyo incondicional que me brinda a lo largo de toda mi carrera universitaria.

Agradecimiento:

En el presente trabajo de investigación agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia, sabiduría para culminar con éxito mi meta propuesta.

A mi familia, por ser mi pilar fundamental ya que siempre estuvieron conmigo, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Al Mg. Jeel Moya Salazar, por su aporte a la realización de esta tesis y a todo su equipo por las facilidades brindadas.

A mi asesora de tesis Dra. Susan Gonzales Saldaña, quien con su experiencia, conocimiento, motivación, consejos y correcciones hoy pude culminar con éxito este trabajo de investigación.

Agradezco a la Universidad Privada Norbert Wiener y a todos los docentes, por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecerme en conocimiento.

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I:	¡Error! Marcador no definido.12
1.1. Planteamiento del Problema	¡Error! Marcador no definido.12
1.2. Formulación del Problema	¡Error! Marcador no definido.4
1.3. Justificación	¡Error! Marcador no definido.5
1.4. Objetivo	¡Error! Marcador no definido.6
1.4.1. General.....	¡Error! Marcador no definido.7
1.4.2. Específico	¡Error! Marcador no definido.7
CAPÍTULO II.....	¡Error! Marcador no definido.19
2.1. Antecedentes	¡Error! Marcador no definido.19
2.2. Base Teórica	¡Error! Marcador no definido.22
2.11. Hipótesis	¡Error! Marcador no definido.35
2.12. Variables e indicadores	¡Error! Marcador no definido.35
2.13. Definición operacional de términos	¡Error! Marcador no definido.36
CAPÍTULO III:	¡Error! Marcador no definido.39
3.1. Tipo de investigación	¡Error! Marcador no definido.39
3.2. Ámbito de Investigación	39
3.3. Población y muestra	¡Error! Marcador no definido.39
3.3.1. Población	¡Error! Marcador no definido.40
3.3.2. Muestra	¡Error! Marcador no definido.40
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	¡Error! Marcador no definido.41
3.5. Plan de procesamiento y análisis de datos	¡Error! Marcador no definido.42
3.6. Aspectos éticos	¡Error! Marcador no definido.43
CAPÍTULO IV:	¡Error! Marcador no definido.44
4.1 Resultados	¡Error! Marcador no definido.44
4.2 Discusión	¡Error! Marcador no definido.60
CAPÍTULO V:	4363
5.1. Conclusión.....	4363
5.2. Recomendaciones	4465
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	¡Error! Marcador no definido.66
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.70

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS	Pág.
Tabla 1 Distribución de los pacientes del estudio según grupo etario y sexo.	38
Tabla 2 Distribución de los niveles de ansiedad según sexo y grupo etario.	39
Tabla 3 Distribución del duelo en los pacientes adulto mayores incluidos en el estudio según sexo y rango etario.	40
Tabla 4 Distribución de los pacientes adulto mayores incluidos en el estudio según sexo	42

INDICE DE GRÁFICOS

FIGURA	Pág.
Figura 1 Distribución porcentual de las edades de los pacientes incluidos en el estudio. N= 115	37
Figura 2 Distribución porcentual de los niveles de ansiedad en los pacientes incluidos en el estudio. N= 115	38
Figura 3 Distribución porcentual del síndrome duelos prolongados en los pacientes incluidos en el estudio. N= 115	40
Figura 4 Distribución de los síntomas vinculados al duelo. N= 115	41
Figura 5 Distribución de los cambios de la vida social o laboral luego de la pérdida. N= 115	41

Resumen

Introducción: Los procesos de duelo se han visto alterados durante la pandemia COVID-19 pudiendo incrementar los niveles de estrés, ansiedad y depresión. Las actividades de prevención de contagio han conducido a un bloqueo en las actividades fúnebres, impactando también sobre la duración del duelo en los familiares de los fallecidos por COVID-19. El objetivo de este estudio fue determinar la relación que existe entre el duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo de corte trasversal en 115 familiares de pacientes fallecidos por COVID-19. Se incluyeron Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con nacionalidad peruana, y con al menos un familiar fallecido por COVID-19. Se usó el cuestionario de Duelo Prolongado (PG-13) y la Escala de Ansiedad de Zung para evaluar el duelo y la ansiedad, respectivamente. El análisis de relación se desarrolló con la prueba de correlación de Pearson

Resultados: El promedio de edad de los participantes fue de 37.8 ± 10.1 años (rango 18 a 63 años), el grupo de 31 a 40 años fue el más frecuente con 32.2% y 67 (58.3%) fueron mujeres. Determinamos ansiedad leve y duelos prolongado en 21 (18.3%) y 88(76.5%) pacientes que afecto más a mujeres (16(13.9%) y 57 (49.6%) pacientes) y al grupo etario de 41 a 50 años con 7% y 27%, respectivamente. Sin embargo, solo se halló relación entre ansiedad y duelos en la dimensión síndrome de duelo ($p=0.001$). **Conclusión:** No existe una relación total entre el duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

Palabras claves: Ansiedad, duelo, COVID-19, muerte, Perú.

Abstract

Introduction: Grief processes have been altered during the COVID-19 pandemic, which can increase levels of stress, anxiety and depression. The contagion prevention activities have led to a blockade in funeral activities, also impacting the duration of mourning in the relatives of those deceased by COVID-19. The objective of this study was to determine the relationship between grief and anxiety levels in relatives of patients who died of COVID-19. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was designed in 115 relatives of patients who died of COVID-19. Patients of both sexes, over 18 years of age, with Peruvian nationality, and with at least one relative deceased by COVID-19 were included. The Prolonged Grief Questionnaire (PG-13) and the Zung Anxiety Scale were used to assess grief and anxiety, respectively. The relationship analysis was developed with the Pearson correlation test. **Results:** The average age of the participants was 37.8 ± 10.1 years (range 18 to 63 years), the group of 31 to 40 years was the most frequent with 32.2% and 67 (58.3%) were women. We determined mild anxiety and prolonged grief in 21 (18.3%) and 88 (76.5%) patients that affected more women (16 (13.9%) and 57 (49.6%) patients) and the age group from 41 to 50 years with 7%. and 27%, respectively. However, a relationship between anxiety and grief was only found in the grief syndrome dimension ($p=0.001$). **Conclusion:** There is no total relationship between grief and anxiety levels in relatives of patients who died of COVID-19.

Keywords: Anxiety, grief, COVID-19, death, Peru.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En un hecho sin precedentes el *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) está ocasionando alteraciones en los sistemas de salud de todo el mundo, debido a que al causar la pandemia por la enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) se ha convertido en la principal causa de contagio y de mortalidad (1). Se ha estimado que, para fines del 2020, más de 50 mil personas se han infectado con este virus en más de 206 países, ocasionando más de 1.2 millones de muertes (2,3).

Este retrovirus es el causante de una enfermedad respiratoria altamente contagiosa que provoca un cuadro de diestres respiratorio, problemas coagulatorios y alteraciones multiorgánicas saturando los centros de atención médica en todo el mundo, el COVID-19 puede cursar con estadios leve, moderado, severo, y en defecto tener un estadio asintomático con un alto riesgo de contagio entre la población a expensas de las medidas preventivas que los gobiernos están planteando para contener la pandemia (4).

Estas medidas están trayendo consecuencias muy grandes para la salud mental comunitaria y personal, ya sea por las restricciones sociales (3-5), el temor de contagio, la ansiedad y depresión que esto pueda generar, como por el afrontamiento de la enfermedad propia o de un familiar cercano, así como la muerte de un familiar que traen consigo consecuencias irreparables para la salud mental en un contexto de carencias de los principales insumos de salud y la limitación de las prácticas fúnebres durante el duelo de los familiares (6,7).

Estas alteraciones afectan el bienestar de las personas y las familias, y ponen en manifiesto la necesidad posterior de atención en salud mental por parte de los profesionales de la salud. Los procesos que generan estos desórdenes mentales incluyen el miedo al contagio, limitaciones laborales, estrés, etc., sin embargo, estos podrían agudizarse con la presencia de un familiar contagiado o con su fallecimiento, que incluso puede conllevar a cuadro crónicos de depresión, sentimientos de impotencia, tristeza y culpa (8-10). El síndrome de duelo prolongado ocasionado por el fallecimiento de un familiar por COVID-19 puede impactar sobre la calidad de vida de los familiares provocando depresión, ansiedad, estrés y miedo (11). El duelo puede cursar como un trastorno que puede impactar en el bienestar y en la calidad de vida de los familiares que han tenido una pérdida relacionada a COVID-19, pudiendo generar cuadros de ansiedad, culpa, depresión y miedo. En este contexto, este duelo no se está desarrollando de manera normal ya que las prácticas y los rituales fúnebres están siendo alterados en concordancia con las estrictas medidas de prevención y control de COVID-19. Este cambio en los duelos puede estar conduciendo al desarrollo de los trastornos neuropsicológicos en los familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

Durante la pandemia se ha estimado la prevalencia de ansiedad en más de 260 mil personas según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha estimado que más de 140 mil personas han sufrido de ansiedad durante la pandemia COVID-19. En el Perú se ha reportado un nivel de ansiedad en alrededor de 45% de población en general incrementándose en los profesionales de la salud (10). Estos desordenes aún no han sido cuantificados en la población peruana y por tanto constituyen una importante necesidad ya que los problemas de la salud mental pueden acentuarse progresivamente durante la pandemia COVID-19 siendo una prioridad de atención del personal de salud.

