

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON
DUELO COMPLICADO EN EL PERSONAL DE SALUD
DE UN HOSPITAL DE AREQUIPA METROPOLITANA,
2024**



**PRESENTADA POR
HANNES NIKOLT GONZALES RIOS
SAMUEL MARTIN MENDOZA BURGA**

**ASESOR
ERICK ARMANDO LAZARTE VERA**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

AREQUIPA – PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON DUELO COMPLICADO EN

EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE AREQUIPA

METROPOLITANA, 2024

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTADA POR:

HANNES NIKOLT GONZALES RIOS

SAMUEL MARTIN MENDOZA BURGA

ASESOR:

DR. ERICK ARMANDO LAZARTE VERA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5990-603X>

AREQUIPA - PERÚ

2024

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo en primer lugar al Señor de los Milagros, quien nos dio fortaleza para seguir a pesar de las complicaciones y los obstáculos que se presentaron en el camino.

A nuestros padres, Guillermo Mendoza y Patricia Burga; Jim Gonzales y Luby Ríos quienes estuvieron presentes en nuestros logros y caídas, siendo el soporte durante estos 5 años de formación profesional, a nuestros hermanos quienes son motivación para alcanzar nuestros objetivos.

Agradecer de manera incondicional el apoyo brindado, agradecer a la vida por habernos enseñado que el bienestar físico, es igual de relevante que la salud mental, y que el crecimiento personal y profesional está en nuestras manos.

AGRADECIMIENTO

Queremos estimar a nuestra casa de estudios, la Universidad San Martín de Porres, por habernos permitido ser parte de la familia San Martín, ya que se convirtió en nuestro proceso de crecimiento personal y profesional. Así mismo, agradecer a cada uno de nuestros docentes, por brindar sus conocimientos y amor a nuestra profesión.

A nuestro asesor Erick Lazarte, por habernos inculcado la paciencia, responsabilidad y amor hacia nuestra carrera; por tener la asertividad y las ganas de que este proyecto salga adelante y sobre todo, por la entrega como persona y profesional para el ámbito psicológico.

A todos los expertos de la salud, por habernos permitido acceder a la aplicación de la muestra, demostrando su profesionalismo y humanidad para aquellas personas que requieren de su apoyo.

Finalmente, agradecemos a nosotros mismos, por las ganas, dedicación, pasión y sobre todo disciplina, para que así nuestra tesis sirva de conocimiento científico para otros estudiantes o investigadores que quieran hacer de nuestro Perú, un país mejor.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	12
1.1 Bases teóricas	12
1.1.1 Bienestar psicológico.....	12
1.1.2 Definición de duelo	18
1.2 Evidencias empíricas	23
1.3 Planteamiento del problema	27
1.4 Objetivos de la investigación.....	31
Objetivo general.....	31
Objetivos específicos.....	31
1.5 Formulación de hipótesis y derivadas o específicas	32
Hipótesis general	32
Hipótesis derivadas	32
1.6 Variables y definición operacional.....	33
CAPÍTULO II: MÉTODO.....	35
2.1 Tipo y diseño de investigación	35
2.2 Participantes	35
2.3 Medición.....	36

Escala del Bienestar Psicológico	36
Inventario del Duelo Complicado	37
2.4 Procedimiento	38
2.5 Aspectos Éticos	39
2.6 Análisis de los datos	40
CAPÍTULO III: RESULTADOS	41
3.1 Prueba de normalidad.....	41
3.2 Relación de la variable bienestar psicológico y la variable el duelo complicado en el personal de salud de un hospital de Arequipa metropolitana.....	42
3.3 Relación entre la alteración emocional y falta de aceptación y las dimensiones del bienestar psicológico.....	43
3.4 Relación entre vacío y aislamiento sin sentido y las dimensiones del bienestar psicológico	45
3.5 Relación entre la presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo y las dimensiones del bienestar psicológico	47
3.6 Niveles de duelo complicado	49
3.7 Niveles del bienestar psicológico	50
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS.....	56
ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Normalidad de las dimensiones de bienestar psicológico y duelo complicado.....	41
Tabla 2 Bienestar psicológico y el duelo complicado.....	42
Tabla 3 Bienestar psicológico y la alteración emocional y falta de aceptación.	43
Tabla 4 Bienestar psicológico y la alteración emocional y falta de aceptación.	43
Tabla 5 Bienestar psicológico y el vacío y aislamiento sin sentido.	45
Tabla 6 Bienestar psicológico y el vacío y aislamiento sin sentido.	45
Tabla 7 Bienestar psicológico y la presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo.	47
Tabla 8 Bienestar psicológico y la presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo.	47
Tabla 9 Estadísticos descriptivos de duelo complicado.....	49
Tabla 10 Estadísticos descriptivos de bienestar psicológico.....	50

RESUMEN

La finalidad del vigente proyecto de estudio, es poder determinar si existe una relación entre el bienestar psicológico y el duelo complicado en el personal de salud de un hospital de Arequipa metropolitana. Además, la investigación es de enfoque empírico y de diseño correlacional por el uso de variables de tipo numéricas. El tipo de muestreo utilizado fue censal, con un total de 100 profesionales de salud pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa. En cuanto a los instrumentos, se empleó la Escala del Bienestar Psicológico (EBP) y el Inventario de Duelo Complicado (IDC) de Prigerson. Las conclusiones muestran una relación inversa y significativa entre el bienestar psicológico y el duelo complicado ($\rho = -.238$; $p = .018$). En adición a ello la aceptación/control de situaciones se correlaciona de manera significativa e inversa con la alteración emocional y falta de aceptación ($\rho = -.28$; $p < .001$), la dimensión de vacío y aislamiento sin sentido se relaciona de manera significativa e inversa con aceptación y control de situaciones, ($\rho = -.325$; $p < .01$) y el factor de presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo se relaciona de manera significativa e inversa con la aceptación y control de situaciones ($\rho = -.213$; $p < .05$); sucede lo mismo con el factor proyectos ($\rho = -.289$; $p < .01$) y vínculos sociales ($\rho = -.281$; $p < .01$). Se recomienda la replicabilidad del estudio en diversas muestras que se relacionen con el área de la salud.

Palabras clave: bienestar psicológico, duelo complicado, unidades de cuidados intensivos (UCI), profesional de la salud.

ABSTRACT

The purpose of the current research work is to determine if there is a relationship between psychological well-being and complicated grief in the health personnel of a hospital in metropolitan Arequipa. Likewise, the study has an empirical approach and a correlational design due to the use of numerical variables. The type of sampling used was census, with a total of 100 health professionals belonging to the Intensive Care Unit (ICU) of the Honorio Delgado Espinoza Hospital in the city of Arequipa. Regarding the instruments, the Psychological Well-being Scale (EBP) and Prigerson's Complicated Grief Inventory (IDC) were used. The results show an inverse and significant relationship between psychological well-being and complicated grief ($\rho = -.238$; $p = .018$). In addition to this, the acceptance/control of situations is significantly and inversely correlated with emotional disturbance and lack of acceptance ($\rho = -.28$; $p < .001$), the dimension of emptiness and meaningless isolation is related in a significant and inverse with acceptance and control of situations, ($\rho = -.325$; $p < .01$) and the factor of presence of the deceased, identification with him and avoidance of his memory is related significantly and inversely with acceptance and control of situations ($\rho = -.213$; $p < .05$); The same thing happens with the projects factor ($\rho = -.289$; $p < .01$) and social ties ($\rho = -.281$; $p < .01$). The replicability of the study in various samples that are related to the health area is recommended.

Keywords: psychological well-being, complicated grief, intensive care units (ICU), health professional.

NOMBRE DEL TRABAJO

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON DUELO COMPLICADO EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE A

AUTOR

HANNES NIKOLT GONZALES RIOS SAMUEL MARTIN MENDOZA BURGA

RECuento DE PALABRAS

12915 Words

RECuento DE CARACTERES

71570 Characters

RECuento DE PÁGINAS

75 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.3MB

FECHA DE ENTREGA

Aug 17, 2024 1:32 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 17, 2024 1:34 PM GMT-5

● **12% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material citado



DR. ERICK ARMADO LAZARTE VERA

INTRODUCCIÓN

El bienestar psicológico está enlazado con el carácter de vida que tiene cada una de las personas, es decir, desde el crecimiento personal, profesional, económico, cultura y psicológico del propio ser humano y con la propia valoración que de su vida. Así mismo, la satisfacción está asociado con la parte sincrónica, en otras palabras, varía de acuerdo a las diversas situaciones, y diacrónica, se refiere a que la felicidad depende de otra persona (Csikszentmihalyi, 2005).

Por otro lado, el duelo complicado, ocasiona una reacción emocional contundente a nivel cognitivo, conductual y fisiológica, puesto que el profesional que sufre la pérdida familiar un paciente, tiene un periodo de duración de 6 semanas o quizás más, afectando en su sueño, apetito y en sus relaciones familiares, amicales y laboral (Echeburúa y Herrán, 2007).

En el transcurso de los años, en el cual se implementó diferentes estudios de la psicología, es muy escaso la importancia del bienestar psicológico y el duelo complicado en el personal de área de la salud; sin embargo, la pandemia permitió ser el punto de origen para indagar sobre los efectos que se provocan en el personal de salud ante acontecimientos externos. Asimismo, es relevante conocer cómo los expertos de la salud mental reaccionan frente a situaciones que impliquen un duelo profesional.

Es muy importante poder realizar dicha investigación, ya que existen escasas investigaciones científicas, sobre todo en el contexto peruano. Por lo tanto, este estudio otorgará un aporte significativo en el ámbito científico, en base a la correlación de ambas variables y el efecto que tienen en el personal de la salud. Así mismo,

existirán mayores capacitaciones, estrategias de afrontamiento y programas de promoción y prevención ante el duelo y el bienestar psicológico.

En cuanto al desarrollo de dicha investigación, la estructura consta de cuatro capítulos importantes, para lo cual brindará mayor información por cada una de las informaciones recaudadas y serán contrastadas por la validez y confiabilidad, gracias a la parte estadística.

En el primer capítulo, se encuentra toda la definición, características, y fases del duelo complicado y bienestar psicológico; evidencias empíricas, con el objetivo de poder contrastar con el contexto peruano. Finalmente, se encuentran los objetivos y las hipótesis.

En el segundo capítulo, se describe acerca del tipo de investigación de nuestro estudio, los participantes requeridos para emplear los instrumentos; el procedimiento que se realizó con el propósito de realizar el análisis de datos y los cuestionarios para realizar la medición de ambas variables.

En el tercer capítulo, se encontrarán los resultados de acuerdo a las hipótesis y objetivos planteados. Por último, en el cuarto capítulo, se explicará la comparación e interpretación de los propios resultados; por último, en el quinto capítulo se encontrarán los epílogos de manera general y específica de nuestro proyecto de tesis.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Bases teóricas

1.1.1 *Bienestar psicológico*

Definición de bienestar psicológico. El bienestar psicológico se refiere a la salud mental de cada una de las personas. El bienestar psicológico está muy asociado con la cultura y las experiencias propias, ya sean positivas o negativas, pero esto depende de cómo el ser humano lo perciba, ya sea como una experiencia para aprender o como si la vida fuera muy injusta (Ryff, 1995). Por otro lado, el bienestar psicológico depende cada uno, es decir, cada uno tiene su propia tranquilidad y paz en sus manos. Uno decide si las situaciones externas le afectan o no (Garassini y Camilli, 2012).

