



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Duelo y estrés postraumático en familiares de personas
fallecidas por COVID – 19 en Tarapoto, 2021

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología

AUTOR:

Mesia Reategui, Fabiola Stephany (orcid.org/0000-0001-8653-3710)

ASESORA:

Mtra. Saavedra Melendez, Janina (orcid.org/0000-0002-7571-7271)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

TARAPOTO – PERÚ

2022

Dedicatoria

A mis padres, quienes me brindaron la oportunidad de estudiar la maravillosa carrera de Psicología, la misma que me impulsa, motiva y apasiona. A cada docente que se ha cruzado en mi camino a lo largo de estos años, quienes, desde sus respectivas especialidades, han impactado en mi formación académica y, por último, a mis compañeros y amigos de la facultad, con quienes he compartido horas de desvelo y el mismo anhelo de dar siempre lo mejor.

Agradecimiento

A mis docentes, Janina Saavedra, Fernando Paredes y Víctor Farías, quienes, mediante las asignaturas bajo su cargo y con gran servicio de vocación, me han brindado las herramientas y el conocimiento necesario para el desarrollo de la presente tesis.

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	7
III. METODOLOGÍA.....	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización.....	14
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5. Procedimientos	19
3.6. Método de análisis de datos.....	20
3.7. Aspectos éticos.....	20
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN.....	25
VI. CONCLUSIONES	27
VII. RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS	34

Índice de tablas

Tabla 1	Prueba de normalidad de los datos	21
Tabla 2	Correlación entre duelo y estrés postraumático	22
Tabla 3	Correlación entre duelo y re experimentación del trauma	23
Tabla 4	Correlación entre duelo y evitación y embotamiento afectivo	24
Tabla 5	Correlación entre duelo e hiper activación	25

Resumen

La presente tesis busca determinar la relación entre la variable duelo y estrés postraumático en los familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto en el año 2021 y de manera específica pretende identificar la correlación entre la variable duelo y las dimensiones correspondientes al estrés postraumático. Este estudio es de tipo básico y su diseño es descriptivo, correlacional y transversal. La muestra estuvo compuesta por 50 familiares del primer grado de consanguinidad de víctimas de Covid 19, a quienes se les aplicó el Inventario de Duelo Complicado (IDC) y la Escala de Trauma de Davidson (DTS), con el objetivo de recabar información de interés en cuanto a las variables inmersas en el estudio. En cuanto a los resultados, la distribución de datos mostró un patrón no normal y puesto que la muestra estuvo conformada por 50 personas se decidió hacer uso de una estadística de correlaciones no paramétrica, específicamente Rho de Spearman. En ese sentido, en cuanto a las variables duelo y estrés postraumático se evidenció un nivel de correlación de ($\rho=.745$) y un grado de significancia menor al margen de error permitido ($p<05$) advirtiendo una correlación significativa entre ambas variables. Asimismo, se evidenció una relación directa positiva alta entre la variable duelo y la dimensión de re experimentación del trauma ($\rho=.731$) aceptándose la hipótesis planteada al respecto. A su vez, los resultados correspondientes a la variable duelo y la dimensión de evitación y embotamiento afectivo arrojaron un nivel de correlación directa, positiva y alta ($\rho=.602$) por lo que se deriva que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. Por último, se evidenció un nivel de correlación de ($\rho= .692$) entre el duelo y los síntomas de hiper activación, lo cual permitió inferir una relación directa positiva alta entre ambas variables. De esta manera se concluye que existe una correlación directa positiva alta entre las variables de duelo y estrés postraumático. Pero, se recomienda realizar más estudios al respecto y en lo posible acceder a una muestra más significativa.

Palabras clave: Duelo, estrés Postraumático, Covid – 19

Abstract

This thesis seeks to determine the relationship between variable grief and post-traumatic stress in the relatives of people who died of Covid-19 in Tarapoto in 2021 and specifically aims to identify the connections between variable grief and the dimensions corresponding to post-traumatic stress. This study is basic and its design is descriptive, correlational and cross-sectional. The sample consisted of 50 relatives of the first degree of consanguinity of victims of Covid 19, to whom the Complicated Grief Inventory (IDC) and the Davidson Trauma Scale (DTS) were applied, with the aim of collecting information of interest regarding the variables immersed in the study. Regarding the results, the data distribution showed a non-normal pattern and since the sample consisted of 50 people, it was decided to use a non-parametric correlation statistic, specifically Spearman's Rho. In that, regarding the variables of grief and post-traumatic stress, a level of sense of connection was evidenced ($\rho=.745$) and a degree of significance less than the margin of error allowed ($p<05$), noting a significant connection between both variables. . Likewise, a high positive direct relationship was evidenced between the mourning variable and the dimension of re-experiencing the trauma ($\rho=.731$), accepting the hypothesis proposed in this regard. In turn, the results corresponding to the variable mourning and the dimension of avoidance and affective blunting showed a level of direct, positive and high connection ($\rho=.602$), so it follows that there is a statistically significant relationship between the variables studied. Finally, a coincidence level of ($\rho= .692$) between grief and hyperarousal symptoms was evidenced, which proved to infer a high positive direct relationship between both variables. In this way, it is concluded that there is a high positive direct connection between the variables of grief and post-traumatic stress. But, it is recommended to carry out more studies in this regard and, if possible, access a more significant sample.

Keywords: *Grief, post-traumatic stress, covid – 19*

I. INTRODUCCIÓN

Alrededor del mundo, millones de individuos han fallecido a causa del contagio por Covid 19, muchos de ellos, víctimas de un cuadro sintomatológico que se agravó súbitamente, otros debido a la escasa disponibilidad de camas UCI, falta de personal médico o en general a las diversas falencias del sistema de salud relacionada a una gestión deficiente de los gobiernos. En este escenario, la muerte posee una clara implicancia biológica, pero también representa un constructo social y cultural, ya que, a lo largo de la historia, los rituales funerarios representaron una estrategia simbólica destinada a promover la cohesión grupal necesaria para afrontar el dolor y la angustia generada por el fallecimiento de un miembro de nuestra familia o comunidad. Es decir, la muerte desde un contexto social, es ritualizada para ser transformada en un hecho más comprensible. Por ello, según el historiador peruano Julio Núñez el ritual funerario y el entierro, deben ocurrir para poder sobrellevar la pérdida y prevenir la experiencia de un duelo prolongado. Bajo el contexto de la pandemia han tenido lugar muchos escenarios de sufrimiento e impotencia, dada la imposibilidad de acompañar al ser querido en sus momentos de agonía. En vista de ello, surgen diversos obstáculos en la construcción del duelo, generando indicios de psicopatologías en nuestra sociedad.

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2020) elaboró un plan de salud mental, el cual reunió una serie de datos estadísticos que permiten reconocer la realidad problemática ocasionada por la pandemia. Allí se menciona el estudio de Cao, realizado en una muestra de 1210 personas en China. Dicha investigación revela que, en las ciudades más afectadas por la crisis sanitaria durante en 2020, entre el 29% y el 53,8% de la población presentó un daño psicológico de nivel moderado a severo, entre el 16,5% y el 29,9% padeció de sintomatología depresiva en un nivel moderado a severo, un 28,8% experimentó síntomas ansiosos moderados a severos y un 8,1% sufrió de estrés de igual forma en un nivel moderado a severo. Las personas más afectadas serían las de 18 a 30 años de edad y los individuos mayores de 60 años.

De igual manera, en el artículo titulado trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la Covid – 19 desarrollado por Palomino -Oré, Candy, & Huarcaya-Victoria, Jeff. (2020) se menciona el estudio del científico Nianqi Liu quien, junto a otros investigadores, descubrió que, en las zonas de China más afectadas por la pandemia, un 7% de la población presentó síntomas de TEPT. Lo cual sería mayor a lo reportado en epidemias anteriores y sugiere que la enfermedad generó mayor estrés en la población. Lo más relevante de esta investigación fueron las desemejanzas halladas en cuanto a las características del TEPT en base al género, puesto que las mujeres presentaron síntomas de hiperactividad, recuerdos angustiosos recurrentes y alteraciones cognitivas y del estado anímico, en un nivel superior a los varones.

Asimismo, según el reporte del Colegio Oficial de la Psicología en Madrid (2020) cuya institución atendió a un promedio de 11 personas por día, a través de su línea gratuita de apoyo al duelo por Covid 19, muy aparte de los cientos de mensajes electrónicos que recibieron diariamente en los meses de marzo a junio. Se dio a conocer que los profesionales de salud mental de dicho centro han identificado situaciones riesgosas capaces de transformar el dolor de una pérdida en un estado emocional patológico, estos son: la pérdida de más de un familiar por COVID 19, el aislamiento social por cuarentena, la separación traumática por hospitalización, la dificultad para comunicarse con el personal médico para saber del estado del paciente, el impedimento de acompañar al ser querido durante sus últimos momentos de vida y por último, la prohibición de realizar una ceremonia fúnebre. Ellos refieren que, en el caso de una muerte previsible, existe consciencia acerca de la enfermedad y su proceso, de manera que es posible acompañar a nuestro ser querido, lo cual mitiga el impacto psicológico de la muerte. Por el contrario, cuando la pérdida se da súbitamente, se configura una muerte traumática. Los dolientes expuestos a ello presentan síntomas de TEPT como recuerdos recurrentes e intrusivos, dificultad para conciliar el sueño o insomnio intermitente, ausencia de recuerdos del acontecimiento, embotamiento afectivo o ansiedad e irritabilidad.

Por último, Macarena Valdés (2020) mencionó que efectivamente la pandemia y el establecimiento de emergencia como medida preventiva y restrictiva de los gobiernos a nivel mundial, nos han expuesto a las dos situaciones más complicadas a las que podríamos enfrentarnos, la pérdida y la incertidumbre. La pandemia por Covid – 19 ocasiona diversas patologías en la sociedad, tales como ansiedad, depresión, y trastornos adaptativos que requerirán de tratamientos farmacológicos. Otra de las problemáticas palpables en este contexto, es el duelo patológico, que tiene lugar debido a la imposibilidad de los familiares para despedirse de los fallecidos, por lo que el escenario es difícilmente interiorizado, significando un obstáculo en la construcción del proceso de duelo. Sociedad Española de Especialistas de Estrés Posttraumático (2020).

De esta manera, es evidente que existe riesgo latente del incremento del trastorno de duelo patológico ante la realidad del Covid 19, en el cual la persona permanece estancada en la etapa de negación de este proceso, y afronta serias dificultades para desarrollar sus actividades y continuar su vida con normalidad. De este modo los dolientes podrían no solo experimentar un duelo prolongado, sino también síntomas de TEPT. Revista de la Universidad Industrial de Santander (2020).

