

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias Tecnologías Sociales y
Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**“SINTOMATOLOGÍA DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DUELO COMPLICADO
EN FAMILIARES DE PACIENTES QUE FALLECIERON EN UCI POR COVID-19 EN
AREQUIPA”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Alvarez Nayhua, Alejandra Soledad

Fuentes Torres, Andrea Consuelo

Para optar el Título Profesional de

Licenciada en Psicología

Asesor:

Mg. Ramos Vargas, Luis Fernando

Arequipa - Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
PSICOLOGIA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 15 de Mayo del 2023

Dictamen: 007245-C-EPSIC-2023

Visto el borrador del expediente 007245, presentado por:

2017200102 - FUENTES TORRES ANDREA CONSUELO
2017220132 - ALVAREZ NAYHUA ALEJANDRA SOLEDAD

Titulado:

**SINTOMATOLOGÍA DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DUELO COMPLICADO EN FAMILIARES DE
PACIENTES QUE FALLECIERON EN UCI POR COVID-19 EN AREQUIPA**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

29281582 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA
DICTAMINADOR



29680041 - LARA QUILLA JAIME ERNESTO
DICTAMINADOR



29606304 - PUMA HUACAC ROGER FREDDY
DICTAMINADOR



Dedicatorias

A mi padre, Aledio, quien estuvo siempre conmigo, apoyándome y brindándome su amor y enseñanzas, las cuales llevaré siempre dentro de mi corazón al igual que su recuerdo, fuente de inspiración para llevar a cabo esta investigación, con quien me hubiera gustado compartir este logro.

A mi madre Natty, quién me sigue enseñando a ser perseverante y me motiva a seguir en los momentos difíciles. A mis hermanos, Junior y Aledio, por su compañía y palabras de aliento.

A Andrea Fuentes, quien estuvo conmigo desde que empecé mi etapa universitaria demostrando con acciones ser una gran amiga y persona.

Alejandra Soledad Alvarez Nayhua

A mi amada familia, mis padres, Gustavo y Rocio, por ser mi principal ejemplo de superación y perseverancia; a mi hermana Abigail, la persona más valiente que conozco; y a mi pequeño Brownie. Gracias por su amor, apoyo incondicional, confianza y por impulsarme a realizar mis sueños, este logro les pertenece.

A mi abuelito, Máximo Torres, que su lamentable partida inspiró esta investigación, lo extraño todos los días.

A mi mejor amigo y enamorado, Esteban Montes, por acompañarme en los momentos más felices como en los más difíciles, siempre alentándome a ser mi mejor versión.

Por último, a mi compañera y gran amiga, Alejandra Alvarez, por formar parte fundamental de mi vida universitaria y de la realización de esta investigación, sé que lograrás todo lo que te propongas.

Andrea Consuelo Fuentes Torres

Agradecimientos

Nos es grato haber contado con el Mg. Luis Ramos por su paciencia, su dedicación y brindarnos su conocimiento al momento de asesorarnos en la realización de esta tesis. De igual manera, agradecemos al Mg. Luis Taype, ya que este proyecto dio inicio con su mentoría, por su disposición y el tiempo brindado para resolver nuestras dudas.

Finalmente, agradecemos a las personas que se tomaron su tiempo para participar de este proyecto al compartir un tema sensible con nosotras.

Resumen

La pandemia por COVID-19 es la causa de más de 6 millones de muertes al nivel mundial, así como, de crisis en diversos aspectos (sanitaria, política, social, psicológico, etc), y sus consecuencias en la población son múltiples. En esta investigación buscamos enfocarnos en el duelo, el cual se vio afectado por factores que influyeron en este proceso a razón de la pandemia convirtiéndose en duelo complicado. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la sintomatología del estrés postraumático y el duelo complicado en los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19 en la ciudad de Arequipa, la muestra estuvo compuesta por un total de 60 familiares, hombres y mujeres, entre 18 y 65 años. Además, la metodología es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental transversal de alcance correlacional. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Trauma de Davidson (DTS) y el Inventario de Duelo Complicado (IDC), ambos estandarizadas en Perú, con los cuales obtuvimos como resultado una relación directa positiva alta ($r=.692$) entre nuestras variables.

Palabras clave: duelo, duelo complicado, pandemia, COVID-19, coronavirus, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), síntomas, TEPT

Abstract

The COVID-19 pandemic is the cause of more than 6 million deaths worldwide, as well as crises in various aspects (health, political, social, psychological, etc.), and its consequences on the population are multiple. In this research we seek to focus on grief, which was affected by factors that influenced this process due to the pandemic, becoming complicated grief. This research aimed to determine the relationship between the symptoms of post-traumatic stress and complicated grief in the relatives of patients who died in the Intensive Care Unit (ICU) in the context of the health crisis caused by COVID-19 in the city of Arequipa, the sample consisted of a total of 60 family members, men and women, between 18 and 65 years of age. In addition, the methodology has a quantitative approach, the cross-sectional non-experimental design of correlational scope. The instruments used were the Davidson Trauma Scale (DTS) and the Complicated Grief Inventory (IDC), both standardized in Peru, with which we obtained as results a high positive direct relationship ($r=.692$) between our variables.

Key words: grief, complicated grief, pandemic, COVID-19, coronavirus, Intensive Care Unit (ICU), symptoms, PTSD

Índice

Dedicatorias	ii
Agradecimientos	ivv
Resumen	v
Abstract.....	vii
Introducción.....	12
CAPÍTULO I. PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO	14
Pregunta de investigación.....	15
Definición Operacional de las Variables	15
Variable 1. Sintomatología de Estrés Postraumático	15
Variable 2. Duelo Complicado	15
Objetivos.....	16
Objetivo General:.....	16
Objetivos Específicos:	16
Antecedentes Teórico-Investigativos	17
COVID-19.....	17
Síntomas	17
Estadísticas	18
Impacto.....	18
Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).....	20
Conceptualización	20
UCI y COVID-19 en Perú.....	20

Sintomatología de Estrés Post-Traumático	22
Antecedentes	22
Conceptualización	23
Factores de riesgo.....	23
Factores de protección.....	24
Criterios Diagnósticos	25
Duelo Complicado	28
Duelo	28
Etapas del Duelo.....	29
Factores que complican el duelo en el contexto de COVID-19.....	31
Hipótesis	35
CAPÍTULO II. MÉTODO.....	40
Método.....	37
Instrumentos	37
Escala de Trauma de Davidson (DTS).....	37
Inventario de Duelo Complicado (IDC)	39
Participantes	40
Procedimiento.....	41
Consideraciones éticas.....	43
Análisis de Datos	43
CAPÍTULO III. RESULTADOS	45
Discusión	59

Conclusiones.....	62
Sugerencias.....	64
Limitaciones	70
Referencias	67
Anexo (s)	73



Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Cuadro comparativo de los Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-IV y DSM-5</i>	25
Tabla 2 <i>Pruebas de normalidad</i>	46
Tabla 3 <i>Sintomatología de estrés postraumático y Duelo complicado</i>	47
Tabla 4 <i>Sintomatología de estrés postraumático y Duelo complicado de acuerdo con el año de análisis</i>	48
Tabla 5 <i>Dimensiones de Sintomatología de estrés postraumático y Duelo complicado</i>	49
Tabla 6 <i>Sintomatología de estrés postraumático y las dimensiones del Duelo complicado</i>	50
Tabla 7 <i>Sintomatología del estrés postraumático según el sexo de los familiares</i>	51
Tabla 8 <i>Diferencias significativas sobre la sintomatología del estrés postraumático según el sexo de los familiares</i>	51
Tabla 9 <i>Sintomatología del estrés postraumático según el parentesco de los pacientes fallecidos</i>	52
Tabla 10 <i>Diferencias significativas sobre la sintomatología del estrés postraumático según el parentesco de los pacientes fallecidos</i>	53
Tabla 11 <i>Sintomatología del estrés postraumático según la edad de los familiares</i>	53
Tabla 12 <i>Diferencias significativas sobre la sintomatología del estrés postraumático según la edad de los familiares</i>	54
Tabla 13 <i>Duelo complicado según el sexo en los familiares</i>	55

Tabla 14 <i>Diferencias significativas sobre duelo complicado según el sexo en los familiares</i>	55
Tabla 15 <i>Duelo complicado según el parentesco de los pacientes fallecidos</i>	56
Tabla 16 <i>Diferencias significativas sobre duelo complicado según el parentesco de los pacientes fallecido</i>	57
Tabla 17 <i>Duelo complicado según la edad de los familiares</i>	57
Tabla 18 <i>Diferencias significativas sobre duelo complicado según la edad de los familiares</i>	58



Introducción

La crisis sanitaria por COVID-19 ha afectado a la población de diversas maneras, una de ellas es el aumento de la tasa de mortalidad a nivel mundial, enfocándonos específicamente en Perú, según el Ministerio de Salud (MINSA, 2023) las estadísticas apuntan que han existido hasta el 20 de Abril del 2023 más de 4 500 066 casos de infectados y sumando un total de 220 085 fallecidos por esta enfermedad. También, de acuerdo a la psicología que estudia los procesos anormales, la crisis sanitaria representa una nueva forma de estresor o trauma para la población en general (Rodríguez et al., 2020).

A pesar de que se han eliminado las restricciones y las medidas de protección ya no son obligatorias, no es discutible que este virus impactó negativamente en la salud mental de la población a razón del aislamiento social, el cambio drástico en la rutina diaria, y en la pérdida de seres queridos.

Cuando se ingresaba a un paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se tomaban medidas de prevención como el aislamiento del paciente y la restricción de las visitas de los familiares con el objetivo de evitar la propagación del virus. Esta experiencia repercute psicológicamente ya que el proceso de duelo experimentado en estos casos se ha visto alterado por diversos factores como: no tener la posibilidad de ver y comunicarse con su ser querido y, no tener conocimiento del estado del paciente, lo que genera inquietud y un aumento en los niveles de estrés y ansiedad.

Cabe resaltar que el momento de recibir la noticia del fallecimiento del paciente podría significar un suceso traumático y de incertidumbre debido a que el protocolo indicaba que la funeraria debía retirar el cuerpo del paciente del hospital en un ataúd sellado, lo que imposibilitó que los familiares verifiquen si se trataba de su pariente.

Entonces, un proceso de duelo en las circunstancias descritas anteriormente puede ocasionar una dificultad en la superación de las etapas (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) generando malestar y en el peor de los casos puede derivar a un cuadro clínico (Larrotta et al., 2020).

Ortiz (2021) señala 11 factores que complican el proceso de afrontamiento de duelo en épocas de COVID-19, siendo estos: imprevisibilidad, repentino, distancia, miedo, separación, poco acceso a redes de apoyo, ira, falta de especialidad, recordatorios continuos, ausencia de rituales y dificultad para expresar lo sucedido.

Gracias al estudio que realizaron Breen et al. (2021) sobre el deterioro funcional después del duelo a causa de COVID-19 se puede evidenciar la importancia del papel que desempeñan los psicólogos y otros profesionales de la salud mental para tomar medidas de prevención, intervención y la realización de un adecuado seguimiento, por lo que buscamos con nuestro estudio dar la importancia debida a las complicaciones que han afrontado estas personas e indagar otras consecuencias que ha traído consigo la alteración del proceso de este duelo, y así poder dar inicio a investigaciones futuras para la contribución de nuevos métodos de intervención en estos casos.



CAPÍTULO I

PROBLEMA Y

MARCO TEÓRICO

Capítulo I. Problema y Marco Teórico

Pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona la sintomatología del estrés postraumático y el duelo complicado en los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19 en la ciudad de Arequipa?