Teoría universalista - Motivación humana. El logro del bienestar psicológico se fundamenta en cumplir con las necesidades básicas que tiene toda ser humano, ya sea desde el factor fisiológico hasta el factor emocional. Cada individuo debe de alcanzar las necesidades en distintas etapas de su vida, ya sea desde lo académico hasta lo laboral (Diener y Larsen, 1991). Cabe recalcar que las necesidades básicas son planteadas por Abraham Maslow, para lo cual es primordial que dichas necesidades se cumplan, para obtener una satisfacción personal.

En 1943, Abraham Maslow propone esta teoría orientada hacia la parte intrínseca de la persona y su ámbito de aplicación es extenso, ya que varía desde la parte administrativa hasta lo clínico; observando la conducta del individuo (como se citó en Reid, 2008).

En primer lugar, se comienza con la necesidad fisiológica, hace referencia que cada individuo debe de mantenerse día a día; como dormir bien, alimentarse correctamente, tener sexo, beber agua y respirar. Este primer punto se considera la necesidad más importante de todas, dado que, cada persona requiere de estas fisiológicas para poder vivir.

En segundo lugar, la necesidad seguridad, esta surge a partir de cumplir con la primera. Se basa en que la persona debe de obtener un equilibrio, tanto personal, emocional y laboral, esto quiere decir que debe de obtener un trabajo con buen ingreso, salud mental, salud física y sentirse seguro.

En tercer lugar, la necesidad amor, afecto y pertenencia, se refiere a que la persona desea cumplir sus necesidades intrínsecas, como querer formar amigos o grupos social, enamorarse, casarse, formar su familia e incluso pertenecer a una comunidad católica o no; esto quiere decir que la persona quiera sentirse útil y reconocido ante los demás.

En cuarto lugar, la necesidad estima, se manifiesta en la autoestima, autoimagen y autoconcepto del individuo, reconocen sus mayores virtudes y cualidades, y cómo pueden aportar a la sociedad, incrementando su nivel de autoestima. Esto genera confianza consigo mismo, independiente y responsabilidad.

Por último, necesidad de autorrealización, esta última fase, se refiere a que la persona tiene metas y sueños claros que desea cumplir, esto quiere decir, que es el desarrollo personal de cada uno, es lo que la persona quiere ser y hacer con su vida (Simons *et al.*, 1987).

Teoría de la adaptación. Se sustenta en que toda persona mantiene un proceso hacia lo desconocido e intervienen varios factores psicológicos, como la tristeza, miedo, angustia, frustración y el sentir que no se sienten preparados/as, hacia lo nuevo. Cabe recalcar que cada persona es distinta y es por ello, que no todos reaccionan de la misma manera (Fredick y Loewenstein, 1999). Por otro lado, son los factores externos que afectan al sentir y la emoción de la persona, ya que van de acuerdo a ciertas personalidades, como el neuroticismo y la extroversión.

En el primer punto, el *neuroticismo* contiene el miedo, la angustia y enemistad, esto no quiere decir que sean sentimientos ni emociones negativas, sino que son vitales para la sobrevivencia del ser humano. Seguidamente, el segundo punto, el *extravertido* se refiere al ímpetu y sociable. Todo lo mencionado anteriormente, se refiere a que debe existir un equilibrio emocional y gracias a esto, conforma varios tipos de temperamentos, melancólico, sanguíneo, flemático y colérico. Estas teorías, generan uno de los principales bienestar psicológicos, ya que también está de por medio lo material y lo físico (Diener *et al.*, 2006).

Ahora bien, existen componentes sobre el bienestar psicológico dentro de esta teoría: positivo y negativo. Se trata de que, para que exista un ambiente positivo dentro de cualquier trabajo, primero se debe realizar una valoración sobre su vida personal, ya que es de vital importancia dentro de cualquier lugar o contexto (Easterlin, 2005).

Por último, las necesidades básicas, juegan un papel muy trascendental en las adaptaciones, ya que, si cumplen con los requisitos, están preparados para afrontar cualquier tipo de situación desconocida que pueda existir; sin embargo, existen

estímulos que influyen a las adaptaciones positivas en el individuo (Diener y Biswas, 2008).

Teoría discrepancias. En esta teoría se refiere a que la percepción en uno mismo es lo más importante para cumplir cualquier tipo de objetivo y un bienestar psicológico positivo, en cambio cuando tenemos la percepción ante los demás, hace que exista un desbalance tanto en lo emocional como en lo físico. Es por ello que plantea seis tipos:

Objetivo y logro. Esto hace referencia a que el individuo tiene claro cuáles son sus metas y que tiene que realizar para conseguirlo (Michalos, 1986).

Puro y real. Se refiere que el individuo genera muchas expectativas en cuanto a sus sueños (Michalos, 1986).

Paralelismo previo. Se basa en que la persona trata de darse cuenta de lo que tiene, ya sea en la parte física y mental, y lo que tiene que aprender dentro de su círculo social (Michalos, 1986).

Consecuente. Hace referencia a que tiene que tomar consciencia de lo que está haciendo y lo que quiere ser, es decir, ser sincero consigo mismo (Michalos, 1986).

Wills (1981) manifiesta una teoría, en el cual las personas con mayor satisfacción propia tienden a compararse con aquellas personas que no están a su "nivel" y cuando se sienten inferiores, se comparan con los superiores. A esta teoría la denomina, hacia abajo. Esta teoría manifiesta que cada individuo debe de cumplir cada una de sus metas planteadas y que existe un equilibrio emocional entre ellas; esto quiere decir que cada persona se siente muy bien emocionalmente cuando logra su objetivo, generando un bienestar psicológico positivo, en cambio, si no cumple con

lo planeado provoca un descontento en el individuo, presentando un bajo bienestar psicológico.

Por otro lado, cada logro está relacionado con la comparación entre las mismas personas, puesto que, cuándo se sienten realizadas, tienden a compararse con los demás y esto puede generar alegría o tristeza, por la misma razón en que ellos mismos deciden confrontarse con aquellos que consideren importantes en su vida (Taylor *et al.*, 1983).

Teoría de la Auto determinación. Esto se basa en que la persona busca su propia felicidad y satisfacción dentro de su sociedad y erudición a través de sus conductas, con la finalidad de obtener su confort. Así mismo, las personas estamos en constante crecimiento y aprendizaje; además busca un cambio constante tanto extrínseco como intrínseco, ayudándolo a su incremento psicológico (Ryan y Deci, 2007).

En base a esta teoría, existen seis componentes para la propia autodeterminación; sin embargo, se utilizará las cuatro fundamentales, para el bienestar psicológico.

Teoría de lo cognitivo. Esto se relaciona en cómo el sujeto observa y entiende el entorno social y la integración de las sus conexiones interpersonales, ya que en este tema solo se basa en la motivación intrínseca de la persona y qué estrategias emplea para lograr sus objetivos personales; sin embargo, se sabe que ellos mismo controlan sus propias emociones y sentimientos, pero no los factores externos, logrando afectar en su desarrollo y cumplimiento de sus objetivos. Cabe recalcar que cada objetivo alcanzado, la propia persona se retribuye mediante recompensas (Diaz, 1991).

Teoría de la causalidad. Se refiere en que la persona realiza ciertas conductas de acuerdo a sus deseos personales. En primera instancia, se encuentran las *normas personales*, se basa en que la persona realiza una introspección e identifican sus beneficios personales, con la intención de decidir qué tipos de actividades tiene que realizar, para cumplir con lo trazado. En segunda instancia, se basa en *normas de control*, esto trata en cómo el individuo realiza un horario o cronograma, para realizar sus actividades y los premios que va a obtener. Por última instancia, se refiere a *normas desanimadas*, se basa en los factores externos que influyen en sus actividades, originando desánimo en su logro personal y dicho sea de paso, para su propio bienestar psicológico (Díaz, 1991).

Teoría de la necesidad psicológica. En esta teoría se divide la parte independiente, competitiva y de relación. En la necesidad *independiente*, son los deseos personales de cada individuo, en la necesidad *competitiva*, la persona está en constante competencia con la sociedad, para que así pueda mejorar y desarrollar de forma eficaz sus estrategias, además, para que genere mayores relaciones interpersonales. Por último, la necesidad *de relación*, se explica a que la persona busca relacionarse con su entorno o ambiente social, sin la obligación de recibir y hacer algo a cambio. Estas tres necesidades también logran cumplir el bienestar psicológico (Díaz, 1991).

Teoría de la motivación relacional. Se basa en el conjunto de las necesidades y teorías ya mencionadas anteriormente, ya que esto es primordial para que exista un buen bienestar psicológico. Cabe recalcar que la independencia, la competitiva y la de relación, logran formar un emocional y físico (Díaz, 1991).

1.1.2 Definición de duelo

El duelo es descrito por Freud (1915, como se citó en Cabbodevilla, 2007) como la retirada o eliminación de la libido en el objeto, entendiendo como objeto a las relaciones que se tiene con los demás, entonces, al tener una pérdida se pierde una parte del ser y de su mundo interno. Al igual Bowlby (1993, como se citó en Cabodevilla, 2007) hace referencia que el duelo es el desarrollo psicológico desatado por la partida de alguien con quien se mantenía un vínculo afectivo.

La respuesta original del duelo se presenta como estrés, ansiedad, tristeza, fatiga, irritabilidad, astenia, dispepsia y distraibilidad, ante la existencia de los síntomas referidos, no es necesaria una medicación o intervención como tal, sí se aconseja el seguimiento para prevenir un duelo no resuelto; sin embargo, es fundamental la expresión de las emociones por la situación de fallecimiento (García-Viniegras *et al.*, 2013).

Teoría del apego asociada al duelo. Bowlby (1968; como se citó en Sánchez-Lorenzo, 2013) combina los conocimientos psicoanalíticos y etiológicos, para dar una explicación sobre el desarrollo del vínculo afectivo, definiendo el apego como una conducta comportamental que se tenga hacia otro individuo por medio de una unión significativamente emocional, sin embargo cuando se genera una separación se provoca un dolor muy grande en las personas y crean ciertos mecanismos para afrontar el dolor, algunos son efectivos pero otros pueden ser contraproducentes, para esto propone fases cuando hay una reacción de pérdida, siendo; *protesta-irá*, provoca preocupación por el alejamiento e intenta buscar a la persona con la cual se formó el vínculo, incluso surgen sentimientos de culpa hacia la persona que se fue, la memoria comienza a disminuirse, aumentando los niveles de ansiedad, luego está la

desesperanza, en esta fase la persona comienza a aceptar la partida, algunas de las reacciones pueden ser una tristeza profunda, tratar de alejarse e incluso cambiar de hábitos, para así olvidar la pérdida y por último la fase de *desapego*, la aceptación finaliza y comprende que la persona no regresará, por eso comienza a retomar actividades perdidas, tener una visión hacia el futuro y reparar todo lo que ha dejado ir en las anteriores fases. Bowlby (1980; como se citó en Moneta, 2014) sugiere considerar los tipos de apegos que se puedan haber desarrollado con la persona, así se comprenderá mejor las reacciones presentadas en cada una de las fases de duelo.

Fases del duelo. Si bien se proponen fases por las que pasa una persona que sufre la pérdida de alguien importante, no siempre se dan todas las fases y menos en un mismo orden, cada ser es único e inigualable; sin embargo, el planteamiento de fases ayuda a comprender mejor las reacciones que tiene el doliente.