Ante esta problemática, nos planteamos el siguiente problema de investigación:

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre el duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cómo se relaciona el duelo en su dimensión prácticas de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19?
2. ¿Cómo se relaciona el duelo en su dimensión síndrome de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19?
3. ¿Cómo se relaciona el duelo en su dimensión relaciones interpersonales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19?
4. ¿Cómo se relaciona el duelo en su dimensión relaciones sociales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar la relación entre el duelo en su dimensión prácticas de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

2. Identificar la relación entre el duelo en su dimensión síndrome de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.
3. Identificar la relación entre el duelo en su dimensión relaciones interpersonales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.
4. Identificar la relación entre el duelo en su dimensión relaciones sociales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El valor teórico de este estudio se justifica en el avance del conocimiento de la salud mental en familiares de duelo y ansiedad a causa del fallecimiento de pacientes con COVID-19, que permitirá entender que alteraciones mentales afectan a esta población, en cuanta cantidad se manifiestan y que medidas de prevención deben de ser aplicadas para reducir su impacto durante los periodos de aislamiento.

1.4.2. Metodológica

En cuanto el valor metodológico, del presente proyecto radica en el abordaje estadístico del duelo y los niveles de ansiedad fundamentada en el análisis cuantitativo de los datos de los familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

1.4.3. Práctica

En cuanto el aporte práctico, el estudio buscará obtener resultados que sean de evidencia, y se justificará en la ejecución de las encuestas sobre el duelo y los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19, que servirá de utilidad para que los profesionales responsables de brindar atención sanitaria puedan conocer la magnitud de las alteraciones mentales a fin de desarrollar el monitoreo y medidas de prevención.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

El desarrollo de este proyecto se llevará de manera prospectiva en el 2021.

1.5.2. Espacial

El presente estudio se desarrollará en Lima, Perú.

1.5.3. Recursos

El presente estudio se desarrollará con recursos económicos viables íntegramente cubiertos por el autor del presente proyecto. Este estudio también cuenta con la viabilidad de acceso a los familiares de pacientes fallecidos por COVID-19, a fin de encuestarlos sobre el duelo y los niveles de ansiedad. Finalmente, este estudio tendrá la asesoría y la colaboración de los profesionales de enfermería de los centros de atención.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

2.1. 1 Antecedentes internacionales

Hamid y Jahangir. (2020), India en su estudio titulado “Morir, y llorar en medio de la pandemia de COVID-19 en Cachemira” desarrollaron un estudio cuantitativo con el fin de examinar la naturaleza cambiante de la muerte, el morir y el duelo entre los familiares musulmanes de Cachemira debido a la pandemia de COVID-19. Desarrollaron entrevistas telefónicas con 17 participantes, cuyos seres queridos fallecieron tras el brote del COVID-19 en Cachemira. Sus resultados revelaron que la mayoría de los fallecidos murieron aislados sin nadie alrededor. El duelo por la pérdida también fue un gran desafío, ya que los participantes recibieron menos apoyo en persona, lo que llevó al duelo en forma aislada y a cuadros de ansiedad y depresión. La incapacidad para realizar los últimos ritos agregó otra capa de dolor que resultó en un dolor prolongado entre los afligidos y afectó su bienestar general. Concluyen que el fallecimiento de un familiar puede promover el duelo y generar alteraciones mentales como depresión, ansiedad en los familiares durante la pandemia COVID-19 (11).

Feder, et al., (2020), Estados Unidos en su estudio titulado “¿Por qué no pude ir a verlo? " Percepciones de las familias en duelo sobre la comunicación al final de la vida durante el COVID-19” examinaron las percepciones de las familias en duelo sobre la calidad de la comunicación al final de la vida entre los Veteranos, las familias y el personal en los centros médicos de Asuntos de Veteranos durante la pandemia de COVID-19 entre marzo a junio de 2020. Evaluaron las percepciones de los miembros

de la familia sobre: (1) comunicación con el equipo de atención médica sobre el paciente, (2) comunicación con el paciente y desarrollo de desórdenes mentales, y (3) uso de tecnologías de comunicación remota. Sus resultados demostraron que los familiares en duelo identificaron los factores contextuales que se percibieron como que impactan la calidad de la comunicación, incluyendo: permitir que la familia esté en la cama lado cuando la muerte es inminente, temores de que el paciente muriera solo y percepciones generales de la atención de AV. Las características de la comunicación percibida de alta calidad incluyen la disponibilidad del personal para la comunicación remota y mantenerse informado del estado del paciente y del plan de atención, esto podría tener una repercusión en la ansiedad y depresión de los familiares. Se percibió que la comunicación de baja calidad con el personal era el resultado de un acceso limitado al personal, actualizaciones insuficientes sobre la condición del paciente y cuando el miembro de la familia no fue consultado sobre la toma de decisiones de atención. La calidad de la comunicación con el paciente se vio facilitada o impedida por la disponibilidad y el uso de tecnologías remotas habilitadas por video. Concluyen que la comunicación entre pacientes, familias y equipos de atención médica al final de la vida sigue siendo de importancia crítica durante los períodos de visitas limitadas en persona. Los familiares informan que la comunicación de baja calidad causa una gran angustia, ansiedad y depresión, que puede afectar la calidad de la muerte y el duelo (12).

Oliveira-Cardoso, et al., (2020), Brasil en su investigación que tuvo el objetivo de “Estimar la supresión de rituales fúnebres durante la pandemia de COVID-19 en familiares enlutados” mediante un estudio documental basada en informes de medios de comunicación digital, relatos de experiencias abiertas al público y conteniendo escritos personales. En su estudio sus resultados demostraron que la evidencia descrita durante

el tiempo de pandemia exhibe padecimiento de los familiares por la pérdida del familiar, siendo esta partida significativa y generando problemas familiares al no desarrollar o verse truncado los rituales de despedida. El impedir estos rituales es considerado como una experiencia traumática ya que no se les brinda un último homenaje pudiendo desarrollarse súbitamente sentimientos de incredulidad, indignación, y posibles alteraciones mentales como depresión, ansiedad, incertidumbre y estrés. Concluyeron que en vista del impacto de las prácticas de fallecimiento durante el COVID-19 sobre las emociones y sentimientos de los familiares deben de realizarse alternativas para completar estos rituales fúnebres (13).

Soto, et al., (2017), Inglaterra su estudio tuvo por objetivo “relacionar los estilos de apego, el desarrollo de psicopatología y la acumulación de acontecimientos vitales estresantes del duelo complicado, en familiares de pacientes fallecidos por muerte súbita cardíaca”. Incluyeron 16 familiares en duelo, donde el 62% fueron mujeres. El 60% de participantes estuvieron casadas o en pareja y 31% fueron viudas. EL 81% de familiares en duelo no tenían antecedentes de trastornos ansiosos o depresivos previo al fallecimiento. Los pacientes que acudieron a psicoterapia representan el 50%, estos tuvieron sintomatología vinculada a cuadros de ansiedad, insomnio, depresión, y agotamiento general. Los autores concluyen que el apego inseguro es posiblemente un factor de riesgo para el desarrollo del duelo prolongado, en este estudio más del 50% estuvo en riesgo de padecerlo (14).