Definición Operacional de las Variables

Variable 1. Sintomatología de Estrés Postraumático

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014, pp. 271-280) en el DSM-V la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es definida como la respuesta a un suceso altamente estresante, ya sea un evento amenazante para él mismo o en su entorno.

La sintomatología de Estrés Postraumático se evaluó mediante la Escala de Trauma de Davidson (ETD), la cual evalúa dos dimensiones; la frecuencia con la que se presentan los síntomas y la gravedad de cada uno de ellos, para así poder identificar si se presenta una Sintomatología de Estrés Postraumático aguda (menos de tres meses) o crónica (de tres meses a más), o en caso de que exista un “inicio demorado” (presencia de síntomas al menos seis meses después del suceso).

Variable 2. Duelo Complicado

El duelo complicado está compuesto por emociones, cogniciones, síntomas físicos y comportamentales que aparecen en un proceso de duelo normal después de una pérdida afectiva, sin embargo, permanecen durante un periodo prolongado de tiempo (Ortiz, 2021; Lenferink et al., 2021).

Esta variable se evaluó mediante el Inventario de Duelo Complicado (IDC) el cual evalúa tres factores, alteración emocional y falta de aceptación; vacío, aislamiento y sin sentido; por último, presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo.

Objetivos

Objetivo General:

- Determinar la relación entre la sintomatología del estrés postraumático y el duelo complicado en los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.

Objetivos Específicos:

- Determinar la relación entre la sintomatología de estrés postraumático y el duelo complicado según el año de deceso en los familiares de pacientes que fallecieron en UCI por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.
- Determinar la relación entre las dimensiones de la sintomatología del estrés postraumático y el duelo complicado en los familiares de pacientes que fallecieron en UCI por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.
- Determinar la relación entre las dimensiones del duelo complicado y la sintomatología del estrés postraumático en los familiares de pacientes que fallecieron en UCI por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.
- Determinar la sintomatología del Estrés Postraumático según el sexo en los familiares de pacientes que fallecieron en UCI por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.
- Describir la sintomatología de estrés postraumático según el parentesco con el paciente fallecido en los familiares de pacientes que fallecieron en UCI por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.

- Describir la sintomatología de estrés postraumático según la edad de los familiares de pacientes que fallecieron en UCI por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.
- Determinar el duelo complicado según el sexo en los familiares de pacientes que fallecieron en UCI por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.
- Establecer el duelo complicado según el parentesco con el paciente fallecido en los familiares de pacientes que fallecieron en UCI por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.
- Establecer el duelo complicado según la edad de los familiares de pacientes que fallecieron en UCI por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.

Antecedentes Teórico-Investigativos

COVID-19

Este virus también conocido como SARS-CoV-2 fue notificado a la OMS el 31 de diciembre del 2019 por su aparición en China, específicamente en la ciudad de Wuhan, y se le da el título de *enfermedad* el 30 de enero del 2020. Por otro lado, el primer caso de COVID-19 en Perú fue anunciado por el expresidente Martín Vizcarra el 6 de marzo del 2020 y anuncia el Decreto Supremo de declaración de Estado de Emergencia Nacional el 15 de marzo del 2020 para hacer frente al virus SARS-CoV-2.

Debido a su gravedad y fácil propagación, se le acredita el título de pandemia, además, su expansión al nivel mundial ha sido alarmante causando millones de contagios y muertes, es por eso que, esta pandemia representa el más grande reto que la humanidad ha tenido que enfrentar desde la Segunda Guerra Mundial (Larrota et al., 2020).

Síntomas

Según OMS (2021) los síntomas del COVID-19 se dividen en:

Síntomas más Frecuentes. Tos seca, cansancio y fiebre.

Síntomas menos Frecuentes. Dolores, molestias, dolor de garganta, diarrea, conjuntivitis, dolor de cabeza, pérdida del gusto y del olfato, sarpullido en la piel y decoloración de los dedos de las manos o pies.

Síntomas Graves. Dificultad para respirar o disnea, dolor u opresión en el pecho y pérdida del habla o del movimiento.

Estadísticas

Según Statista (2023) en cuanto a las estadísticas a nivel mundial, hasta 14 de Junio del 2023, se han reportado 768 millones de casos de personas contagiadas por el virus de COVID-19 y un total de 6,9 millones de fallecidos.

En cuanto al número de personas fallecidas, hasta el 16 de Junio del 2023, en América se han reportado 2,7 millones de muertes, en Europa 1,9 millones de muertes, en Asia 1,3 millones de muertes, en África se han reportado 254 467 número de muertes, por último, en Oceanía se han reportado 13 373 número de muertes (Statista, 2023a).

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2023) las estadísticas en Perú, hasta el 20 de Abril del 2023, se reportó un total de 4 500 066 de casos positivos al virus COVID-19 y un total de 220 085 fallecidos. Por otro lado, específicamente en el departamento de Arequipa, se han encontrado 291 707 casos positivos de COVID-19, teniendo un total de 10 634 fallecidos.

Impacto

Debido a los múltiples casos de contagio por este virus, se tuvieron que tomar medidas inmediatas para reducir y prevenir la propagación a nivel mundial, la principal medida fue el confinamiento y distanciamiento social, la cual trajo consigo consecuencias en diferentes aspectos: económico, social, psicológico, educativo, familiar, cultural y sanitario.

En el Aspecto Económico. Esta pandemia se tradujo en la pérdida de ingresos de pequeñas, medianas y grandes empresas, lo que a su vez trajo recorte de personal, y en el peor de los casos, estas empresas se declararon en quiebra.

En el Aspecto Social. Esta pandemia restringió todo tipo de reuniones, evitando la interacción presencial y sustituyéndola por herramientas virtuales.

En el Aspecto Psicológico. Esta pandemia representa un estresor en todas las personas, provocándoles emociones negativas como angustia, tristeza, preocupación, miedo y ansiedad ante la incertidumbre de que pasará en el futuro.

En Aspecto Educativo. Se reemplazaron las aulas por aplicaciones y plataformas educativas, quitándoles la interacción y socialización características de las clases presenciales, exponiéndolos a múltiples distractores que dificultan el aprendizaje y desarrollo.

En el Aspecto Familiar. Si bien la pandemia ha generado la posibilidad de una mayor convivencia familiar, esta no ha sido positiva en todos los casos debido al estrés que representa.

En el Aspecto Cultural. Esta pandemia ha evitado la realización de actividades turísticas por lo que se ha imposibilitado viajar y conocer otras culturas.

En el Aspecto Sanitario. Esta pandemia impactó intensamente debido a lo inesperado de la situación, al poco conocimiento científico de este virus y sobre todo al deficiente sistema de salud que se maneja en nuestro país. Además, con la finalidad de prevenir el contagio, se optó por la suspensión de atención médica a otras enfermedades ajenas a la COVID-19.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Conceptualización

Los antecedentes de UCI se sitúan en la epidemia por poliomielitis en el año 1947 debido a los pacientes que sufrían de parálisis respiratoria, es por esto que, se crearon unidades a las que se les denominó “Respiración Artificial”. Posteriormente, Peter Safar en 1950 crea el Área de Cuidados Intensivos, en donde se podía mantener a los pacientes sedados y ventilados. Finalmente, en 1958 se oficializa el inicio a las instalaciones de estas Unidades Centrales de Tratamiento y Cuidado Intensivo en Baltimore (Aguilar y Martinez, 2017).

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una organización multidisciplinar propia de todos los hospitales, cuenta con requisitos que garantizan la seguridad, calidad y eficiencia de la atención a los pacientes en proceso de recuperación que necesitan de un soporte respiratorio, orgánico o sistemático; y en el caso de pacientes en estado grave, se provee un soporte por fallo multiorgánico (Ministerio de Sanidad y Política Social [MSPS], 2010).

UCI y COVID-19 en Perú

Debido a lo inesperada que fue esta pandemia y sumado a eso, el hecho de que una importante cantidad de la población que se contagió de COVID-19 presentaban los síntomas graves, fue que se pudo evidenciar nuestro deficiente y escaso sistema de salud al no contar con los suficientes equipamientos médicos como respiradores artificiales, camas UCI, personal médico, medicamentos, entre otros. Además, la manera en que el estado distribuyó el equipamiento médico necesario para tratar la enfermedad fue deficiente al ser poco transparente y al no seguir los criterios médicos respectivos (Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación [CONCYTEC], 2021).

De acuerdo a las estadísticas del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud [MINSA], 2021b) para el 10 de Octubre del 2021 se encuentran ocupadas 922 camas UCI con ventilador, por otro lado, un total de 1100 camas UCI con ventilador se encuentran disponibles.

Protocolo en el Contexto de COVID-19. El protocolo a seguir impuesto por el [Ministerio de Salud (MINSA), 2020] indica criterios que la persona debe de cumplir para su traslado al área de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los cuales son:

- Frecuencia respiratoria > 22 respiraciones por minuto o $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg o $\text{PAM} < 65$ mmHg.
- $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg o $\text{PaFi} < 300$
- Signos clínicos de fatiga muscular: aleteo nasal, uso de músculos accesorios, desbalance torácico-abdominal.
- Lactato sérico > 2 mosm/L.
- Marcadores de severidad.

Después de confirmar los criterios, al paciente se le realizan los siguientes exámenes:

- Hemograma (siendo la linfopenia un marcador de severidad).
- Urea, creatinina, electrolitos.
- Gasometría arterial.
- Perfil de coagulación, incluyendo TP y fibrinógeno.
- Proteína C reactiva (PCR).
- Deshidrogenasa láctica (LDH).
- Dimero D.
- Perfil hepático.

- Creatinfosfoquinasa (CPK).
- Troponina ultrasensible.
- Procalcitonina.
- Ferritina.
- Interleucina 6.

Existen diferentes etapas por las que el paciente tiene que pasar para poder ser internado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), las cuales son:

Manejo de Vía Aérea. Al momento de intubar al paciente, se le debe de administrar relajante muscular y evitar la ventilación manual.

Protocolo de Sedación y Analgesia. Durante la terapia activa, se debe de mantener -4 en la escala de agitación-sedación De Richmond (RASS), posteriormente, de acuerdo con la mejoría de la enfermedad y los indicadores de la ventilación se disminuyen la sedación y analgesia.

Relajación Muscular. Esta etapa se recomienda solo a aquellos pacientes que presenten una asincronía con el ventilador, aunque exista una correcta analgesia, sedación y programación del ventilador.

Balance Hídrico (BH). Es importante que exista un control del BH y se evite el balance positivo, a menos que el paciente presente una alteración de la volemia y hemodinámica, en ese caso, necesitará de un soporte de fluidos.

Sintomatología de Estrés Post-Traumático

Antecedentes

Lo que hoy conocemos como Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) en un inicio era conocido como “Shell Shock” a razón de que en el transcurso de la Primera Guerra Mundial era muy común de que los veteranos de guerra presenten trastornos de estrés y se

atribuía la aparición de estos trastornos a las explosiones ocasionadas por las bombas a corta distancia de los veteranos (Gálvez, 2005).

Es en el año 1952 con la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) que se incluye el diagnóstico de “Gross Stress Disorder”, término que hacía referencia a la presencia de niveles altos de estrés en un individuo con una personalidad normal. Por otro lado, dicho diagnóstico no estuvo presente en la publicación del DSM-II. Durante el proceso de elaboración del DSM-III, se planteó la reintegración de este diagnóstico y fue hasta el año 1980 que aparece el diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT), este término fue impuesto por Nancy Andreasen, quien junto a un grupo de estudio plantearon que el TEPT contaba con tres grupos principales de síntomas que son: reexperimentación del suceso traumático, conductas evitativas, e hipervigilancia (Carvajal, 2018).