Kübler-Ross (1972) propone mediante su obra "Sobre la muerte y los moribundos" cinco periodos, estos son, *negación* la persona no acepta la partida tiene la esperanza que va a regresar o que está en un sueño, incluso algunos entran en estado de shock; la segunda etapa es la *ira* los sentimientos están en toda la cumbre y algunos se transforman en una recriminación hacia el ser fallecido, culpándolo por haber dejado ese mundo, en otras situaciones el doliente mismo se echa la culpa por lo sucedido y comienza preguntándose por qué no dio algo más, porque no estuvo cerca; la tercera fase es *negociación* es como una tregua temporal con el dolor, porque el sentimiento puede ser tan grande que la persona no soporta, provocando que la situación comienza a distorsionarse para aliviar el sufrimiento, sin embargo, siempre se vuelve a realidad con más intensidad y siendo la tragedia que es perder a alguien.

Pasando con la cuarta fase que es *depresión* , puede ser una de las etapas más ambigua, porque define si la persona podrá superar el fallecimiento o se quedará estancado en una eterna tristeza, comenzando a presentar problemas mentales, este punto es quiebre, la persona conecta con su dolor tal cual, pero a la vez le puede ayudar a estar concentrándose en el presente, sobre todo en comenzar aceptar que no va regresar; la quinta fase es la aceptación, no es el punto definitivo puesto que, tiene altos y bajos emocionales, debido a la toma de conciencia sobre la realidad existente, y el aprendizaje en base a la situación vivida, la persona comienza a ver por sí misma, tiene cambios como la adopción de nuevos hábitos y la reorganización de su vida, aunque siempre está la ausencia del fallecido, sin embargo, el doliente aprende a vivir con ello (Kübler-Ross, 1972).

Duelo complicado. El duelo complicado es la extensión de las respuestas frente a la muerte de una persona, a diferencia de duelo normal donde la reacción es esperada, además, que en el duelo patológico los síntomas incrementan incluso llegando a convertirse en trastornos psicológicos, como la depresión, ansiedad en niveles altos y estrés postraumático, por lo tanto, demandan un seguimiento psicológico y una intervención inmediata (Limonero-García *et al.*, 2009).

Existen factores predictivos del duelo complicado como lo explica Worden (1997) una de las consideraciones es la causa como se dio la muerte, en caso de que sea por enfermedad, accidente, etc., además si era esperado o no, desde ese punto parte como se va a afrontar el fallecimiento; otro factor es la personalidad, al evaluar los rasgos se logra saber si la persona es más tolerante ante el malestar que pueda ocasionar la pérdida, cuando no se puede soportar son más propensos a desarrollar duelo anormal y el último factor a considerar es el social, es el ambiente donde la persona puede expresarse, no obstante, cuando no se puede hablar del sufrimiento

sea por motivos de guardar ciertas apariencias o las demás personas actúan como si nunca hubiera pasado en caso de aborto, otro caso puede ser por la distancia aun no permite sentir el apoyo y se genera el aislamiento incrementando más aún el dolor.

El duelo complicado tiene diferentes tipos de manifestarse, como por ejemplo cuando es un duelo inhibido o retardado, es básicamente la evitación inconsciente del tema sobre la muerte, luego está el duelo crónico, principalmente es cuando había una lazo afectivo muy fuerte con el fallecido, no deja ir el recuerdo por lo que constantemente recuerda a su ser querido, no llegando aceptar su partida; por último el duelo traumático, se da a partir de un fallecimiento totalmente inesperado, la sintomatología clínica corresponde más a la del estrés postraumático por ello es difícil su detección (Chacón *et al.*, 2007).

Duelo en pandemia. La aparición del coronavirus ha generado muertes masivas, y no solo eso, sino que hay una reorganización de actos fúnebres. El ser humano no ha vivido algo igual desde la Segunda Guerra Mundial, por lo tanto, las reacciones frente al virus son preocupantes de por sí ya que generaba problemas en la salud mental, por el miedo, la angustia, el aislamiento; pero al ver muertes en gran cantidad se presencié el luto de cada persona, sin embargo, las nuevas medidas de protección no permitían realizar velorio o entierros, entonces el duelo tenía que llevarse de forma súbita, siendo un proceso atípico. Todos los acontecimientos relacionados con la muerte provocan reacciones de un duelo complicado, además que no había abordajes inmediatos, incrementando de tal forma la sintomatología y manifestándose en conducta desadaptativas (Larrotta-Castillo *et al.*, 2020).

Duelo en el sector salud. El duelo mayormente estudiado en el doliente que tiene un vínculo sanguíneo o amoroso, pero también hay una implicación del personal

de salud hacia los pacientes que están en fase terminal, ellos también pasan por un luto, porque se crea lazos con la persona que padece alguna enfermedad, ya que, están bajo su cuidado, además que por la misma profesión actúan para combatir el malestar, aunque también tiene como labor concientizar a la familia y al paciente para afrontar la muerte; sin embargo, se ha olvidado ese objetivo y solo se enfocan en la recuperación, asimismo explican en su estudio Carmona y Bracho (2008) como es el proceder del médico y enfermeros cuando el paciente fallece, los sentimientos que predominan son de tristeza, angustia, frustración e incluso incompetencia por no haber podido salvar a la persona, a raíz de ello, parece dos categorías de duelo que son el anticipado a la muerte o bien la impotencia frente al fallecido.

El personal sanitario siempre se ha visto frente a la muerte, no obstante, la pandemia resultó ser un gran reto, como mencionan Rabow *et al.* (2021) la covid-19 ha afectado gravemente a los profesionales mediante el fallecimiento de tantas personas en UCI, creando un dolor profesional y personal. por consiguiente, se entiende que la calidad de muerte es un predictivo para el duelo complicado. En el caso del personal de salud siempre han visto la muerte como algo que se combate, entonces cuando se da el fallecimiento para los profesionales es un fracaso, generando malestar físico y mental, lo recomendable es llevar capacitaciones para que desarrollen estrategias de afrontamiento, pero con la nueva coyuntura no era posible, ya que, el virus cada vez ponía nuevas barreras, por ello no permitía una adaptación a la situación, asociando a ello agotamiento emocional y estrés por no saber cómo combatir la enfermedad (Rabow *et al.*, 2021).

1.2 Antecedentes de la investigación

En el contexto peruano hay una escasa indagación sobre las variables específicamente en la población seleccionada, empero, Caycho-Rodríguez *et al.* (2021) realizó la primera investigación dirigida hacia el duelo pandémico, con la finalidad de evaluar las características psicométricas de la Escala de duelo pandémico (PGS) y la asociación de ideación suicida, en países de América Latina dentro de los países seleccionados se encuentra Perú, con 2 321 integrantes que habían perdido algún familiar por la COVID -19, se encontraron puntuaciones significativas entre el duelo pandémico y la ideas suicidas, en cuanto al Perú se determinó que es uno de los países más dolientes por la covid-19 con el 21.8% , otro dato relevante es que no existe mucha diferencia sociocultural por lo que el instrumento es válido para la aplicación de todo el contexto latinoamericano en especial la parte sur.

Por otro lado, en la investigación que realizó Yáñez y Moreta (2020) del bienestar psicológico, subjetivo y laboral en los personales de salud, su finalidad era comprender en los enfermeros las cualidades en base al bienestar; además, se presentaron 144 colaboradores, en el que se describe a 47.2% eran médicos y el 53.8% el resto del personal. Para alcanzar el objetivo del estudio, se evaluó mediante la escala de bienestar psicológico de Ryff y el cuestionario del bienestar laboral de Blanch; dando como resultado que el bienestar psicológico y subjetivo, son adecuados al bienestar laboral para el personal de salud. Se logra concluir que existe relación entre el bienestar psicológico y subjetivo, con la parte laboral.

Así mismo, Veliz Burgos *et al.* (2018) investigaron la correlación que existe entre el bienestar psicológico y *burnout*, para conocer el porcentaje que produce la magnitud subsistente en los expertos de la salud, mostrándose en una cantidad de

121 expertos de la salud. Por efecto, se utilizó la escala de bienestar psicológico de Ryff y el inventario de burnout, elaborado por Maslach. Seguidamente, se logró apreciar que 1 de cada 5 colaboradores de la salud manifiestan un pequeño grado del bienestar psicológico y 2 de cada 3 de la muestra no disponen de un alto desarrollo personal a causa de la actividad laboral que ejercen. Por último, al conocer la sobrecarga laboral influye mucho en su desempeño dentro de la clínica, ocasionando una carencia de bienestar y satisfacción frente a su crecimiento personal y profesional.

Por otra parte, otro estudio dirigido por Veliz-Burgos (2018) se asocia con la inteligencia emocional y bienestar psicológico, para determinar el grado de la inteligencia emocional y el bienestar psicológico, en el cual se expuso a 97 personales de salud en los que atienden en la primera línea. De igual forma, se evaluó mediante la escala de bienestar psicológico de Ryff y la escala de meta - estado de ánimo (TMMS 24) por Salovey; por consiguiente, se muestra que el 57.5% de los médicos revelaron un incremento en el bienestar psicológico, mientras que el 33.7% una disminución en la inteligencia emocional. Finalmente, se dedujo que se encontró una asociación relevante entre las variables estudiadas.

También se realizó un análisis por Ramos (2021) en el cual se basó examinar la correlación entre el estrés laboral y el bienestar psicológico en el personal sanitario en la provincia de San Martín. Para dicha investigación, la muestra se conformó por 234 expertos de la salud. Ahora bien, se utilizaron los instrumentos de Estrés Laboral y la escala de Bienestar Psicológico. Se demostró que el estrés laboral incrementa, el bienestar psicológico disminuye.

Por otro lado, Delgado Domínguez *et al.* (2020) tenían que reconocer el rango del bienestar psicológico en los médicos. Esto se dio a través de la participación voluntaria a aquellos médicos que enseñaban en el año 2017 – 2018, es decir, que participaron 157 médicos de distintas especialidades, mediante un estudio transversal y utilizaron el instrumento de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Esto dio como resultado que el 35.1% mostraban niveles bajos y el 33.7% mostraban niveles medios sobre el bienestar psicológico.

Alonso *et al.* (2021) la finalidad de la investigación acerca del duelo, fue evaluar la capacidad de *mindfulness*, la autocompasión y la existencia del duelo complicado en familiares de primer grado en una exhibición de 26 individuos que han padecido una pérdida, siendo la principal característica, ser familiares o pareja del fallecido; usando para la recogida de datos la escala de Autocompasión (Neff, 2003), *Mindfull Attention Awareness Scale* (Carlson y Brown, 2005) y el Inventario de Duelo Complicado (Prigerson *et al.*, 19x95). Los resultados arrojados muestran que el 85.70% de la población evaluada presenta indicadores de padecer un duelo complicado, también consideran si la muerte era o no esperada.

Ahora bien, en el estudio de Passos Texeira *et al.* (2020) comprendieron como propósito examinar las características personales y la actitud frente al fallecimiento en profesionales de enfermería de un hospital de Portugal, se llevó a cabo la evaluación a 981 enfermeros mediante cuestionario de valoración del perfil de actitudes sobre la muerte (PAM-R), donde los resultados condujeron varios acordes al nivel de preparación ante la pérdida de pacientes, el 27.25% presentó una actitud neutral, mientras que el 17.4% tenía actitudes de evitación por miedo a la muerte, así también, comprobaron que las características socio profesional eran relevantes para

predecir el duelo complicado, en este caso los enfermeros estaban preparados y tenían un mejor manejo del sufrimiento frente al fallecimiento de pacientes.