En determinado momento el Perú alcanzó la tasa más alta de mortalidad por Covid 19 a nivel mundial. Sin embargo, en el año 2021 la Universidad Johns Hopkins lo ubicó en la posición 15 en cuanto a la lista de países con mayor número de fallecidos. Para ello recogió las cifras brindadas por el MINSA (2021) en la que se indica que más de 50 mil personas habían fallecido a causa del virus, al menos hasta la tercera semana de marzo de 2021. Sin embargo, el Sistema Nacional de Defunciones (2021) registra más de 117 mil muertes, de las cuales el 53% se concentraron en Lima y Callao. Según el diario Gestión (2021), en abril del 2021 una muerte por COVID 19 tenía lugar cada 4 minutos en nuestro país.

Según una investigación desarrollada por MINSA y la OPS (2020), 7 de cada 10 peruanos atravesaron algún cuadro sintomatológico relacionado a enfermedades de Salud Mental. Las problemáticas más comunes fueron la depresión y la ansiedad. Entre los síntomas más habituales se encontraron los problemas para conciliar el sueño(55.7%), la falta o el incremento del apetito (42.8%), cansancio crónico (44%), dificultad para concentrarse (35.5%) e ideaciones suicidas (13.1%). Ello, se relaciona a la información obtenida mediante el análisis de un estudio a cargo Jeff Huarcaya-Victoria (2020), médico psiquiatra de la USMP, en donde señala a la ansiedad, depresión y estrés como principales secuelas psicológicas de la pandemia.

Asimismo, en los resultados obtenidos de la encuesta poblacional a cerca de salud mental durante la pandemia, liderado por el Ministerio de Salud (2021), en el cual participaron 58 349 personas. Se evidenció que el 28,5% de los participantes expresaron síntomas de depresión. De esta cantidad el 41% presentaron sintomatología de nivel moderado a severo y el 12.8% refirió ideación suicida. En cuanto a cuestiones de género, las mujeres padecieron síntomas depresivos en un 30.8% y los hombres en un 23.4%.

También, el MINSA (2020) ha implementado diversas estrategias para afrontar la pandemia y priorizar la salud mental, por ello abrió la línea 113, destinada a brindar apoyo psicosocial mediante la tele psicología. Dicha línea, en el período comprendido del 14 de abril al 08 de mayo de 2020, ha recibido 24 802 llamadas, promediando 567 llamadas al día. El 53% de aquellas personas fueron mujeres y el 47% varones, en cuanto a los motivos de las llamadas, el 82.35% se comunicó para recibir orientación debido a síntomas de estrés, el 12,68% refirió experimentar síntomas ansiosos y depresivos, el 2,10% síntomas y/o diagnóstico psiquiátrico, el 1.52% conflictos dentro del hogar y el 1.30% refirió causas diferentes. En cuanto a la principal problemática, el estrés y las preocupaciones se relacionaron al temor al contagio, al duelo por los familiares fallecidos, y a la inseguridad económica. En lo que respecta a los rangos de edad de las personas que optaron por la línea de ayuda, el 76.6% perteneció al grupo de entre 26 y 59 años, el 13,5 % a los que se situaron entre los 18 y 25 años, el 8,7% a las

personas mayores de 60 años, y el 0.7% a adolescentes de entre 12 y 17 años de edad.

En cuanto a la región San Martín el momento más crítico de la enfermedad tuvo lugar en agosto de 2020, en donde se superaron los 24 000 contagios, y los 500 decesos según información publicada en la página oficial de DIRESAM (2020). Un estudio realizado en la ciudad de Tarapoto, orientado a investigar el impacto psicológico del Covid 19, arrojó que el 21,3% de la muestra presenta síntomas de ansiedad leve, el 25% ansiedad moderada y 21,3% experimenta síntomas de ansiedad grave.

El Gobierno Regional de San Martín en el marco de emergencia sanitaria, ejecutó una serie de acciones, con el fin de mitigar los efectos psicológicos de la pandemia. Allí contempló la designación de un equipo de salud mental de la Diresa para atención ciudadana y puso a disposición números telefónicos de emergencia para la atención al público a nivel regional. Los centros Comunitarios de Salud Mental en San Martín, ubicados en Tarapoto, Nueva Cajamarca y Tocache han reportado un incremento en las afecciones mentales. En este contexto y después de todo lo mencionado se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación entre el duelo y el estrés postraumático en familiares de personas fallecidas por COVID – 19 en Tarapoto, 2021? Y, asimismo, de forma específica ¿Cuál es la relación entre el duelo y los síntomas de re experimentación en familiares de personas fallecidas por COVID – 19 en Tarapoto, 2021? También, ¿Cuál es la relación entre el duelo y la evitación y embotamiento afectivo en familiares de personas fallecidas por COVID – 19 en Tarapoto, 2021? Y, por último ¿Cuál es la relación entre el duelo y los síntomas de hiperactivación fisiológica en familiares de personas fallecidas por COVID – 19 en Tarapoto, 2021?

La relevancia de la investigación se sustenta a nivel teórico, dado que se contribuirá al conocimiento de un aspecto poco estudiado, el duelo en el contexto de la Covid 19 y su tendencia patológica. A nivel práctico, los resultados de esta investigación serán útiles para implementar estrategias oportunas que permitan prevenir el duelo prolongado. Asimismo, su relevancia social recae en posibilitar la

identificación de síntomas de TEPT dentro de la población, en cualquiera de sus niveles, promoviendo el conocimiento del duelo como proceso natural de la vida en contraste con sus posibles componentes patológicos, a través de una guía desarrollada por la autora de esta investigación como iniciativa de promoción de la salud mental, dicho material contempló estrategias de afrontamiento e información acerca de líneas de ayuda, y fue difundido entre los participantes de la investigación y toda aquella persona que lo necesite. Por último, el presente estudio posee valor metodológico, dado que será de utilidad para futuras investigaciones o programas dentro del marco de la Psicología, también mitigará el vacío bibliográfico existente en cuanto al tema y las variables inmersas en esta investigación.

La base de este estudio se relaciona a la hipótesis general, la cual plantea que existe relación entre el duelo y el trastorno de estrés post traumático en los familiares de personas fallecidas por Covid 19 en Tarapoto, 2021. Ello se sustenta a través de varias hipótesis específicas, la primera de ellas sostiene que existe relación entre el duelo y los síntomas de re experimentación en familiares de personas fallecidas por COVID –19 en Tarapoto, 2021. A su vez, se sostiene que existe relación entre el duelo y la evitación y embotamiento afectivo en familiares de personas fallecidas por COVID – 19 en Tarapoto, 2021. Y, por último, se prevé que existe relación entre el duelo y la hiperactivación psicofisiológica en familiares de personas fallecidas por COVID – 19 en Tarapoto.

II. MARCO TEÓRICO

En el ámbito internacional Roldán (2017) desarrolló un estudio dedicado a comparar el impacto psicológico del fallecimiento de un familiar en dos circunstancias, la muerte súbita en contraste con la muerte esperada, característico en pacientes terminales que afrontaron la evolución de una enfermedad crónica. El autor de esta investigación descubrió que de los 22 familiares que enfrentaron la muerte inesperada, el 59,1% desarrolló sintomatología de TEPT posteriormente. Asimismo, en cuanto al grupo de familiares de personas fallecidas por muerte esperada, el 68.9% de un total de 38 personas, de igual manera, experimentaron síntomas de TEPT, en diferentes niveles. De esta manera, se concluyó que el trastorno de estrés postraumático afecta psicológicamente tanto a personas que perdieron un familiar de forma súbita como a los que lo hicieron de forma esperada, evidenciando la necesidad de intervención profesional ante las primeras apariciones sintomatológicas del cuadro.

De igual manera, Soto (2017), en su investigación orientada a analizar los factores psicosociales característicos de los familiares de pacientes fallecidos por muerte cardíaca súbita, refirió que, de una muestra compuesta por 16 familiares, más del 50% optó por acudir a terapia tras la pérdida repentina de un ser querido dado que experimentaron síntomas relacionados a depresión, ansiedad y estrés postraumático, los cuales significaban riesgos importantes para la salud física y mental de los dolientes.

Por otro lado, Cortés (2016) en su estudio referente a experiencias traumáticas, el ambiente familiar y el ajuste psicológico, desarrollado en España, en una muestra compuesta por 1680 estudiantes de edades entre los 18 y 24 años. Expone que la sintomatología de TEPT tiene mayor prevalencia en aquellos que sufrieron el fallecimiento de uno o ambos progenitores ($M=9,02$), en contraste con aquellos que habían sufrido abuso sexual en la infancia ($M=8,55$) o habían afrontado el divorcio de sus padres ($M=7,21$).

Asimismo, Vedia (2016) en su investigación respecto al duelo patológico y factores de riesgo y protección, menciona que la muerte súbita es un factor predictor del duelo prolongado, pues dicha circunstancia complica la elaboración y la internalización psicológica de la pérdida, originando en el entorno de la víctima, una fuerte sensación de incredulidad e irrealidad que lo predispone a adoptar una posición de negación. Asimismo, la autora refiere que el duelo inmerso en el contexto de muerte súbita, se relaciona directamente con intensos sentimientos de culpa, impotencia y remordimiento. Por último, asocia el fallecimiento inesperado con manifestaciones depresivas más intensas y prolongadas, que pueden exacerbar cuadros psicopatológicos previos o desencadenar otros, como la adicción a sustancias psicoactivas.

Por último, Bastidas (2020) desarrolló una investigación orientada a identificar la relación entre el duelo familiar y el desarrollo emocional en una población compuesta por 200 estudiantes de educación secundaria y bachillerato de la Parroquia, en Ecuador. Los resultados indicaron una relación de Pearson negativa débil (-0,232) lo cual se traduce en una asociación inversamente proporcional. A partir de ello se presumió que la maduración emocional de los estudiantes influye de manera directa en el nivel de eficacia de afrontamiento al duelo.

En el contexto nacional, Mestanza (2020) en su estudio descriptivo, orientado a identificar el grado de duelo en cuanto a afectación emocional y comportamental, en 142 familiares de pacientes fallecidos por Covid, en donde el 57% fueron hombres y el 43% mujeres, el 59,15% de la muestra total denotó un grado de duelo alto ante la muerte, mientras que el 33,80% manifestó un grado moderado y, por último, el 7,75% expresó niveles bajos de duelo.

A su vez, Araujo, (2020) desarrolló una revisión sistémica en cuanto a los métodos existentes para afrontar la muerte de las víctimas de Covid 19, y prevenir el duelo patológico en los familiares. Los resultados de dicho análisis en donde se tomó en cuenta 13 artículos, concluyó en que las estrategias actuales resultan insuficientes para afrontar dicha problemática, dado que los médicos no

se encuentran capacitados para comunicar adecuadamente noticias de esta índole, el acompañamiento familiar está prohibido y la realización de rituales fúnebres se encuentra limitado. En este contexto la autora menciona que es relevante concretar la intervención de personal de salud mental ante el fallecimiento de una víctima en el escenario de Covid 19 para así prevenir el duelo patológico, guiar la construcción de la pérdida y fortalecer estrategias adecuadas de afrontamiento.