Romero y Cruzado, (2017), España, en su investigación tuvieron por objetivo “valorar la prevalencia del diagnóstico de duelo prolongado y evaluar la gravedad de síntomas depresivos, ansiosos y la sintomatología de duelo complicado a los dos meses de darse

la pérdida”. Incluyeron 66 familias del Hospital San Cecilio de Granada. Sus resultados demostraron que el 21.2% y 30.3% de los dolientes presentaban puntuaciones de depresión y ansiedad clínica a los dos meses del fallecimiento. La prevalencia de duelo prolongado representa el 10% de duelo prolongado y 53% tuvieron síntomas de duelo prolongado. La sintomatología estuvo asociada determinantemente con el estatus económico familiar, mientras que una mayor edad de fallecimiento y un mayor tiempo de atención hospitalaria se asocian con menores síntomas de duelo. Los autores concluyen que es frecuente la sintomatología asociada a duelo prolongado, este se vincula con problemas neuropsicológicos luego de dos meses de la pérdida del familiar (15).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Moya Salazar, et al., (2021), Perú en su estudio titulado “Duelo, muerte y practicas fúnebres durante la primera ola de la pandemia COVID-19 en Perú: un estudio cuantitativo” con el objetivo de entender el comportamiento de los familiares frente al duelo durante la primera ola de la pandemia COVID-19 en Perú. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, telefónicas a 16 participantes con al menos un familiar fallecido por COVID-19. Sus resultados mostraron que los pacientes presentaron síndrome de duelo prolongado, síntomas de ansiedad y depresión, así como miedo al contagio posterior e impotencia por el proceso fúnebre. La totalidad de pacientes no pueden completar las prácticas fúnebres habituales ocasionando un gran impacto sobre su salud. La mitad de los participantes tienen culpa y el total considera un error haberlos internado en un centro de salud. Concluyen que los pacientes mostraron un cuadro de duelos sintomáticos asociados a diferentes emociones y procesos neuropatológicos (16).

Luego de estos antecedentes, no se evidenciaron estudios nacionales sobre el duelo y los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 en Lima, Perú, por tanto, este estudio representa uno del primer estudio en esta temática.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Generalidades sobre SARS-CoV-2

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el SARS-CoV-2. Este virus es un retrovirus de sentido positivo, perteneciente a la familia de los coronavirus, que principalmente tiene un nicho en animales como murciélagos. Dentro de esta extensa familia el SARS-CoV-2 pertenece a la división de los betacoronavirus, que también incluye al SARS-CoV (que fue el causante de la pandemia de 2003) y el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) responsable de la epidemia de medio oriente de 2010 (17).

El SARS-CoV-2 está relacionado genéticamente con estos dos virus con los que comparte muchas características como la transmisibilidad, las especies primarias de murciélagos donde se generan, y los sistemas humanos a los que afectan a los humanos (18). Estos virus tienen un reservorio animal, aunque para el SARS-CoV-2 aún no se ha detallado el hospedero intermediario, como ocurre con el SARS-CoV y el MERS-CoV. Sin embargo, aún se plantea el salto inter especie que ha provocado la emergencia de este virus afectando al ser humano; se ha fundamentado a favor de este planteamiento ya que se ha evidenciado el virus en gatos, civetas y serpientes como reservorios (19).

2.2.2. Vías de transmisión de COVID-19

La COVID-19 es una enfermedad que afecta a los pulmones causando problemas de coagulación y alteraciones multisistémica manifestándose con fiebre, tos, fatiga, disnea,

hipoxia, anosmia y agenesia (20). Sin duda este cuadro clínico tiene diferentes presentaciones con una evaluación promedio de 14 días donde puede cursar con la presencia de síntomas de leves a severo donde un porcentaje puede desarrollar el síndrome de dificultad respiratoria aguda posiblemente precipitado por una tormenta de citosinas (21,22), luego choque séptico, y falla orgánica multisistémica. Por otro lado, los pacientes pueden cursar sin síntomas, pero en ambos grupos se están evidenciadas secuelas post-infección como fatiga, amnesia, disnea, problemas cognitivos (23). Esta enfermedad se propaga vía aerosoles, por macrogotas de persona a persona después de que una persona infectada con SARS-CoV-2, habla, tose, estornuda, canta, o respira. Si esta transmisión se realiza a corta distancia (menos de 1 metro de distancia) puede proceder la infección (24). Estas gotitas de plügggen se evaporan en aerosoles, que pueden permanecer suspendidos en el aire por períodos de tiempo más largos, causando transmisión aérea, particularmente en espacios interiores abarrotados y con ventilación inadecuada, como entornos sociales y hasta en el ámbito de la atención médica (25). Sin embargo, también existe la posibilidad de transmisión fecal oral, y está siendo discutida la posibilidad de transmisión vertical (19,26). Al permanecer en forma de aerosoles el SARS-CoV-2 puede permanecer en superficies que cumplen un papel de fómites, representando importantes medios de transmisión de COVID-19, pudiendo mantenerse durante minutos, horas, y hasta días enteros con posibilidad de movilidad y contagio (27).

2.2.3. Factores de riesgo

La COVID-19 tiene un conjunto de factores de riesgo identificados hasta ahora (28). Estos factores de riesgo incluyen enfermedades crónicas no transmisibles que predisponen a altas tasas de mortalidad (3,5,21), justamente estas enfermedades crónicas están representadas por las más prevalentes en todo el mundo, que incluyen diabetes

mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, asma, etc. (3,27-29). Asimismo, otro factor presente en todas las poblaciones afectadas incluye la edad de los pacientes, donde los adultos mayores (34-60 años) son el grupo más predispuesto y afectado por COVID-19 generando la mayoría de casos de morbimortalidad (27,28). Así como el género, donde los varones son más afectados por el SARS-CoV-2, ciertas enfermedades debilitantes también juegan un rol importante en el desarrollo de la enfermedad, estos incluyen principalmente enfermedades que propician la inmunosupresión (30).

2.2.4. Consecuencias de la COVID-19 sobre la salud mental

La depresión y la ansiedad son las principales patologías que se han incrementado desde el inicio de la pandemia, dejando a muchos afligidos por la repentina pérdida de miembros de su familia. Es que esta enfermedad promueve estrategias de aislamiento, distanciamiento social, incertidumbre y miedo que pueden conducir a serias alteraciones mentales posteriores y durante la pandemia (31,32).

Uno de los efectos más poderosos de la pandemia de COVID-19 corre justo debajo de nuestra conciencia colectiva. Detrás de las noticias sobre los síntomas, el número de casos y las posibles curas, se encuentra la presencia constante del dolor y la pérdida. Los millones de muertes crean un círculo de duelo cada vez más amplio, ya que el fallecimiento de cada persona afecta a varios de sus seres queridos (33).

Sumado a esa vulnerabilidad se encuentra la situación actual que es casi una tormenta perfecta de factores estresantes en torno a la pérdida, ya que en ciertas circunstancias hacen que el duelo sea más complicado, y la pandemia combina muchas de esas circunstancias simultáneamente. En ese sentido la pandemia está afectando el duelo al hacerla repentina, sin rituales, en un entorno de aislamiento social, sin procesos

estructurados de duelos, y promoviendo la culpabilidad de los familiares frente al deceso (34).

La enfermedad mental agrava aún más el dolor por la COVID-19, y por tanto puede conducir al desarrollo de depresión y ansiedad, que puede repercutir profundamente sobre el bienestar y la calidad de vida de los familiares al continuar enfrentando la pandemia sin la compañía de sus familiares. Esto podría explicar las altas tasas de ansiedad reportadas durante la pandemia (35). El duelo siempre conlleva cierta cantidad de ansiedad y está sujeto a otros condicionantes, que van a requerir atención médica, como el trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias, la depresión, estrés y profundizar el miedo.

2.2.5. Generalidades sobre el duelo

El duelo es el proceso psicológico que se produce tras una pérdida, una ausencia, una muerte reciente de alguien cercano, siendo diferente para cada persona ya que se pueden sufrir diferentes síntomas emocionales y físicos como: ansiedad, miedo, culpa, confusión, tristeza, depresión y shock emocional.

El duelo por la muerte puede interpretarse de diferente manera entre las poblaciones de todo el mundo, que involucra un proceso cultural y una práctica diferente por los participantes con duelo. Por ejemplo, la ropa negra, los velorios, las prácticas festivas en los entierros y los eventos posteriores son parte de los rituales de duelo en los afectados. Estas prácticas han evolucionado a lo largo del tiempo, pero todas implican un ritual básico religioso con comportamientos constantes de despedida del difunto hasta la aceptación de la pérdida, o la conmemoración del aniversario de una persona fallecida (36).

2.2.6. Etapas del duelo

Bajo el concepto de la Psiquiatra Elizabeth Kübler - Ross (37) el duelo reconocido puede contener una serie de etapas experimentales que permiten su entendimiento, adaptación y transposición. Estas son las siguientes:

1. **Negación:** esta etapa breve está relacionada con el descubrimiento de la pérdida y la negación de su suceso. Involucra no involucra emociones que puede conducir a síntomas neurológicos y somáticos (16).
2. **Ira:** esta etapa puede durar días, semanas o meses, involucra la indignación por la pérdida, también es cuando los primeros sentimientos son reemplazados por frustración, ansiedad y puede estar acompañada de culpa en algunos casos.
3. **Negociación:** esta etapa comienza a contactar con la realidad de la pérdida al tiempo que se empiezan a explorar que cosas hacer para revertir la situación.
4. **Depresión:** esta etapa puede prolongarse en el proceso del duelo, lo que se manifiesta de diversos modos como: una profunda tristeza, angustia, cuestionamiento, nostalgia, tendencia al aislamiento social y pérdida de interés por lo cotidiano.
5. **Aceptación:** esta es la última etapa del duelo, la persona acepta lentamente la pérdida de su ser querido en el transcurso de unos meses a un año, recuperando el pleno funcionamiento y reorganización de la vida (16).