En la investigación de Levy *et al.* (2005) tuvieron como propósito la comparación frente al fallecimiento entre el personal de salud y familiares, para ellos contaron con dos UCI médicas que consiste en 38 participantes, mediante una encuesta transversal y el instrumento *Quality of Dying and Death* (QODD). Un mes posterior al fallecimiento de los pacientes se aplicó obteniendo como efecto una correlación ($p < .001$), los familiares tuvieron cifras más favorables a diferencia del personal sanitario encargado, debido a consideraban que no se estaba dando los medicamentos adecuados a los pacientes de UCI y en algunos casos prefieren desistir del cuidado en el último momento de vida.

Por otra parte, en el análisis de Alonso *et al.* (2022), se evaluó la satisfacción con la vida, la vitalidad, el afecto positivo y la presencia del duelo complicado en convalecientes de primer grado. Para lo cual, se conforma con 26 participantes, empleando las Escalas de Satisfacción con la vida, de vitalidad y de afecto positivo y negativo, y el Inventario de Duelo Complicado. A tal efecto que, se encontró una calificación moderada entre a satisfacción con la vida, la vitalidad, el afecto positivo; sin embargo, con la variable de duelo, se relacionó con un porcentaje menor sobre la vitalidad y afecto positivo.

Finalmente, en una investigación de diseño cualitativo dirigido por Franco *et al.* (2020) plantearon como objetivo analizar la visión del personal de salud frente a la muerte en el área de Cuidados Paliativos (CP), la guía de entrevista fue semiestructurada y enfocada en las experiencias en CP, entre los hallazgos se evidenció que los participantes sentían tristeza, miedo, arrepentimiento e incluso

manifestaban un choque emocional, además se halló que la reacción frente a la muerte depende del vínculo y la condición de la muerte del paciente; la conclusión del estudio indicó la falta de instrucción en el personal de salud debido al fallecimiento de pacientes.

1.3 Planteamiento del problema

Durante la nueva coyuntura mundial, el duelo y el bienestar psicológico fueron conceptos importantes en base a la pandemia, por el mismo hecho que genera estrés, depresión, ansiedad, fobia y temor a contagiarse. No obstante, dentro del ámbito del personal de salud, se encontró en un estudio con 4357 personas que trabajan en el área de salud, la preocupación frente a la posibilidad del contagio de colegas un 72%, también a su familia un 63%, por pésimos materiales de protección frente al Covid-19 un 52% y cómo parte final, violencia y abuso para trabajar en plena pandemia, ya que dicha muestra, padecían de mucha angustia, preocupación al ser contagiados y por ende a toda su familia, siendo así el 48% (Dai *et al.*,2020). Asimismo, el duelo en familiares genera un gran impacto emocional negativo, presentando un miedo a la muerte por dicha enfermedad y a su vez ocasiona un estancamiento en las necesidades y deseos personales.

En China, hubo un impactó de manera grave a nivel mental del personal de salud en Wuhan (Huang *et al.*, 2020; Lai *et al.*, 2020; Shigemura *et al.*, 2020) diversos estudios dan como resultados altos grados de estrés, ansiedad, depresión, insomnio y aflicción, provocada por la incertidumbre de la pandemia. Además, que el equipo de salud mantiene una presión constante por el hecho que debe velar por la vida de cada persona que acude a un centro hospitalario en este caso por la Covid-19, es por ello, que son más propensos a desarrollar una deficiencia en cuanto a su salud mental

siendo vulnerables; en caso de que entren a un proceso de duelo y por consiguiente su nivel de bienestar psicológico también se vería implicado de forma negativa.

Pasando a otro contexto, en América del Norte se identificó datos significativamente diferentes, en cuanto la pérdida de pacientes en la UCI en enfermeras de Estados Unidos y Holanda, se encuentran factores culturales, cómo las expectativas frente a la recuperación y el cuidado que se brindaba. En Holanda siempre había un especialista al cuidado de esa área, mientras que en EE.UU. seguían el cuidado del paciente y a la vez incluían a la familia, ya sea en las visitas o en las despedidas de su ser querido. El resultado más notable es en el ítem relacionado con el consuelo frente al fallecimiento del paciente, Holanda tuvo una mejor perspectiva de duelo en comparación con el equipo de enfermería de EE.UU. Considerar que este estudio es uno de los primeros en abordar la muerte de los pacientes desde la perspectiva del personal encargado de sus cuidados en el último momento de vida (Gerritsen *et al.*, 2017).

En Latinoamérica a diferencia de otros lugares del mundo, hay escasas investigaciones relacionadas a este constructo; sin embargo, algunos estudios pasados abordan con menor magnitud el efecto que origina la muerte de pacientes en personal sanitario. Marchan (2016) en su estudio enfocado al afrontamiento en el personal de salud frente a la muerte; obtuvo que el 60.6% afirmaba que no había una preparación ante el fallecimiento de pacientes, el 83.1% refería que no existía un respaldo del centro laboral; en cuanto a la formación profesional en relación con la muerte, sólo el 14.1% presentaba una alta instrucción, mientras que el 59.1% poseía una escasa capacitación y el restante 26.8%, se mantuvo en un grado considerable.

Espinoza *et al.* (2016) demuestra en base a su investigación que su población mantenía un nivel de actitud positivo frente a la muerte dentro de una normalidad, haciendo el desarrollo del duelo más llevadero, los factores subjetivos como las creencias, las expectativas, entre otras, son importantes analizar para entender cómo se hace frente a la pérdida. En cambio, en el análisis llevado por Morales *et al.* (2021) los resultados obtenidos en su población fueron que el 67.6% eran desapegados ante la muerte de un paciente, otro grupo identificó el temor y ansiedad en relación al fallecimiento, y el restante veía el deceso con naturalidad. En cuanto al constructo Bienestar Psicológico en el cuerpo de atención médica de primera línea, es importante considerar variables sociodemográficas que puedan influenciar en la salud mental, el género femenino se encuentra más vulnerable ante el nuevo contexto, puesto que, presentan componentes cognitivos que afectan el bienestar psicológico. Además, la somatización es parte del conjunto de afecciones causadas por la pandemia, logrando así una baja en su satisfacción de actividades ya sean profesionales o personales (Pérez *et al.*, 2021).

Pasando al contexto nacional, la pérdida se ha percibido constantemente, en la actualidad 12 mil médicos fueron contagiados por la covid-19, donde una gran cantidad de ellos perdieron la vida (Colegio Médico del Perú, 2021), no solo se presencia fallecimientos en los profesionales de salud, sino que también en las personas que fueron internadas en UCI teniendo una cifra alrededor de 199 mil fallecidos a nivel nacional (MINSA, 2021), ocasionando dolor ante la partida no solo de los familiares, sino de los profesionales encargados del cuidado intensivo de aquellos que contrajeron el virus, por ello, parte una pregunta ¿Cómo sobrellevan el duelo el personal de salud y esto como afecta su bienestar psicológico?, en estudios internacionales se evidenció que, cuando no existe un entrenamiento óptimo para

afrontar estas diversas situaciones, su salud mental se ve implicada de manera negativa; además, el bienestar psicológico estaría involucrado debido a la aparición del sentimiento de culpa por no haber salvado a las personas que acudían a ellos, por ende, podría afectar su vida profesional e incluso a la parte personal.

La siguiente investigación expone como justificación teórica brindar conocimiento de las variables Bienestar psicológico y Duelo complicado, por ende, se realizó una exhaustiva indagación de evidencias empíricas de ambas variables, donde se apreció la escasez de hallazgos científicos sobre todo en el contexto peruano, es por ello, que se brindó un aporte científico en cuanto a la correlación que exista entre variables y el efecto que tienen en las personas que laboran en el área de salud, ya que, a lo largo de la pandemia son quienes enfrentaron de forma directa a la enfermedad, obteniendo pérdidas profesionales y raíz de ello posibles consecuencias psicológicas.

La justificación práctica radica en obtener datos de análisis, para que se pueda realizar estrategias de afrontamiento, mejoras en las capacitaciones e incluso efectuar programas de prevención centradas en el desarrollo de habilidades que requieran las carreras de salud frente a contextos totalmente inesperados. Finalmente, se añade a este aporte la adaptación lingüística del Inventario Duelo complicado específicamente para profesionales de salud, que permite evidenciar resultados más exactos frente al duelo complicado que puedan estar presentando médicos y enfermeros.

En cuanto a la viabilidad técnica se contó con acceso a material bibliográfico, de la misma manera se dispuso de material hemerográfico para poder recabar información con respecto a las dos variables de estudio, finalmente se hizo uso de softwares especializados de libre acceso para la elaboración de la parte estadística.

Además, se dispuso del tiempo requerido para la ejecución del estudio, considerando búsqueda de información, construcción de las partes de la investigación y elección de las fuentes de recopilación de datos. La presente investigación es viable éticamente, debido a que los instrumentos elegidos cuentan con validez y confiabilidad. También, se obtuvo el permiso de los autores de ambos instrumentos psicométricos, de tal forma la aplicación de los cuestionarios será en su totalidad válida.

Ahora bien, con relación a lo mencionado anteriormente, se formula la siguiente pregunta de investigación. ¿Qué relación existe entre el bienestar psicológico y el duelo complicado en el personal de salud de un hospital de la ciudad de Arequipa, 2024?

1.4 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar si existe una relación entre el bienestar psicológico y el duelo complicado en el personal de salud de un hospital Arequipa metropolitana.

Objetivos específicos

Identificar la relación entre el bienestar psicológico y la alteración emocional y falta de aceptación en personal de salud de un hospital Arequipa metropolitana.

Identificar la relación entre el bienestar psicológico y el vacío aislamiento y sin sentido en personal de salud de un hospital Arequipa metropolitana.

Establecer la relación el bienestar psicológico y la presencia del fallecimiento, identificación y evitación de su recuerdo en personal de salud de un hospital Arequipa metropolitana.

1.5 Formulación de hipótesis y derivadas o específicas

Hipótesis general

H1. Existe una asociación inversa entre el duelo complicado y el bienestar psicológico en el personal de salud de un hospital Arequipa metropolitana.

Hipótesis derivadas

Existe una relación entre el bienestar psicológico y la alteración emocional y falta de aceptación en personal de salud de un hospital Arequipa metropolitana, 2024.

Existe una relación entre el bienestar psicológico y el vacío aislamiento y sin sentido en personal de salud de un hospital Arequipa metropolitana, 2024.

Existe una relación el bienestar psicológico y la presencia del fallecimiento, identificación y evitación de su recuerdo en personal de salud de un hospital Arequipa metropolitana, 2024.

1.6 Variables y definición operacional

Definición operacional y conceptual

Variable	Definición conceptual	Instrumento	Dimensiones	Ítems	Escala de Likert
Bienestar psicológico	Se relaciona con la propia cultura y las experiencias, ya sea positivas o negativas, pero esto depende de cómo el ser humano lo perciba, ya sea como una experiencia para aprender o si la vida fuera muy injusta	BIEPS- A De Casullo (2002, adaptado por Domínguez, 2014).	Aceptación/control de situaciones		De acuerdo = 3
			—	1, 2, 3, 5,	Ni de acuerdo ni en
			Autonomía	6, 8, 10,	desacuerdo = 2
			—	12, 13, 14,	En desacuerdo = 1
			Vínculos	16, 18, 19,	
			—	21	
			Proyectos		

(Garassini y Camilia,

2012).