Conceptualización

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychological Association, 2013) el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) es un trastorno psiquiátrico que se presenta en las personas que han pasado por un proceso traumático como: ataques terroristas, desastres naturales, violencia sexual, violencia psicológica, guerra, muerte o accidentes de gravedad.

Además, Crespo et al. (2019) nos dicen que el TEPT es “resultado de la experiencia de un trauma o evento traumático que supone una amenaza significativa (física, emocional o psicológica) para la seguridad de un paciente o un ser querido de este.” (p. 4918)

Factores de riesgo

Reynoso et al. (2019) menciona tres tipos de factores de riesgo, los cuales son:

Factores Pretraumáticos. Dentro de estos factores se encuentran los antecedentes

psicológicos de importancia de la persona como la presencia de problemas emocionales o de trastornos de ansiedad y depresión durante la infancia; además de los aspectos genéticos, fisiológicos y el aspecto ambiental, es decir, depende del nivel social, económico y educativo, ya que de acuerdo a esto van a variar las estrategias de afrontamiento que la persona pudo haber desarrollado en su niñez.

Factores Peritraumáticos. Hace referencia a la magnitud con la que el estímulo traumático impacta en la persona.

Factores Postraumáticos. Están relacionados con la historia del afrontamiento de trauma que cada persona vive y con el contexto al que se enfrenta como la exposición constante de los recuerdos del trauma, una inadecuada red de apoyo y la presencia de otros acontecimientos desfavorables (p. 24)

Factores de protección

De acuerdo a Reynoso et al. (2019) existen cuatro caracteres relacionados a los factores de protección, que son:

Carácter Psicológico. Aquí se encuentran las diferentes estrategias de afrontamiento y adaptativas para hacer frente al suceso traumático.

Carácter Informativo. Hace referencia al manejo adecuado de la información que posee sobre el suceso traumático.

Carácter Social/Institucional. Son todas aquellas instituciones con las que la persona cuenta para recibir la ayuda necesaria para reducir los factores que incrementan la aparición del TEPT.

Carácter Familiar/Interpersonal. Es importante contar con una red de apoyo adecuada tanto antes como después del suceso traumático (p. 25) .

Criterios Diagnósticos

Los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Tabla 1

Cuadro comparativo de los Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-IV y DSM-5 TR

CRITERIOS	DSM-IV	DSM-5 TR	DIFERENCIAS
A	<p>La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. <p>Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.</p>	<p>Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p.ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). <p>Nota: El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p>	
B	<p>El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma. 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños aterradores de contenido irreconocible. 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). <p>Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.</p>	<p>Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones de puede producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) <p>Nota: En niños mayores de 6 años, pueden ocurrir juegos repetitivos en los que se expresan los temas o aspectos del evento(s) traumático(s).</p> <p>Nota: En los niños, puede haber sueños aterradores sin reconocibles contenido.</p>	<p>En el DSM-5 TR se aumentó las notas relacionadas a como se puede presentar el síntoma en los niños.</p>

CRITERIOS	DSM-IV	DSM-5 TR	DIFERENCIAS
	<p>4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</p> <p>5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</p>	<p>Nota: en los niños, la recreación específica del trauma puede ocurrir en el juego.</p> <p>4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</p> <p>5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</p>	
C	<p>Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la re-actividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. 6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor). 7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal). 	<p>Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). 	
D	<p>Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño. 2. Irritabilidad o ataques de ira. 3. Dificultades para concentrarse. 4. Hipervigilancia. 5. Respuestas exageradas de sobresalto. 	<p>Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas). 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados"). 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a si mismo o a los demás. 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej. miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza). 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas. 	<p>En el DSM-5 TR se agrega la característica relacionada al estado emocional negativo persistente.</p>

CRITERIOS	DSM-IV	DSM-5 TR	DIFERENCIAS
		<p>6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.</p> <p>7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej. felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).</p>	
E	Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.	<p>Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos. 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo. 3. Hipervigilancia. 4. Respuesta de sobresalto exagerada. 5. Problemas de concentración. 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto). 	El criterio D del DSM-IV cambia a criterio E en el DSM-5 TR
F	Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (American Psychological Association, 1994) (p.439)	La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.	El criterio E del DSM-IV cambia a criterio F en el DSM-5 TR.
G		La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	El criterio F del DSM-IV cambia a criterio G en el DSM-5 TR.
H		<p>La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio). 2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). <p>Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no deben ser atribuibles a efectos</p>	El DSM-5 TR se aumentó el criterio H donde indica q se debe especificar si la persona presenta síntomas disociativos (despersonalización y/o desrealización) y su expresión tardía.

CRITERIOS	DSM-IV	DSM-5 TR	DIFERENCIAS
		<p>fisiológicos de una sustancia (p. ej., desmayos, comportamiento durante intoxicación) u otra afección médica (p. ej., convulsiones parciales complejas).</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con expresión tardía: si no se cumplen todos los criterios diagnósticos hasta al menos 6 meses después del evento (aunque la aparición y expresión de algunos síntomas puede ser inmediato). (American Psychological Association, 2022)</p> <p>(p.301)</p>	

La categoría dentro de la cual se encuentra clasificada el Trastorno de Estrés Postrumático dentro del DSM-IV ha variado respecto a la actualización realizada en el DSM-5 TR, ya que el TEPT se encontraba ubicado dentro de los Trastornos de Ansiedad, mientras que en la actualidad se ha creado una nueva categoría denominada Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

Por otro lado, en cuanto a los criterios diagnósticos, no se encuentra una diferenciación importante, la más resaltante se encuentra en las notas del criterio B, donde explica como se presentan los síntomas en los niños; en el criterio D, la cual está relacionada con el estado de ánimo y las especificaciones del criterio H.

Duelo Complicado

Briceño et al. (2020) explican que el duelo complicado o también conocido como duelo prolongado consiste en la acentuación de los síntomas del proceso de duelo normal llegando a afectar emocionalmente provocando conductas desadaptativas y pudiendo ocasionar el inicio de diversos trastornos mentales.

Duelo

Worden (2018) afirma que “El término duelo para indicar la experiencia de una persona que ha perdido a un ser querido a causa de muerte. Está compuesto por pensamientos,

sentimientos, comportamientos y cambios psicológicos que varían en patrón e intensidad a través del tiempo” (p. 27).

Según Silverman y Shimshon (2015) las expresiones más obvias al duelo son las fuertes respuestas emocionales que se experimentan al corto tiempo del fallecimiento. Estos sentimientos pueden incluir: enojo, ansiedad, tristeza profunda, incertidumbre, entre otros. La presencia o ausencia de estos sentimientos no son un signo de psicopatología. Además, otros factores personales como el estilo de apego y las circunstancias de muerte son relevantes.

Por otro lado, Engel (1960) refiere que el duelo representa una variación del estado de salud y bienestar, así como, la superación del duelo es necesaria en el ámbito fisiológico para devolver el equilibrio homeostático a la persona, y también es necesario que tenga un período de tiempo para que vuelva a su equilibrio psicológico.

Para Cabodevilla (2007) el duelo es un proceso natural por el que pasan las personas, también representa un indicador de que se tenían sentimientos hacia la persona que falleció.

Etapas del Duelo

Kübler y Kessler (2006) proponen cinco etapas del duelo, sin embargo, nos dicen que el proceso del duelo es único para cada persona por lo que estas etapas sirven como un instrumento que nos ayudan como guía y para entender lo que se está sintiendo durante este proceso.

Negación. La denominación de esta primera etapa es sobre todo simbólica, ya que la persona no puede creer ni entender que ya no podrá compartir más momentos junto a su ser querido que acaba de fallecer, debido a que la realidad puede resultar ser abrumadora.

Esta etapa ayuda a las personas a seguir adelante ya que distribuye ese dolor inicial de la pérdida, entendiéndose como un mecanismo de protección de la psique; conforme se va

avanzando en esta etapa la persona va indagando en el suceso, ocasionando que las emociones y sentimientos que antes eran negados empiecen a aparecer.

Ira. La ira no necesariamente se presenta de manera lógica y puede manifestarse en diferentes direcciones (hacia uno mismo, hacia el ser querido que falleció, hacia algún familiar, hacia los médicos que lo trataron, hacia un ser divino si sé es creyente, por la situación en la que ocurrieron los hechos y por la situación en la que se encuentra actualmente).

Además de la ira, suelen presentarse otras emociones intensas como la tristeza, el miedo, dolor y la soledad, sin embargo, es la ira la emoción que se enfrenta primero ya que prepara a la persona con lo que sigue en el proceso de duelo, es por esto que es importante que la persona se permita vivir esta etapa sin contener la ira ni sentirse juzgado, encontrando la manera de poder desahogarse adecuadamente.

Negociación. Tanto es el deseo por retroceder el tiempo y tener de vuelta al ser querido que falleció que se busca hacer un trato, este trato incluso puede estar relacionado con el dolor que conlleva el duelo.

Además, junto con esta etapa se presenta la culpa ya que es normal que la persona busque alterar los hechos de lo sucedido contemplando otras posibilidades y cuestionándose las decisiones que ha tomado anteriormente.

Sin embargo, la negociación también puede significar un alivio temporal en el proceso del duelo ya que al pensar en una realidad alternativa se logra el consuelo. La negociación también tiene un proceso y va cambiando conforme se va aceptando la pérdida.

Depresión. En esta etapa es donde experimentamos sentimientos de vacío, desanimo, pesadez, desinterés por el presente, desesperanza por el futuro, cansancio extremo, entre otros síntomas.

En la sociedad en la que vivimos se ha dicho mucho sobre la depresión, se repite lo adecuado e ideal que sería evitar tener que pasar por ella, y esto es parcialmente correcto ya que cuando hablamos de la depresión en un contexto clínico sí es necesario que sea tratada tanto con atención psicológica como psiquiátrica, sin embargo, cuando se trata del duelo, la depresión se presenta como una respuesta natural y normal de autoprotección ante esta dolorosa pérdida, obligando al Sistema Nervioso a adaptarse a circunstancias que creemos insuperables, sometiéndonos a una reconstrucción y autoexploración,

Aceptación. En esta etapa se cree erróneamente que consiste en que la persona ya se siente bien y le resta importancia a la pérdida de su familiar, cuando realmente consiste en reconocer que nuestro familiar y/o amigos ha fallecido y se admite que este lamentable suceso es una realidad que no podemos cambiar.

Después de haber sido capaces de aceptar la nueva realidad, se empieza el proceso de reintegrarnos, reconstruirnos y aprender vivir con esta nueva realidad.

(pp. 23-42)

Factores que complican el duelo en el contexto de COVID-19

Ortiz (2021) menciona 11 factores que pueden aparecer en este contexto y complicar el proceso de duelo:

Imprevisibilidad. Las personas fallecidas por el virus COVID-19 no corresponden a un conjunto de características específicas, por lo que pueden ser de cualquier edad, raza y sexo.

Repentino. Se refiere a la velocidad con la que este virus ataca a algunas personas llevándolas a un estado grave y posteriormente, a la muerte.

Distancia. Se refiere a la medida de prevención a la propagación del virus que se ejecuta por parte del Ministerio de Salud (MINSA), en el cual el paciente es separado de su familia y se le limita todo tipo de contacto con sus parientes.

Miedo. Se refiere al miedo instintivo que se produce en la familia y en las personas que tuvieron contacto con el paciente fallecido por COVID-19, ya que el haber tenido contacto con el fallecido aumenta su riesgo de contagio.