2.3. Hipótesis

2.3.1 Hipótesis General

2.3.1.1 H. A: Existe relación significativa entre el duelo y los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por covid-19.

2.3.1.2 H. N: No existe relación significativa entre el duelo y los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por covid-19.

2.3.2. Hipótesis Específicos

2.3.2.1 H. A: Existe relación significativa entre el duelo según su dimensión prácticas de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

2.3.2.2 H. N: No existe relación significativa entre el duelo según su dimensión prácticas de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

2.3.2.3 H. A: Existe relación significativa entre el duelo según su dimensión síndrome de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

2.3.2.4 H. N: No existe relación significativa entre el duelo según su dimensión síndrome de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

2.3.2.5 H. A: Existe relación significativa entre el duelo según su dimensión relaciones interpersonales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

2.3.2.6 H. N: No existe relación significativa entre el duelo según su dimensión relaciones interpersonales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

2.3.2.7 H. A: Existe relación significativa entre el duelo según su dimensión relaciones sociales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

2.3.2.8 H. N: No existe relación significativa entre el duelo según su dimensión relaciones sociales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Método de la investigación

La investigación que se está utilizando es de método hipotético deductivo, ya que se cumplirán todos los pasos del método científico, también es un procedimiento metodológico que se encarga de establecer hipótesis, comprobarlo, con el fin de obtener las conclusiones. (38).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque del estudio es cuantitativo, ya que el manejo de datos se realizará con un abordaje estadístico numérico según los objetivos del estudio (38).

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación es aplicada, ya que se utilizarán información y métodos ya descritos y existentes para obtener los resultados planteados en el estudio (38).

3.4. Diseño de la investigación

Según la manipulación de la variable

Estudio descriptivo: Este estudio es descriptivo ya que no se realizará una manipulación intencionada de las variables del estudio (38).

Según el número de mediciones

Transversal: Este estudio es de corte transversal ya que los datos serán obtenidos en un solo momento durante el periodo de tiempo (38).

Según la fuente de toma de datos

Prospectivo: Este estudio es prospectivo debido a que la recolección de datos se recolectara desde la ejecución del proyecto hacia adelante (38).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

En la investigación realizada la población que se tomó en cuenta fue de 115 familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

3.5.2. Muestra

La muestra del estudio lo conformaron 115 familiares de pacientes fallecidos por COVID-19. Esta se realizó siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente:

3.5.2.1. Criterios de inclusión

1. Pacientes de ambos sexos.
2. Pacientes mayores de 18 años.
3. Pacientes con nacionalidad peruana.
4. Pacientes con al menos un familiar fallecido por COVID-19.
5. Pacientes fallecidos por COVID-19 de la primera y segunda ola.
6. Pacientes con familiares fallecidos por COVID-19 en estadios leve, moderado, y severo.

3.5.2.2. Criterios de exclusión

1. Pacientes con familiares fallecidos por otras causas.
2. Pacientes con familiares fallecidos por COVID – 19 no cercanos (que no hayan vivido menos de 2 años en el mismo hogar)
3. Pacientes con otras enfermedades mentales (Esquizofrenia, autismo, etc.)

3.5.3. Muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia, censal (38)

3.6. Variables y operacionalización

3.6.1. Variables

Variable 1: Duelo.

Variable 2: Niveles de ansiedad.

3.6.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATORIA
DUELO	Proceso emocional, cognitivo y operativo que se manifiesta de la pérdida de un objeto vinculado emocionalmente.	Prácticas de duelo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deseo intenso de estar con el fallecido. ✓ Momentos de intenso sufrimiento emocional. 	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Cuantitativa de razón	Duelo prolongado 8 – 15 puntos Duelo no prolongado 1 – 7 puntos
		Síndrome de duelo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar recuerdos del fallecido. ✓ Sensación de confusión. ✓ Pesadumbre por la pérdida. ✓ Sensación de seguir adelante con su vida más difícil. ✓ Sensación de bloqueo por la pérdida. 		
		Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desconfianza con los demás. ✓ Sensación de amargura. 		
		Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de sentido de la vida. ✓ Privación de vida social o laboral. 		

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATORIA
NIVELES DE ANSIEDAD	Conjunto de procesos de un estado emocional acompañado de cambios orgánicos y funcionales como respuesta adaptativa a un evento.	Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Me siento abatido y melancólico. ✓ Por las mañanas es cuando me siento mejor. ✓ Tengo acceso de llanto o ganas de llorar. ✓ Duermo mal. ✓ Tengo tanto apetito como antes. ✓ Aun me atraen las personas de sexo opuesto. ✓ Noto que estoy perdiendo peso. ✓ Tengo trastornos intestinales y estreñimiento. ✓ Me late el corazón más a prisa que de costumbre. ✓ Me canso sin motivo. ✓ Tengo la mente tan clara como antes. ✓ Hago las cosas con la misma facilidad que antes. 	<p>Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa</p> <p>Escala de medición: Cuantitativa de razón</p>	<p>0 – 7 puntos</p> <p>8 – 12 puntos</p> <p>13 – 17 puntos</p> <p>18 – 29 puntos</p> <p>30 – 52 puntos</p>

			<ul style="list-style-type: none">✓ Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.✓ Tengo esperanza en el futuro.✓ Estoy más irritable que antes.✓ Me es fácil tomar decisiones.✓ Me siento útil y necesario.✓ Me satisface mi vida actual.✓ Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.✓ Disfruto de las mismas cosas que antes.		
--	--	--	---	--	--

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se utilizó en la actividad de recolección de datos es la encuesta directa a familiares de pacientes fallecidos por COVID-19, que es muy útil para la obtención rápida de una cantidad de datos amplia y variada sobre el tema de estudio (38).

3.7.2. Descripción de instrumentos

3.7.2.1. En cuanto al instrumento de medición de la primera variable, se usó el Cuestionario de Duelo Prolongado (PG-13) creado por Prigerson & Maciejewski (2008), creado para estimar el proceso de desarrollo de los criterios de diagnóstico de la enfermedad de duelo prolongado propuestos, esta escala contiene 13 ítems que se pueden utilizar con el doble propósito de evaluar la intensidad del duelo de forma continua en una escala dimensional y de diagnosticar el trastorno de duelo prolongado según los criterios propuestos (Anexo 4) (39).

3.7.2.2. En cuanto al instrumento de medición de la segunda variable, se usó la Escala de Ansiedad desarrollado por William W. K. Zung, un profesor de Psiquiatría de la Universidad de Duke, para cuantificar los niveles de ansiedad de los pacientes (Anexo 3). Este instrumento permite la autoevaluación de 20 ítems basado en la puntuación en 4 grupos de manifestaciones: síntomas cognitivos, autónomos, motores y del sistema nervioso central (40).

3.7.3. Validación

Las escalas de Ansiedad de Zung y el Cuestionario de Duelo Prolongado (PG-13) han sido validadas tanto en su contenido para su uso al momento de crearse, asimismo, estas han sido traducidas al español demostrando un alto rendimiento y validación (39,40).

3.7.4. Confiabilidad

Las escalas de Ansiedad de Zung y el Cuestionario de Duelo Prolongado (PG-13) presentan robustez (confiabilidad) para su uso al momento de crearse, asimismo, estas han sido traducidas al español demostrando un alto rendimiento y validación (39,40).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Las encuestas fueron realizadas compartiendo el link de acceso a la encuesta virtual. Los pacientes serán encuestados utilizando Google FormTM (Google, CA), a través de la encuesta directa. Se brindó un consentimiento informado virtual previamente a fin de que los participantes se informe de los objetivos del estudio y brinden su aprobación para participar en el estudio. Los datos se recolectaron directamente a la matriz de almacenamiento de datos en MS-Excel de Google desde donde se gestionarán los datos. Luego el análisis de datos se realizará en el analizador estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM, Armonk, EE.UU.) v21.0. Se utilizó estadística descriptiva para determinar las frecuencias absolutas y parciales, y las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) para cada escala que seguirá las indicaciones para su propia valoración (34,35).