	Adaptación del	Alteración emocional	1, 2, 3, 4,	
Proceso de duelo normal	Inventario de	y falta de aceptación	5, 6, 7, 8,	
Duelo complicado	Duelo Complicado	—	9, 20	Siempre = 4
interfiriendo con el	de Prigerson y	Vacío y aislamiento		A menudo = 3
funcionamiento de la	Jacobs (2001) y	sin sentido	10, 11, 12,	Algunas veces = 2
persona y	adaptada al	—	16, 19, 21	Raras veces = 1
comprometiendo su salud	castellano por	Presencia del		Nunca = 0
mental (Limonero-García	Gamba-Collazos y	fallecido,	15, 17, 18,	
<i>et al.</i> , 2009).	Navia (2017);	identificación con él y	14, 13	
	adaptación en el	evitación de su		
	Perú por Castillo y	recuerdo		
	Cespedes (2022).			

CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de investigación

Se consideraron los directrices del procedimiento de investigación que se expuso por Ato *et al.* (2013) donde se empleó el enfoque empírico, puesto que, se obtuvo una data original y se realizaron métodos estadísticos para la unificación de resultados; por lo cual se verificó con las hipótesis, a su vez siendo de estrategia asociativa, ya que, se dio a averiguar la relación funcional entre ambas variables, siendo de diseño correlacional simple, debido que la muestra permitió efectuar análisis cuantitativos. Asimismo, el desarrollo de aplicación se llevó en un solo momento, es decir, en tiempo transversal dado que la aplicación de instrumentos se realizó en un solo momento en el tiempo.

2.2 Participantes

Respecto al tipo de muestreo se consideró el no probabilístico, ya que, no hubo intención de extrapolar los resultados a otras poblaciones, ni contó con procedimientos de estratificación; la técnica de elección de participantes se efectuó por conveniencia dado que se eligió un centro de salud según las posibilidades del equipo de investigación (Ozten y Manterola, 2017) y por censo dado que se reclutó a la totalidad de profesionales de salud pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa Metropolitana los cuales fueron 100. Se mantuvo como criterio inclusión, al personal que atendieron a pacientes con Covid-19. Así mismo, en el criterio de exclusión, a expertos de la salud que hayan tenido algún diagnóstico psicológico, ya que los resultados podrían ser ambiguos.

2.3 Medición

Escala del Bienestar Psicológico

La escala del bienestar psicológico fue establecida en Perú por María Martina Casullo en el año 2002. Así mismo, la prueba fue validada por Domínguez en el año 2014, en la ciudad de Lima en una muestra que estuvo constituido por 222 estudiantes de psicología, conformado por 67 varones y 156 mujeres, entre un rango de edad de 16 a 44 años.

La escala de bienestar psicológico, permite conocer la categoría del bienestar de acuerdo a la satisfacción que tiene cada persona en distintas áreas de su vida. Así mismo, se mide la autoaceptación, las relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito de la vida y crecimiento personal.

Por otro lado, las dimensiones de la escala son la auto aceptación, capacidad de mantener las relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento y la madurez, creencias de propósito y el sentido de la vida. Consta de 13 ítems y se califica mediante la escala de Likert, que va del 1 (de acuerdo), 2 (ni de acuerdo ni en desacuerdo), al 3 (en desacuerdo).

Por otra parte, se explicará de manera muy breve cada una de los factores:

Aceptación/Control de situaciones. Evalúa el propio conocimiento y sus propias actitudes, aptitudes y limitaciones de la propia persona. Además, conocer la manera en cómo la persona logra controlar y sobresalir en base a las distintas adversidades.

Vínculos. Evalúa la facultad que tiene la persona para mantener relaciones interpersonales, partiendo desde la preocupación del bienestar hacia los demás.

Autonomía. Evalúa la capacidad de autoridad, determinación y su independencia, ante distintas situaciones que demanden presión social.

Proyectos. Evalúa la manera en que la persona se propone metas o proyectos a corto, mediano y largo plazo, para así darle sentido a su vida en base a lo que vive.

La validación de la estructura interna fue realizada por medio de la validez de constructo del análisis factorial confirmatorio (AFC), en donde se evidencia un CFI = .96, un RMSEA = .09, un GFI = .89 y SRMR = .03. Por lo que se finaliza que cumplen con los criterios psicométricos aceptables. La confiabilidad de dicha prueba fue establecida por el método de alfa de CronbachValeh, ya que para la escala total fue de 0.966. Así mismo, .88 para el factor de aceptación/control; .836 para factor autonomía; .871 para el factor de vínculos y .908 para el factor de proyectos.

Inventario del Duelo Complicado

Creado por Prigerson *et al.* (1995), la finalidad de la prueba es conocer los síntomas asociados al duelo, y poder diferenciar entre casos normales y patológicos, adaptado al castellano por Héctor Alfredo Gamba y Carmen Elvira Navia 2017 en Colombia, con un muestreo no probabilístico y cumpliendo los criterios de inclusión, basados en la edad y haber experimentado el fallecimiento de una persona cercana, obteniendo una población de 120, 92 mujeres y 28 varones, teniendo un intervalo de 21 a 80 años.

Por otro lado, la adaptación en Perú por Castillo y Céspedes 2022, con un muestreo no probabilístico por conveniencia y cumpliendo los criterios de inclusión, de acceder de manera opcional, tener 18 años a más y de perder algún familiar o persona cercana.

Las dimensiones del IDC adaptado al español son 3, siendo la primera *Alteración emocional y falta de aceptación*, que es conformado por los (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 8); en cuanto a la segunda dimensión denominada *Vacío, aislamiento* dimensión *Presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo* que corresponde a los (ítems 10, 12, 16, 19, 21); y en la tercera dimensión *la presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo* que compete a los (ítems 13, 14, 18).

Para realizar la adaptación de la prueba al castellano, cinco jueces expertos hicieron la evaluación correspondiente para adecuarse al léxico que usa la población. Luego se realizó el análisis exploratorio para establecer la viabilidad con el índice de adecuación muestral, la prueba de esfericidad de Barlett ($\chi^2=1702.133$, $p<0.000$), KMO =.89, seguidamente al realizar el análisis factorial confirmatorio (AFC) se verificó adecuados índices de ajuste (CFI= .956; RMSEA= .068).

En cuanto la confiabilidad de cargas factoriales estandarizadas, para la primera dimensión se tuvo un coeficiente Alfa de .92, para la segunda dimensión siendo de .87 y según la tercera dimensión es de .72, por lo tanto, se confirma el grado de consistencia en la prueba.

2.4 Procedimiento

Primero se realizó el proceso de adaptación lingüística del IDC a cargo de 3 expertos en psicología e investigación cuantitativa, levantadas las observaciones se aplicó el instrumento.

Para poder realizar la siguiente investigación se consideró la modalidad presencial, para ello se emitió un documento a la gerencia de salud, requiriendo la concesión para la aplicación de los instrumentos de dicha investigación, una vez que

se aceptó el documento fue remitido al área de capacitación del hospital seleccionado, el cual envió el plan de tesis a ser evaluado por el área de psiquiatría y medicina, los cuales dieron su aprobación para la aplicación de instrumentos, es así que la institución brindó una carta con la aceptación de la solicitud, por ende se comenzó a ejecutar la aplicación de pruebas en el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de manera presencial y virtual. Las cuales se tomaron en 7 semanas, puesto que el tiempo de cada uno de los expertos de la salud era muy limitado, por ello se dejaba en recepción para que después de su turno pudieran completarlo; de esta manera se pudo dar seguimiento a la culminación de la muestra. Una vez recopilada toda la información, los datos se plasmaron en el Excel y luego se elaboraron los datos en el programa estadístico de Jasp (0.18.3.0). Finalmente, se procedió con la ejecución de la estadística.

2.5 Aspectos Éticos

Los principios éticos que se establecieron en la investigación que se realizó era para velar por la autonomía de cada participante, puesto que, se otorgó en primera instancia un consentimiento informado, por ello, tenían la libertad de librar ante las respuestas de cada protocolo; así mismo, en el caso de que quisieran abandonar la evaluación podrían hacerlo sin tener repercusiones. Se procuró el beneficio individual más que el colectivo, por ende, no se vulneró la confianza de los participantes, ya que los resultados se utilizaron con fines que no sean netamente académicos (Belmont, 2013).

Por otro lado, los resultados del análisis están regidos en base a la transparencia de la muestra, cuidando así la integridad de la institución, por ende, se entiende que la ciencia está subordinada a la ética con la finalidad de salvaguardar el

bienestar de los participantes. Así mismo, se consideró que, durante la aplicación de los cuestionarios, predomina la salud mental sobre los resultados de dicha investigación (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018).

2.6 Análisis de los datos

Este análisis permitió conocer los datos estadísticos, cuyo fin era responder el objetivo general, para ello primero se examinó la normalidad de los datos con la prueba Shapiro Wilk que determinó una distribución no normal y el uso de estadística no paramétricas (Rho de Spearman) para el contraste de hipótesis. Finalmente, se llevó a cabo la estadística descriptiva, de lo cual el objetivo era evaluar el promedio de datos numéricos como la edad y los porcentajes, en base a las preguntas de carácter categórico o nominal, entre ellas se situaban los datos sociodemográficos.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1 Prueba de normalidad

Tabla 1

Normalidad de las dimensiones de bienestar psicológico y duelo complicado.

	Shapiro-Wilk	P-valor de Shapiro-Wilk
Aceptación/ control de situaciones	.708	< .001
Autonomía	.917	< .001
Proyectos	.614	< .001
Vínculos sociales	.778	< .001
Alteración emocional y falta de aceptación	.925	< .001
Vacío y aislamiento sin sentido	.753	< .001
Presencia del fallecido, identificación con él	.694	< .001

y

evitación de su recuerdo

La presente tabla presenta el análisis de normalidad con las dimensiones de las dos variables estudiadas; se consideró la prueba de Shapiro Wilk dado el tamaño de muestra, en este caso se pudo determinar una distribución no normal dado que el p valor de dicha prueba es menor a .05; esto concluye el uso de estadística no paramétrica para ejecutar el contraste de hipótesis.

3.2 Relación de la variable bienestar psicológico y la variable el duelo complicado en el personal de salud de un hospital de Arequipa metropolitana

Tabla 2

Bienestar psicológico y el duelo complicado

Variable		Duelo complicado
Bienestar psicológico	Spearman's rho	-.238 *
	P-valor	.018

Nota. Se empleo el coeficiente Rho de Spearman

Utilizando la prueba no paramétrica de Spearman se evidencia una relación inversa y significativa entre el bienestar psicológico y el duelo complicado (rho=-.238; p=.018).

3.3 Relación entre el bienestar psicológico y la alteración emocional y falta de aceptación

Tabla 3

Bienestar psicológico y la alteración emocional y falta de aceptación.

Variable		Bienestar Psicológico
Alteración emocional y falta de aceptación	Spearman's rho	-0.21 *
	p-value	0.03

Tabla 4

Bienestar psicológico y la alteración emocional y falta de aceptación.

Variable		Aceptación/control de situaciones	Autonomía Proyectos	Vínculos sociales	
Alteración emocional y falta de aceptación	Spearman's Rho	-.280 **	-.021	-.121	-.316 **

Nota. Se empleo el coeficiente Rho de Spearman

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En la presenta tabla, a través del uso de estadístico de Spearman's, se evidencia que la aceptación/control de situaciones se correlaciona de manera significativa e inversa con la alteración emocional y falta de aceptación ($\rho = -.28$; $p < .001$); así mismo, la dimensión de vínculos sociales presenta un relevante significado ($\rho = -.316$; $p < .001$). Sin embargo, en el factor de autonomía ($\rho = -.021$; $p = .84$) ni proyectos ($\rho = -.121$; $p = .23$) no muestran relación.