Separación. La salud mental de los integrantes de la familia se verá afectado ante esta pérdida, es por eso que los parientes se mostrarán distantes entre sí.

Poco acceso a redes de apoyo. Al estar en una emergencia sanitaria a nivel mundial, el distanciamiento social obligatorio limita el acceso a redes de apoyo, ya que imposibilita el contacto con otras personas (amigos, colegio, familiares, etc).

Ira. Este sentimiento se traduce en buscar culpables por el fallecimiento del paciente, ya sea personas que no cumplen con el distanciamiento social, inaccesibilidad a camas UCI, limitados respiradores artificiales, deficiente sistema de salud, ineficaces protocolos de prevención, etc.

Falta de “especialidad”. Se refiere a que debido a los altos índices de fallecimiento por COVID-19, la muerte se ha visto insensibilizada, enfocándose más en números, cifras y estadísticas, en lugar de personas.

Recordatorios continuos. Se refiere a la imposibilidad de evitar escuchar sobre otras experiencias similares, en las cuales otras personas también perdieron familiares y/o amigos a razón de esta pandemia.

Ausencia de rituales. Con las restricciones de distanciamiento social y prevención a los contagios, se prohibieron los rituales de muerte como velado, entierro, incineración, entre otros.

Dificultad para expresar lo sucedido. En ocasiones es complicado explicar la causa de muerte del familiar debido a que existen personas que han pasado por la enfermedad y se han recuperado, esto genera una incertidumbre en que tal vez se pudo haber intentado más, exagerando la mínima posibilidad de haber salvado a su familiar y generando culpa en los parientes.

Investigaciones Realizadas

Blanco-Daza et al. (2022) analizaron la prevalencia del trastorno de Estrés Postraumático y las variables que contribuyen a su desarrollo en el personal de enfermería en el Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid, España; encontrando que una de las principales variables asociadas a este trastorno es el fallecimiento de algún familiar o amigo por COVID-19.

Briceño et al. (2020) realizaron un artículo de reflexión acerca del duelo durante la pandemia COVID-19 en Latinoamérica donde concluyen que la manera en que se atendía a los pacientes, como mueren, como trataban los cuerpos y el impedimento de la realización de los rituales han incrementado el desarrollo de trastornos psiquiátricos por lo que se recomienda priorizar guías y herramientas para el manejo del duelo complicado.

Mesia (2021) realizó una investigación para determinar la relación entre el duelo y estrés postraumático en los familiares de personas fallecidas por COVID-19 en Tarapoto, Perú en el año 2021. La muestra fue de 50 personas por lo que se utilizó estadística de correlaciones no paramétrica de Spearman y se obtuvo una correlación de ($\rho = .745$) por lo que se afirma que existe una correlación significativa entre la variable duelo y estrés

postraumático. Además, se recomienda seguir haciendo más investigaciones sobre este tema debido a la relevancia del contexto actual, haciendo énfasis en la ampliación de la muestra para obtener resultados representativos.

Cruz Milla et al. (2021) investigaron la prevalencia del duelo complicado (DC) en tiempos de pandemia por COVID-19, contaron con una muestra de 71 personas, de las cuales 26 fueron hombres y 45 mujeres, con un rango de edad entre 28 y 87 años. Como resultados se obtuvo que el 46.5% de los participantes estaba atravesando un duelo complicado.

Eisma y Tamminga (2022) realizaron una comparación del duelo natural y el duelo por COVID-19, tomando en consideración las características de la pérdida (ingreso a UCI, muerte inesperada), y las circunstancias de la pérdida (problemas económicos, realización de rituales, despedida, apoyo social). Los resultados afirman que existe mayor presencia de duelo complicado en los familiares de personas fallecidas por COVID-19 con relación al duelo natural, con mayores índices en muertes de padres, cuando la muerte fue inesperada y no hubo oportunidad de despedirse.

Gesi et al. (2020) refieren que mientras más relación existe entre la muerte de un familiar fallecido por COVID-19 con los Síntomas de Estrés Postraumático, más es la probabilidad de que se desarrolle un duelo complicado. También, el ingreso del familiar a la Unidad de Cuidados Intensivos imposibilita la despedida con este ser querido y aumenta los sentimientos de tristeza, ira, culpa y enojo frente a la muerte del familiar, lo cual representa uno de los principales factores de alto riesgo para la presencia de duelo complicado.

Breen et al. (2021) realizaron un estudio acerca de los factores psicológicos que aumentan el riesgo del deterioro funcional después del duelo de una persona significativa por COVID-19 en 307 estadounidenses, donde se obtuvo que las probabilidades del deterioro funcional aumentaban en 25% en el duelo disfuncional y un 13% en estrés postraumático, por

lo que se puede asociar la pandemia con un gran número de personas que experimentan un deterioro funcional a causa del duelo.

Adiukwu et al. (2022) resaltan en su estudio “La experiencia del duelo durante la pandemia de COVID-19 en diferentes culturas” que al existir la regla de distanciamiento social, muchos países se vieron afectados de manera que hubo una reducción de oportunidad de recibir apoyo social por lo que se agrega una carga adicional al proceso de duelo generando una dificultad por superar el trauma vivido, adicionando que las instituciones de salud en la mayoría de los países no han brindado el apoyo psicológico necesario.

Hipótesis

Existe relación significativa entre la sintomatología del estrés postraumático y el duelo complicado en los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19 en la ciudad de Arequipa.

Consideramos importante realizar esta investigación para tener mayor seguridad respecto de la relación entre las variables y comprender mejor el impacto a largo plazo de la pandemia en la salud mental de las personas y cómo se pueden abordar estos efectos en el futuro para poder intervenir adecuadamente.



CAPÍTULO II

MÉTODO

Capítulo II. Método

Método

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo debido a que se realizó un proceso secuencial con la finalidad de probar la hipótesis mediante el análisis estadístico de los datos que se obtuvieron a través de instrumentos estandarizados.

Por otro lado, el estudio es no experimental transversal, lo que quiere decir que la recolección de la información se hizo por única vez.

Además, el alcance de la investigación fue principalmente correlacional ya que primero se realizó la medición de cada una de las variables para posteriormente hacer un análisis y valorar la relación que existe entre ambas, por otro lado, se tuvo un alcance descriptivo debido a que también se recopilaban datos en la muestra que nos permitió identificar un perfil evaluando características como la edad, el género y el grado de parentesco. (Hernández y Mendoza, 2018).

Instrumentos

Para la recolección de datos de la primera variable se utilizó la escala de trauma de Davidson (DTS) y para la recolección de datos de la segunda variable se utilizó el Inventario de Duelo Complicado (IDC).

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

Para medir la variable de Sintomatología de Estrés Postraumático se utilizó el instrumento de Escala de Trauma de Davidson (1997), cuyo fin fue evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas característicos de este trastorno.

Esta escala está compuesta por un total de 17 ítems, donde cada uno de ellos corresponden a los síntomas presentados dentro de los criterios diagnósticos del TEPT de acuerdo con el DSM-IV, cuyas modificaciones de los criterios diagnósticos no son

significativos a los del DSM-5. La escala es de tipo Likert y para cada ítem existen dos aspectos a puntuar, los cuales son frecuencia y gravedad.

La puntuación para medir el aspecto de la Frecuencia con la que se presentan los síntomas se da de la siguiente manera: 0 = Nunca, 1 = A veces, 2 = 2-3 veces, 3 = 4-6 veces, 4 = A diario. Por otro lado, la puntuación para medir el aspecto de Gravedad para cada uno de los síntomas se da de la siguiente manera: 0 = Nada, 1 = Leve, 2 = Moderada, 3 = Marcada, 4 = Extrema

Para responder cada uno de los aspectos de los ítems, el evaluado tuvo que tomar como referencia la última semana a la que se realiza la evaluación. La puntuación total de la escala se consiguió mediante la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems.

Validez y Confiabilidad de la escala.

La escala de Davidson fue elaborada en Estados Unidos y fue aplicada a 353 personas entre hombres y mujeres que vivieron algún tipo de trauma y que han sido diagnósticos clínicamente.

Se obtuvo una consistencia interna de .99 y una fiabilidad de test-retest de .86, por lo que la escala demuestra tener una buena confiabilidad y cumple con el fin de identificar un posible diagnóstico de TEPT, además de evaluar la gravedad de síntomas presentados.

Por otro lado, Morales (2006) realizó la estandarización de la Escala de Trauma de Davidson en Perú obteniendo mediante el alfa de Cronbach una consistencia interna de .927. Además, se obtuvo una correlación de ítem-test altamente significativa, por lo que los ítems de la escala aportan a la medición de los síntomas del TEPT.

Se puede concluir que la validez y confiabilidad de la Escala de Trauma de Davidson es apropiada para realizar una correcta evaluación sobre los síntomas de un Trastorno de Estrés Postraumático y la gravedad de estos.

Inventario de Duelo Complicado (IDC)

Para la medición de la variable de duelo se utilizó el Inventario de Duelo Complicado (IDC), el inventario cuenta con un total de 21 ítems, los cuales se dividen en tres factores, alteración emocional y falta de aceptación (Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 20); vacío, aislamiento y sin sentido (Ítems 10, 11, 12, 16, 19 y 21) y presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo (Ítems 15, 17, 18, 14 y 13).

El inventario es de tipo Likert donde las puntuaciones se representan de la siguiente manera: 0 = Nunca, 1 = Raras veces, 2 = Algunas veces, 3 = A menudo, 4 = Siempre.

Si en los resultados se obtiene un puntaje igual o mayor a 25 significa que el evaluado está pasando por un proceso de duelo complicado.

Validez y Confiabilidad del Inventario.

La versión original del Inventario de Duelo Complicado (IDC) fue realizada en el idioma inglés, cuenta con un Alfa de Cronbach de $=.94$ y con una fiabilidad test-retest de $=.8$.

Posteriormente, se adaptó al idioma español por Gamba-Collazos y Navia (2017) esta versión también muestra altos índices de confiabilidad ($\alpha=.88$), y una estabilidad en aplicaciones test-retest ($r=.81$).

En Perú, Mesia (2021) realizó la validación del Inventario de Duelo Complicado (IDC) mediante juicio de expertos. Este proceso implicó el criterio de cinco jueces con amplia experiencia en el área de estudio, siendo los criterios evaluados: pertinencia, relevancia y

claridad. El método que se utilizó en la validación del instrumento fue V de Aiken, dando como resultado .9.

En Lima-Perú, realizaron la adaptación del Inventario de Duelo Complicado (IDC) para su uso en el contexto de COVID-19, para ello contaron con una muestra de 995 familiares de personas que fallecieron por COVID-19, entre 18 y 73 años, su validación fue mediante el criterio de 10 jueces expertos y el método utilizado fue V de Aiken, obteniendo un Alfa de Cronbach de .902.

Participantes

Población

La población de esta investigación estuvo conformada por familiares de primer grado y miembros cercanos a la persona fallecida por COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en Arequipa.

Específicamente en la ciudad de Arequipa, las estadísticas brindadas por el Ministerio de Salud (MINSA, 2023) un total de 291 707 casos positivos a COVID-19, de los cuales 10 634 fallecieron, lo que traduce en un 3.68% de letalidad.

Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que como lo explican Hernández y Mendoza (2018) este tipo de muestreo son dirigidos de acuerdo a la singularidad de cada investigación por lo que la muestra es conformada solo por aquellas personas o casos que además de cumplir con las características necesarias, también se encuentren disponibles para realizar la evaluación correspondiente.