3.9. Aspectos éticos

Este estudio ha usado el consentimiento informado (Anexo 5) para el desarrollo de la investigación. Este estudio tiene la aprobación por parte del Comité de Ética de la UPNW quienes evaluarán el proyecto. (Anexo 6) Este estudio fue enmarcado en el desarrollo de investigaciones en el campo de la salud, por ello se tuvieron presentes las pautas éticas que se tienen que aplicar cuando se realizan trabajos de investigación con seres humanos, para garantizar su protección. Los principios bioéticos fueron aplicados de la siguiente manera:

Principio de autonomía

A cada familiar, se le explicó los alcances de la investigación, ya que se respetará la decisión de los participantes para acceder a participar en el estudio voluntariamente.

Principio de beneficencia

A cada familiar, se les explicó que su participación es importante y se brindó la información completa sobre los objetivos de la investigación, a fin que los participantes entiendan la contribución que brindaran al estudio de duelos y la salud mental.

Principio de no maleficencia

A cada familiar, se le indicó y enfatizó que involucrarse en el estudio no implica ningún riesgo a la salud e integridad de todos los participantes, también se enfatizó en la confidencialidad de los datos que brindo en la entrevista y recolección de datos.

Principio de justicia

A cada familiar, se le abordó por igual, sin preferencia alguna o discriminación, todo acto con ellos estuvo marcado en el respeto, equidad y cordialidad.

Tabla 1. Distribución de los pacientes del estudio según grupo etario y sexo.

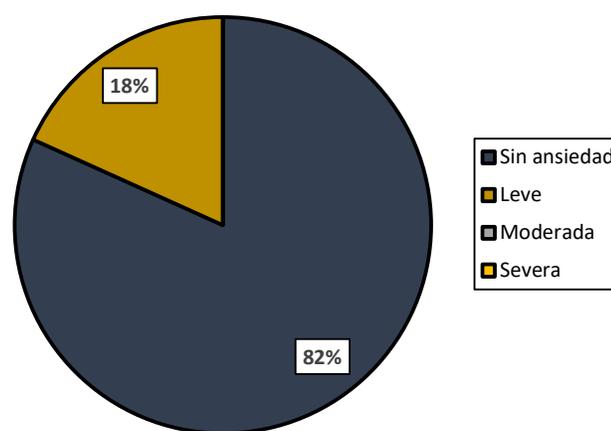
Características	N	%
Sexo		
Varón	48	41.7
Mujer	67	58.3
Rango etario		
18-20	3	2.6
21-30	32	27.8
31-40	37	32.2
41-50	31	27
>50	12	10.4

Fuente: Primaria

Creación propia

Cuando se ha determinado el nivel de ansiedad leve se ha hallado en 21 (18.3%) pacientes, mientras que la ansiedad moderada y severa no estuvo presente en ningún paciente.

(Figura 2).



Fuente: Primaria

Creación propia

Figura 2. Distribución porcentual de los niveles de ansiedad en los pacientes incluidos en el estudio. N= 115

La ansiedad leve afectó más mujeres que varones [16(13.9%) vs. 5 (4.3%) pacientes], mientras que el grupo etario más frecuente fue de 41 a 50 años con 8 (7%) pacientes,

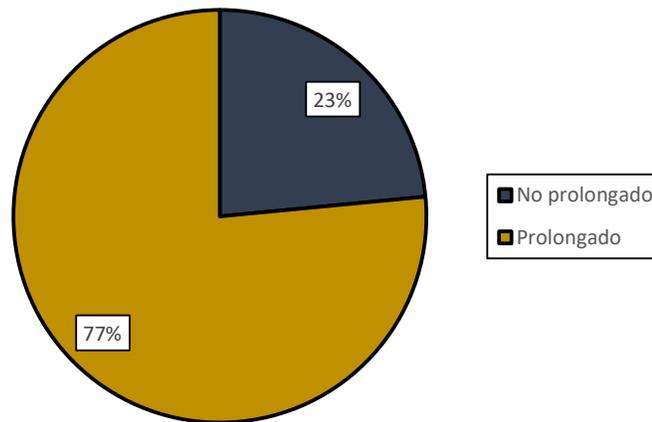
seguido de 31 a 40 años con 6 (5.2%) pacientes afectados seguido del grupo etario de 21-30 años en 6 (5.2%) pacientes. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los niveles de ansiedad según sexo y grupo etario.

Características	Ansiedad			
	Sin ansiedad	Leve	Moderada	Severa
TOTAL	94(81.7)	21(18.3)	0(0)	0(0)
Sexo				
Varón	43(37.4)	5(4.3)	0(0)	0(0)
Mujer	51(44.3)	16(13.9)	0(0)	0(0)
Rango etario				
18-20	3(2.6)	0(0)	0(0)	0(0)
21-30	26(22.6)	6(5.2)	0(0)	0(0)
31-40	31(27)	6(5.2)	0(0)	0(0)
41-50	23(20)	8(7)	0(0)	0(0)
>50	11(9.6)	1(0.9)	0(0)	0(0)

Fuente: Primaria

Creación propia



Fuente: Primaria

Creación propia

Figura 3. Distribución porcentual del síndrome duelo prolongados en los pacientes incluidos en el estudio. N= 115

En la evaluación del duelo, 27(23.5%) y 88(76.5%) presentaron duelo no prolongado y prolongado respectivamente. (Figura 3) El duelo prolongado afecto más a las mujeres en 57 (49.6%) pacientes frente a 31 (27%) de varones. El grupo etario más frecuentemente afectado por el duelo prolongado fue el de 31 a 40 años con 31(27%) pacientes, seguido de 41 a 50 años con 26 (22.6%) pacientes. (Tabla 3)

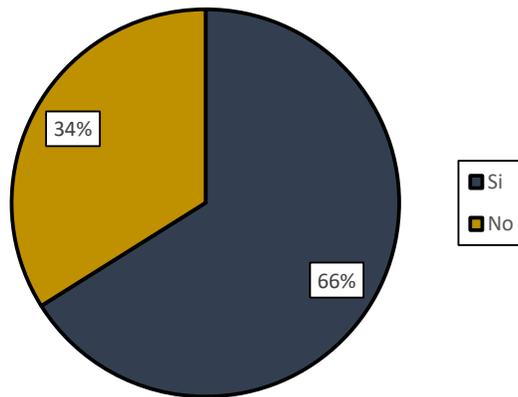
Tabla 3. Distribución del duelo en los pacientes adulto mayores incluidos en el estudio según sexo y rango etario.

Características	DUELO (PG-13)	
	No prolongado	Prolongado
TOTAL	27(23.5)	88(76.5)
Sexo		
Varón	13(11.3)	31(27)
Mujer	14(12.2)	57(49.6)
Rango etario		
18-20	1(0.9)	2(1.7)
21-30	13(11.3)	19(16.5)
31-40	6(5.2)	31(27)
41-50	5(4.3)	26(22.6)
>50	2(1.7)	10(8.7)

Fuente: Primaria

Creación propia

En la dimensión dos sobre la pérdida del familiar, 76 (66%) pacientes han experimentados síntomas sobre el deseo de forma intensa que el familiar estuviera presente, el recuerdo de su ausencia, o momentos de intenso de sufrimiento emocional, pena o punzadas de dolor relacionados con la muerte de su ser querido, 39 pacientes (34%) que no presentaron este evento. (Figura 4)

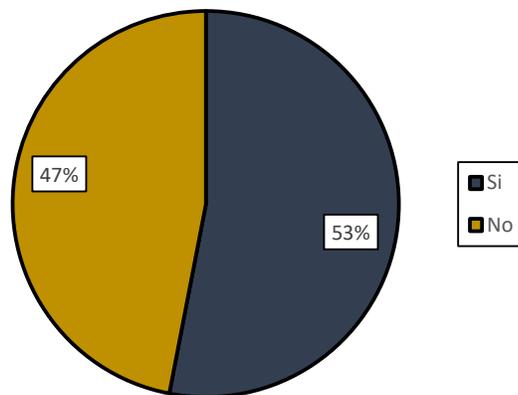


Fuente: Primaria

Creación propia

Figura 4. Distribución de los síntomas vinculados al duelo. N= 115

En la dimensión tres sobre si se ha reducida significativamente la vida social o laboral luego del evento de pérdida de un familiar, 61 (53%) pacientes presentaron este cambio seguido de 54 (47%) que no presentaron ese evento. (fig.5)



Fuente: Primaria

Creación propia

Figura 5. Distribución de los cambios de la vida social o laboral luego de la pérdida. N= 115

El análisis de asociación en la variable ansiedad y duelo ha permitido estimar una asociación positiva significativa solo con la dimensión síndrome de duelo ($p=0.001$).

(Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de la correlación del duelo en los pacientes según las dimensiones con la ansiedad.