3.4 Relación entre el bienestar psicológico y el vacío y aislamiento sin sentido

Tabla 5

Bienestar psicológico y el vacío y aislamiento sin sentido.

Variable		Bienestar Psicológico
Vacío y aislamiento sin sentido	Spearman's rho	-0.25 *
	p-value	0.01

Tabla 6

Bienestar psicológico y el vacío y aislamiento sin sentido.

Variable		Aceptación/ control de situaciones	Autonomía	Proyectos	Vínculos sociales
Vacío y aislamiento sin sentido	Spearman's Rho	-0.325**	-0.071	-0.185	-0.286**

Nota. Se empleo el coeficiente Rho de Spearman

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

En la tabla, se logra observar que a través de la utilización de Spearman's, la dimensión de vacío y aislamiento sin sentido se relaciona de manera significativa e

inversa con aceptación y control de situaciones, ($\rho=-.325$; $p<.01$); además con la dimensión de vínculos sociales, presenta un resultado significativo ($\rho=-.286$; $p<.001$). Ahora bien, es importante recalcar, que en los factores de autonomía ($\rho=-.07$; $p= .49$) y proyectos ($\rho= -.185$; $p= .07$), no existen relaciones significativas

3.5 Relación entre el bienestar psicológico y la presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo

Tabla 7

Bienestar psicológico y la presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo.

Variable	Bienestar Psicológico
Presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo	
Spearman's rho	-0.22 *
p-value	0.03

Tabla 8

Bienestar psicológico y la presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo.

Variable	Aceptación/ control de situaciones	Autonomía	Proyectos	Vínculos sociales

Presencia del fallecido, Spearman'	-0.213 *	-0.056	- **	-0.281 **
identificación con él y s Rho			.289	
evitación de su				
recuerdo				

Nota. Se empleo el coeficiente Rho de Spearman

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Se aprecia en la ejecución de la prueba de Spearman que el factor de presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo se relaciona de manera significativa e inversa con la aceptación y control de situaciones ($\rho = -.213$; $p < .05$); sucede lo mismo con el factor proyectos ($\rho = -.289$; $p < .01$) y vínculos sociales ($\rho = -.281$; $p < .01$). Por último, la dimensión de autonomía, no muestra ninguna relación significativa ($\rho = -.56$; $p = .58$).

3.6 Niveles de duelo complicado

Tabla 9

Estadísticos descriptivos de duelo complicado

Duelo complicado	
Válido	98
Media	11.05
Desviación estándar	10.62
Mínimo	0
Máximo	45
Percentil 25	3.25
Percentil 75	15.75

Al trabajar los propios baremos utilizando los percentiles de 25 y 75, se hallaron tendencias medias de duelo complicado en la muestra seleccionada (M=11.05; D.E=10.62).

3.7 Niveles del bienestar psicológico

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de bienestar psicológico

Bienestar psicológico	
Válido	98
Media	34.76
Desviación estándar	3.58
Mínimo	23
Máximo	39
Percentil 25	34
Percentil 75	37

Al trabajar los propios baremos utilizando los percentiles de 25 y 75, se hallaron tendencias medias de bienestar psicológico en la muestra seleccionada (M=34.76; D.E= 3.58).

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados en el capítulo previo, se procede a realizar una interpretación de los resultados en los cuales se confirman la hipótesis general y específicas. Cabe señalar que la presente indagación no posee grandes respaldos empíricos, dado que no existen muchas investigaciones que documenten las dos variables como a través de una relación; sin embargo, se presentará evidencias que apoyen los hallazgos encontrados.

El presente trabajo se realizó en un hospital de Arequipa, perteneciente al rubro de la salud pública en una población de médicos pertenecientes a la unidad de cuidados intensivos (UCI). De acuerdo a las investigaciones realizadas de manera objetiva y minuciosa, se logra apreciar que los resultados demuestran que existe una relación inversa y significativa entre el bienestar psicológico y el duelo complicado (Tabla 2), así como cada una de las dimensiones mencionadas en los objetivos específicos (Tabla, 4, 6, 8).

Los presentes hallazgos se respaldan en estudio como el de Luthar et al. (2000) que estudia algunas manifestaciones del bienestar psicológico como la resiliencia, en estudiantes de una Institución de Educación Superior Pedagógico Público. Dicha investigación da a entender que existe una relación directa y significativa entre ambas variables, es decir que, a mayor bienestar psicológico, las personas presentan una mejor disposición ante las adversidades, ya sea en la parte familiar, amorosa y amical e incluso en el ámbito laboral. Asimismo, cada una de los factores de la resiliencia mantenía una correlación significativa con el bienestar psicológico.

De acuerdo con ello con lo mencionado anteriormente, dichos resultados se asemejan al estudio que planteó Veliz Burgos *et al.* (2018), en el cual manifiestan la relación del burnout y bienestar psicológico en los expertos de salud, puesto que, a mayor exceso laboral en la empresa, menor bienestar psicológico, es decir, presentan una insatisfacción y carencia sobre el bienestar psicológico. Dando a entender que el empeño y desempeño de cada profesional, estará muy afectado a largo plazo.

Adicional a ello, es relevante la semejanza con la investigación anterior, cómo la de Ramos (2021), en el cual demuestra la correlación entre el estrés laboral y el bienestar psicológico en el personal sanitario; dando a entender que mientras aumente el estrés laboral, el bienestar psicológico va a disminuir; ocasionando que el personal no disfrute de su trabajo y vulnerando su autoestima y desempeño laboral.

En contraposición a ello, el estudio de Yáñez y Moreta (2020) en trabajadores de la salud, verificaron la importancia del bienestar psicológico y subjetivo, para mejorar el bienestar laboral; lo que confirma la relevancia de los factores intrínsecos de los colaboradores de las instituciones donde el activo principal es el profesional de la salud; además es muy significativo conocer las opiniones de cada uno de los expertos de la salud, puesto que cada uno de ellos tienen una manera distinta de procesar las experiencias que viven, con la finalidad de mejorar la productividad de cada profesional.

Por otro lado, diversos autores consideran el duelo complicado, como una reacción emocional intensa que tiene cada persona, ya sea por la pérdida de algún familiar o el vínculo que formó durante mucho tiempo; así mismo, es importante una intervención positiva a lo largo del proceso del duelo. En el campo laboral, los especialistas en área de salud prefieren desistir o alejarse de ello, por el temor de no

saber lidiar con dicha situación (García-Viniegras et al., 2013) Bowlby (1993, como se citó en Condevilla, 2007) Freud (1915, como se citó en Cabbodevilla, 2007). Respecto a los resultados obtenidos, nuevamente se ha reportado escasa documentación en población de cuidadores secundarios como médicos, enfermeros, entre otro personal de salud; ante ello, Franco *et al.* (2020), afirmó en su estudio en Brasil, los personales de salud del área de cuidados paliativos, no presentaban ninguna capacitación debido al duelo complicado por la pérdida de cada uno de los pacientes. Asimismo, los expertos de la salud padecían de culpa, tristeza e incluso arrepentimiento, por el hecho de pensar que podían hacer algo más para que el paciente pueda seguir viviendo por más años.

Seguidamente, existe una diferencia entre la manera en cómo procesa una pérdida los familiares y los profesionales que se desempeñan en el sector salud. Según el estudio de Levy *et al.* (2005) afirma que la diferencia entre el duelo complicado en familiares y en personal sanitario, dando a entender que los familiares tienen una mayor asimilación por la pérdida del paciente y el personal sanitario, prefieren abandonar el cuidado del paciente en el último momento de su vida.

En añadidura, en la investigación de Alonso *et al.* (2022) demuestran una puntuación baja y moderada entre la satisfacción con la vida, la vitalidad, el afecto positivo; sin embargo, ante la presencia del duelo complicado se evidenció un 85.70%, dando a entender que presentan una disminución ante el placer de la vida, por la razón cómo padecieron la pérdida los familiares, ya sea por suicidio y accidentes. Esto quiere decir que, los propios familiares encuentran el apoyo en su familia, mientras que los especialistas tienen que seguir cumpliendo con su trabajo y

no se dan el tiempo de poder procesar dichas emociones que padecen en esa situación.

Con respecto a las limitaciones que se presentaron durante nuestra investigación es de suma importancia indicar que existe escasa información respecto a las variables de estudio, ya que si en caso existiera una mayor cantidad de estudios sería beneficiosa la literatura para conocer cómo afectan a los expertos de la salud.

Así mismo, respecto al hospital en donde realizamos nuestro estudio, el tiempo de espera para recibir la respuesta era mayor a tres meses y esto impedía que nuestra evaluación sea aplicada en el momento.

A lo largo del procedimiento de dicha investigación, se han presentado diversos retos, en el cual es importante recalcar a los futuros investigadores que logren interesarse por dicho estudio, es que puedan realizar más estudios a nivel nacional, incluyendo a profesionales de la salud, con la finalidad de poder medir el bienestar psicológico en cualquier área del hospital y su duelo complicado, para conocer su nivel de instrucción respecto a dicha adversidad. Esto con el objetivo de que se pueda ejecutar los programas de prevención y promoción, para poder disminuir los factores de riesgos y autorregular las emociones de cada uno de los especialistas en el sector salud.

Por último, es imperativo realizar un estudio sobre los factores externos que afectan en el rendimiento laboral del personal encargado del cuidado de pacientes con pronósticos reservados, puesto que tendrían que evaluar a mayor profundidad qué es lo que origina que exista la presencia mínima del bienestar psicológico y cómo se gestiona de manera saludable el duelo complicado.

CONCLUSIONES

Primera. En dicho análisis, se evidenció que existe una relación inversa y significativa y con tendencia media entre el bienestar psicológico y duelo complicado; así mismo, una relación significativa e inversa con la dimensión del duelo complicado y bienestar psicológico.

Segunda. De acuerdo a la variable bienestar psicológico y la dimensión alteración emocional y falta de aceptación, se encontraron una correlación inversa y significativa, en una muestra de profesionales de la salud de un hospital de Arequipa metropolitana.

Tercera. Respecto a la variable bienestar psicológico y la dimensión vacío y aislamiento sin sentido, se constató una relación significativa e inversa, en una muestra de profesionales de la salud de un hospital de Arequipa metropolitana.

Cuarta. Referente a la variable bienestar psicológico y la dimensión presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo, se constató una asociación significativa e inversa, en una muestra de profesionales de la salud de un hospital de Arequipa metropolitana.

RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda realizar capacitaciones sobre el desarrollo y previsión de la salud mental; asimismo, psicoeducación y técnicas psicológicas sobre el duelo complicado y el bienestar psicológico a todos los expertos de la salud.

Segunda: Es recomendable para los futuros investigadores, realizar más estudios sobre el bienestar psicológico y el duelo complicado, referente a los profesionales de la salud, pero en distintos hospitales.

Tercera: Se recomienda elaborar mayor variedad de instrumentos que midan variables psicológicas en profesionales que se desempeñan en el área de la salud.

Cuarta: Se recomienda realizar una capacitación a los gerentes y sub gerentes en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza e intervenciones dirigidas a los colaboradores, ya sea de manera individual, grupal y comunitaria.

REFERENCIAS

Alonso Liácer, L., Lacomba Trejo, L., y Pérez Marín, M. (2021). *Factores de protección de duelo complicado en dolientes de primer grado: capacidad mindful y*

autocompasión. Revista Psicología y Salud, 9(1).