A través de una revisión bibliográfica exhaustiva a cerca de las variables inmersas en este estudio, podemos tomar en cuenta lo mencionado por Bowlby (1983) quien describe al duelo como un proceso natural en la vida del ser humano, que se produce de forma reactiva ante diferentes situaciones que implican la separación física y emocional de individuos pertenecientes a nuestro núcleo cercano. Si bien el duelo es un acontecimiento inherente a la naturaleza del hombre, se experimenta de forma única, ya sea dentro del parámetro de la normalidad o lo patológico. Determinadas características, incrementan la probabilidad de experimentar duelo patológico frente a una pérdida, entre ellas se encuentran un mayor número de fallecimientos y el contexto de los mismos, y también la separación traumática de los padres durante la infancia.

Según el DSM V, el duelo es una reacción natural ante la muerte de un ser querido, en donde tienen implicancia algunas características sintomatológicas propias de un episodio de depresión mayor, pues la experiencia del doliente se caracteriza por sentimientos profundos de tristeza, alteraciones del sueño y/o la alimentación y un ánimo depresivo en general. Por otro lado, Fuentes (2002) menciona que el duelo es un proceso caracterizado por manifestaciones conductuales y emocionales, cuyo desarrollo está sujeto a características propias del individuo que lo padece, el significado que le atribuye a la pérdida, el repertorio de estrategias de afrontamiento, y los factores protectores con los que disponga. En cuanto al proceso de duelo, Bucay (2014) menciona que la elaboración del mismo consiste en conectar con el vacío ocasionado por la pérdida, aceptándola y entendiéndola, mediante la explotación de diversos recursos emocionales y estrategias de afrontamiento que nos permitan mitigar el

dolor, y prevenir psicopatologías.

En este mismo contexto, Bowlby, quien es uno de los estudiosos más destacados en la materia del duelo, propone cuatro fases inmersas en su proceso. La principal es la fase de negación, en la que el individuo experimenta una fuerte sensación de incredulidad, confusión y embotamiento frente a los hechos ocurridos, llegando a experimentar incluso estados de shock, esta situación suele durar varios días y su principal función es permitir que el doliente interiorice la pérdida. La segunda fase, se denomina fase de anhelo o de búsqueda de la figura perdida, en donde oscilan sentimientos profundos de ira y tristeza que se exteriorizan a través de llantos desconsolados. De igual manera, están presentes los síntomas somáticos de ansiedad, sentimientos de culpa, injusticia, enfado y resentimiento. La superación insatisfactoria de esta etapa, incrementa las posibilidades de experimentar duelo patológico. Asimismo, la fase de desorganización o desesperanza, tiene lugar cuando el doliente comienza a tomar conciencia de la naturaleza irreversible de la pérdida, ocasionando la aparición de marcados sentimientos de tristeza y apatía que incrementan la pérdida de interés por uno mismo y el entorno que lo rodea. En estas circunstancias, es probable que surjan comportamientos y pensamientos autodestructivos, asociados a la culpa percibida ante el deseo de retomar la vida cotidiana. La última fase planteada por Bowlby es la reorganización, y consta de la aceptación saludable de la realidad, la atribución de nuevos significados a la vida y la reestructuración de las dinámicas de la cotidianidad a la luz de la nueva experiencia vital, en este momento el dolor de la pérdida ya no se experimenta con la misma intensidad de las fases previas, en cambio es asimilado incluso desde una perspectiva reparadora.

Por otro lado, Kubler – Ross, psiquiatra suiza, propone un modelo del proceso de duelo, basado en cinco fases o etapas, haciendo hincapié en que estas no ocurren necesariamente de manera secuencial, pues es probable que coexistan o alternen entre sí. La primera de ellas, de forma similar a lo planteado por Bowlby, es la negación, caracterizada principalmente por el escepticismo ante el escenario de la pérdida. Posterior a ello, tiene lugar la ira, que surge junto a

sentimientos de culpa, irritabilidad y resentimiento canalizado hacia uno mismo o hacia el entorno. Por otro lado, en la fase de negociación se encuentran inmersos la añoranza de la pérdida y el compromiso con la recuperación personal, mediante la implementación de medidas que permitan mitigar el dolor emocional y reestructurar la rutina de la vida diaria. La depresión se manifiesta en el proceso de duelo, mediante sentimientos de vacío y profundo dolor emocional que pueden conducir a un momento crítico de desesperanza, en el que perder el deseo de vivir es un escenario altamente probable. Por último, al final de un proceso no patológico de duelo, se produce la aceptación de la pérdida y la adaptación constructiva del individuo a una nueva realidad.

Tras la revisión de las diferentes teorías, es viable mencionar que el duelo no es un proceso naturalmente patológico, si no que se constituye como una experiencia de dolor y sufrimiento emocional en donde son comunes las alteraciones del sueño y la alimentación, un estado anímico fácilmente irritable, falsas percepciones del fallecido y los pensamientos intrusivos, aunque esta sintomatología no es general ni obligatoria.

Mediante el estudio de Prigerson et al (2009) descubrimos luces a cerca de la relevancia del factor tiempo en el proceso de duelo, en su investigación se observó que aquellos casos en los que el malestar perduró por más de seis meses, se identificó una alta asociación con la aparición de sintomatología propia de trastornos depresivos, ansiosos, de estrés postraumático e ideación suicida; en contraste con los casos en los que el malestar solo estuvo presente en los primeros seis meses posteriores a la pérdida.

En este sentido el duelo patológico es comprendido como la prolongación sintomatológica del mismo que obstaculiza el proceso de adaptación del individuo a los diferentes ámbitos de su vida. Según la American Psychiatric Association (2014) el duelo patológico es aquel que se mantiene presente por un periodo superior a los 12 meses en adulto y a los 6 meses en niños.

Por otro lado, según lo expuesto en el DMS – IV el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por un conjunto de síntomas específicos que surgen de la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso extremadamente traumático, como por ejemplo amenaza de muerte, lesiones graves o amenaza a la integridad propia o la de otra persona. Los síntomas incluyen re experimentación del evento traumático a través de reviviscencias como flashbacks, sueños o pesadillas, lo cual provoca evitación constante de los estímulos asociados con el trauma, generando a su vez, una disminución general de la capacidad de reacción. Por lo que la persona afectada podría mostrar reducción del interés en actividades placenteras o incapacidad para expresar sus emociones, otro de los síntomas relevantes en el TEPT es la hiperactivación fisiológica, lo cual se traduce en síntomas físicos tales como sudoración excesiva y temblores.

Uno de los modelos teóricos explicativos del trastorno de estrés postraumático más extendidos, se basa en la Teoría del Aprendizaje, las cuales fueron las primeras en surgir. Este enfoque explica el surgimiento del TEPT mediante el condicionamiento clásico y operante. El condicionamiento clásico propone que cualquier situación o estímulo que es inicialmente neutro puede generar estímulos de miedo o ansiedad por su asociación con el estímulo traumático. De esta manera, mediante un proceso de condicionamiento, los estímulos neutros durante la ocurrencia del trauma se convertirían en estímulos condicionados de miedo y ansiedad. Mediante un proceso de generalización de estímulos y de condicionamiento, nuevos estímulos adquirirán la capacidad de desencadenar reacciones de ansiedad en las personas afectadas, lo que explicaría la generalización de las respuestas de ansiedad a otros estímulos nuevos. De esta manera la teoría del aprendizaje explica en gran medida el desarrollo y el mantenimiento del estrés postraumático.

Por otro lado, la teoría de respuesta al estrés planteado por Horowitz plantea que cuando se experimenta un evento traumático es necesario asimilar la información y modificar la manera de percibir el entorno para así otorgarle sentido a lo acontecido. Los pensamientos intrusivos denotan la necesidad de integrar la nueva información y la evitación indica que el sujeto intenta actuar como si no hubiese acontecido el suceso traumático.

Al experimentar una situación traumática, esta se guarda en la memoria, para ser comparado con los recuerdos pre existentes, es posible que ocurra un procesamiento rápido y la información pase a la memoria de largo plazo y no vuelva a reaparecer, si es que se identifica poca discrepancia con los esquemas anteriores. En caso contrario, la información permanecerá en la memoria activa y provocará intrusiones cada vez que la persona experimente estímulos evocadores. Por lo cual, con el objetivo de minimizar el recuerdo, pone en marcha la negación, generando embotamiento.

III. METODOLOGÍA

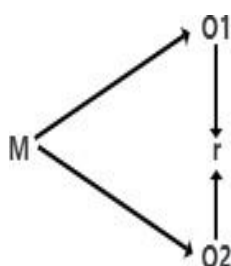
3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación ha sido estimada como un estudio de tipo básica, pues está dirigido a obtener conocimientos mediante la comprensión de los aspectos fundamentales y hechos observables del fenómeno estudiado. (Concytec, 2018).

Diseño de investigación

El diseño del presente estudio se constituye como no experimental, pues no se manipularon las variables ni se intervino en el contexto de la investigación. (Sousa, Driessnack y Méndez, 2007). También, es de corte transversal descriptivo correlacional, dado que la información fue recogida en un periodo de tiempo específico (Dionisio, 2013) y está orientado a estudiar la naturaleza de un fenómeno y la relación de sus variables. (Facal, 2015). El esquema representativo de la investigación se expone a continuación:



Dónde

M = Muestra de estudio

O1 = Duelo

O2 = Estrés postraumático

R = Relación

3.2. Variables y operacionalización

V1: Duelo

V2: Estrés postraumático

Nota: Ver operacionalización de las variables en el Anexo 01

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

Población

La población se define como un conjunto de elementos que poseen características en común, la misma que puede ser de carácter finito o infinito (Arias, 2006). En este sentido el objeto de estudio de la investigación la conforman los familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto. Según el portal del Minsa, denominada Sala Situacional Covid 19 – Perú, destinada a esclarecer el número de fallecidos por región a nivel nacional, San Martín posee una cifra de 2789 decesos a causa del virus. De este modo, dicha población es de tipo finita pues es cuantificable.

Criterios de inclusión

- Familiares de personas fallecidas por Covid – 19
- Familiares con un nivel de consanguinidad de primer o segundo grado
- Personas con edades comprendidas entre 18 – 65
- Personas que residan en Tarapoto – San Martín

- Personas pertenecientes a ambos sexos

Criterios de exclusión

- Familiares de afinidad lejana con la víctima de Covid – 19
- Personas menores de 18 años

Muestra

La muestra se define como un extracto representativo de la población de la cual obtendremos los datos estadísticos de interés para la investigación (Fernández y Baptista 2014). De esta manera nuestra muestra estará conformada por 50 familiares de personas fallecidas por Covid 19 en Tarapoto, quienes cumplirán los criterios de inclusión establecidos para este estudio.