		Duelos			
		Práctica de duelo	Síndrome de duelo	Relaciones interpersonales	Relaciones sociales
Ansiedad	r Pearson	0.07	0.43	0.01	0.037
	p-value	0.455	0.001	0.913	0.698

Fuente: Primaria

Creación propia

4.2. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluaron el duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19, demostrando que existen niveles bajos de ansiedad leve y una alta proporción de pacientes con síndrome de duelo prolongado. Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre estas variables.

En conjunto los cambios vinculados al duelo son eventos ocasionados luego de un evento traumático que puede conllevar a un síndrome de prolongación de estas manifestaciones más allá de los seis meses, afectando la vida física, mental y social de los viudos. Durante la pandemia COVID-19 se han reportado muchas muertes que no han tenido actividades fúnebres normales y que por tanto no han permitido desarrollar un duelo completo tal como refiere el estudio de Moya-Salazar, et al., (2021) en su estudio titulado “Duelo, muerte y practicas fúnebres durante la primera ola de la pandemia COVID-19 en Perú: un estudio cuantitativo” que reportaron pacientes con síndrome de duelo prolongado, síntomas de ansiedad y depresión, así como miedo al contagio posterior e impotencia por el proceso fúnebre. Esto debido a que la totalidad de pacientes no pudo completar las prácticas fúnebres habituales ocasionando un gran impacto sobre su salud. (16) Estos resultados concuerdan con lo hallado en este estudio donde se observó que más de 75% de pacientes presentaba el síndrome de duelo prolongado y bajos niveles de ansiedad. Sin duda las consecuencias de la pandemia han afectado la salud mental de los familiares que han tenido pérdidas durante la pandemia y que en medio de las restricciones no han podido desarrollar normalmente un duelo, convirtiéndose en un síndrome y afectando la salud integral de la persona.

De la misma manera, el estudio de Hamid y Jahangir. (2020) en India ha evidenciado este fenómeno. Durante la pandemia de COVID-19 en Cachemira, los autores determinaron que entrevistas telefónicas con 17 participantes, cuyos seres queridos fallecieron tras el

brote del COVID-19 demostrando que la mayoría de los fallecidos murieron aislados sin nadie alrededor. Esto conllevó al duelo por la pérdida con menos apoyo en persona, lo que llevó al duelo en forma aislada y a cuadros de ansiedad y depresión; esta situación se reflejó en la incapacidad para realizar los últimos rituales de duelo generando más dolor prolongado entre los afligidos y afectó su bienestar general. (11) Nuestros resultados concuerdan con lo hallado en este estudio que refleja que los familiares en duelo prolongado manifestaron ansiedad. Aunque en el presente estudio alrededor de 2/10 pacientes presentaron ansiedad leve esta estuvo presente principalmente en los pacientes que tuvieron duelo prolongado, así la cantidad de ansiedad podría vincularse a los procesos no completos del duelo y a los cambios que la pandemia infligió sobre los rituales y las prácticas de los familiares.

Otro estudio de Oliveira-Cardoso, et al., (2020) demostró que en el tiempo de pandemia se notó un padecimiento de los familiares por la pérdida del familiar, siendo esta partida significativa y generando problemas familiares al no desarrollar o verse truncado los rituales de despedida. El impedir estos rituales es considerado como una experiencia traumática ya que no se les brinda un último homenaje puede desarrollarse súbitamente sentimientos de incredulidad, indignación, y posibles alteraciones mentales como depresión, ansiedad, incertidumbre y estrés. (13) Estos resultados concuerdan con lo demostrado en este estudio ya que los participantes presentaron síndrome de duelo prolongado debido al bloqueo de las actividades del duelo. Esta situación de emergencia se ha visto no solo en población peruana como reporta Moya-Salazar, et al., (16) y nuestro estudio, sino también en población de Brasil como destaca Oliveira-Cardoso, et al., (13) e India con el estudio cualitativo de Hamid y Jahangir (11) y España con el estudio de Feder, et al., (12).

Los resultados de este último estudio han demostrado que familias en duelo identificaron los factores contextuales que impactan en la calidad de la comunicación con el paciente enfermo, incluyendo: permitir que la familia esté en la cama lado cuando la muerte es inminente, temores de que el paciente muriera solo y percepciones generales de la atención. Esta mala calidad de comunicación ha generado ansiedad y depresión de los familiares, debido al acceso limitado al personal, actualizaciones insuficientes sobre la condición del paciente y cuando el miembro de la familia no fue consultado sobre la toma de decisiones de atención. (12) Si bien nuestros resultados no demostraron altos niveles de ansiedad, es posible que los familiares en duelo experimenten esta ansiedad vinculada con el proceso de atención y en momentos tempranos del receso, que paulatinamente baja reduciéndose hasta volverse una ansiedad leve como muestran nuestros resultados. Aunque esta ansiedad es menor, esta influye sobre el proceso de duelo y puede afectar su duración, intensidad y afectación funcional física y mental del duelo.

La duración del duelo puede estar vinculado a los procesos traumáticos de muerte. Ya previamente Soto, (2017) ha demostrado que los deudos que acudieron a psicoterapia representan el 50%, estos tuvieron sintomatología vinculada a cuadros de ansiedad, insomnio, depresión, y agotamiento general luego de la muerte de un familiar por falla cardíaca súbita. (14) Durante la pandemia los casos de COVID-19 inicialmente se trataban aisladamente generando problemas en la familia y por tanto promoviendo un duelo traumático, que puede impactar en los niveles de ansiedad. Esto se ha evidenciado en estudios previos en Perú donde se ha tenido una atención muy restringida y con problemas de comunicación con los familiares y el personal de salud (16,41,42).

CAPÍTULO V:

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

5.1 . Conclusión

Se concluye que:

- No existe una relación entre el duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.
- La relación entre el duelo en su dimensión prácticas de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 no ha sido significativa.
- Existe una relación directa entre la relación entre el duelo en su dimensión síndrome de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.
- No existe relación entre el duelo en su dimensión relaciones interpersonales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 no ha sido significativa.
- No existe relación significativa entre el duelo en su dimensión relaciones sociales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda:

- Continuar con la evaluación sobre los niveles de ansiedad en familiares que han perdido un familiar por COVID-19, buscando establecer su relación con otros procesos neuro psíquicos como la depresión, miedo, estrés y cambios de estilo de vida.
- Se recomienda evaluar el síndrome de duelo prolongado y asociarlo con otros problemas neuropsiquiátrico como la depresión, miedo, estrés y cambios de estilo de vida.
- Resulta necesario desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud en familiares que han perdido un familiar por COVID-19, ya que durante las prácticas de duelo se requiere entender los procesos de duelos y como han influido en la calidad de vida.
- Se recomienda ampliar este estudio en población de adultos mayores, gestantes o personas con enfermedades crónicas ya que el propio estado de salud puede conllevar a un síndrome de duelo prolongado más intensificado.
- Se recomienda extender este estudio hacia otras poblaciones de Lima y provincias, a fin de entender cómo se desarrolla el suceso del duelo y como está afectando a las comunidades durante la pandemia COVID-19.
- Desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud en el área de la salud mental, buscando apoyo familiar y social evitando así el aislamiento, aunque sea a través de medios digitales y teléfono.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chen HGJ, Wang C, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* 2020.
2. World Health Organization. Weekly Epidemiological Update Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Articulo online. Disponible en [URL] https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200928-weekly-epi-update.pdf?sfvrsn=9e354665_6 Fecha de acceso 15/02/2021
3. Moya-Salazar J, Centeno M, Contreras-Pulache H. Noncommunicable diseases (NCDs) associated with mortality from COVID-19: Analysis of 55 causes of death in Peru. *Infectio* 2020;
4. Pormohammad A, Ghorbani S, Baradaran B, Khatami A, Turner RJ, Mansournia MA, et al. Clinical characteristics, laboratory findings, radiographic signs and outcomes of 61,742 patients with confirmed COVID-19 infection: A systematic review and meta-analysis. *Microb Pathog.* 2020; 147: 104390.
5. Kwon KT, Ko JH, Shin H, Sung M, Kim JY. Drive-Through Screening Center for COVID-19: a Safe and Efficient Screening System against Massive Community Outbreak. *J Korean Med Sci.* 2020; 35(11):e123.
6. Assari S, Habibzadeh P. The COVID-19 emergency response should include a mental health component. *Arch Iran Med.* 2020; 23(4): 281–82.
7. Francesca I. Death in the era of the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2020; 5(5): e258.