<https://doi.org/10.21134/pssa.v9i1.709>

Alonso Llácer, L., Lacomba Trejo, L y Pérez Marín, M. (2022). Satisfacción con la vida, vitalidad y emociones positivas como factores de protección ante el duelo complicado. *Revista Psicología y Salud, 32(1).*

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2722>

Briceño Patiña, B., León Rodríguez, A. H., Medina Castro, N. y González, M. J. (2020). *Anotaciones en torno al duelo durante la pandemia COVID - 19 en Latinoamérica.* http://www.apalweb.org/docs/revista_20.pdf#page=6

Cabodevilla, I. (2007). *Las pérdidas y sus duelos.* Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona, 30(3).

<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>

Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Latinoamérica.* Buenos Aires: Paidós. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127392003.pdf>

Chajud, s., y Estremero, J. (2004). *Duelo.* Evidencia, 7(4), 110-113.

<https://www.fundacionmf.org.ar/files/el%20duelo.pdf>

Carmona Berrios, Z., & Bracho de López, C. (2008). *La muerte, el duelo y el equipo de salud.* Revista de salud pública, 2, 14-23. <https://bit.ly/31V64U4>

Castillo Mayta, B y Céspedes Mendoza, D. (2022). Adaptación y propiedades psicométricas del Inventario de Duelo Complicado. *Repositorio Digital Institucional Universidad César Vallejo*

Colegio Médico del Perú. (n.d.). *Médicos fallecidos en el Perú.* Retrieved 2021, from <https://www.cmp.org.pe/el-colegio-medico/>

Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de ética y deontología*.
https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Departamento de Salud, educación y bienestar (2013). *El informe de Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento*.
<https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

Díaz de Santos (1991). Abraham Maslow. Motivación y Personalidad.
<https://bataloso.com/wp-content/uploads/2021/09/Maslow-Abraham-Motivacion-Y-Personalidad.pdf>

Domínguez, C, Rodríguez, A, Lagunes, R y Vázquez, F. (2020). *Bienestar psicológico en médicos residentes de una universidad pública en México*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392020000200002&lang=es

Domínguez, S. (2014). *Análisis psicométrico de la escala de bienestar psicológico para adultos en estudiantes universitarios de Lima: un enfoque de ecuaciones estructurales*. *Psicología: avances de la disciplina*, 8(1), 23-31.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4924063>

Diener, E y Larsen, R. (1991). *El bienestar psicológico. Teoría Universalista*. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*. (2009).
<https://www.redalyc.org/pdf/274/27419066004.pdf>

Diener, E., Biswas, R. (2008). *Repensar la felicidad: la ciencia de la psicología*

poder. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27419066004.pdf>

Diener, E., Lucas, R., Scollon, C. (2006). *Más allá de la cinta de correr hedónica:*

Revisión de la teoría de la adaptación del bienestar, 61, 305-314.

<https://bit.ly/3cdQYuG>

Easterlin, A (2005). *Alimentando la ilusión de crecimiento y felicidad*, 74, 429-443.

<https://bit.ly/324k7XE>

Echeburúa, E y Herrán, A. (2007). *¿Cuándo el duelo complicado es patológico y cómo hay que tratarlo?* Revista Dialnet. Análisis y modificación de conducta, 33,

147. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2388069>

Espinoza Venegas M, Luengo Machuca L, Sanhueza Alvarado O. (2016). *Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida.*

Análisis multivariado. Aquichan.16 (4): 430-446. <https://bit.ly/3qGclYF>

Franco, I. d. S. M. F., Batista, J. B. V., Freire, M. L., Evangelista, C. B., Sandro de Lima Santos, M., & Limeira Lopes, M. E. (2020). *Death And Grief in Palliative Care: Health Professionals' Experience.* Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 12. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9468>

Frederick, S., Loewenstein, G (1999). *Adaptación hedónica.* <https://bit.ly/3ngTqXF>

García Viniegras, C., Grau Abalo, J., & Infante Pedreira, O. (2013). *Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención.* Revista Cubana de Medicina General Integral, 30(1), 121-131.

<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n1/mgi12114.pdf>.

- Gamba-Collazos, H. y Navia, C. (2017). *Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana*. Revista Colombiana de Psicología, 26(1), 15-30. <https://bit.ly/30qvF7d>
- Gerritsen, R. T., Koopmans, M., Hofhuis, J. G., Curtis, J. R., Jensen, H. I., Zijlstra, J. G., Engelberg, R. A., y Spronk, P. E. (2017). *Comparing Quality of Dying and Death Perceived by Family Members and Nurses for Patients Dying in US and Dutch ICUs*. *Chest*, 151(2), 298–307. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.09.003>
- Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020;38(0):E001. doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063. <https://bit.ly/3CiLeL4>
- Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):327-34. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Kübler Ross, E. (1972). *On death and dying*. Victor dg. <https://bit.ly/2YwMoEe>
- Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976-
<https://bit.ly/3cbPPEd>
- Larrotta-Castillo, R., Méndez - Ferreira, A., Mora-Jaimes, C., Córdoba-Castañeda, M., & Duque-Moreno, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 52(2). <https://bit.ly/3ciA66h>

- Levy, C. R., Ely, E. W., Payne, K., Engelberg, R. A., Patrick, D. L., & Curtis, J. R. (2005). Quality of dying and death in two medical ICUs: perceptions of family and clinicians. *Chest*, 127(5), 1775–1783. <https://doi.org/10.1378/chest.127.5.1775>
- Limonero García, J., Lacaste Reverte, M., García García, A., Maté Méndez, J., & Prigerson, H. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297. <https://bit.ly/3oxbBlb>
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 1(83). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Luthar, S., Cchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/>
- Marchán Espinoza, S. (2016). Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. *NURE Investigación: Revista Científica de enfermería*, 13(82). <https://bit.ly/3Fn9YDR>
- Mesa, M., Pérez, J., Nunes, C. Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. Scielo doi: [10.1590/1413-81232018241.35302016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016)
- Michalos, A. (1986). Satisfacción laboral, satisfacción conyugal y calidad de vida: una revisión y una vista previa. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27419066004.pdf>
- Ministerio de Salud (2020). Cuidado de la salud mental del personal de salud en el contexto del Covid-19. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>

MINSA. (2021). Sala Situacional Covid-19 Perú.

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

Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a Jhon Bowlby. *Revista Chilena Pediatra*, 85(3), 265-268. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>

Morales Ramón, F., Ramírez López, F., Cruz León, A., Arriaga Zamora, R. M., Vicente Ruíz, M. A., Cruz García, C. D. la, & García Hernández, N. (2020). Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Revista Cuidarte*, 12(1).

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1081>

Moreira , A. (2020). TERCER ESPACIO, LITERATURA Y DUELO EN AMÉRICA LATINA. <https://bit.ly/3cbBvvo>

OMS. (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://bit.ly/2XyOTp5>

Passos Texeira Cardoso, M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M., & de Lima Trindade, L. (2020). Actitudes frente a la muerte: Opiniones de las enfermeras en el entorno hospitalario. *Texto y Contexto Enfermería*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0204>

Pérez Chipantiza, P. X., Noroña Salcedo, D. R., & Vega Falcón, V. (2021). Repercusión SARS-CoV-2 en salud mental y bienestar psicológico del personal del Centro de Salud Huambalo 2020. *Revista Cientific*, 6(19), 243–262. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.19.12.243-262>

Rabow, M., Huang, C.-H., White-Hammond, G., & Tucker, R. (2021). Witnessess and Victims Both: Healthcare Workers and Grief In the Time of COVID-19. *Journal*

of Pain and Symptom Management, 62(3), 647-656.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.139>

Ramos, I. (2021). Estrés laboral y Bienestar Psicológico en personal sanitario de la provincia de San Martín. *Repositorio Digital Institucional Universidad César Vallejo*

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74698/Ramos_FII-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Reid, A. (2008). Teoría de la necesidad de Maslow. <https://bit.ly/2YPzbad>

Ryan, R., Deci, E. (2007). Facilitar la motivación óptima y el bienestar psicológico en todos los ámbitos de su vida, 29 (1), 14-23. <https://bit.ly/3DnG1D4>

Ryff, C. (1995). *Psychological Well-Being in Adult Life*. Current Directions in Psychological Science. 4(99). <http://cdp.sagepub.com/content/4/4/99.citation>

Sánchez-Lorenzo, I. (2013). *La vinculación afectiva y el camino de la vida. Apego, pérdida y psicopatología infantil*. XIV Congreso virtual de psiquiatría. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_555289354.pdf

Shigemura, J., Ursano, RJ, Morganstein, JC, Kurosawa, M. y Benedek, DM (2020). Respuestas públicas al nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV) en Japón: consecuencias para la salud mental y poblaciones objetivo. *Psiquiatría y neurociencias clínicas*, 74 (4), 281-282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>



Simon, J, Irwin, D y Drinnien, B, (1987). Teoría de las necesidad de Maslow. <https://bit.ly/2YPzbad>

Self - determination theory (Teoría de la autodeterminación) (2015) <http://selfdeterminationtheory.org/>

- Walsh, F. (2020). Pérdida y resiliencia en la época de COVID-19: creación de significado, esperanza y trascendencia. Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/famp.12588>
- Wills, T. (1981). Principios de comparación bajos en psicología social, 90, 245-271. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27419066004.pdf>
- Taylor, S., Wood, J. y Litchmen, R. (1983). Podría ser peor - bienestar psicológico. 39, 19-40. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27419066004.pdf>
- Urzúa, A., Caqueo Urizar, A. y Irrázaval, M.(2020). La psicología de la salud en el enfrentamiento a la COVID - 19 en América Latina. Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. <https://bit.ly/3kEhCSk>
- Yáñez-Ramos, D. y Moreta-Herrera, C. R. (2020). Relación del bienestar psicológico, subjetivo y laboral. Análisis en profesionales de la salud en Ecuador. Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, 11(2), 99-111. <https://revistapcc.uat.edu.mx/index.php/RPC/article/view/389>
- Veliz Burgos, Alex Leandro, Dörner Paris, Anita Patricia, Soto Salcedo, Alexis Gerardo, y Arriagada Arriagada, Angélica. (2018). Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta universitaria*, 28(3), 56-64. <https://bit.ly/3Dm2Zu3>
- Veliz Burgos, Alex, Dörner Paris, Anita, Soto Salcedo, Alexis, Reyes Lobos, José, y Ganga Contreras, Francisco. (2018). Inteligencia emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chile. *MediSur*, 16(2), 259-266. <https://bit.ly/3ovf3mG>

ANEXOS

Anexo 1: Autorización para aplicación del instrumento

 Gobierno Regional de Arequipa- Perú	 Hospital Regional "Honorio Delgado" Arequipa
---	---

**"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNIN Y AYACUCHO"**

Arequipa, 16 de febrero del 2024

OFICIO N° 120 2024-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OCDI

Señores
HANNES NIKOLT GONZALES RIOS Y
SAUEL MARTIN MENDOZA GURGA
Estudiante de Psicología USMP

PRESENTE.-

ASUNTO : Autorización Proyecto de Investigación
REFERENCIA: Oficio N° 2769-2023-GRA/GRS/GR-OERRHH-INV
Oficio N° 977-2023-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DE
Oficio N° 48-2024-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DM
Oficio N° 58-2024-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DECI

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y hacer de su conocimiento que vista su solicitud que cuenta con la aprobación de la Gerencia Regional de Salud y la opinión favorable del Departamento de Emergencia y Cuidados Intensivos y del Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional Honorio Delgado, esta Dirección le autoriza que realice el Proyecto de Investigación, como se indica a continuación


N° EXPEDIENTE	N° DOCUMENTO	SOLICITANTE	TITULO DEL PROYECTO	GRADO A OBTENER	AREA/UNIDAD DE APLICACIÓN	UNIVERSIDAD	FACULTAD
3946632	6625305	HANNES NIKOLT GONZALES RIOS Y SAUEL MARTIN MENDOZA GURGA	"BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON EL DUELO COMPLICADO EN UN HOSPITAL DE AREQUIPA, 2023"	TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS INTENSIVOS	USMP	PSICOLOGÍA

Debiendo cumplir con las medidas de bioseguridad establecidas en el Hospital.