Muestreo

El muestreo es un proceso que establece la probabilidad que posee cada sujeto de formar parte de la muestra (Arias, 2006). En ese marco, esta investigación se llevará a cabo mediante un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, el cual depende del criterio del investigador (Sampieri, 2018).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Según Naresh K. Malhotra (2016) la encuesta es un instrumento previamente estructurado que posteriormente será administrado a una cantidad representativa de individuos. A través de diversas modalidades, tales como correo electrónico, llamada telefónica o presencialmente. De ser el caso, dicho instrumento será adaptado acorde a los intereses del investigador.

Instrumentos

Instrumento de duelo complicado de Prigerson (IDC)

La versión original de este instrumento se denominó Inventory Complicated Grief (IGC) y fue creado por Prigerson en 1995. Limonero, Lacasta, García Maté y Prigerson adaptaron el IGC al castellano en el año 2009 y lo nombraron Inventario de Duelo Complicado (IDC). La presente investigación empleo el IDC en su versión adaptada a población colombiana, puesto que resultaba ser la más similar al contexto y sintaxis lingüístico peruano.

El principal objetivo del IDC es evaluar los síntomas asociados al duelo y discriminar entre casos normales y patológicos, dado que sus ítems exploran la sintomatología presente en el momento de la evaluación, lo que permite identificar si dichos malestares se mantienen por más tiempo de lo normal. Inicialmente, este instrumento fue creado para evaluar el duelo exclusivamente en el contexto de pareja, es decir tras el fallecimiento del conyugue, sin embargo, existe evidencia de fiabilidad en el caso de otros tipos de pérdida tal y como demostró su validación en una población italiana que afrontaba el fallecimiento de otros familiares y amigos cercanos.

La versión original del instrumento estuvo compuesta por 19 ítems y fue de carácter unidimensional, el tipo de medición fue ordinal por Escala Likert, en la que el participante evaluaba de 0 (nunca) – 4 (siempre) la persistencia de cada síntoma planteado. En este contexto, el IGC arrojaba un índice de confiabilidad por Alfa de Cronbach de .94. Por otro lado, en su versión adaptada a población española (Limonero et al, 2019) se encontraron tres factores en lugar de uno y se obtuvo un valor por Alfa de Cronbach de .88, corroborando en ambos casos la fiabilidad del instrumento.

En cuanto a la versión colombiana, esta se compone por 21 ítems en lugar de 19, dado que dos de los ítems de la versión española, el número 11 y

12, fueron divididos en dos preguntas, pues el total de jueces que llevaron a cabo la validación coincidieron en que cada enunciado hacía referencia a dos síntomas distintos.

Esta versión obtuvo valores de fiabilidad superiores a la adaptación en población española, alcanzando un puntaje de .94 por Alfa de Cronbach, conformado por tres factores, alteración emocional y falta de aceptación, compuesta por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6,7,8, 9 y 20; vacío, el aislamiento y sin sentido, reflejado en los ítems 10, 11, 12, 16, 19, 21; y la dimensión presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo, planteado en los ítems 15, 17, 18, 14, y 13.

Escala de trauma de Davidson (DTS)

Se tomará en cuenta la escala de trauma de Davidson (1997) el cual es un instrumento diseñado para evaluar la frecuencia y severidad de los síntomas de TEPT, se constituye por 17 ítems que responden a la evaluación de cada uno de los 17 síntomas en relación a los criterios B, C y D, recogidos del DSM – IV para el diagnóstico del trastorno. La evaluación del criterio B correspondiente a la dimensión reexperimentación se contempla en los ítems 1, 2, 3, 4 y 17; el criterio C contempla la dimensión de embotamiento afectivo y se valora mediante los ítems 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11; y, por último, la presencia del criterio D perteneciente a la dimensión de hiperactivación es estimado a través de los ítems 12, 13, 14, 15 y 16.

La escala de Davidson es un instrumento de auto informe administrado en 11 minutos aproximadamente y posee una doble escala. La escala de frecuencia ofrece cinco posibilidades en escala Likert en donde 0 equivale a nunca, 1 es igual a veces, 2 es igual a 2 -3 veces, 3 equivale a 4 – 6 veces, y 4 es igual a diario. La escala de gravedad presenta de igual manera 5 posibles respuestas nada (0), leve (1), moderada (2), marcada (3) y extrema (4), que se puntúan de igual manera que la escala anterior. El marco de referencia temporal que los sujetos deben considerar es la semana previa al llenado de la encuesta.

En cuanto a la interpretación de la Escala de Trauma de Davidson, el

rango de sus sub escalas severidad y gravedad puntúan de 0 a 68, y el valor total de la escala es de 136 puntos, en dónde a mayor puntaje obtenido mayor severidad y/o frecuencia de los síntomas.

Los autores proponen como punto de corte los 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%.

La consistencia interna general de la escala es de 0,97 según Alfa de Cronbach, en tanto, sus sub escalas de frecuencia y gravedad alcanzan puntajes de 0,98 y 0,99 respectivamente.

Validez

La validez de los instrumentos se determinó mediante el criterio de cinco jueces expertos, tres de ellos especializados y con amplia experiencia en la materia de estudio, y dos, con gran expertis en el área metodológica. Se evaluaron los criterios de relevancia, claridad y, pertinencia de cada uno de los ítems que componen ambos instrumentos, mediante una rúbrica que permitió cuantificar los valores de validez.

En este sentido, se empleó el método V de Aiken para corroborar el nivel de validez de los instrumentos, encontrándose valores superiores a .95 en ambos casos, entendiéndose que los ítems poseen un nivel excelente de relación en cuanto a las variables de estudio. De este modo, el Inventario de duelo complicado de Prigerson, arrojó un valor de 0.97 y la Escala de Trauma de Davidson alcanzó 0.100 respectivamente.

Confiabilidad

Los niveles de confiabilidad se obtuvieron tras la aplicación de una prueba piloto a 20 personas similares a la muestra que compone nuestra investigación, se hizo uso del Coeficiente Alfa de Cronbach dado que ambos instrumentos se evalúan mediante escala Likert, obteniéndose de esta manera valores superiores a .85 en ambos casos. De manera puntual se obtuvo un valor de .961 en el caso del Inventario de duelo complicado de Prigerson y un coeficiente alfa de .960 en la Escala de trauma de Davidson, concluyendo que ambos instrumentos son confiables para medir las variables en cuestión.

3.5. Procedimientos

En primer lugar, procedí a observar y analizar la realidad social actual, con el fin de identificar problemáticas relevantes que requieran nuevas investigaciones. Ante ello, creí imprescindible abarcar el escenario de la Covid 19, puesto que dicho tema ha sido ampliamente estudiado en cuanto a consecuencias en la salud física, y se ha prescindido de analizar e identificar las secuelas psicológicas del núcleo más cercano a la víctima, la familia. Quienes, debido a las iniciales prohibiciones en cuanto a rituales fúnebres, el desmejoramiento súbito del ser querido, y la imposibilidad de acompañarlo debido al riesgo alto de contagio; han desarrollado procesos de duelo complicados e incluso algunos síntomas relacionados al trastorno de estrés postraumático, tal y como lo menciona la literatura revisada.

Tras la identificación de la problemática, se establecieron los objetivos, los cuales contemplan un objetivo general y varios específicos, orientados a guiar el desarrollo de la presente investigación. Posterior a ello, se realizó una búsqueda exhaustiva de antecedentes bibliográficos a nivel internacional, nacional y local, lo cual facilitó la comprensión del fenómeno estudiado y nos permitirá comparar y discutir los resultados de nuestra investigación.

Luego, se estableció la metodología de la investigación, lo cual contempló el establecimiento del tipo y diseño de estudio, la población de interés y la muestra representativa de la misma. Asimismo, se eligieron los instrumentos a aplicar, los cuales fueron analizados y validados por profesionales expertos en la materia.

La aplicación de dichos instrumentos se realizó mediante la difusión de un cuestionario de google forms, enviada a 20 personas que conformaron la

prueba piloto, dicho material comprendía cuatro secciones: consentimiento informado, ficha sociodemográfica, Inventario de duelo complicado de Prigerson y la Escala de Trauma de Davidson. La data obtenida fue procesada por criterio de Alfa de Cronbach, mediante el programa SPSS con la finalidad de conocer la confiabilidad de los instrumentos.

Por último, se procederá a aplicar los instrumentos a la muestra total de la investigación para posteriormente plantear los resultados, contrastarlo con los antecedentes encontrados, y extraer conclusiones.

3.6. Método de análisis de datos

El presente estudio se basa en un método cuantitativo de investigación, dado que mediante la estadística pretendemos cuantificar el nivel de relación entre las variables planteadas. En ese sentido, tras la aplicación de los instrumentos se empleará el programa Microsoft Excel para tabular los datos, los cuales posteriormente serán procesados mediante el paquete estadístico SPSS v.25 con el propósito de establecer los valores de confiabilidad de los mismos.

3.7. Aspectos éticos

Esta investigación está basada en los principios éticos establecido por el Colegio de Psicólogos del Perú, respetando de este modo, el consentimiento informado y el derecho al anonimato, los mismos que se plantean de manera explícita en la primera sección del material de recolección de datos. De igual manera, los instrumentos usados han sido debidamente evaluados, demostrando ser aptos para la obtención de resultados válidos y confiables en el ámbito científico.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Pruebas de normalidad de los datos

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Si g.	Estadístico	gl	Sig.
Duelo	.166	50	.001	.920	50	.002
Estrés postraumático	.109	50	.196	.950	50	.035

Nota: Elaborado en base a la aplicación de los instrumentos en la muestra

En la tabla 1, se puede notar los supuestos de normalidad de los datos, de tal manera, debido a que la muestra fue menor o igual a 50 sujetos se consideró valorar el estadístico Shapiro-Wilk, donde se puede notar que el p valor es menor a .05 (.002; .045, $p < .050$), lo que indica que los datos poseen una distribución no normal, por lo tanto, se consideró utilizar una prueba estadística de correlaciones no paramétricas, en este caso Rho de Spearman.

Tabla 2

Correlación entre el duelo y estrés postraumático

		Duelo	Estrés postraumático
Rho de Spearman	Duelo	1	.745**
			.000
		50	50
	Estrés postraumático	.745**	1
		.000	
		50	50

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Tomado del procesamiento de datos SPSS –V.24

En la tabla 2 se puede notar la correlación entre el duelo y estrés postraumático en los familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en

Tarapoto, donde el coeficiente de correlación obtenido ($\rho=0.745^{**}$), concede asumir una relación directa positiva alta, así mismo el grado de significancia es menor al margen de error permitido ($p<.05$), con lo que se advierte que las variables están correlacionadas estadísticamente de modo significativo. Por lo tanto, se aceptó la hipótesis investigativa planteada al respecto.