8. Hall CA, Reynolds CF, Butters M, Zisook S, Simon N, Corey-Bloom J. Cognitive functioning in complicated grief. *J Psych Res.* 2014; 58: 20–5.
9. Koltai J, Stuckler D. Recession hardships, personal control, and the amplification of psychological distress: Differential responses to cumulative stress exposure during the U.S. Great Recession. *SSM-Population Health.* 2020; 10: 100521.
10. Pan American Health Organization. The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services in the Americas: Results of a Rapid Assessment, November 2020. Washington D.C.: PAHO; 2020.
11. Hamid W, Jahangir MS. Dying, Death and Mourning amid COVID-19 Pandemic in Kashmir: A Qualitative Study. *OMEGA* 2020; 15(2): 1–26
12. Feder S, Smith D, Grif H, Shreve ST, Kinder D, Kutney-Lee A, Ersek M. “Why Couldn’t I Go in To See Him?” Bereaved Families’ Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. *J Am Geriatr Soc.* 2020; 02:1-6.
13. Oliveira-Cardoso EA, Silva BCA, Santos JH, Lotério LS, Accoroni AG, Santos, MA. The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020; 28:e3361.
14. Soto RA, Savall RF, Casaña GS, Molina AP, Giner BJ, Zorio GE, et al. Factores psicosociales y de adaptación en familiares de pacientes fallecidos por muerte súbita cardíaca. *CorSalud* 2017; 9(3):169-173.
15. Romero V, Cruado JA. Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología.* 2016; 13(1): 23-37.

16. Moya-Salazar J, Cañari B, Zuñiga N, Jaime-Quispe A, Contreras-Pulache H. Duelo, muerte y practicas fúnebres durante la primera ola de la pandemia COVID-19 en Perú: un estudio cualitativo. *OMEGA* 2021; 75(2): s12-s14.
17. Calcagno A, Ghisetti V, Burdino E, Trunfio M , Alice T, Boglione L, et al. Coinfection with other respiratory pathogens in COVID-19 patients. *Clin Microbiol Infect.* 2020.
18. Hughes S, Troise O, Donaldson H, Mughal N, Moore LSP. Bacterial and fungal coinfection among hospitalized patients with COVID-19: a retrospective cohort study in a UK secondary-care setting. *Clin Microbiol Infect.* 2020; 26(10): 1395-1399.
19. Nori P, Cowman K, Chen V, Bartash R, Szymczak W, Madaline T, et al. Bacterial and fungal coinfections in COVID-19 patients hospitalized during the New York City pandemic surge. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020; 1–5.
20. Lansbury L, Lim B, Baskarana V, Lim WS. Co-infections in people with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *J Infect.* 2020; 81(2): 266-275.
21. Memish ZA, Perlman S, Van Kerkhove MD, Zumla A. Middle East respiratory syndrome. *Lancet.* 2020; 395:1063–77.
22. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020.
23. Meyerowitz EA, Richterman A, Gandhi RT, Sax PE. Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors.

24. Zhao Q, Meng M, Kumar R, Wu Y, Huang J, Lian N, et al. The impact of COPD and smoking history on the severity of COVID-19: A systemic review and meta-analysis. *J Med Virol.* 2020; 92(10): 1915–1921
25. Yelin D, Wirtheim E, Vetter P, Kalil AC, Bruchfeld J, Runold M, et al. Long-term consequences of COVID-19: research needs. *Lancet Infect Dis.* 2020; 20(10): 1115–1117.
26. Ye Q, Wang B, Mao J. The pathogenesis and treatment of the 'Cytokine Storm' in COVID-19. *J Infect.* 2020; 80 (6): 607–613.
27. Yelin D, Wirtheim E, Vetter P, Kalil AC, Bruchfeld J, Runold M, et al. Long-term consequences of COVID-19: research needs. *Lancet Infect Dis.* 2020; 20(10): 1115–1117
28. Jayaweera M, Perera H, Gunawardana B, Manatunge J. Transmission of COVID-19 virus by droplets and aerosols: A critical review on the unresolved dichotomy. *Environm Res.* 2020; 188: 109819.
29. Kohanski MA, Lo LJ, Waring MS. Review of indoor aerosol generation, transport, and control in the context of COVID-19. *Int Forum Aller Rhinology.* 2020
30. Folarodi P, Cutupri, Segata N, Manara S, Pinto F, Malpei F, et al. SARS-CoV-2 from faeces to wastewater treatment: What do we know? A review. *Sci Total Envirom.* 2020; 743:140444
31. Sherman AL, Neimeyer RA. Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Studies* 2020; 1.
32. Menzies RE, Neimeyer RA, Menzies RG. Death Anxiety, Loss, and Grief in the Time of COVID-19. *Behaviour Chan.* 2020; 37: 111–115.

33. Izadi-Mazidi M, Riahi F. Pathologic Grief and Loss Associated with COVID-19 in Iran. *J Loss Trauma*. 2020; 2.
34. Gonçalves Junior J, Moreira MM, Rolim Neto ML. 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. *Front. Psych*. 2020; 11:570773.
35. Endomba FT, Wafeu GS, Efon-Ekangouo A, Djune-Yemeli L, Donfo-Azafack C, Nana-Djeunga HC, et al. Support for families of isolated or deceased COVID-19 patients in sub-Saharan Africa. *Health Psychol Open*. 2020; 7(2): 2055102920975293.
36. Oviedo SSJ, Parra FFM, Marquina VM. La muerte y el duelo. *Enf Glob*. 2009; 15(2).
37. Corr CA. Elisabeth Kübler-Ross and the "Five Stages" Model in a Sampling of Recent American Textbooks. *Omega (Westport)*. 2020 Dec;82(2):294-322
38. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. *Metodología de la Investigación*. 2th ed. México, D.F.: McGraw-Hill; 2015.
39. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971; 12(6): 371-379.
40. Prigerson HG, Maciejewski PK. *Prolonged Grief Disorder (PG-13) scale*. Boston: Dana-Farber Cancer Institute, 2008.
41. Moya-Salazar J, Saciga-Saavedra W, Cañari B, Contreras-Pulache H. Depression in health-care workers from the COVID-19 care and isolation Center-Villa Panamericana: a single-center prospective study in Peru. *einstein (São Paulo)*. 2022; 20: eAO6707.

42. Moya-Salazar J, Cañari B, Contreras-Pulache H. How much fear of COVID-19 is there in Latin America? A prospective exploratory study in six countries. *Electron J Gen Med.* 2022; 19(1): em339.

ANEXO N°1 - Matriz de consistencia

“Duelo y su relación con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación que existe entre el duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>H.A: Existe relación significativa entre el duelo y los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por covid-19.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Duelo</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prácticas de duelos ✓ Síndrome de duelos ✓ Relaciones interpersonales ✓ Relaciones sociales 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Aplicada.</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Cómo se relaciona el duelo en su dimensión prácticas de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19?</p> <p>2. ¿Cómo se relaciona el duelo en su dimensión síndrome de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19?</p> <p>3. ¿Cómo se relaciona el duelo en su dimensión relaciones interpersonales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19?</p> <p>4. ¿Cómo se relaciona el duelo en su dimensión relaciones sociales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Identificar la relación entre el duelo en su dimensión prácticas de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p> <p>2. Identificar la relación entre el duelo en su dimensión síndrome de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p> <p>3. Identificar la relación entre el duelo en su dimensión relaciones interpersonales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p> <p>4. Identificar la relación entre el duelo en su dimensión relaciones sociales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p>	<p>Hipótesis Específica</p> <p>H.N: No existe relación significativa entre el duelo y los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por covid-19.</p> <p>Hipótesis Específica</p> <p>1. H.A: Existe relación significativa entre el duelo según su dimensión prácticas de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p> <p>2. H.N: No existe relación significativa entre el duelo según su dimensión prácticas de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p> <p>3. H.A: Existe relación significativa entre el duelo según su dimensión síndrome de</p>	<p>Variable 2</p> <p>Niveles de ansiedad</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ansiedad 	<p>MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>Hipotético Deductivo. Transversal - No experimental No probabilístico por conveniencia.</p> <p>Instrumento: Encuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala de Ansiedad de Zung ✓ Cuestionario de Duelo Prolongado (PG-13)
				<p>POBLACION Y MUESTRA</p> <p>La muestra del estudio lo conformaran 115 familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p>

		<p>duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p> <p>4. H.N: No existe relación significativa entre el duelo según su dimensión síndrome de duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p> <p>5. H.A: Existe relación significativa entre el duelo según su dimensión relaciones interpersonales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p> <p>6. H.N: No existe relación significativa entre el duelo según su dimensión relaciones interpersonales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p> <p>7. H.A: Existe relación significativa entre el duelo según su dimensión relaciones sociales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p> <p>8. H.N: No existe relación significativa entre el duelo según su dimensión relaciones sociales con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p>		
--	--	---	--	--

ANEXO N° 2 - Matriz de operacionalización de variables

Variable 1: Duelo

Definición operacional: Proceso emocional, cognitivo y operativo que se manifiesta de la pérdida de un objeto vinculado emocionalmente.