Asimismo al término de su proyecto debe entregar a este Hospital a través de la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación y al Departamento de Cirugía un ejemplar del informe final del trabajo de investigación (físico y virtual).

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
Dr. ALEXIS URDAY HUARILLOCLA
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 34863 R.N.E 21648

APUH/AMML/MDN
c.c. Archivo
Exp.: 3946632
Doc : 6652070

Anexo 2: Permiso de los autores


Bogotá, 18 de noviembre de 2021.

Cordial saludo,
HANNES NIKOLT GONZALES RIOS
SAMUEL MARTIN MENDOZA BURGA
Estudiantes de Psicología
Universidad San Martín de Porres.

En respuesta a la solicitud enviada por ustedes, señalo el consentimiento para que hagan uso de la Adaptación para población colombiana del IDC, realizada por Carmen E. Navia, Mg. y por mí, considerando el carácter académico del trabajo a realizar.

Lo anterior, sin desconocer que, si se requiriera una adaptación o validación del instrumento, los derechos del IDC corresponden a sus autores originales.

Atentamente,



Héctor Gamba
Psicólogo
Magíster en Psicología
Contacto: hagambac@unal.edu.co

Activ
V o a C

Anexo 3: Consentimiento informado para la aplicación

Formulario de consentimiento informado

Título del proyecto: Variables psicológicas asociadas al personal de salud.

Responsables: Samuel Mendoza Burga y Nikolt Gonzales Rios.

Email: hannes_gonzales@usmp.pe

samuel_mendoza1@usmp.pe

Presentación:

La presente investigación es dirigida por estudiantes de la escuela de psicología pertenecientes al IX ciclo de la Universidad de San Martín de Porres, realizándose con la finalidad de conocer las variables asociadas al personal de salud a raíz de la pandemia, los resultados serán dirigidos netamente a fines académicos, promoviendo acciones para proteger la salud mental del personal sanitario, por ende, se le agradecería ser partícipe de la actual investigación.

Se le hace presente que su colaboración consiste en completar todas las preguntas que figuran en el cuestionario con un tiempo aproximado de 20 minutos, también se le informa que por motivos de confidencialidad la prueba es totalmente es ANÓNIMA, asimismo, se es permitido interrumpir su participación si así lo considera. Para resolver cualquier duda o consulta puede comunicarse al correo electrónico de cualquier investigador hannes_gonzales@usmp.pe o samuel_mendoza1@usmp.pe.

Muchas gracias por su atención.

Respuesta: He leído el Formulario de Consentimiento Informado y acepto participar en esta actividad de investigación. Comprendo que puedo dejar de participar en esta actividad en algún momento. También entiendo que no recibiré algún pago o beneficio académico por esta participación.

Firma: _____

Anexo 4: Escala del Bienestar Psicológico

ESCALA BIEPS-A

Instrucciones:

Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: **–estoy de acuerdo– ni de acuerdo ni en desacuerdo –estoy en desacuerdo–** No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. *Marque su respuesta con una cruz (aspa) en uno de los tres espacios.*

Nº	ENUNCIADO	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1	Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida			
2	Si algo me sale mal, puedo aceptarlo o admitirlo			
3	Me importa pensar que haré en el futuro			
4	Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.			
5	Generalmente le caigo bien a la gente			
6	Siento que podré lograr las metas que me proponga.			
7	Cuento con personas que me ayudan si lo necesito.			
8	Creo que en general me llevo bien con la gente.			
9	En general hago lo que quiero, soy poco influenciable			
10	Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida			
11	Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejora			
12	Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.			
13	Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.			

Anexo 5: Inventario de Duelo Complicado

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 pacientes. Por favor, para cada afirmación de la siguiente tabla marque con una equis (X) la opción que más se adapte a su experiencia.

N°	ENUNCIADO	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	Pienso tanto en los pacientes que han fallecido a causa de la Covid – 19, que me resulta difícil hacer las cosas con normalidad.	0	1	2	3	4
2	Los recuerdos de los pacientes que fallecieron, me agobian.	0	1	2	3	4
3	Siento que no puedo aceptar la muerte de los pacientes fallecidos a causa de la Covid - 19.	0	1	2	3	4
4	Me apena recordar a los pacientes fallecidos durante la pandemia	0	1	2	3	4
5	Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con los pacientes fallecidos.	0	1	2	3	4
6	No puedo evitar sentirme enfadado/a con las muertes de mis pacientes.	0	1	2	3	4
7	No puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
8	Me siento aturdido/a por lo sucedido.	0	1	2	3	4
9	Desde que los pacientes fallecieron, me resulta difícil confiar en mí mismo.	0	1	2	3	4
10	Desde que los pacientes fallecieron, siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por los nuevos pacientes.	0	1	2	3	4
11	Desde que los pacientes fallecieron, me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
12	Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que mis pacientes fallecieron durante la pandemia.	0	1	2	3	4
13	Siento la misma sintomatología que presentaron mis pacientes cuando fallecieron.	0	1	2	3	4
14	Tengo algunos de los síntomas que sufrían mis pacientes.	0	1	2	3	4

15	Me desvíó de mi labor, para evitar situaciones que me recuerden a los pacientes fallecidos.	0	1	2	3	4
16	Siento frustración con mi profesión desde que los pacientes fallecieron.	0	1	2	3	4
17	Escucho las voces de las personas fallecidas hablándome.	0	1	2	3	4
18	Veó a los pacientes que fallecieron de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
19	Siento que es injusto que yo viva, mientras que mis pacientes han fallecido.	0	1	2	3	4
20	Siento amargura por la muerte de los pacientes	0	1	2	3	4
21	Siento envidia de otros profesionales de la salud que no han perdido a sus pacientes.	0	1	2	3	4



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN TURISMO Y
PSICOLOGÍA**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

CONSTANCIA DE ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

Yo, Doris Vizcarra Mollo, identificada con DNI N°30674756, de profesión Psicóloga, ejerciendo actualmente como Psicóloga de atención a víctimas de violencia familiar y sexual, en la Institución Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables- Programa Nacional AURORA.

Indicaciones para los jueces:

La adaptación lingüística es una forma de validez que se refiere al grado en que un cuestionario, a juicio de los expertos y de los usuarios, mide de forma lógica lo que quiere medir. Cuando se carece de validez aparente o lógica, los sujetos sometidos a estudio pueden no ver la relación entre las preguntas que se les formulan y el objeto para el cual han accedido a contestar. Este hecho puede provocar el rechazo de los participantes.

Por lo cual se le solicita que valore minuciosamente cada ítem tomando en cuenta la armonía lingüística, revisión sintáctica y semántica con la finalidad de aplicar dicho instrumento al contexto planteado en el presente trabajo de investigación.



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN TURISMO Y
PSICOLOGÍA**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

CONSTANCIA DE ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

Yo, Guadalupe Torres Villalobos, identificado con ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6029-1493>, de profesión Psicología, ejerciendo actualmente como investigadora en psicología clínica, en la Institución Instituto de Investigación de Psicología de la USMP.

Indicaciones para los jueces:

La adaptación lingüística es una forma de validez que se refiere al grado en que un cuestionario, a juicio de los expertos y de los usuarios, mide de forma lógica lo que quiere medir. Cuando se carece de validez aparente o lógica, los sujetos sometidos a estudio pueden no ver la relación entre las preguntas que se les formulan y el objeto para el cual han accedido a contestar. Este hecho puede provocar el rechazo de los participantes.

Por lo cual se le solicita que valore minuciosamente cada ítem tomando en cuenta la armonía lingüística, revisión sintáctica y semántica con la finalidad de aplicar dicho instrumento al contexto planteado en el presente trabajo de investigación.



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN TURISMO Y
PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

CONSTANCIA DE ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

Yo, _____ Deyvi Baca Romero _____, identificado
con DNI N° 43772767 _____, de profesión
Magister en Psicología _____, ejerciendo
actualmente como Docente del Área de Investigación _____, en la
Institución Universidad de San Martín de Porres _____

Indicaciones para los jueces:

La adaptación lingüística es una forma de validez que se refiere al grado en que un cuestionario, a juicio de los expertos y de los usuarios, mide de forma lógica lo que quiere medir. Cuando se carece de validez aparente o lógica, los sujetos sometidos a estudio pueden no ver la relación entre las preguntas que se les formulan y el objeto para el cual han accedido a contestar. Este hecho puede provocar el rechazo de los participantes.

Por lo cual se le solicita que valore minuciosamente cada ítem tomando en cuenta la armonía lingüística, revisión sintáctica y semántica con la finalidad de aplicar dicho instrumento al contexto planteado en el presente trabajo de investigación.

Acti

Anexo 6: Base de datos para el análisis de los resultados

Consentimiento	Profesión	Edad	Género	1. Creo que sé lo que qui	2. Si algo me sale mal, pi	3. Me importa pensar qu	4. Puedo decir lo que pie	5. Generalmente le caigo	6. Siento que podr
Acepto participar	Enfermero		29 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		26 Femenino	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	Ni de acuerdo ni en desa	Ni de acuerdo ni en
Acepto participar	Enfermero		26 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		26 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		31 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		24 Femenino	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		30 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		25 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		29 Femenino	En desacuerdo	De acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo
No acepto participar	Enfermero		28 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		29 Femenino	Ni de acuerdo ni en desa	Ni de acuerdo ni en desa	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo	En desacuerdo
Acepto participar	Enfermero		27 Femenino	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en
Acepto participar	Enfermero		28 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		24 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		40 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		26 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		25 Femenino	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	Ni de acuerdo ni en desa	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		26 Masculino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		31 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		25 Femenino	Ni de acuerdo ni en desa	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		24 Femenino	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	De acuerdo	De acuerdo
Acepto participar	Enfermero		33 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa	Ni de acuerdo ni en
Acepto participar	Enfermero		29 Femenino	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo

Profesión	Edad	Género	1	2	3	4	5	6	7
1	29	1	3	3	3	3	3	3	3
1	26	1	2	3	3	2	2	2	2
1	26	1	3	3	3	3	2	3	3
1	26	1	3	3	3	3	3	3	3
1	31	1	3	3	3	3	3	3	3
1	24	1	3	2	3	1	3	3	3
1	30	1	3	3	3	2	3	3	3
1	25	1	3	3	3	3	3	3	2
1	29	1	1	3	3	1	1	3	1
1	28	1	3	3	3	3	3	3	3
1	29	1	2	2	1	2	3	1	1
1	27	1	2	3	3	2	1	2	1
1	28	1	3	3	3	3	2	3	3
1	24	1	3	3	3	3	3	3	3
1	40	1	3	3	3	3	2	3	2
1	26	1	3	3	1	3	3	3	3
1	25	1	3	2	2	1	2	3	3
1	26	2	3	3	3	2	3	3	3
1	31	1	3	3	3	3	3	3	3
1	25	1	2	2	3	1	3	3	1
1	24	1	3	2	3	2	3	3	3
1	33	1	3	3	3	3	2	2	2
1	29	1	3	3	3	3	3	3	3
1	26	1	3	3	3	1	3	2	3

Anexo 7: Imágenes de la aplicación de los cuestionarios