Tabla 3

Correlación entre el duelo y re experimentación del trauma

			Duelo	re experimentación del trauma
Rho de Spearman	Duelo	Coeficiente de correlación	1	.731**
		Sig. (bilateral)		.000
	re experimentación del trauma	N	50	50
		Coeficiente de correlación	.731**	1
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	50	50

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Tomado del procesamiento de datos SPSS –V.24

Se puede observar en la tabla 3, el coeficiente de correlación rho de Spearman entre las variables ($\rho= 0.731^{**}$), evidenciando una relación directa positiva alta, de igual manera el sig. bilateral arroja un valor menor a 0.05, mostrando así que existe una significativa relación entre el duelo y los síntomas de re experimentación del trauma en los familiares de personas fallecidas por Covid–19 en Tarapoto, corroborando así la hipótesis específica planteada al respecto.

Tabla 4*Correlación entre el duelo y evitación y embotamiento afectivo*

			Duelo	Evitación y embotamiento afectivo
Rho de Spearman	Duelo	Coeficiente de correlación	1	.602**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	50	50
	Evitación y embotamiento afectivo	Coeficiente de correlación	.602**	1
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	50	50

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Tomado del procesamiento de datos SPSS –V.24

Acorde a la tabla 4 se puede distinguir que la correlación entre el duelo y los síntomas de evitación y embotamiento afectivo en los familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, obtenido a raíz del coeficiente Rho de Spearman es directa y positiva, además, es considerada como alta, ya que dicho valor es igual a .602**, así mismo esta relación es significativa, puesto que la sig. bilateral es menor a 0.05 (.000), por lo que se deriva que existe evidencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables sujetas a observación, con lo cual se pudo confirmar la hipótesis investigativa específica planteada sobre ella.

Tabla 5*Correlación entre el duelo y hiperactivación*

		Duelo	Hiperactivación
Rho de Spearman	Duelo	Coeficiente de correlación	1
		Sig. (bilateral)	.692**
	Hiperactivación	N	50
		Coeficiente de correlación	.692**
		Sig. (bilateral)	.000
		N	50

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Tomado del procesamiento de datos SPSS –V.24

En la tabla 5 se puede diferenciar la correlación entre el duelo y los síntomas de hiperactivación en los familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, donde el coeficiente de correlación obtenido ($\rho=0.692^{**}$), confiere inferir una relación directa positiva alta, así mismo el grado de significancia es menor al margen de error permitido ($p<.05$), con lo que se indica que las variables están correlacionadas estadísticamente de modo significativo. Por lo tanto, se aceptó la hipótesis específica investigativa planteada sobre ella.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación se planteó como propósito identificar la correlación entre el duelo y la sintomatología de estrés postraumático, en una población conformada por cincuenta familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en el periodo 2021 en Tarapoto.

En esta línea, se evidenció una alta relación positiva entre la variable duelo y la sintomatología de estrés postraumático, esto coincide con los resultados encontrados por Roldán (2017) quien identificó una prevalencia del 59,1% de síntomas relacionados al TEPT en familias que atravesaron una experiencia de pérdida caracterizada por la muerte súbita, similar a los casos suscitados en el contexto de Covid 19, los cuales fueron recogidos en este estudio.

De igual forma, dicha relación alta entre ambas variables guarda semejanza con los resultados obtenidos en el estudio de Soto (2017) quien identificó una prevalencia del 50% entre la experiencia de duelo y la sintomatología del estrés postraumático en familiares de personas fallecidas por muerte repentina.

Asimismo, los resultados hallados en la presente investigación coinciden con los encontrados por Mestanza (2020) quien estudió el grado de duelo en los familiares de pacientes fallecidos por Covid – 19. En donde se concluyó que el 59,15% de una muestra total de 149 familiares denotaban niveles altos de tristeza, desesperanza y negación.

En base a los resultados obtenidos en esta investigación, se deduce que la pérdida de un familiar, conlleva a la elaboración del proceso de duelo, el cual se da de forma natural y cumple un rol adaptativo en la experiencia del doliente. Sin embargo, en el contexto del Covid – 19 existieron factores contraproducentes para su elaboración, tal como la imposibilidad de acompañar al ser querido durante la evolución de la enfermedad o sus últimos momentos de vida, puesto que debían permanecer aislados en un centro hospitalario o cama UCI. Al producirse la pérdida, ello genera una atmósfera de irrealidad e incredulidad y por ende se desencadena una posición marcada de negación. Asimismo, el agravamiento súbito de los síntomas, genera sensación de shock, lo cual entorpece la elaboración de la pérdida puesto que se dificulta la aceptación e internalización de la misma.

De igual manera se evidenció que la pérdida de un ser querido en el contexto de Covid – 19 se relaciona a niveles altos de sintomatología re experimentativa, la cual se caracteriza por la evocación de recuerdos, flashbacks, pensamientos intrusivos y pesadillas, lo cual genera una alteración en la calidad del sueño y el desenvolvimiento normal del doliente, provocando un estado general de cansancio físico y emocional, apatía, y posibles síntomas fisiológicos relacionados a la ansiedad y el estrés.

Tomando en cuenta lo mencionado por Araujo (2020) un factor causal relacionado a la aparición de síntomas de estrés postraumático y duelo patológico en el contexto de Covid – 19 se debió en parte a la falta de implementación de estrategias de soporte ante la pérdida de parte del personal de salud. Puesto que, los médicos no se encuentran capacitados para comunicar noticias de esta índole o brindar soporte emocional, se debió precisar la intervención de profesionales de la salud mental, y así facilitar la construcción de la pérdida y fortalecer adecuadas estrategias de afrontamiento.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA

Se logró determinar la relación entre las variables de duelo y estrés postraumático, siendo esta equivalente a $.745$, lo cual denota un nivel de relación directa positiva alta. Por lo tanto, se acepta la hipótesis planteada al respecto.

SEGUNDA

Se estableció la relación entre la variable duelo y la dimensión re experimentación, concerniente a la variable estrés postraumático, siendo el nivel equivalente a $.731$, lo cual evidencia una relación directa positiva alta. De esta forma, se corrobora la hipótesis específica planteada.

TERCERA

Se identificó una relación directa positiva alta entre la variable duelo y los síntomas de evitación y embotamiento afectivo equivalente a $.602$, por lo que se deriva que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables, por lo cual se confirma la hipótesis investigativa específica planteada al respecto.

CUARTA

Se evidenció un valor de correlación de $.692$ entre la variable duelo y los síntomas de hiper activación, por lo cual confiere inferir una relación directa positiva alta entre ambas variables. Por lo tanto, se aceptó la hipótesis específica planteada sobre ella.

VII. RECOMENDACIONES

Al cuerpo médico y organismos competentes de la salud, desarrollar e implementar estrategias que permitan el acompañamiento de la familia a pacientes crónicos de Covid – 19. Así, como la asistencia de psicólogos en la comunicación del deceso, elaboración del duelo y prevención de duelo patológico, permitiendo un acompañamiento personalizado.

A los profesionales de la salud mental, psicoeducar mediante la difusión de información o programas de bienestar social que concienticen a cerca del proceso del duelo y sus implicancias. Dar a conocer las sintomatologías patológicas o factores de riesgo a lo

s que la población debe prestar atención. Y a su vez, brindar diversas estrategias de afrontamiento.

A los investigadores, ahondar en el estudio de las variables planteadas pues pertenecen a un contexto actual y relevante. Si es posible, acceder a un número de muestra superior, con el objetivo de obtener resultados más representativos.

REFERENCIAS

- Moriconi, V, Valero, E, (2020). El duelo durante la pandemia de Covid 19. Revista Investigación y Ciencia. <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/mi-verdadero-yo-804/el-duelo-durante-la-pandemia-de-covid-19-18792>.
- Mazzetti, C. (2017). Nombrar la muerte. Aproximaciones a lo indecible. Andamios, 45-76. [://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870).
- Consuegra, M. (2020) El aislamiento agrava el estado de los pacientes terminales de Covid 19 y deshumaniza su muerte. Revista Investigación y Ciencia. <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/danzaterapia-812/el-aislamiento-agrava-el-estado-de-los-pacientes-terminales-de-covid-19-y-deshumaniza-su-muerte-19191>.
- Ceberio, R. (2021). Contexto y vulnerabilidad en la crisis del covid-19: emociones y situaciones del durante e interrogantes acerca del después. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS, 19(1), 90-126. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612021000100004&lng=es&tlng=es.
- Borda, Nelly, et al. (2021). Autocontrol, preocupación, desesperanza y nivel socioeconómico en un contexto de pandemia por covid19. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS, 59-89. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612021000100003&lng=es&tlng=es.
- Herrera, P, et al. (2020). Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en adultos de Buenos Aires. Revista argentina de cardiología, 454- 459. <https://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i5.18857>.
- Urioste, R. (2020). COVID 19, Bolivia: Estado Emocional, Percepción, Acatamiento, Expectativas y Propuestas. Revista de Investigación Psicológica, (Especial), 15- 27. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322020000300004&lng=es&tlng=es.