Además, se utilizó el muestreo no probabilístico Bola de nieve, el cual consistió en identificar una muestra inicial, luego se consultó a la muestra básica si conocen otros casos

que cumplan con los criterios de inclusión, y de esta manera sucesivamente hasta que se completó la muestra requerida.

Muestra

Nuestra muestra estuvo compuesta por un total de 60 personas, entre hombres y mujeres, y tuvo como criterios de inclusión: ser mayor de 18 años y menor de 65 años y ser familiar de un paciente fallecido por COVID-19 en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). De los cuales 32 fueron evaluados de manera virtual y 28 de manera presencial.

Se tomó como criterio de exclusión a familiares que han experimentado otra situación traumática durante el año 2020, familiares que no den su consentimiento para ser encuestados o que no quieran continuar con la encuesta una vez iniciada, y por último, familiares que presenten discapacidad mental que limite su capacidad del habla y/o comprensión durante la aplicación de los instrumentos.

Procedimiento

Al tener características muy específicas como el año de deceso y el contexto del paciente, además de poca accesibilidad en la población a investigar en este proyecto, se optó por utilizar el muestreo no probabilístico por conveniencia junto con bola de nieve, por lo que se siguió un proceso de cuatro fases:

En primer lugar, por la proximidad que existe, los primeros participantes seleccionados de la investigación se encuentran dentro de nuestro círculo social; además, se les presentó previamente el consentimiento informado donde se explicó el objetivo y el procedimiento que se llevó a cabo durante la investigación, después de analizarlo y solventar sus dudas, firmaron como muestra de su aprobación a ser participantes voluntarios.

En segundo lugar, a todos los participantes de la primera fase, se les preguntó por personas que conozcan, que de igual manera cumplieran con todos los criterios de inclusión,

también, solicitamos que nos brinden una manera para contactarnos y así poder explicarles el proyecto, este procedimiento se continuó realizando hasta que se completó con la muestra definida.

En tercer lugar, se estableció contacto con los potenciales participantes, a los cuales se les explicó en qué consistía la investigación, así como sus objetivos y finalidad, del mismo modo, respondimos las preguntas que pudieran tener. También, les presentamos el consentimiento informado, el cual leyeron y firmaron, indicando que estuvieron de acuerdo con participar.

Después de contar con el permiso y aprobación de los participantes referidos para ser parte de esta investigación, se les explicó las instrucciones de la Escala de Trauma de Davidson (DTS) y el Inventario de Duelo Complicado (IDC) para posteriormente ser aplicada.

En casos en los que se presentó una situación en donde el participante se vio afectado emocionalmente por el procedimiento se procedió a ejecutar una adaptación del protocolo de estabilización emocional en base a las habilidades básicas que plantean el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (2020), para la estabilización y correcta aplicación de los instrumentos, las cuales son:

- Permitir que el evaluado se exprese sin interrupciones, de ser necesario respetar sus silencios.
- Mantener la escucha activa durante todo el momento de la entrevista.
- Mostrar una postura de cercanía y empatía con el participante.
- Evitar expresiones que generen culpabilidad o un sentimiento de incomprensión en los participantes
- No emitir opiniones respecto a lo vivido o comentado.

- Poner ejemplos solo si se considera útil para entender el ítem expuesto, de no ser así es preferible evitarlo.

Consideraciones éticas

Este estudio siguió las pautas éticas propuestas por la American Psychological Association (APA, 2017) donde en primer lugar, se brindó información sobre el presente estudio a los participantes, se resolvieron sus dudas, y también se les dio el consentimiento informado en donde se detalló el procedimiento de esta investigación, instrumentos que se utilizaron y datos de contacto con las investigadoras. En este consentimiento informado también se aseguró mantener la confidencialidad de los participantes y cualquier información personal que nos brindaron.

Además, de acuerdo al Colegio de Psicólogos del Perú (2017) se tomaron en cuenta el Artículo 24° donde se habla sobre el consentimiento informado, el Artículo 25° donde se prioriza la salud de los participantes. Además, en relación con los instrumentos, se tomaron en cuenta los Artículos 45°, 46°, 48° y 49° donde se habla de la importancia de la validez, el seguimiento de los manuales de los instrumentos a usar, evitar dar diagnósticos y explicar el propósito del instrumento para facilitar su comprensión.

Análisis de Datos

Para el procesamiento de los datos, primero se utilizó el programa de cálculo Excel en el cual se codificó la información recolectada a través de nuestras pruebas psicométricas, posteriormente se procesaron los datos en el programa SPSS en su versión 25 de acuerdo con los objetivos establecidos, para esto se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov - Smirnov para el análisis de la muestra total ya que el número de datos es mayor a 50, mientras que para el análisis de muestra por año al ser menor a 50 se utilizó el estadístico de Shapiro -

Wilk, con la finalidad de conocer la distribución de estos para utilizar la prueba paramétrica o no paramétrica de acuerdo al caso.





CAPÍTULO III RESULTADOS

Capítulo III. Resultados

Tabla 2

Pruebas de normalidad

	Z	gl	p
Sintomatología de estrés postraumático	0.082	60	.200*
Dimensión 1: Reexperimentación del trauma	0.147	60	.003
Dimensión 2: Evitación y embotamiento afectivo	0.086	60	.200*
Dimensión 3: Hiperactivación	0.083	60	.200*
Duelo complicado	0.092	60	.200*
Dimensión 1: Alteración emocional y falta de aceptación	0.065	60	.200*
Dimensión 2: Vacío, aislamiento y sin sentido	0.151	60	.002
Dimensión 3: Presencia y evitación de su recuerdo	0.168	60	< .001

*Significancia de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors

De acuerdo a la Tabla, acerca de las variables de estudio, se aprecia que hubo distribución normal en los puntajes de la variable Sintomatología de estrés postraumático ($p = .200^*$) y en los puntajes de la variable Duelo complicado ($p = .200^*$) al poseer valores $p > .05$. Esto indica que resulta adecuado la utilización de la prueba Pearson para el análisis correlacional. Asimismo, se debe aplicar la prueba de T de Student de muestras independientes para realizar el análisis de diferencias significativas según el sexo de los familiares de los pacientes; y, posteriormente, se debe aplicar la prueba de ANOVA (si se cumple el supuesto de homogeneidad) para realizar el análisis de diferencias significativas según la edad y el parentesco de los familiares de los pacientes.

Por otro lado, analizando las dimensiones de estudio, se observa que hubo distribución normal en los puntajes de la dimensión Evitación y embotamiento afecto ($p = .200^*$), Hiperactivación ($p = .200^*$), Alteración emocional y falta de aceptación ($p = .200^*$), al poseer valores $p > .05$. Por lo cual en lo concerniente a estas dimensiones se debe aplicar la prueba de Pearson para el análisis correlacional. Por el contrario, no hubo distribución normal en los puntajes de la dimensión Reexperimentación del trauma ($p = .003$), Vacío, aislamiento y sin sentido ($p = .002$), y Presencia y evitación de su recuerdo ($p < .001$), al poseer valores $p < .05$. De manera que en lo correspondiente a estas dimensiones se debe utilizar la prueba de Spearman para el análisis correlacional.

Tabla 3

Sintomatología de estrés postraumático y Duelo complicado

		Duelo complicado
	R	.692**
Sintomatología de estrés postraumático	p	< .001
	n	60

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

En la Tabla 2, se evidencia que existe una correlación entre el duelo complicado y sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en los familiares de pacientes fallecidos en UCI por COVID-19 en Arequipa en los años 2020 y 2021. Obteniendo un coeficiente de relación ($r=.692$), lo que se traduce como una relación directa positiva alta, De igual manera la correlación de las variables estadísticamente significativa, ya que el grado de significancia obtenido fue menor al margen de error permitido ($p>.05$). Razón por la cual se aceptó la hipótesis propuesta.

Tabla 4

Sintomatología de estrés postraumático y Duelo complicado de acuerdo con el año de análisis

Año		Duelo complicado	
2020	Sintomatología de estrés postraumático	R	.788**
		p	< .001
		n	30
2021	Sintomatología de estrés postraumático	R	.545**
		p	.002
		n	30

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Se muestra en la tabla que, de acuerdo con el análisis efectuado en el año 2020, hubo relación significativa, positiva y con intensidad alta, entre la sintomatología del estrés y el duelo complicado en los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos ($r = .788, p < .001$). Por otro lado, de acuerdo con el análisis realizado en el año 2021, hubo relación significativa, positiva, con intensidad moderada, entre la sintomatología del estrés y el duelo complicado en los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos ($r = .545, r = .002$).

Tabla 5

Dimensiones de Sintomatología de estrés postraumático y Duelo complicado

Dimensiones de Sintomatología de estrés postraumático		Duelo complicado
	Rho	.718**
Dimensión 1: Reexperimentación del trauma	p	< .001
	n	60
Dimensión 2: Evitación y embotamiento afectivo	R	.629**
	p	< .001
Dimensión 3: Hiperactivación	n	60
	R	.619**
Dimensión 3: Hiperactivación	p	< .001
	n	60

De acuerdo con la tabla se muestra que, en los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos, hubo relación significativa, positiva y con intensidad alta entre Reexperimentación del trauma y Duelo complicado ($rho = .718, p < .001$). Asimismo, hubo relación significativa, positiva y con intensidad alta entre Evitación y embotamiento afectivo, con Duelo complicado ($r = .629, p < .001$). Y también hubo relación significativa, positiva y con intensidad alta entre Hiperactivación y Duelo complicado ($r = .619, p < .001$).

Tabla 6

Sintomatología de estrés postraumático y las dimensiones del Duelo complicado

Dimensiones del Duelo complicado	Sintomatología de estrés postraumático	
	R	.621**
Dimensión 1: Alteración emocional y falta de aceptación	p	< .001
	n	60
	Rho	.682**
Dimensión 2: Vacío, aislamiento y sin sentido	p	< .001
	n	60
	Rho	.529**
Dimensión 3: Presencia y evitación de su recuerdo	p	< .001
	n	60

Según la tabla se observa que, en los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos, hubo relación significativa, positiva y con intensidad alta entre Alteración emocional y falta de aceptación, con una sintomatología de estrés postraumático ($r = .621, p < .001$). Asimismo, hubo relación significativa, positiva y con intensidad alta entre Vacío, aislamiento y sin sentido, con Sintomatología de estrés postraumático ($rho = .682, p < .001$). Además, hubo relación significativa, positiva y con intensidad moderada entre Presencia y evitación de su recuerdo, con Sintomatología de estrés postraumático ($rho = .529, p < .001$).

Tabla 7

Sintomatología del estrés postraumático según el sexo de los familiares

	N	Media	Desviación estándar
Hombre	21	33.10	31.947
Mujer	39	41.95	22.175

Se muestra en la tabla que las familiares mujeres de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19 tuvieron una mayor presencia de sintomatología de estrés postraumático (Media = 41.95, ± 22.175) en comparación a los familiares hombres (Media = 33.10, ± 31.947).

Tabla 8

Diferencias significativas sobre la sintomatología del estrés postraumático según el sexo de los familiares

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias				
	F	p	t	gl	p	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
						Inferior	Superior
Se asumen varianzas iguales	5.032	.029	-1.260	58	.213	-22.920	5.213
No se asumen varianzas iguales			-1.132	30.638	.267	-24.817	7.110

De acuerdo con la tabla se muestra que, analizando la prueba de homogeneidad de Levene, no se asumen varianzas iguales en los puntajes utilizados sobre sintomatología de estrés postraumático al haber un valor p inferior a .05 ($p = .029$). A su vez, de acuerdo a la

prueba de T de Student de muestras independientes, no existen diferencias significativas sobre la sintomatología del estrés postraumático según el sexo de los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos por COVID-19. Esto al haber un valor p superior a .05 ($p = .267$).