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA
Prácticas de duelo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deseo intenso de estar con el fallecido. ✓ Momentos de intenso sufrimiento emocional. 	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Cuantitativa de razón	Duelo prolongado (8-15) Duelo no prolongado (1-7)
Síndrome de duelo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar recuerdos del fallecido. ✓ Sensación de confusión. ✓ Pesadumbre por la pérdida. ✓ Sensación de seguir adelante con su vida más difícil. ✓ Sensación de bloqueo por la pérdida. 		
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desconfianza con los demás. ✓ Sensación de amargura. 		
Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de sentido de la vida. ✓ Privación de vida social o laboral. 		

	<p>antes.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.✓ Tengo esperanza en el futuro.✓ Estoy más irritable que antes.✓ Me es fácil tomar decisiones.✓ Me siento útil y necesario.✓ Me satisface mi vida actual.✓ Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.✓ Disfruto de las mismas cosas que antes.		
--	---	--	--

ANEXO N° 3

Escala de Ansiedad de Zung

Edad _____ Sexo () F () M Profesión _____

Procedencia _____ N° Ficha: _____

		NUNCA O CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	PUNTOS
1	Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4	
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.	1	2	3	4	
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.	1	2	3	4	
4	Duermo mal.	1	2	3	4	
5	Tengo tanto apetito como antes.	1	2	3	4	
6	Aun me atraen las personas de sexo opuesto.	1	2	3	4	
7	Nota que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4	
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	1	2	3	4	
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	1	2	3	4	
10	Me canso sin motivo.	1	2	3	4	
11	Tengo la mente tan clara como antes.	1	2	3	4	
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	1	2	3	4	
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.	1	2	3	4	
14	Tengo esperanza en el futuro.	1	2	3	4	
15	Estoy más irritable que antes.	1	2	3	4	
16	Me es fácil tomar decisiones.	1	2	3	4	
17	Me siento útil y necesario.	1	2	3	4	
18	Me satisface mi vida actual.	1	2	3	4	
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4	
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	1	2	3	4	
TOTAL DE PUNTOS						

ANEXO N° 4

CUESTIONARIO DE DUELO PROLONGADO (PG-13)

PARTE I – INSTRUCCIONES: En las siguientes preguntas marque por favor con una “X” la respuesta que mejor describa su situación.

1. En el último mes, ¿Cuántas veces ha deseado de forma intensa que él/ella estuviera con usted o ha recordado su ausencia con una enorme y profunda tristeza?

1 = Nunca.

2 = Al menos una vez al mes.

3 = Al menos una vez a la semana.

4 = Al menos una vez al día.

5 = Varias veces al día.

2. En el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido momentos de intenso sufrimiento emocional, pena o punzadas de dolor relacionadas con la muerte de su ser querido?

1 = Nunca.

2 = Al menos una vez al mes.

3 = Al menos una vez a la semana.

4 = Al menos una vez al día.

5 = Varias veces al día.

3. Pasado 6 meses de la pérdida de su ser querido, ¿continúa experimentando alguno de los síntomas de las preguntas 1 y 2, al menos una vez al día?

No.

Si.

4. En el último mes, ¿Cuántas veces ha tratado de evitar aquello (cosas, lugares, situaciones, personas) que le recuerda que su ser querido ha fallecido?

- 1 = Nunca.
- 2 = Al menos una vez al mes.
- 3 = Al menos una vez a la semana.
- 4 = Al menos una vez al día.
- 5 = Varias veces al día.

5. En el último mes, ¿Cuántas veces se ha sentido confuso/a, aturdido/a, paralizado/a por su pérdida?

- 1 = Nunca.
- 2 = Al menos una vez al mes.
- 3 = Al menos una vez a la semana.
- 4 = Al menos una vez al día.
- 5 = Varias veces al día.

PARTE II – INSTRUCCIONES: En las siguientes preguntas, indiquenos cómo se siente en la actualidad, marque por favor con una "X" la respuesta que mejor describa su situación.

6. ¿Se siente confundido acerca de su papel en la vida o como si no supiera quien es en realidad (por ejemplo, sentir como si se hubiera muerto una parte de usted mismo)?

- 1 = No, en absoluto.
- 2 = Un poco.
- 3 = Bastante.
- 4 = Mucho.
- 5 = Muchísimo.

7. ¿Le cuesta aceptar la pérdida de su ser querido?

- 1 = No, en absoluto.
- 2 = Un poco.
- 3 = Bastante.
- 4 = Mucho.

5 = Muchísimo.

8. ¿Le cuesta confiar en los demás después de la pérdida de su ser querido?

1 = No, en absoluto.

2 = Un poco.

3 = Bastante.

4 = Mucho.

5 = Muchísimo.

9. ¿Siente amargura por su pérdida?

1 = No, en absoluto.

2 = Un poco.

3 = Bastante.

4 = Mucho.

5 = Muchísimo.

10. ¿Siente que seguir adelante con su vida (por ejemplo, hacer nuevos amigos, interesarse por cosas nuevas, etc.) será más difícil ahora?

1 = No, en absoluto.

2 = Un poco.

3 = Bastante.

4 = Mucho.

5 = Muchísimo.

11. ¿Se siente emocionalmente bloqueado desde su pérdida?

1 = No, en absoluto.

2 = Un poco.

3 = Bastante.

4 = Mucho.

5 = Muchísimo.

12. ¿Siente que la vida no tiene sentido?

1 = No, en absoluto.

2 = Un poco.

3 = Bastante.

4 = Mucho.

5 = Muchísimo.

PARTE III – INSTRUCCIONES: En la siguiente pregunta marque por favor con una “X” la respuesta que mejor describa su situación.

13. ¿Ha visto Ud. reducida, de manera significativa, su vida social o laboral, o ha visto reducidas otras áreas importantes de su vida (por ejemplo, sus obligaciones domésticas)?

No.

Si.

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIRTUAL

TÍTULO DEL PROYECTO

“DUELO Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19”

Buenos días, soy Elizabeth Soto Aragonéz, bachiller en enfermería y le presento este proyecto de investigación titulado “DUELO Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19” a fin de que pueda participar voluntariamente a través del llenado de encuestas. A continuación, se explicará a detalle los aspectos del estudio.

MOTIVO:

El propósito de este proyecto es determinar la relación entre el duelo con los niveles de ansiedad en familiares de pacientes fallecidos por COVID-19. Los familiares participaran brindando información a través de un cuestionario.

BENEFICIOS

El proyecto de esta investigación permite reflexionar sobre el duelo y los niveles de ansiedad, para así poder conocer la magnitud de las alteraciones mentales que afectan a la población debido a la pérdida de un familiar causado por el COVID-19 y así poder desarrollar medidas de prevención. Si bien no existe un beneficio directo con el estudio se podrá entender los cambios en la salud mental de las personas que han perdido un familiar por COVID-19.

RIESGOS

No existen riesgos directos o indirectos por participar en el presente estudio.

CONFIDENCIALIDAD Y DERECHOS DEL PARTICIPANTE

El estudio es completamente voluntario ante la participación de los familiares. Tienen el derecho de negarse o contestar para participar en el estudio, por la cual puede terminar su participación en cualquier momento. Los datos reportados por los familiares serán

manejados por el investigador. Usted puede retirarse en cualquier momento y si desea mayor información puede contactar al responsable de la investigación.

Si requiere contactarse con el investigador sírvase escribir o llamar al responsable de la investigación:

Bachiller: Elizabeth Soto Aragonez

Teléfono: 993-037-109

Email: [laceada15@gmail.com](mailto:laceda15@gmail.com)

DECLARACIÓN DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo _____

He leído el contenido de este documento dado por el investigador y quiero participar con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

_____ Fecha: _____

Firma del participante

Nombre del Investigador:

Elizabeth Soto Aragonez

DNI: 75197480

Firma del investigador: _____

Fecha: _____

ANEXO 6

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

Lima, 12 de septiembre de 2021

Investigador(a):
ELIZABETH SOTO ARAGONEZ
Exp. N° 959-2021

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: **“DUELO Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19” V02**, el cual tiene como investigador principal a **ELIZABETH SOTO ARAGONEZ**.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



Yenny Marisol Bellido Fuentes
Presidenta del CIEI- UPNW

ANEXO 7

INFORME DEL TURNITIN

13/4/2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	www.revistas.up.ac.pa Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	1%
4	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Monash University Trabajo del estudiante	1%
8	www.wjgnet.com Fuente de Internet	1%