- 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. doi: 10.15446/rcp.v26n1.51205.
- Davidson J.R.T, Book SW, Colker JT y cols. (1997). Assessment of a new self-rating Scale for posttraumatic stress disorder. *Psychol Med*; 27: 153-160.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893.
- Boelen, P. A. (2013). Symptoms of prolonged grief, depression, and adult separation anxiety: Distinctiveness and correlates. *Psychiatry Research*, 207(1-2), 68-72. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.021.
- J. (2010). Prolonged grief disorder, depression and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 374-378. doi: 10.1016/j.jad.2010.01.076
- Crespo Generelo T, Camarillo Gutiérrez L, Ruiz H de Diego. (2019) Trastorno por estrés agudo y postraumático. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
- Lorenzo Ruiz A, Guerrero Ángeles E. (2017) Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: Trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 252-265. <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/363/32>.
- Bados A. Trastorno por estrés postraumático. (2020). Universidad de Barcelona; <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115725/1/TEPT.pdf>
- Campos M. Trastorno de estrés postraumático (2016). *Revista Médica de Costa Rica*. <http://www.revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/view/124>
- Mingote Adán J, Menjón Beltrán F, Mingote Bernad B. (2019) Tratamiento de personas con trastorno de estrés postraumático. *Revista internacional de psicoanálisis*. <https://aperturas.org/imagenes/archivos/ap2019%7Dn061a12.pdf>

- Gómez-Gutiérrez, M., Chaparro-Morillo, G., Martín-de-Francisco, C. and Crespo, M. (2018) Tratamiento Cognitivo-Conductual De Un Caso De Estrés Postraumático Por Accidente Ferroviario. ¿Éxito Terapéutico O Evitación? Revista Scielo <https://doi.org/10.5093/clysa2018a15>
- Oviedo Soto, S.J., Parra Falcón, F.M., & Marquina Volcanes, M. (2009). La muerte y el duelo. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100015&lng=es&tlng=es.
- Latorre Rojas, Edna Jackeline (2009). TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO EN MENORES DESPLAZADOS POR CONFLICTOS ARMADOS EN COLOMBIA: UNA REVISION DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL. Revista Científica General José María Córdova, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476248849013>
- American Psychological Association (1995). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson S.A: Barcelona.
- Botero, G.C. (2005). Efectividad de una intervención Cognitivo – Conductual para el trastorno por Estrés Postraumático en excombatientes colombianos. Revista Educativa, 11(1), 11 – 26.
- Chero, C.E., Figueroa y G.D., Luciano. V.R. (2004). Emergencias y desastres en el Cono Este de Lima: Experiencias de Intervención en Salud Mental. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan, 5(1), 57 – 67.
- Davidson, J. R. T., y Colket, J. T. (2005). Escala 8 Items para Resultado Tratamiento del TEPT (TOP – 8). S.I.: Faes Farma.
- Davidson, J. R. T., y Smith, R. (2005). Cuestionario de Experiencia Traumática (TQ). S.I.: Faes Farma.
- Abbey, G., Thompson, S. B. N., Hickish, T. y Heathcote, D. (2014). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. Psycho-Oncology. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3654>

- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. University of Melbourne: ACPMH. <http://www.acpmh.unimelb.edu.au/resources/resourcesguidelines.html>
- Bisson, J. y Andrew, M. (2009). Psychological treatments of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). The Cochrane Library, 2009 (2), <http://www.thecochranelibrary.com>
- Kleine, R. A., Rothbaum, B. O. y van Minnen, A. (2013). Pharmacological enhancement of exposure-based treatment in PTSD: A qualitative review. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, Article ID 21626. doi:10.3402/ejpt.v4i0.21626
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P. y Lindauer, R. J. L. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1007/s00787-014-0572-5
- Gospodarevskaya, E. y Segal, L. (2012). Cost-utility analysis of different treatments for post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Children and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6:15. doi:10.1186/1753-2000-6-15
- Reger, G. M., Durham, T. L., Tarantino, K. A., Luxton, D. D., Holloway, K. M. y Lee, J. A. (2012). Deployed soldiers' reactions to exposure and medication treatments for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0028409
- Strand, V.C., Pasquale, L.E. y Sarmiento, T.L. (2004). Child and adolescent trauma measures A review. West Harrison, NY: Children F.I.R.S.T. http://www.ncswtraumaed.org/wp-content/uploads/2011/07/Child-and-AdolescentTrauma-Measures_A-Review-with-Measures.pdf

Wells, A., Walton, D., Lovell, K. y Proctor, D. (2014). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. Cognitive Therapy and Research. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-014-9636-6>

Olá, é um prazer recebê-lo do Peru. Gostaria de saber se eles distribuem as roupas da Dorota no atacado. Eu aguardo sua resposta.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e Instrumentos										
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre el duelo y el estrés postraumático en familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, 2021?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es la relación entre el duelo y los síntomas de re experimentación del trauma en los familiares de personas fallecidas por Covid 19 en Tarapoto, 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el duelo y los síntomas de evitación y embotamiento afectivo en los familiares de personas fallecidas por Covid 19 en Tarapoto, 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el duelo y los síntomas de hiperactivación en los familiares de personas fallecidas por Covid 19 en Tarapoto, 2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre el duelo y el estrés postraumático en familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, 2021.</p> <p>Objetivos específicos Conocer la relación entre el duelo y los síntomas de re experimentación del trauma en los familiares de personas fallecidas por Covid 19 en Tarapoto, 2021.</p> <p>Descubrir la relación entre el duelo y los síntomas de evitación y embotamiento afectivo en los familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, 2021.</p> <p>Identificar la relación entre el duelo y los síntomas de hiperactivación en los familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, 2021.</p>	<p>Hipótesis general H_i: Existe relación entre el duelo y el estrés postraumático en familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, 2021.</p> <p>H_o: La relación existente entre el duelo y estrés postraumático en familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, 2021 no es significativa.</p> <p>Hipótesis específicas H₁: Existe relación entre el duelo y los síntomas de re experimentación del trauma en los familiares de personas fallecidas por Covid – 19.</p> <p>H₂: Existe relación entre el duelo y los síntomas de evitación y embotamiento afectivo en los familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, 2021.</p> <p>H₃: Existe relación entre el duelo y los síntomas de hiperactivación en los familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, 2021.</p>	<p>Técnica Encuesta</p> <p>Instrumentos Duelo Complicado de Prigerson (DC) Escala de Trauma de Davidson (DTS)</p>										
Diseño de investigación	Población y muestra	Variables y dimensiones											
<p>Este estudio utilizará, un diseño investigativo no experimental, descriptivo correlacional, de corte transversal</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD M --- O1 M --- O2 O1 --- r O2 --- r </pre> </div> <p>Dónde M = Muestra O₁ = Duelo O₂ = Estrés postraumático r = Relación</p>	<p>Población La población se conformará por 2789 familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, 2021.</p> <p>Muestra La muestra estará conformada por 80 familiares de personas fallecidas por Covid – 19 en Tarapoto, 2021.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Variables</th> <th style="width: 50%;">Dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Duelo</td> <td style="text-align: center;">Alteración emocional</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Vacío y aislamiento</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Presencia y evitación de su recuerdo</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Estrés postraumático</td> <td style="text-align: center;">Re experimentación del trauma</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Embotamiento afectivo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Hiperactivación</td> </tr> </tbody> </table>		Variables	Dimensiones	Duelo	Alteración emocional	Vacío y aislamiento	Presencia y evitación de su recuerdo	Estrés postraumático	Re experimentación del trauma	Embotamiento afectivo	Hiperactivación
Variables	Dimensiones												
Duelo	Alteración emocional												
	Vacío y aislamiento												
	Presencia y evitación de su recuerdo												
Estrés postraumático	Re experimentación del trauma												
	Embotamiento afectivo												
	Hiperactivación												

Anexo 2: Matriz operacional

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Nivel de medición
Duelo	Conjunto de procesos psicológicos conscientes e inconscientes, detonada por la pérdida de una persona (Bowlby)	Evaluado a través del Inventario de Duelo Complicado de Prigerson (IDC), Un instrumento de autoevaluación para medir el duelo patológico. La adaptación colombiana de Gamba Collazos y Navia (2017) está compuesta por 21 ítems y 3 factores.	Alteración emocional y falta de aceptación	Intensidad del recuerdo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 20	Ordinal
				Negación		
				Afectación de las actividades cotidianas		
				Sentimiento de enojo		
			Vacío, aislamiento y sin sentido	Sentimiento de soledad	10, 11, 12, 16, 19, 21	
				Alteración de las habilidades sociales		
				Evitación		
			Presencia y evitación de su recuerdo	Sentimiento de culpa	15, 17, 18, 14 y 13	
				Sentimiento de vacío		
				Somatización		
Estrés postraumático	Trastorno que puede presentarse en aquellos que han experimentado o presenciado eventos que implican amenaza de muerte, muerte, daño físico o psicológico grave, de uno mismo o de otros individuos. (Botero, 2005)	La dimensión de estrés postraumático será evaluada mediante la Escala de Trauma de Davidson (DTS), compuesto por 17 ítems que evalúan los síntomas en relación a los criterios B, C y D según el DSM – IV.	Re experimentación del trauma	Recuerdos intrusivos	1, 2, 3, 4, 17	Ordinal
				Pesadillas		
				Reviviscencias		
				Sentimiento de nerviosismo y miedo		
			Evitación y embotamiento afectivo	Evitación	6, 7, 8, 9, 10, 11	
				Insatisfacción		
				Enajenación		
				Aplanamiento afectivo		
			Hiperactivación	Alteraciones del sueño	12, 13, 14, 15, 16	
				Irritabilidad		
				Dificultad para concentrarse		

Anexo 3: Instrumentos

Inventario del duelo complicado de Prigerson

(IDC)

Indicaciones:

El siguiente cuestionario como propósito evaluar algunas de las reacciones que en el presente usted experimenta en relación al fallecimiento de un ser querido. Por favor, seleccione para cada afirmación la opción que más se adapte a su experiencia.

N°	ÍTEM	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.					
2	Los recuerdos de la persona que murió me agobian.					
3	Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.					
4	Anhelo a la persona que murió.					
5	Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.					
6	No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.					
7	No puedo creer que haya sucedido.					
8	Me siento aturdido por lo sucedido.					
9	Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.					
10	Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente.					

11	Desde que él/ ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.					
12	Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.					
13	Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que murió.					
14	Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.					
15	Me desvié de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.					
16	Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.					
17	Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.					
18	Veó a la persona que murió de pie delante de mí.					
19	Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.					
20	Siento amargura por la muerte de esa persona.					
21	Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.					

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

Jonathan R.T Davidson

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana. Escribe en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

	Frecuencia	Gravedad
	0 = nunca	0 = nada
	1 = a veces	1 = leve
	2 = 2 -3 veces	2 = moderada
	3 = 4 – 6 veces	3 = marcada
	4 = a diario	4 = extrema

N°	ÍTEM	Frecuencia	Gravedad
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?		
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?		
3	¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera repitiendo?		
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?		
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)		
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?		
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?		
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?		
9	¿Ha tenido dificultades para disfrutar las cosas?		
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?		
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?		
12	¿Ha tenido dificultad para encontrar una vida larga y cumplir sus objetivos?		
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?		

14	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?		
15	¿Ha tenido dificultades de concentración?		
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”		
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?		

doi: 10.15446/rcp.v26n1.51205

Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana*

HÉCTOR ALFREDO GAMBA-COLLAZOS

CARMEN ELVIRA NAVIA

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v26n1/0121-5469-rcps-26-01-00015.pdf>

Evaluar.
2003, n° 3 (julio)

Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Córdoba (Argentina). ISSN N°1667-4545

La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson

Villafañe, A. *, Milanesio, M. S. *, Marcellino, C. M.,
Amodei, C. **

*Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba

** Laboratorio B/ Psicobiología Experimental. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba

[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/608-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2095-1-10-20120207%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/608-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2095-1-10-20120207%20(6).pdf)

Anexo 6: Consentimiento informado

Si usted decide participar de esta investigación, deberá seleccionar la opción "acepto" para dar inicio al llenado del formulario. De lo contrario, seleccione "no acepto".

Justificación del estudio:

Conocer el desarrollo del duelo en el contexto de la Covid - 19 y su tendencia patológica, siendo los resultados de esta investigación útiles para implementar estrategias oportunas que permitan prevenir el duelo complicado.