Tabla 9

Sintomatología del estrés postraumático según el parentesco de los pacientes fallecidos

Parentesco	N	Media	Desviación estándar
Hijo/a	25	35.20	26.078
Esposo/a	9	45.33	21.290
Hermano/a	7	31.71	31.309
Padre/Madre	7	43.57	23.358
Otros	12	43.00	29.594
Total	60	38.85	26.092

Según se aprecia en la tabla, los familiares que fueron esposo/a que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19 tuvieron una mayor presencia de sintomatología del estrés postraumático (Media = 45.33, ± 21.290); seguido por los familiares que fueron padre/madre de los pacientes (Media = 43.57, ± 23.358). Ello en comparación a los familiares que tuvieron otro parentesco.

Tabla 10

Diferencias significativas sobre la sintomatología del estrés postraumático según el parentesco de los pacientes fallecidos

Prueba de Levene		Prueba de ANOVA			
F	p	gl1	gl2	F	p
0.430	.786	4	55	0.508	.730

Según la tabla se observa, evaluando la prueba de homogeneidad de Levene, sí se asumen varianzas iguales en los puntajes utilizados sobre la sintomatología del estrés postraumático al haber un valor p superior a .05 ($p = .786$). Lo cual asegura el empleo de la prueba de ANOVA. Utilizando esta prueba estadística, no existen diferencias significativas sobre sintomatología del estrés postraumático según el parentesco de los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos por COVID-19. Esto al haber un valor p superior a .05 ($p = .730$).

Tabla 11

Sintomatología del estrés postraumático según la edad de los familiares

	N	Media	Desviación estándar
18 a 25	26	47.12	28.467
26 a 35	6	29.67	20.983
36 a 45	9	39.89	27.886
46 a 55	10	26.60	23.740
56 a 65	9	33.67	17.248
Total	60	38.85	26.092

Se evidencia en la tabla que los familiares de entre 18 a 25 años de edad de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19 tuvieron una mayor presencia de sintomatología de estrés postraumático (Media = 47.12, ± 28.467); seguido por los familiares de entre 36 a 45 años de edad (Media = 39.89, ± 27.886). Ello en comparación a los demás grupos de edades de los familiares.

Tabla 12

Diferencias significativas sobre la sintomatología del estrés postraumático según la edad de los familiares

Prueba de Levene		Prueba de ANOVA			
F	p	gl1	gl2	F	p
0.824	.515	4	55	1.535	.205

De acuerdo con la tabla se evidencia que, evaluando la prueba de homogeneidad de Levene, sí se asumen varianzas iguales en los puntajes utilizados sobre sintomatología de estrés postraumático al haber un valor p superior a .05 ($p = .515$). Lo cual asegura la utilización de la prueba de ANOVA. Utilizando esta prueba estadística, no existen diferencias significativas sobre sintomatología del estrés postraumático según la edad de los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos por COVID-19. Esto al haber un valor p superior a .05 ($p = .205$).

Tabla 13

Duelo complicado según el sexo en los familiares

	N	Media	Desviación estándar
Hombre	21	24,43	13,662
Mujer	39	29,26	12,634

De acuerdo a la tabla se muestra que las familiares mujeres de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19 tuvieron un mayor duelo complicado (Media = 29.26, \pm 12.634) en comparación a los familiares hombres (Media = 24.43, \pm 13.662).

Tabla 14

Diferencias significativas sobre duelo complicado según el sexo en los familiares

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias				95% de intervalo de confianza de la diferencia	
	F	p	t	gl	p	Inferior	Superior	
Se asumen varianzas iguales	0.142	.708	-1.372	58	.175	-11.870	2.214	
No se asumen varianzas iguales			-1.340	38.376	.188	-12.119	2.464	

Según la tabla se aprecia que, analizando la prueba de homogeneidad de Levene, sí se asumen varianzas iguales en los puntajes utilizados sobre duelo complicado por haber un valor p superior a .05 ($p = .708$). Por su parte, de acuerdo con la prueba de T de Student de muestras independientes, no existen diferencias significativas sobre duelo complicado según

el sexo de los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos por COVID-19. Esto al haber un valor p superior a .05 ($p = .175$).

Tabla 15

Duelo complicado según el parentesco de los pacientes fallecidos

Parentesco	N	Media	Desviación estándar
Hijo/a	25	23.88	11.882
Esposo/a	9	39.67	10.654
Hermano/a	7	28.71	13.512
Padre/Madre	7	33.14	14.736
Otros	12	22.25	10.437
Total	60	27.57	13.095

Tal como se aprecia en la tabla, los familiares que fueron esposo/a de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19 tuvieron un mayor duelo complicado (Media = 39.67, ± 10.654); seguido por los familiares que fueron padre/madre de los pacientes (Media = 33.14, ± 14.736). Ello en comparación a los familiares que tuvieron otro parentesco.

Tabla 16

Diferencias significativas sobre duelo complicado según el parentesco de los pacientes fallecido

Prueba de Levene		Prueba de ANOVA			
F	p	gl1	gl2	F	p
0.072	.990	4	55	3.873	.008

Tal como se observa en la tabla, evaluando la prueba de homogeneidad de Levene, sí se asumen varianzas iguales en los puntajes utilizados sobre duelo complicado al haber un valor p superior a ,05 ($p = .990$). Lo cual asegura el empleo de la prueba de ANOVA. Utilizando esta prueba estadística, sí existen diferencias significativas sobre duelo complicado según el parentesco de los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos por COVID-19. Esto al haber un valor p inferior a .05 ($p = .008$).

Tabla 17

Duelo complicado según la edad de los familiares

	N	Media	Desviación estándar
18 a 25	26	27.81	13.738
26 a 35	6	24.50	8.573
36 a 45	9	28.22	13.103
46 a 55	10	23.70	16.378
56 a 65	9	32.56	10.051
Total	60	27.57	13.095

Tal como se aprecia en la tabla, los familiares de entre 56 a 65 años de edad, de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19, tuvieron

un mayor duelo complicado (Media = 32.56, \pm 10.051); seguido por los familiares de entre 36 a 45 años de edad (Media = 28.22, \pm 13.103) Esto tomando en comparación a los demás grupos de edades de los familiares.

Tabla 18

Diferencias significativas sobre duelo complicado según la edad de los familiares

Prueba de Levene		Prueba de ANOVA			
F	p	gl1	gl2	F	p
1.409	.243	4	55	0.618	.651

Tal como se visualiza en la tabla, evaluando la prueba de homogeneidad de Levene, sí se asumen varianzas iguales en los puntajes utilizados sobre duelo complicado al haber un valor p superior a .05 ($p = .243$). Lo cual permite asegurar la utilización de la prueba de ANOVA. De acuerdo con esta prueba Por su parte, no existen diferencias significativas sobre duelo complicado según la edad de los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos por COVID-19, por haber un valor p superior a .05 ($p = .651$).

Discusión

El objetivo general planteado en esta investigación fue determinar si existe relación entre las variables Sintomatología de Estrés Postraumático y Duelo Complicado en los familiares de pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en una muestra de 60 personas. Los resultados demuestran que existe una relación directa positiva alta entre la sintomatología de estrés postraumático y el duelo complicado ($r=.692$), por lo tanto, se acepta la hipótesis planteada.

Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Mesia (2021) quien encontró que existe una alta relación positiva ($\rho=.745$) entre el duelo y Estrés Postraumático en las personas que perdieron un familiar por COVID-19 en el año 2020 en la ciudad de Tarapoto.

Por otro lado, Fernández-Alcántara et al. (2016) realizaron una investigación sobre los índices de psicopatología en personas que estuvieran experimentando un proceso de duelo, y de igual manera, concluyeron que existe una relación significativa entre el duelo complicado y la presencia de sintomatología de estrés postraumático.

Asimismo, otro de nuestros objetivos fue determinar la relación de las variables según el año. En el año 2020 se obtuvo una relación directa positiva alta ($r=.788$), mientras que en el año 2021 se obtuvo una relación moderada ($r=.545$), esto podría deberse a las diferentes realidades vividas, ya que en el año 2020 fue cuando empezó la pandemia por lo que no se conocía información respecto al virus y se impusieron variadas normas de protección y restricciones que afectaban a la población, principalmente a aquellos que perdían un familiar a causa del virus; ya que como explica (Ortiz, 2021) existen diversos factores que complicaron el proceso de afrontamiento del duelo durante pandemia, estos son: imprevisibilidad,

repentino, distancia, miedo, separación, poco acceso a redes de apoyo, ira, falta de especialidad, recordatorios continuos, ausencia de rituales y dificultad para expresar lo sucedido.

Asimismo, en la investigación de Breen et al. (2021) se obtuvo que las personas que experimentaban un deterioro funcional a causa de un duelo complicado por la pandemia aumentaban la probabilidad en un 13% de desarrollar estrés postraumático.

Por otro lado, la relación moderada obtenida entre las variables en el año 2021 puede deberse a que los factores mencionados anteriormente ya no afectaban a la población ya que muchas de las restricciones propuestas no se encontraban vigentes, además se tenía mayor información incluyendo medidas de prevención, el desarrollo de vacunas contra el COVID-19 y las campañas realizadas, lo que redujo los síntomas y la mortalidad por lo que había más seguridad y se reanudaron los rituales de fallecimiento, lo que otorgaba a las personas la oportunidad de despedirse, esto coincide con lo que concluyeron Eisma y Tamminga (2022) en la investigación que realizaron acerca de la comparación entre el duelo natural y el duelo por COVID-19 en la cual encontraron que las muertes por COVID-19 presentaban mayor nivel de duelo que las muertes naturales debido a un factor de expectativa de muerte y la incapacidad de decir adiós.

Además, Lacasta-Reverte et al. (2020) desarrollaron una investigación sobre el impacto emocional en pacientes y familiares en el contexto de la pandemia por COVID-19, demostrando que, del total de la muestra, el 16% presentaba duelo complicado. Del mismo modo, Vela (2021) afirma que la tasa de duelo complicado por COVID-19 supera a la tasa de duelo complicado habitual.

Otro motivo podría ser que durante la época de pandemia se visibilizó la importancia de la salud mental, ya que hubo factores que desencadenaba en las personas rasgos de

ansiedad, depresión, estrés, etc. Por lo que los afectados pudieron acudir a un profesional de la salud mental como un psicólogo teniendo acompañamiento en el proceso de duelo evitando transformarse en un duelo complicado y reduciendo la sintomatología de TEPT.

Respecto a la relación que existe entre las dimensiones de las variables investigadas, se encontró una concordancia con la investigación de Mesia (2021) donde determino que existe una mayor relación entre la variable duelo complicado con la dimensión de Reexperimentación del trauma ($rho=.731$), lo cual respalda el resultado obtenido en la misma dimensión ($rho = .718$).

Por otro lado, se determinó la sintomatología de estrés postraumático (TEPT) y duelo complicado según los datos sociodemográficos, en donde las mujeres presentaron mayor sintomatología de estrés postraumático (Media = 41.95, ± 22.175) en comparación a los familiares hombres (Media = 33.10, ± 31.947), de igual manera se obtuvo que el sexo femenino tuvo una mayor intensidad de duelo complicado vivido (Media = 29.26, ± 12.634) en comparación al sexo masculino (Media = 24.43, ± 13.662), estos resultados guardan relación con lo encontrado por Cruz Milla et al. (2021) que realizó un estudio sobre el duelo complicado y la atención psicosocial durante la pandemia encontrando que las mujeres presentaban una mayor prevalencia de duelo complicado (51.5%) a diferencia de los hombres (38.5%).