Procedimiento del estudio:

Para el presente estudio se le solicitará que complete una ficha de datos sociodemográficos y dos cuestionarios. Dicha actividad le tomará un tiempo aproximado de 20 minutos.

Riesgos:

La realización del presente estudio no provocará ningún tipo de riesgo físico, psicológico y/o social para los participantes.

Beneficios:

Los participantes de este proyecto de investigación recibirán a su correo electrónico, en formato PDF, una guía que contemplará estrategias de afrontamiento ante la pérdida de un familiar. Dicho material será elaborado y revisado por varios profesionales de la salud mental.

Confidencialidad de la información:

Las respuestas brindadas por los participantes serán anónimas, de modo que la confidencialidad de la información recolectada estará garantizada.

Contacto con la investigadora en caso de consultas o comentarios:

Fabiola Stephany Mesia Reátegui

Correo: fmesia@ucvvirtual.edu.pe

Celular: 954 911 987

Anexo 7: Criterio de jueces

Evidencias de Validez de contenido del Inventario de Duelo Complicado de Prigerson (IDC)

Ítem	juez					Sx1	Mx	CVC1	Pei	CVC1C
	1	2	3	4	5					
Ítem 01	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 02	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 03	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 04	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 05	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 06	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 07	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 08	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 09	0	3	3	3	3	12	4.0	0.8	0.00032	0.80
Ítem 10	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 11	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 12	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 13	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 14	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 15	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 16	2	3	3	3	3	14	4.7	0.9	0.00032	0.93
Ítem 17	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 18	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 19	0	3	3	3	3	12	4.0	0.8	0.00032	0.80
Ítem 20	0	3	3	3	3	12	4.0	0.8	0.00032	0.80
Ítem 21	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00

0.97

Evidencias de validez de contenido de la Escala de Trauma de Davidson (DTS)

Ítem	juez 1	juez 2	juez 3	juez 4	juez 5	Sx1	Mx	CVC1	Pei	CVC1C
Ítem 01	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 02	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 03	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 04	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 05	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 06	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 07	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 08	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 09	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 10	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 11	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 12	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 13	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 14	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 15	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
Ítem 16	2	3	3	3	3	14	4.7	0.9	0.00032	0.93
Ítem 17	3	3	3	3	3	15	5.0	1.0	0.00032	1.00
										1.00

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: PAREDES JARA FERNANDO ANTONIO
DNI: 18160530

Experiencia profesional del validador (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UCV	DOCENTE	TRUJILLO	06 AÑOS	Desarrollo del curso psicometría

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específicos del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Trujillo, 27 de junio de 2021



FERNANDO ANTONIO PAREDES JARA

PSICÓLOGO

CPSP 13444

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: GÓMEZ PAREDES RICARDO ALBERTO
DNI: 06050170

Formación académica del validador (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Universidad Inca Garcilaso de la Vega	Psicólogo	1979-1985

Experiencia profesional del validador (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	Universidad Peruana Unión	Psicólogo	Tarapoto	2010 hasta hoy	Docente-Psicólogo
02	Universidad César Vallejo	Psicólogo	Tarapoto	2010 hasta hoy	Docente- Psicólogo

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

26 de junio del 2021

Mg. RICARDO ALBERTO GOMEZ PAREDES
PSICOLOGO
C.Ps.P. N°5896

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: **ESPIÑOZA GARCIA SANDRA**
 DNI: **42604315**

Formación académica del validador (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	Mg. Gestión Pública	2017 - 2019
02	INSTITUTO PERUANO DE PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (IPSI-COC)	Psicoterapeuta cognitivo conductual	2013 - 2015

Experiencia profesional del validador (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	CSHC. BUJOS SHILCAVO	PSICOLOGA	BUJOS SHILCAVO	2018 - ACTUALIDAD	Atenciones Ambulatoria problemas Psicosociales y trastorno mental.
02	CONSULTORIO Psicología RENARCO	Psicóloga y Gerente General	TARAPOTO	2016 - ACTUALIDAD	Tratamiento usuarios Problemas y/o Trastornos Mentales.
03	CENTRO DE SALUD URBANO DE ABRIL	PSICOLOGA	TARAPOTO	2016 - 2018	Atención Problemas y/o Trastornos Mentales

- ¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 Mg. Sandra Espinoza Garcia
 PSICÓLOGA - PSICOTERAPEUTA
 C.P.S.P. 21955

28 de 06 del 2021

Firma del Experto Informante

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dra. Janira Isabel Kino Saravia DNI: 16801756

Formación académica del validador (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Universidad César Vallejo	Maestría en docencia universitaria	2006-2008
02	Universidad César Vallejo	Doctorado en educación	2014-2018
03	Evalúa calidad y el centro de estudios y promoción del desarrollo	Diplomado en Investigación científica	2021
04	Evalúa calidad y el centro de estudios y promoción del desarrollo	Diplomado en Estadística para la investigación	2021

Experiencia profesional del validador (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	Universidad César Vallejo	Docente a tiempo completo/jefa	Tarapoto	2008- 2012	Jefa del Programa de formación general e Investigación
02	Universidad César Vallejo	Docente a tiempo completo/ jefa	Tarapoto	2013- 2018	Jefa del Programa de formación general
03	Universidad César Vallejo	Docente a tiempo completo	Chiclayo	2019- 2021	Docente de metodología de la investigación y desarrollo de tesis Programa de investigación formativa

27 de junio del 2021



Dr. Janira Kino Saravia

C.P.S.P 0357352

Firma del Experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: **Manrique Tapia, César Raúl**
DNI: 09227908

Formación académica del validador (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Universidad Inca Garcilaso de la Vega	Psicólogo	1980-1986

Experiencia profesional del validador (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	Universidad Privada del Norte	Psicólogo	Lima	2012 – 2016	Docente
02	Universidad Tecnológica del Perú	Psicólogo	Lima	2015 - actualidad	Docente

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

26 de junio del 2021



Mg. César Raúl Manrique Tapia
Psicólogo Clínico
C. Ps. P. 9892

Nº	DIMENSIONES / Ítema	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DIMENSION 1: Alteración emocional y falta de aceptación								
1	Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	X		X		X		
2	Me siento aturdido por lo sucedido.	X		X		X		○ (a)
3	Añhelo a la persona que murió.	X		X			X	
4	Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	X		X		X		
5	Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	X		X		X		
6	Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	X		X		X		
7	No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	X		X		X		
8	No puedo creer que haya sucedido.	X		X		X		
9	Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.		X		X		X	NO MIDE DIMENSION
20	Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.		X		X		X	MIDE PATOLOGÍA ESQUIZOFRENIA
DIMENSION 2: Vacío, aislamiento y sin sentido								
10	Siento amargura por la muerte de esa persona.	X		X		X		
11	Siento que es injusto que yo viva mientras él/ella ha muerto.	X		X		X		
12	Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella murió.	X		X		X		
16	Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de confiar en la gente.	X		X			X	NO TIENE RELACIÓN "CONFIAR EN LA GENTE"
19	Veo a la persona que murió de pie delante de mí.		X		X		X	PATOLOGÍA
21	Me desvío de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	X		X		X		
DIMENSION 3: Presencia del fallecido y evitación de su recuerdo								
15	Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	X		X		X		
17	Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	X		X		X		
18	Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que murió.	X		X		X		
19	Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	X		X		X		
14	Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	X		X		X		

Nº	DIMENSIONES / Ítema	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DIMENSION 1: Alteración emocional y falta de aceptación								
1	Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	X		X		X		
2	Me siento aturdido por lo sucedido.	X		X		X		
3	Añhelo a la persona que murió.	X		X		X		
4	Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	X		X		X		
5	Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	X		X		X		
6	Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	X		X		X		
7	No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	X		X		X		
8	No puedo creer que haya sucedido.	X		X		X		
9	Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	X		X		X		
20	Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	X		X		X		
DIMENSION 2: Vacío, aislamiento y sin sentido								
10	Siento amargura por la muerte de esa persona.	X		X		X		
11	Siento que es injusto que yo viva mientras él/ella ha muerto.	X		X		X		
12	Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella murió.	X		X		X		
16	Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de confiar en la gente.	X		X		X		
19	Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	X		X		X		
21	Me desvío de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	X		X		X		
DIMENSION 3: Presencia del fallecido y evitación de su recuerdo								
15	Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	X		X		X		
17	Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	X		X		X		
18	Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que murió.	X		X		X		
19	Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	X		X		X		
14	Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	X		X		X		

Nº	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DIMENSION 1: Re experimentación del trauma								
1	He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.	X		X		X		
2	He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.	X		X		X		
5	He sentido que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.	X		X		X		
4	Hay cosas que me lo han hecho recordar.	X		X		X		
17	He estado nervioso o me he asustado fácilmente.	X		X		X		
DIMENSION 2: Evitación y Embotamiento afectivo								
6	He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.	X		X		X		
7	He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran al acontecimiento.	X		X		X		
8	He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.	X		X		X		
9	He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.	X		X		X		
10	Me he sentido distante o alejado de la gente.	X		X		X		
11	He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.	X		X		X		
DIMENSION 3: Hiperactivación								
12	He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.	X		X		X		
13	He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.	X		X		X		
14	He estado irritable o he tenido accesos de ira.	X		X		X		
15	He tenido dificultades para concentrarme.	X		X		X		
16	Me he sentido nervioso, fácilmente distraído o en guardia.	X		X		X		

Nº	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DIMENSION 1: Re experimentación del trauma								
1	He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.	X		X		X		
2	He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.	X		X		X		
5	He sentido que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.	X		X		X		
4	Hay cosas que me lo han hecho recordar.	X		X		X		
17	He estado nervioso o me he asustado fácilmente.	X		X		X		
DIMENSION 2: Evitación y Embotamiento afectivo								
6	He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.	X		X		X		
7	He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran al acontecimiento.	X		X		X		
8	He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.	X		X		X		
9	He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.	X		X		X		
10	Me he sentido distante o alejado de la gente.	X		X		X		
11	He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.	X		X		X		
DIMENSION 3: Hiperactivación								
12	He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.	X		X		X		
13	He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.	X		X		X		
14	He estado irritable o he tenido accesos de ira.	X		X		X		
15	He tenido dificultades para concentrarme.	X		X		X		
16	Me he sentido nervioso, fácilmente distraído o en guardia.	X		X		X		

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹	Relevancia ²	Claridad ³	Sugerencias
DIMENSION 1: Alteración emocional y falta de aceptación					
1	Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	X	X	X	
2	Me siento aturrido por lo sucedido.	X	X	X	
3	Añhelo a la persona que murió.	X	X	X	
4	Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	X	X	X	
5	Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	X	X	X	
6	Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	X	X	X	
7	No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	X	X	X	
8	No puedo creer que haya sucedido.	X	X	X	
9	Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	X	X	X	
20	Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	X	X	X	
DIMENSION 2: Vacío, aislamiento y sin sentido					
10	Siento amargura por la muerte de esa persona.	X	X	X	
11	Siento que es injusto que yo viva mientras él/ella ha muerto.	X	X	X	
12	Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella murió.	X	X	X	
16	Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de confiar en la gente.	X	X	X	
18	Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	X	X	X	
21	Me desvío de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	X	X	X	
DIMENSION 3: Presencia del fallecido y evitación de su recuerdo					
15	Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	X	X	X	
17	Tengo alguno de los síntomas que sufre la persona que murió.	X	X	X	
18	Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que murió.	X	X	X	
13	Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	X	X	X	
14	Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	X	X	X	

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹	Relevancia ²	Claridad ³	Sugerencias
DIMENSION 1: Re experimentación del trauma					
1	He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.	X	X	X	
2	He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.	X	X	X	
3	He sentido que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.	X	X	X	
4	Hay cosas que me lo han hecho recordar.	X	X	X	
17	He estado nervioso o me he asustado fácilmente.	X	X	X	
DIMENSION 2: Evitación y Embotamiento afectivo					
6	He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.	X	X	X	
7	He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran al acontecimiento.	X	X	X	
8	He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.	X	X	X	
9	He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.	X	X	X	
10	Me he sentido distante o alejado de la gente.	X	X	X	
11	He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.	X	X	X	
DIMENSION 3: Hiperactivación					
12	He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.	X	X	X	
13	He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.	X	X	X	
14	He estado irritable o he tenido accesos de ira.	X	X	X	
15	He tenido dificultades para concentrarme.	X	X	X	
16	Me he sentido nervioso, fácilmente distraído o en guardia.	X	X	X	

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹	Relevancia ²	Claridad ³	Sugerencias
DIMENSION 1: Alteración emocional y falta de aceptación					
1	Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	X	X	X	
2	Me siento aturrido por lo sucedido.	X	X	X	
3	Añhelo a la persona que murió.	X	X	X	
4	Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	X	X	X	
5	Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	X	X	X	
6	Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	X	X	X	
7	No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	X	X	X	
8	No puedo creer que haya sucedido.	X	X	X	
9	Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	X	X	X	
20	Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	X	X	X	
DIMENSION 2: Vacío, aislamiento y sin sentido					
10	Siento amargura por la muerte de esa persona.	X	X	X	
11	Siento que es injusto que yo viva mientras él/ella ha muerto.	X	X	X	
12	Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella murió.	X	X	X	
16	Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de confiar en la gente.	X	X	X	
18	Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	X	X	X	
21	Me desvío de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	X	X	X	
DIMENSION 3: Presencia del fallecido y evitación de su recuerdo					
15	Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	X	X	X	
17	Tengo alguno de los síntomas que sufre la persona que murió.	X	X	X	
18	Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que murió.	X	X	X	
13	Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	X	X	X	
14	Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	X	X	X	

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹	Relevancia ²	Claridad ³	Sugerencias
DIMENSION 1: Re experimentación del trauma					
1	He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.	X	X	X	
2	He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.	X	X	X	
3	He sentido que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.	X	X	X	
4	Hay cosas que me lo han hecho recordar.	X	X	X	
17	He estado nervioso o me he asustado fácilmente.	X	X	X	
DIMENSION 2: Evitación y Embotamiento afectivo					
6	He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.	X	X	X	
7	He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran al acontecimiento.	X	X	X	
8	He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.	X	X	X	
9	He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.	X	X	X	
11	He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.	X	X	X	
DIMENSION 3: Hiperactivación					
12	He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.	X	X	X	
13	He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.	X	X	X	
14	He estado irritable o he tenido accesos de ira.	X	X	X	
15	He tenido dificultades para concentrarme.	X	X	X	
16	Me he sentido nervioso, fácilmente distraído o en guardia.	X	X	X	

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSION 1: Alteración emocional y falta de aceptación								
1	Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	X		X		X		
2	Me siento aturrido por lo sucedido.	X		X		X		
3	Añhelo a la persona que murió.	X		X		X		
4	Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	X		X		X		
5	Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	X		X		X		
6	Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	X		X		X		
7	No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	X		X		X		
8	No puedo creer que haya sucedido.	X		X		X		
9	Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	X		X		X		
20	Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	X		X		X		
DIMENSION 2: Vacío, aislamiento y sin sentido								
10	Siento amargura por la muerte de esa persona.	X		X		X		
11	Siento que es injusto que yo viva mientras él/ella ha muerto.	X		X		X		
12	Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella murió.	X		X		X		
14	Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de confiar en la gente.	X		X		X		
19	Veó a la persona que murió de pie delante de mí.	X		X		X		
21	Me desví de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	X		X		X		
DIMENSION 3: Presencia del fallecido y evitación de su recuerdo								
16	Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	X		X		X		
17	Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	X		X		X		
18	Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que murió.	X		X		X		
15	Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	X		X		X		
14	Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	X		X		X		

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSION 1: Re experimentación del trauma								
1	He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.	X		X		X		
2	He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.	X		X		X		
3	He sentido que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.	X		X		X		
4	Hay cosas que me lo han hecho recordar.	X		X		X		
17	He estado nervioso o me he asustado fácilmente.	X		X		X		
DIMENSION 2: Evitación y Embotamiento afectivo								
6	He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.	X		X		X		
7	He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran al acontecimiento.	X		X		X		
8	He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.	X		X		X		
9	He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.	X		X		X		
10	Me he sentido distante o alejado de la gente.	X		X		X		
11	He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.	X		X		X		
DIMENSION 3: Hiperactivación								
12	He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.	X		X		X		
13	He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.	X		X		X		
14	He estado irritable o he tenido accesos de ira.	X		X		X		
15	He tenido dificultades para concentrarme.	X		X		X		
16	Me he sentido nervioso, fácilmente distraído o en guardia.	X		X		X		

Anexo 8: Resultados de la prueba piloto

PT	Dimensión 1: Alteración emocional y falta de aceptación										Dimensión 2: Vacío, aislamiento y sin sentido						Dimensión 3: Presencia y evitación de su recuerdo					
	1. Pienso tanto en la pers	2. Los recuerdos	3. Siento que	4. Anhelo a la pers	5. Me siento atraído/a	6. No puedo evitar sentir	7. No puedo creer que	8. Me siento aturdido	9. Desde que él/ella	20. Siento amargur	10. Desde que él/ella	11. Desde que él/ella	12. Me siento solo/a	16. Siento que la	19. Siento que es	21. Siento envidia de	13. Siento dolores en la	14. Tengo alguno de los	15. Me desvío de mi cami	17. Escucho la voz de la	18. Veo a la persona que	
P1	3	4	4	4	3	4	4	3	2	4	2	2	3	4	3	2	2	2	3	3	2	63
P2	3	3	4	3	2	3	4	2	1	4	1	2	3	4	3	2	1	1	1	3	2	52
P3	3	3	4	4	2	3	4	2	1	4	1	2	2	4	4	2	1	1	1	3	2	53
P4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4	1	2	3	4	4	0	2	2	1	4	3	62
P5	2	3	3	4	3	4	3	2	1	4	1	2	2	3	2	3	1	1	1	2	1	48
P6	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	3	4	4	4	4	2	2	1	3	3	71
P7	2	3	3	4	2	3	3	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	38
P8	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	3	4	4	4	0	3	3	0	2	2	65
P9	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	2	3	3	3	4	1	2	2	0	2	2	61
P10	3	3	3	4	2	4	4	4	4	3	1	1	2	3	2	0	1	1	4	1	0	50
P11	3	4	3	4	3	3	3	2	1	3	2	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	46
P12	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	14
P13	3	3	3	4	2	2	3	2	0	3	1	2	2	3	2	0	1	1	0	2	1	40
P14	3	3	4	4	3	3	3	2	2	4	1	2	3	3	0	0	0	1	0	0	0	41
P15	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	2	2	73
P16	2	3	4	3	2	4	2	2	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	29
P17	3	4	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	1	1	0	2	1	44
P18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	2	2	75
P19	2	2	1	3	2	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	0	2	2	1	0	0	44
P20	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	0	3	3	71
P21	3	2	1	4	2	2	2	1	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	23
P22	2	2	3	4	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	0	1	1	2	2	1	32
P23	4	1	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	2	3	3	4	4	3	73
P24	3	0	3	4	3	4	4	3	2	4	3	3	4	3	2	1	2	2	3	3	3	59
P25	2	1	2	3	2	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	4	2	20
P26	4	0	4	4	4	0	4	0	4	0	3	3	4	2	0	0	4	4	4	4	0	52
P27	3	1	4	4	2	2	3	3	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	28
P28	2	1	2	3	1	1	1	2	2	1	2	2	3	2	1	1	2	2	2	1	1	35
P29	3	1	3	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	3	3	2	3	3	3	4	4	65
P30	4	0	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	2	4	2	1	2	4	1	64
P31	3	2	1	3	0	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	1	0	0	31
P32	1	1	0	4	2	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	14
P33	2	2	1	4	1	1	2	1	0	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0	1	0	22
P34	3	4	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	3	3	2	1	3	3	4	3	2	65
P35	3	1	2	4	4	1	1	1	2	1	1	3	3	4	3	1	2	2	4	2	2	47
P36	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	4	3	1	2	2	2	2	2	59
P37	3	3	3	4	4	2	3	2	2	2	2	2	3	3	1	0	3	3	2	3	2	52
P38	3	1	3	4	2	2	3	3	1	2	1	3	4	3	2	1	2	2	1	3	1	47
P39	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	3	3	3	0	4	3	72
P40	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	3	3	3	4	2	2	3	3	1	3	1	64
P41	4	4	4	4	4	3	4	3	2	3	2	3	4	4	2	1	3	3	2	4	2	65
P42	3	2	4	4	3	3	4	3	3	4	2	2	4	3	2	1	3	3	2	3	1	59
P43	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	2	1	4	3	2	3	2	68
P44	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	0	3	3	71
P45	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	2	2	73
P46	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	2	1	4	3	2	3	2	68
P47	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	3	4	4	4	0	3	3	0	2	2	65
P48	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	2	2	73
P49	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4	4	4	4	4	0	2	2	1	4	3	62
P50	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	4	3	1	2	2	2	2	2	59



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, SAAVEDRA MELENDEZ JANINA, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TARAPOTO, asesor de Tesis Completa titulada: "Duelo y estrés postrumático en familiares de personas fallecidas por Covid - 19 en Tarapoto, 2021.", cuyo autor es MESIA REATEGUI FABIOLA STEPHANY, constato que la investigación tiene 14% de índice de similitud, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TARAPOTO, 25 de Enero del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
SAAVEDRA MELENDEZ JANINA DNI: 70761493 ORCID 0000-0002-7571-7271	Firmado digitalmente por: JASAAVEDRAME el 25- 01-2022 07:05:58

Código documento Trilce: TRI - 0286260