En cuanto al proceso de aplicación de los instrumentos, es importante resaltar que se contó con dos modalidades a causa de la situación en la que se encontraba cada participante, en la cual, para la población más joven se contó con la modalidad virtual debido a la practicidad y preferencia de la muestra, a diferencia de otra parte de la muestra que expresó su preferencia por la modalidad presencial a razón de una falta de recursos y manejo adecuado de estos.

Conclusiones

Primera. Se acepta la hipótesis planteada ya que se determinó la relación significativa entre la variable de duelo complicado y la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en los familiares de pacientes que han fallecido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19, obteniendo una relación directa positiva alta ($r=.692$).

Segunda. En el año 2020 se obtuvo una relación significativa directa positiva con intensidad alta entre las variables ($r = .788$), mientras que en el año 2021 la relación tuvo una intensidad moderada ($r = .545$).

Tercera. Se correlacionó la variable de Duelo Complicado con las dimensiones de la variable de Sintomatología de Estrés Postraumático (TEPT), obteniendo una relación significativa positiva alta con las 3 dimensiones: Reexperimentación del trauma ($\rho = .718$), evitación y embotamiento afectivo ($r = .629$) e hiperactivación ($r = .619$).

Cuarta. Se correlacionó la variable de Sintomatología de Estrés Postraumático (TEPT) con las dimensiones de la variable Duelo Complicado, obteniendo una relación significativa positiva alta con dos de las dimensiones: Alteración emocional y falta de aceptación ($r= .621$) y Vacío, aislamiento y sin sentido ($\rho= .682$); por otro lado, con la dimensión Presencia y evitación de su recuerdo se obtuvo una relación significativa positiva moderada ($\rho = .529$).

Quinta. Se determinó la variable de Sintomatología de Trastorno de Estrés Complicado según los datos sociodemográficos (sexo, edad y parentesco) donde no se encontraron diferencias significativas. Por otro lado, se determinó que el sexo femenino, en rango de edad quienes tenían entre 18 y 25 años y en parentesco los esposos/esposas fueron

quienes experimentaron mayor intensidad y gravedad en la sintomatología del Estrés Postraumático (TEPT).

Sexta. Se determinó la variable de Duelo Complicado según los datos sociodemográficos (edad, sexo y parentesco) donde no se encontraron diferencias significativas con la edad y sexo, mientras que con el parentesco si existe diferencia significativa ($p = .008$). Por otro lado, se concluye que en el parentesco fueron las esposas, en el sexo fueron las mujeres, y el rango de edad fue entre 56 a 65 años, quienes han vivido un Duelo Complicado con mayor intensidad.



Sugerencias

Primera. Como pudimos comprobar en esta investigación, el duelo complicado se encuentra presente en gran parte de la población que sufrió la pérdida de un familiar por la pandemia de *COVID-19*, asimismo, recomendamos el uso y creación de un protocolo de estabilización emocional para investigaciones futuras en donde se necesite abordar experiencias que afecten a la persona, con el fin de tener un mayor control en la entrevista y no se perjudique el proceso de recolección de datos.

Segunda. En el transcurso del análisis de los datos recolectados, encontramos investigaciones realizadas en el extranjero sobre duelo complicado y *COVID-19* las cuales hacían uso de la prueba Traumatic Grief Inventory Self Report Plus (TGI-SR+) en este contexto. Por ello, sugerimos la investigación y estandarización de esta prueba para su uso en Perú, ya que ha demostrado ser de gran utilidad en otras investigaciones. Además, en el DSM-5-TR se ha implementado el diagnóstico de Trastorno por Duelo Prolongado, por lo que también consideramos importante tener en cuenta sus criterios diagnósticos para la creación y/o estandarización de pruebas que evalúen este trastorno.

Tercera. Recomendamos que, en el proceso de recolección de datos, se tome en consideración que la muestra sea equitativa en el aspecto sociodemográfico, es decir, contar con el mismo número tanto de hombres como mujeres, con el fin de tener mayor precisión al analizar si existen diferencias significativas.

Cuarta. Recomendamos ampliar la información e investigar factores relacionados y comorbilidades que se han podido desarrollar a causa del contexto de *COVID-19* para la elaboración de planes terapéuticos con una visión integral.

Quinta. A causa de la pandemia por *COVID-19*, la población se ha visto en la obligación de actualizar los métodos presenciales a virtuales en todas las áreas de la vida

incluyendo el área de investigación, es por eso que, para futuras investigaciones que combinen métodos presenciales y virtuales recomendamos el uso de tratamientos estadísticos para asegurar la consistencia de los resultados estadísticos.

Sexta. Recomendamos continuar con las investigaciones de estas dos variables, así como, otras posibles consecuencias (depresión, ansiedad, aislamiento, trastornos del sueño, trastorno de pánico) que ha traído la pandemia en la salud mental de las personas. Además, recomendamos utilizar esta investigación como referencia de un primer registro estadístico para comprender mejor el impacto a largo plazo.

Séptima. Al concluir esta investigación, hemos podido notar que las entidades correspondientes y responsables de tratar la salud mental (hospitales, clínicas, centros de atención psicológica) están tomando en cuenta las repercusiones de la pandemia en la salud mental de manera general, es por eso que recomendamos la creación de programas que traten dichas consecuencias de manera específica y partiendo de su causal, en este caso la pandemia por COVID-19.

Limitaciones

Primera. Al realizar la investigación nos encontramos con diferentes limitaciones, principalmente el tamaño de la muestra, ya que, si bien son varias las personas que han pasado por esta situación, la mayoría aún muestra resistencia o evita hablar sobre este tema, y es por eso que, al comunicarnos para explicar en qué consistía el proceso no aceptaban ser parte de la investigación. Sin embargo, pudimos notar que del grupo de personas que no aceptaron participar por presencia de mayor sensibilidad al tema, fueron en su mayoría las parejas sentimentales.

Segunda. Al desaparecer el estado de emergencia y las restricciones, muchas personas retomaron la presencialidad laboral, así como, la continuación de lo que fue su rutina antes de la pandemia por COVID-19, fue por esa razón que su disponibilidad para su participación en esta investigación se vio afectada.

Tercera. Hubo una diferencia al tener dos modalidades de aplicación en la prueba, ya que al realizar la aplicación de los instrumentos de manera presencial tuvimos mayor oportunidad de identificar variables externas que nos permitieron comprender a mayor profundidad la presencia de nuestras variables en la población, mientras que en la modalidad virtual se nos limitó esta oportunidad.

Referencias

- Adiukwu, F., Kamalzadeh, L., Pinto da Costa, M., Ransing, R., de Filippis, R., Pereira-Sanchez, V., Larnaout, A., Gonzalez-Diaz, J. M., Eid, M., Syarif, Z., Orsolini, L., Ramalho, R., Vadivel, R., & Shalbafan, M. (2022). The grief experience during the COVID-19 pandemic across different cultures. *Annals of General Psychiatry, 21*(18), 1–4. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00397-z>
- Aguilar, C., & Martinez, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Crítica, 31*(3), 171–173.
- American Psychological Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*.
- American Psychological Association. (2013). *What Is Posttraumatic Stress Disorder?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
- American Psychological Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. In *American Psychologist*. American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 TR*. American Psychological Association.
- Blanco-Daza, M., de la Vieja-Soriano, M., Macip-Belmonte, S., & Tercero-Cano, M. del C. (2022). Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19. *Enfermería Clínica, 32*(2), 92–102. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.015>
- Breen, L. J., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2021). Psychological Risk Factors of Functional

- Impairment After COVID-19 Deaths. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4), e1–e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.006>
- Briceño, B., León, A., Medina, N., & González, J. (2020). Anotaciones en torno al duelo durante la pandemia covid-19 en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 01(19), 6–13. <https://www.sonepsyn.cl/web/docs/rev2.pdf>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 30(3), 163–176.
- Carvajal, C. (2018). Posttraumatic stress disorder as a diagnostic entity - clinical perspectives. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 161–168. <https://doi.org/10.31887/dcns.2018.20.3/ccarvajal>
- Colegio de psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y deontología*. Colegio de psicólogos del Perú.
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. (2020). *Intervención psicológica ante la situación derivada del brote de coronavirus COVID-19 GUÍA DE CASOS Autores de la Guía*. 50.
- Consejo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación (CONCYTEC). (2021). *Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia del COVID-19 en el Perú*.
- Crespo, T., Camarillo, L., & de Diego, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine*, 12(84), 4918–4928. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
- Cruz Milla, I., García Ronderos, R., Jiménez Alonso, M., Rodríguez García, A., García Rodríguez, M., & Gutiérrez Rodríguez, J. (2021). El duelo complicado y la atención psicosocial durante la pandemia. *Cuadernos de Crisis*, 2(20), 67–85.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder.

Psychological Medicine, 27(1), 153–160. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004229>

Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2022). COVID-19, natural, and unnatural bereavement: comprehensive comparisons of loss circumstances and grief severity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2062998>

Engel, G. (1960). Is Grief a Disease? *Psychosomatic Medicine*, 18–22.
<https://doi.org/10.4324/9781315453859-22>

Fernández-Alcántara, M., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., & Cruz-Quintana, F. (2016). Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(1), 15–24. <https://doi.org/10.1016/J.RIPS.2015.10.002>

Gálvez, J. (2005). Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1, 77–100.

Gamba-Collazos, H. A., & Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15–30.
<https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.51205>

Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., & Dell’Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1–5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>

Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las tres rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.

Kübler, E., & Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga.

L. I. M. Lenferink, M. J. A. van den Munckhof, J. de Keijser, & P. A. Boelen. (2021). DSM-5-TR prolonged grief disorder and DSM-5 posttraumatic stress disorder are related, yet

distinct: confirmatory factor analyses in traumatically bereaved people. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1–14.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2000131>

Lacasta-Reverte, M., Torrijos, M., López-Pérez, Y., Carracedo, D., Pérez, T., Casado, C., Rocamora, C., Blanco, L., Iglesias, N., Vidal, E., Trigo, D., & Martí-Esquitino, J. (2020). Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. *Medicina Paliativa*, 27(3), 201–208.

<https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1188/2020>

Larrotta, R., Méndez, A., Mora, C., Córdoba, M., & Duque, J. . (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de La Universidad Industrial de Santander*, 52(2), 179–180.

Larrotta, R., Méndez, A., Mora, C., Córdoba, M., & Duque, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(2), 179–180.

Mesia, F. S. (2021). *Duelo y estrés postrumático en familiares de personas fallecidas por Covid - 19 en Tarapoto, 2021.*

Ministerio de Salud (MINSa). (2020). *Manejo de personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica.* Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (MINSa). (2023a). *Covid 19 en el Perú.* Ministerio de Salud.

https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

Ministerio de Salud (MINSa). (2023b). *Covid 19 en el Perú.*

https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

Ministerio de Salud (MINSa). (2023). *Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud.*

https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS). (2010). *Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones.*

Morales, C. (2006). Evaluación de la escala de trauma de Davidson. Estandarización de la Escala de Trauma de Davidson (DTS). *Temát. Psicol.*, 2(1), 31–36.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Coronavirus.*

https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_3

Ortiz, A. (2021). Duelo en infancia y adolescencia y en tiempos de COVID-19. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(1), 3–10. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n1a2>

Reynoso, L., Becerra, A., & Lugo, I. (2019). Trastorno de estrés postraumático en adultos. Intervención cognitivo-conductual para víctimas de sismos. In *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*. <https://doi.org/10.29057/esat.v6i12.4553>

Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Álvarez De Mon, M. A., & Quintero, J. (2020). COVID-19 y Salud Mental. *Medicine*, 13(23), 1285.

Silverman, P., & Shimshon, S. (2015). Bereavement/Grief Interventions. In *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1–7). <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp239>

Statista. (2023a). *Coronavirus: muertes en el mundo por continente en 2021.*

<https://es.statista.com/estadisticas/1107719/covid19-numero-de-muertes-a-nivel-mundial-por-region/>

Statista. (2023b). *Coronavirus: número acumulado mundial de casos 2020-2021.*

<https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/>

Vela, M. (2021). *Impacto del COVID-19 en el duelo complicado*.

Worden, W. (2018). *Grief Counseling and Grief Therapy*. Springer Publishing Company.



Anexo (s)**Anexo 1****Consentimiento Informado**

Mediante el presente documento se le invita a participar del proyecto de investigación titulado **“Síntomas de Estrés Postraumático y Duelo Complicado en Familiares de Pacientes Fallecidos en UCI por COVID-19 en Arequipa en el 2020”** realizado por **Alejandra Alvarez Nayhua** y **Andrea Fuentes Torres**, de la Universidad Católica de Santa María.

El propósito del estudio es evaluar si existe una relación entre los Síntomas de Estrés Postraumático (TEPT) y el duelo vivido en contexto de pandemia. La información se va a recolectar mediante una escala y un inventario, se asegura la confidencialidad de los datos brindados y el anonimato de las personas que participen de este proyecto voluntariamente; además, se garantiza que el participante no será expuesto a ningún riesgo de salud física o mental.

Al ser la participación de carácter voluntario, usted cuenta con la libertad de retirarse del estudio si lo ve conveniente, en el momento que lo requiera sin que existan repercusiones.

Así mismo, se informa que su participación en la presente investigación generará beneficios para el desarrollo y el conocimiento psicológico respecto al tema de Síntomas de Estrés Postraumático y el duelo en el contexto de la pandemia por COVID-19, de esta manera dar inicio a investigaciones futuras para la contribución de nuevos métodos de intervención en estos casos específicos.

Si tiene alguna duda acerca del estudio puede contactarse con las investigadoras mencionadas anteriormente.

Consentimiento

Acepto participar voluntariamente de este estudio y certifico que se me ha informado claramente sobre el proceso que se llevará a cabo.

Datos del Participante

Iniciales:

DNI:

Firma:

Fecha:

Datos de las Investigadoras a cargo

Nombre: Alejandra Alvarez Nayhua

DNI: 73336344

Correo electrónico: alvarezalejandra411@gmail.com

Nombre: Andrea Fuentes Torres

DNI: 72462156

Correo electrónico: acft.21@hotmail.com

Sección 1 de 4

Estudio "TEPT Y DUELO COMPLICADO EN FAMILIARES DE PACIENTES QUE FALLECIERON EN UCI POR COVID-19 en 2020."

Mediante el presente documento se le invita a participar del proyecto de investigación realizado por Alejandra Alvarez Nayhua y Andrea Fuentes Torres, de la Universidad Católica de Santa María. El propósito del estudio es evaluar si existe una relación entre el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el duelo vivido en contexto de pandemia. La información se va a recolectar mediante una escala y un inventario, se asegura la confidencialidad de los datos brindados y el anonimato de las personas que participen de este proyecto voluntariamente; además, se garantiza que el participante no será expuesto a ningún riesgo de salud física o mental. Al ser la participación de carácter voluntario, usted cuenta con la libertad de retirarse del estudio si lo ve conveniente, en el momento que lo requiera sin que existan repercusiones. Si surge alguna consulta con nuestro estudio, puedes escribirnos cuando creas conveniente, a los siguientes correos electrónicos : acft.21@hotmail.com y alvarezalejandra411@gmail.com

He leído y comprendido el consentimiento informado *

- Sí
- No

Anexo 2

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

INDICACIONES:

Cada una de las preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuantas veces le ha molestado el síntoma y con cuanta intensidad

FRECUENCIA:

0 = Nunca

1 = A veces

2 = 2-3 veces

3 = 4-6 veces

4 = A diario

GRAVEDAD:

0 = Nada

1 = Leve

2 = Moderada

3 = Marcada

4 = Extrema

ITEM	FRECUENCIA	GRAVEDAD
¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?		
¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?		
¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?		
¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?		
¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).		
¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?		
¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?		
¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?		
¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?		
¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?		
¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?		
¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?		
¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?		
¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?		
¿Ha tenido dificultades de concentración?		
¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o "en guardia"?		
¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?		

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

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.

INDICACIONES

FRECUENCIA:

- 0 = Nunca
- 1 = A veces
- 2 = 2-3 veces
- 3 = 4-6 veces
- 4 = A diario

GRAVEDAD:

- 0 = Nada
- 1 = Leve
- 2 = Moderada
- 3 = Marcada
- 4 = Extrema

¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento? *

	0	1	2	3	4
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento? *

	0	1	2	3	4
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 3

INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO (IDC)

Por favor, para cada afirmación marque con una equis (x) la opción que más se adapte a su experiencia.

ITEM	NUNCA	RARAS VECES	ALGUNAS VECES	A MENUDO	SIEMPRE
Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.					
Los recuerdos de la persona que murió me agobian.					
Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.					
Anhelo a la persona que murió.					
Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.					
No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.					
No puedo creer que haya sucedido.					
Me siento aturdido por lo sucedido.					
Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.					
Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente.					
Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.					
Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.					
Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía la persona que murió.					
Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.					
Me desvíó de mi camino para evitar los lugares que me					

recuerdan a la persona que
murió.

Siento que la vida está vacía sin
la persona que murió.

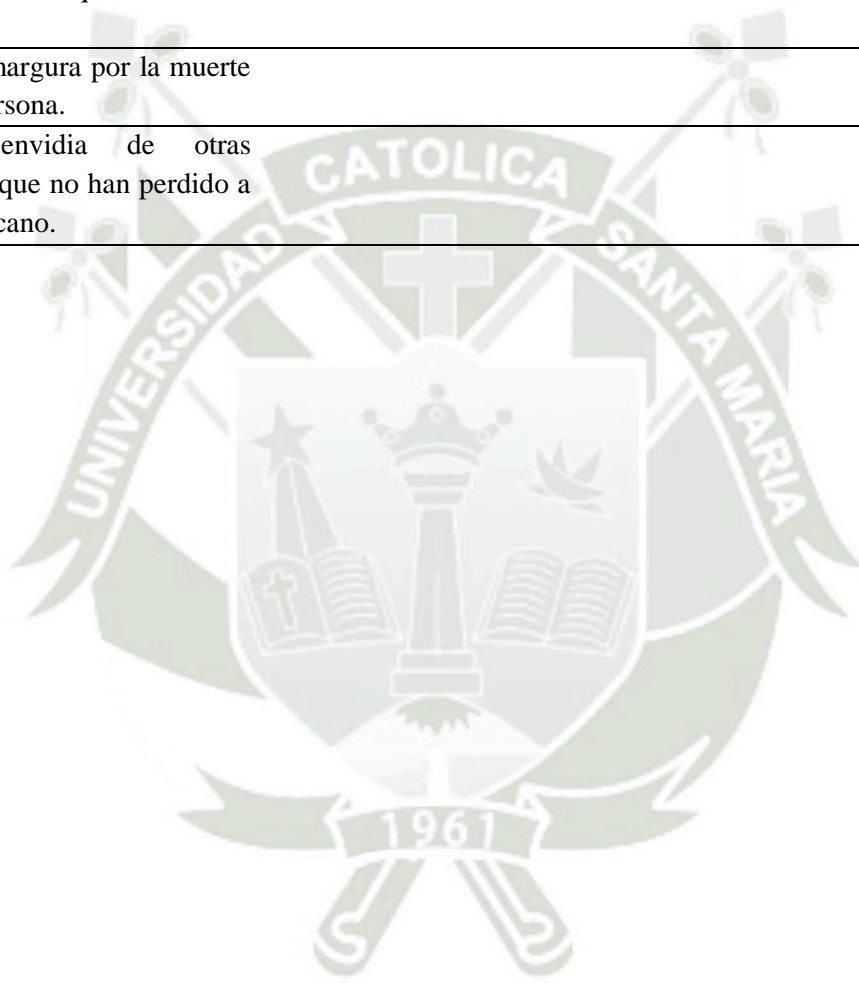
Escucho la voz de la persona
fallecida hablándome.

Veó a la persona que murió de
pie delante de mí.

Siento que es injusto que yo
viva mientras que él/ella ha
muerto.

Siento amargura por la muerte
de esa persona.

Siento envidia de otras
personas que no han perdido a
nadie cercano.



INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO

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

Nombres y Apellidos o Iniciales *

Tu respuesta _____

Sexo *

- Masculino
- Femenino

Edad *

Tu respuesta _____

Parentesco con la persona fallecida *

- Hijo/a
- Esposo/a
- Hermano/a
- Padre/Madre
- Otros: _____

Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas *
como las hacía normalmente.

Anexo 4

Descriptivos sobre la variable sintomatología de estrés postraumático y la variable duelo complicado con sus respectivas dimensiones.

Variable y dimensiones	N	Media	Desviación estándar
Variable 1: Sintomatología de estrés postraumático	60	38,85	26,09
Dimensión 1: Reexperimentación del trauma	60	11,02	8,02
Dimensión 2: Evitación y embotamiento afectivo	60	15,45	10,98
Dimensión 3: Hiperactivación	60	12,38	8,73
Variable 2: Duelo complicado	60	27,57	13,09
Dimensión 1: Alteración emocional y falta de aceptación	60	18,03	7,31
Dimensión 2: Vacío, aislamiento y sin sentido	60	6,22	4,75
Dimensión 3: Presencia y evitación de su recuerdo	60	3,80	3,76

Se aprecia que respecto a la variable 1: Sintomatología tuvo una media de puntajes de 38,85 ($\pm 26,09$). A su vez, la dimensión 1: Reexperimentación del trauma tuvo una media de 11,02 ($\pm 8,02$); la dimensión 2: Evitación y embotamiento efectivo, una media de 15,45 ($\pm 10,98$); la dimensión 3: Hiperactivación, una media de 12,38 ($\pm 8,73$).

Por otro lado, la variable 2: Duelo complicado tuvo una media de puntajes de 27,57 ($\pm 13,09$). A su vez, la dimensión 1: Alteración emocional y falta de aceptación tuvo una media de 18,03 ($\pm 7,31$); la dimensión 2: Vacío, aislamiento y sin sentido tuvo una media de 6,22 ($\pm 4,75$); y la dimensión 3: Presencia y evitación de su recuerdo, una media de 3,80 ($\pm 3,76$).

SINTOMATOLOGÍA DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DUELO COMPLICADO EN FAMILIARES DE PACIENTES QUE FALLECIERON EN UCI POR COVID-19 EN AREQUIPA

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

13%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.comillas.edu Fuente de Internet	2%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	2%
4	bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083 Fuente de Internet	2%
5	www.medintensiva.org Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.barcelo.edu.ar Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	1%

9

es.slideshare.net

Fuente de Internet

1 %

10

www.demandasperu.com

Fuente de Internet

1 %

11

intellectum.unisabana.edu.co

Fuente de Internet

1 %

12

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1 %

13

Almendarez Ramírez Martha. "El proceso de duelo en la pandemia por covid-19", TESIUNAM, 2021

Publicación

1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado