



Universidad  
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA**

**Tesis**

Duelo perinatal y estrés post traumático en mujeres de hospitales de Tarapoto –  
Perú 2024

**Para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Psicología**

**Presentado por:**

**Autora:** Mejía Diez, Miluska Grace Elvira


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7806-7171>

**Asesor:** Mg. Paico Ruiz, Marcos José

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1707-663X>

**Lima – Perú**

**2026**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01

Yo, Miluska Grace Elvira Mejía Diez egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Psicología** de la Universidad Privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “DUELO PERINATAL Y ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN MUJERES DE HOSPITALES DE TARAPOTO – PERÚ 2024” Asesorado por el docente: Mg. Marcos José Paico Ruiz, DNI 46177559, ORCID 0000-0002-1707-663X, tiene un índice de similitud de **18%** con código 14912:527990574 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor 1  
 Miluska Grace Elvira Mejía Diez  
 DNI: 41670607



.....  
 Firma  
 Mg. Marcos José Paico Ruiz  
 DNI: 46177559

Lima, 14 de noviembre de 2025

### **Dedicatoria**

A mi esposo, por su compañía y aliento, y a mi hija, cuya voz diciendo “Mamá tú puedes, sé que lo vas a lograr, no te rindas” fue mi mayor inspiración.

### **Agradecimiento**

Quiero agradecer, en primer lugar, a Dios, por brindarme la fortaleza y la perseverancia necesarias para culminar este proceso a pesar de las adversidades. Expreso mi sincero reconocimiento a mi asesor de tesis, Mg. Marcos José Paico Ruiz, por su paciencia, orientación y constante disposición durante cada sesión. Asimismo, agradezco profundamente a mi padre y a mis hermanas por su apoyo incondicional, motivación y palabras de aliento, que fueron fundamentales para alcanzar esta meta.

## ÍNDICE

Índice de tablas.....	viii
Resumen .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Abstract .....	xi
INTRODUCCIÓN .....	xii
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA .....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema .....	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos .....	3
1.3. Objetivos .....	3
1.3.1. General .....	3
1.3.2. Específicos .....	3
1.4. Justificación.....	4
1.4.1. Teórica.....	4
1.4.2. Metodológica.....	4
1.4.3. Práctica.....	5
1.5. Limitaciones de la investigación .....	6
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO .....	7
2.1. Antecedentes de la investigación .....	7
2.1.1. Internacionales .....	7
2.1.2. Nacionales .....	9
2.2. Bases teóricas .....	11

2.2.1. Duelo Perinatal.....	11
2.2.2. Trastorno de estrés post traumático.....	14
2.3. Formulación de hipótesis .....	16
2.3.1. Hipótesis general.....	16
2.3.2. Hipótesis específicas .....	16
<b>CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA .....</b>	<b>17</b>
3.1. Método de investigación .....	17
3.2. Enfoque de la investigación .....	17
3.3. Tipo de investigación .....	17
3.4. Diseño de investigación .....	17
3.5. Población, muestra y muestreo .....	17
3.5.1. Población.....	17
3.5.2. Muestra.....	18
3.5.3. Muestreo.....	19
3.6. Variables y operacionalización .....	20
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	23
3.7.1. Técnica .....	23
3.7.2. Descripción de instrumentos .....	23
3.7.3. Validación .....	24
3.7.4. Confiabilidad.....	25
3.8. Procesamiento y análisis de datos .....	26
3.9. Aspectos éticos.....	27

CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	28
4.1. Análisis descriptivo de resultados .....	28
4.2. Prueba de hipótesis.....	31
4.3. Discusión de resultados.....	37
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	41
5.1. Conclusiones .....	41
5.2. Recomendaciones.....	41
REFERENCIAS .....	43
ANEXOS .....	50
Anexo 1. Matriz de consistencia .....	51
Anexo 2. Instrumentos .....	52
Anexo 3. Validez de instrumentos .....	54
Anexo 4. Confiabilidad de instrumentos.....	59
Anexo 5. Aprobación del Comité de Ética.....	61
Anexo 6. Formato de consentimiento informado.....	62
Anexo 7. Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos .....	64
Anexo 8. Informe del asesor de Turnitin .....	66

## Índice de tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas de los participantes -----	19
Tabla 2 Matriz operacional de las variables duelo perinatal y estrés postraumático --	21
Tabla 3 Resultados descriptivos de la variable Duelo Perinatal y sus dimensiones ---	28
Tabla 4 Nivel de la variable Duelo Perinatal -----	29
Tabla 5 Resultados descriptivos de la variable Estrés post traumático y sus dimensiones -----	30
Tabla 6 Nivel de la variable Estrés postraumático-----	31
Tabla 7 Análisis de normalidad de las variables Duelo perinatal y Estrés post traumático y sus dimensiones -----	32
Tabla 8 Relación entre el duelo perinatal y el estrés postraumático -----	33
Tabla 9 Relación entre la dimensión depresión y el estrés postraumático -----	34
Tabla 10 Relación entre la dimensión culpa y el estrés postraumático -----	35
Tabla 11 Relación entre la dimensión duelo activo y el estrés postraumático -----	36
Tabla 12 Relación entre la dimensión aceptación y el estrés postraumático-----	37
Tabla 13 Cargas factoriales de los ítems según sus dimensiones de la escala de duelo perinatal-----	54
Tabla 14 Cargas factoriales de los ítems según sus dimensiones de la escala de duelo perinatal-----	56
Tabla 15 Cargas factoriales de los ítems según sus dimensiones de la escala de trauma de Davidson -----	57
Tabla 16 Intercorrelación de dimensiones de la variable estrés postraumático -----	58
Tabla 17 Coeficientes alfa de Cronbach de las dimensiones de la escala de duelo perinatal-----	59
Tabla 18 Coeficientes alfa de Cronbach de las dimensiones de la escala de trauma de	

Davidson-----60

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el duelo perinatal y el estrés postraumático en mujeres atendidas en hospitales de Tarapoto durante el año 2024. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 85 mujeres seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos: la Escala de Duelo Perinatal y la Escala de Trauma de Davidson (DTS), ambos con adecuados niveles de validez y confiabilidad.

Los resultados evidenciaron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el duelo perinatal y el estrés postraumático ( $r_s = 0.383$ ;  $p = 0.000$ ), lo que indica que, a mayores niveles de duelo perinatal, se presentan mayores niveles de estrés postraumático. Este hallazgo sugiere que la pérdida perinatal constituye un evento potencialmente traumático que puede incrementar la sintomatología postraumática en las mujeres que lo experimentan.

Se concluye que la relación observada resalta la importancia de fortalecer el acompañamiento psicológico y la atención emocional en los hospitales, a fin de mitigar los efectos del duelo perinatal y prevenir el desarrollo de estrés postraumático.

***Palabras clave: duelo perinatal, estrés postraumático, correlación, salud mental, mujeres.***

### **Abstract**

This research aimed to analyze the relationship between perinatal grief and post-traumatic stress in women treated at hospitals in Tarapoto during 2024. The study was conducted under a quantitative approach, with a non-experimental, correlational, and cross-sectional design. The sample consisted of 85 women selected through non-probabilistic convenience sampling. For data collection, two instruments were applied: the Perinatal Grief Scale and the Davidson Trauma Scale (DTS), both of which demonstrated adequate validity and reliability levels.

The results showed a positive and statistically significant correlation between perinatal grief and post-traumatic stress ( $r_s = 0.383$ ;  $p = 0.000$ ), indicating that higher levels of perinatal grief are associated with higher levels of post-traumatic stress. This finding suggests that perinatal loss represents a potentially traumatic event that can increase post-traumatic symptomatology in women who experience it.

It is concluded that the observed relationship highlights the importance of strengthening psychological support and emotional care in hospitals to mitigate the effects of perinatal grief and prevent the development of post-traumatic stress.

***Keywords: perinatal grief, post-traumatic stress, correlation, mental health, women.***

## INTRODUCCIÓN

El duelo perinatal es un proceso emocional complejo que atraviesan las mujeres tras la pérdida de un embarazo o el fallecimiento del recién nacido. Este fenómeno involucra una serie de reacciones psicológicas y fisiológicas que pueden afectar significativamente la salud emocional, social y familiar de quienes lo experimentan. A nivel internacional, diversas investigaciones han señalado que el duelo perinatal puede estar asociado con la aparición de síntomas de estrés postraumático, generando un impacto duradero en la calidad de vida de las mujeres (Fernández, 2020; Martínez, 2021; Vázquez, 2020). Sin embargo, en el contexto peruano y específicamente en los hospitales de Tarapoto, el tema ha sido abordado de manera limitada, lo que evidencia una brecha de conocimiento sobre la manifestación de estas experiencias y sus implicancias para la atención psicológica.

La importancia de este estudio radica en la necesidad de visibilizar un fenómeno que a menudo permanece silenciado y que, a pesar de su frecuencia, recibe poca atención en los servicios de salud. Las mujeres que atraviesan un duelo perinatal enfrentan no solo pérdidas físicas, sino también profundas repercusiones emocionales, que incluyen tristeza intensa, culpa, ansiedad y dificultades en la construcción de vínculos afectivos. Comprender la relación entre el duelo perinatal y el estrés postraumático permitirá generar información útil para orientar futuras intervenciones, diseñar estrategias de apoyo y fortalecer la atención psicológica en el ámbito hospitalario.

El estudio se realizó con una muestra de 85 mujeres atendidas en hospitales de Tarapoto que habían experimentado pérdida perinatal. La selección se llevó a cabo mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando criterios de inclusión como: haber experimentado pérdida gestacional, ser mayores 18 años y aceptar el consentimiento informado. La investigación adoptó un diseño cuantitativo, correlacional y transversal, utilizando instrumentos validados para medir el duelo perinatal y los síntomas de estrés

postraumático. Los datos fueron analizados mediante análisis estadístico descriptivo, correlacional y factorial para garantizar la validez de las inferencias obtenidas.

El objetivo general de la investigación es analizar la relación entre el duelo perinatal y el estrés postraumático en mujeres atendidas en hospitales de Tarapoto. Los objetivos específicos se centran en determinar la intensidad del duelo perinatal, identificar la presencia de síntomas de estrés postraumático, establecer la relación entre ambos fenómenos y describir los factores asociados que podrían influir en esta relación. Estos objetivos guían la estructuración del estudio y permiten focalizar el análisis en aspectos fundamentales del bienestar emocional de las participantes.

La investigación se organiza en cinco capítulos. El primer capítulo expone la problemática, resaltando la relevancia de estudiar el duelo perinatal y su vinculación con el estrés postraumático, así como la necesidad de generar evidencia local. En el segundo capítulo se presentan las bases teóricas y los antecedentes nacionales e internacionales que sustentan el estudio, incluyendo investigaciones recientes en España, México y Perú, que destacan la relación entre el duelo perinatal, la depresión, la culpa y el estrés postraumático. El tercer capítulo desarrolla el marco conceptual y teórico, formula las hipótesis y define la operacionalización de las variables, proporcionando un sustento metodológico sólido para el análisis. En el cuarto capítulo se describe la metodología, detallando el diseño de investigación, la población y muestra, los instrumentos de recolección de datos y los procedimientos de análisis estadísticos utilizados. Finalmente, el quinto capítulo presenta los resultados obtenidos, su discusión comparativa con investigaciones previas, las conclusiones derivadas del estudio y las recomendaciones prácticas y académicas, integrando los hallazgos en un marco de aplicación real en la atención de mujeres que enfrentan duelo perinatal.

En conjunto, esta investigación busca aportar evidencia científica sobre la relación entre el duelo perinatal y el estrés postraumático, ofreciendo insumos relevantes para la práctica

clínica, la formación de profesionales de la salud y la generación de estrategias de apoyo psicosocial para las mujeres afectadas.

## CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad todo hospital o centro de atención materno perinatal debe contar con un ambiente único, así como con un personal capacitado para el contacto inicial con las mujeres gestantes que lleguen a raíz de un aborto perinatal (Koopmans et al., 2013).

De esta forma las instituciones de salud hoy en día necesitan considerar la implementación de un trabajo integral entre la salud física y emocional, para el desarrollo favorable de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) indica que un 84% de las muertes fetales ocurren en los países con menor ingreso económico, en África y Asia Meridional se han registrado tres muertes por cada cuatro, durante el periodo del año 2019.

En el reporte estadístico realizado por el Ministerio Nacional de Salud (MINSA, 2023), se muestra que el año 2022 terminó con 2651 casos de muerte neonatal y 2890 de muerte fetal, adicionalmente en el periodo de inicio del año 2023 hasta la 5ta semana del año los números muestran 186 casos de muerte neonatal y 248 de muerte fetal.

Es difícil definir los motivos de este proceso gestacional, sin embargo, en el estudio realizado en mujeres en el Hospital San Juan de Dios en Pisco, las pacientes ingresadas por un aborto espontáneo presentaron: i. Edad de la madre mayor a 30 años en un 64.0%, ii. Edad gestacional menor a 12 semanas con 90,4% y/o iii. Infecciones urinarias con un 21.6% (Ovalle, 2020).

A nivel local se identificó un estudio realizado a mujeres del Hospital de Ventanilla, algunos de los datos encontrados respecto al aborto perinatal espontáneo,

presentándose en mujeres entre edades de 20 años hacia adelante, con instrucción básica y superior, 71.7% no unidas a su pareja y un porcentaje de 31.7% presentaron un aborto anterior al del estudio (Huertas, 2019).

A nivel nacional se realizó el estudio en el Hospital El Carmen Huancayo, en el que se determina que el 80% de la mujeres que sufrieron un aborto espontáneo presentaron un nivel moderado en el afrontamiento de estrés, utilizando la prueba escala de duelo perinatal de Lasker y Toedter y el inventario Estratégico de Afrontamiento al estrés de Tobin, Holroyd, Rynolds y Kigal (Paucar y Recines, 2020).

A nivel internacional se expone que, durante el periodo de parto, en su mayoría, la mujeres manifiestan haber sentido mucho miedo e impotencia según Creedy 2000 (como se citó en Charlo, 2022, párr.4).

Asimismo, durante gran parte del tiempo no se ha tomado en cuenta el estrés post traumático que causa un aborto espontáneo, sin embargo, de acuerdo a la literatura presentada en el artículo de la Revista Salud y Bienestar exponen casos donde el 39% de las mujeres lo experimentan a los 3 meses del suceso (Fernández y Portas, 2022).

Las mujeres que viven un proceso psíquico muchas veces tan traumático como el que recibe su cuerpo durante el embarazo y con él sus diversos resultados, dentro de estos el aborto espontáneo. Los efectos psicológicos como la depresión para las madres son significativos, sin considerar las implicancias económicas para la familia a corto y largo plazo, así como consecuencias financieras para la sociedad en general (2016, citado en UNICEF 2020, p.6), entonces nos preguntamos ¿cuál es la relación del duelo perinatal y el estrés post traumático en las mujeres de Hospitales de Tarapoto durante el año 2024?, en esta investigación, buscamos dar respuesta a esta pregunta.

## **1.2. Formulación del problema**

### ***1.2.1. Problema general***

¿Existe relación entre el duelo perinatal y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024?

### ***1.2.2. Problemas específicos***

¿Existe relación entre la depresión y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024?

1. ¿Existe relación entre la culpa y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024?
2. ¿Existe relación en el duelo activo y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024?
3. ¿Existe relación entre la aceptación y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024?

## **1.3. Objetivos**

### ***1.3.1. General***

Establecer la relación entre el duelo perinatal y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

### ***1.3.2. Específicos***

1. Determinar la relación que existe entre la depresión y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.
2. Determinar la relación que existe entre la culpa y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.
3. Determinar la relación que existe entre el duelo activo y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

4. Determinar la relación que existe entre la aceptación y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

## **1.4. Justificación**

### ***1.4.1. Teórica***

La presente investigación se desarrolló con el propósito de visibilizar una problemática que, dentro del ámbito médico, ha sido frecuentemente minimizada o excluida de los protocolos de atención: el impacto emocional de la pérdida gestacional y su relación con el desarrollo de estrés postraumático en las mujeres que la experimentan. Tradicionalmente, el enfoque clínico se ha centrado en las consecuencias físicas, relegando a un segundo plano las repercusiones psicológicas y emocionales que este tipo de pérdida conlleva.

De acuerdo con los reportes del Ministerio de Salud (MINSA), entre enero y febrero de 2022 se registraron 1329 muertes fetales y neonatales, mientras que el año 2021 concluyó con 3029 muertes fetales y 2630 neonatales (MINSA, 2022). Estas cifras evidencian la magnitud del problema en el contexto nacional y ponen de manifiesto la ausencia de programas o políticas que brinden apoyo psicológico específico a las mujeres en duelo perinatal.

Desde esta perspectiva, el estudio fue pertinente porque permitió profundizar en la comprensión del impacto psicológico de la pérdida gestacional, aportando evidencia científica sobre la relación entre duelo perinatal y estrés postraumático mediante el uso de instrumentos validados. Los resultados contribuyen a sensibilizar al personal de salud respecto a la necesidad de incorporar el abordaje emocional en la atención médica, así como al diseño de futuras intervenciones psicológicas que promuevan un acompañamiento integral a las mujeres afectadas.

### ***1.4.2. Metodológica***

En esta investigación, el duelo perinatal se comprende como un proceso experimentado principalmente por la madre gestante, caracterizado por una vivencia solitaria que afecta tanto

el bienestar físico como emocional.

El estudio se llevó a cabo en hospitales de la ciudad de Tarapoto, con el objetivo de determinar los niveles de estrés postraumático asociados al duelo perinatal. Para ello, se utilizaron la Escala de Duelo Perinatal (Perinatal Grief Scale – PGS) y la Escala de Trauma de Davidson, instrumentos ampliamente reconocidos por su validez y confiabilidad. Ambos fueron adaptados para la muestra seleccionada, y se realizó un análisis de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, garantizando la fiabilidad de las mediciones.

### ***1.4.3. Práctica***

La presente investigación se desarrolló ante la necesidad de analizar los procesos psicológicos que atraviesan las mujeres frente a un duelo perinatal, considerando la escasa cantidad de estudios y el limitado interés institucional por esta problemática. Se evidenció la carencia de un soporte psicológico adecuado, ya que, en la mayoría de los casos, las mujeres enfrentaron su duelo sin acompañamiento profesional.

Este estudio tiene una relevancia social significativa, pues los resultados permitieron proponer estrategias de intervención dirigidas a mujeres que atravesaron una pérdida perinatal. Estas incluyen técnicas de regulación emocional, recomendaciones cognitivas y metacognitivas, así como la implementación de talleres para el manejo del estrés postraumático y actividades ocupacionales orientadas al fortalecimiento del bienestar emocional.

Asimismo, la investigación buscó generar conciencia entre los profesionales de la salud sobre las implicancias del duelo perinatal, el cual, de no ser atendido adecuadamente, puede desencadenar un trastorno de estrés postraumático con consecuencias prolongadas para la mujer y su entorno familiar. En este sentido, los aportes del estudio promueven una atención más humana, empática y especializada frente a una realidad que, pese a su frecuencia, aún permanece invisibilizada.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

Durante el desarrollo de la investigación se presentaron algunas limitaciones que pudieron influir parcialmente en el alcance y cumplimiento de algunos objetivos sin afectar su viabilidad. Una de las principales dificultades estuvo relacionada con el sistema documental requerido para la obtención de permisos y autorizaciones institucionales, lo que ocasionó retrasos en los tiempos de entrega y en el inicio del trabajo de campo.

Asimismo, el hecho de realizar las encuestas en las salas de espera representó un desafío, ya que algunas participantes prefirieron no completarlas por la vergüenza o incomodidad que generaba el tipo de preguntas. Además, la muestra estuvo conformada exclusivamente por mujeres que habían experimentado una pérdida gestacional, lo cual restringió la disponibilidad de participantes y dificultó la recolección del número de casos esperados.

Según Arias (2016), una limitación puede referirse a un aspecto del problema que se dejó de estudiar por alguna razón justificada. En este sentido, factores como el tamaño de la muestra, la disponibilidad de tiempo y recursos, así como la fidelidad de los datos obtenidos, pudieron influir en el dominio de validez y en la calidad de la información. Sin embargo, estas limitaciones fueron consideradas dentro del diseño metodológico y no comprometieron la validez ni la confiabilidad general de la investigación.

## CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1. Internacionales

Fernández (2020) realizó una investigación en centros hospitalarios públicos de la provincia de Málaga, con el propósito de determinar la prevalencia del duelo perinatal en puérperas que habían dado a luz tras una pérdida anterior. El estudio contó con una población de 10,741 mujeres y una muestra de 115 participantes, a quienes se les aplicaron cuestionarios válidos y confiables. En la Escala de Duelo Perinatal se obtuvo una puntuación total de 50.53, destacando las dimensiones de depresión (17.10), culpa (16.26), duelo (12.42) y aceptación (4.75); mientras que en la Escala de Trauma de Davidson se registró una puntuación promedio de 28.19. Los resultados indicaron que el duelo complicado se presenta en un 46.1 % de las mujeres tras una pérdida gestacional, encontrándose una correlación significativa entre el duelo complicado y el trastorno de estrés postraumático en embarazos posteriores.

Martínez (2021) llevó a cabo un estudio en hospitales públicos y privados de España con el objetivo de determinar la magnitud del trastorno de estrés postraumático perinatal, sus factores asociados y las prácticas clínicas vinculadas al parto eutócico. Para ello, utilizó una muestra de 432 mujeres a quienes se aplicaron cuestionarios validados, entre ellos el PPQ (Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire). Los resultados de validez mostraron un valor KMO de 0.902 y una prueba de Bartlett con  $p < 0.01$ . La prevalencia de TEPT fue del 11.1 %, y se observó que las mujeres cuyo plan de parto no fue respetado, que recurrieron a lactancia artificial, que requirieron intervenciones postparto o reingreso hospitalario, así como aquellas que experimentaron violencia obstétrica verbal o afectiva, presentaron mayor riesgo de desarrollar TEPT hasta 12-36 meses después del parto.

Vázquez (2020) desarrolló una revisión de literatura en Zaragoza, España, con el fin de analizar la evidencia disponible sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres que han

vivido un aborto espontáneo y determinar si existe relación entre ambos fenómenos. Se revisaron 115 artículos, de los cuales 10 cumplieron con los criterios de inclusión y calidad metodológica. La búsqueda se realizó en bases de datos internacionales, destacando investigaciones de Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Polonia, Bélgica y España. Los estudios revisados, elaborados por profesionales de la salud mental, ginecólogos y obstetras, evidenciaron que el aborto espontáneo constituye un evento traumático que afecta significativamente la integridad emocional de la mujer y puede generar reexperimentación, culpa, evitación, pesadillas y sintomatología física asociada.

Mota et al. (2021) desarrollaron un estudio en un hospital especializado en salud reproductiva de la Ciudad de México, con el propósito de determinar la relación entre el afrontamiento y la intensidad del duelo. La muestra estuvo conformada por 100 mujeres con pérdida perinatal que recibían atención médica especializada. Se aplicaron la Perinatal Grief Scale y la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de afrontamiento y la intensidad del duelo ( $p < 0.01$ ). Se observó que las mujeres que utilizaron estrategias centradas en las emociones presentaron mayor intensidad de duelo que aquellas que adoptaron un afrontamiento orientado al problema.

García (2021) realizó un estudio en Cantabria, España, con el objetivo de exponer la necesidad de una atención diferenciada e integral ante la pérdida perinatal. Se analizaron 61 evidencias procedentes de publicaciones científicas y organizaciones internacionales, localizadas mediante términos como “muerte perinatal” y “duelo perinatal”. Los hallazgos destacan la importancia de los grupos de apoyo, la falta de conocimiento y las actitudes inadecuadas del personal sanitario, las cuales generan ansiedad, frustración e impotencia en las familias afectadas. Asimismo, se concluye que la calidad de la atención influye directamente en las decisiones de los padres y en el modo en que enfrentan el duelo, evidenciando que la

muerte perinatal sigue siendo un fenómeno invisibilizado y de difícil aceptación a nivel mundial.

### ***2.1.2. Nacionales***

Paucar y Recines (2020) desarrollaron una investigación en el Hospital El Carmen de Huancayo–Perú, donde establecieron la relación existente entre el duelo perinatal y las estrategias de afrontamiento al estrés en gestantes con óbito fetal. Consideraron una muestra no probabilística conformada por 20 gestantes hospitalizadas en el área de ginecología, a quienes se les aplicaron cuestionarios válidos y confiables. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Duelo Perinatal de Lasker y Toedter, y el Inventario de Afrontamiento al Estrés de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal. Según la prueba de Rho de Spearman, se obtuvo un coeficiente de 0.766 con una significancia de 0.01, concluyendo que existe una relación elevada entre el duelo perinatal y las estrategias de afrontamiento al estrés en gestantes con óbito fetal atendidas en el Hospital El Carmen Huancayo, 2020.

Saldaña (2020) realizó su investigación en el Hospital Público de Lambayeque con el objetivo de determinar la relación entre el trastorno por estrés postraumático y las consecuencias físicas y psicológicas en jóvenes que ingresaron por aborto. La muestra estuvo compuesta por 76 pacientes del servicio de ginecología, a quienes se aplicaron la escala encuesta estructurada I (Echeburúa et. al., 2016) y escala estructurada II (Espinar,2018). Los resultados, obtenidos mediante la prueba de Rho de Spearman, mostraron un coeficiente de 0.769 y una significancia de 0.01. El estudio concluyó que existe una relación positiva alta entre el trastorno por estrés postraumático y las consecuencias físicas y psicológicas en jóvenes que abortan.

Torres (2020), en su estudio realizado en el distrito de Trujillo–Perú, determinó la relación entre el estrés postraumático y el riesgo suicida en mujeres que habían presentado aborto. Utilizó como instrumentos la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés

Postrauumático (Echeburúa et al., 1997) y la Escala de Ideación Suicida (Beck et al., 1979). La población estuvo conformada por 108 mujeres, de las cuales se seleccionó una muestra de 80 mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los cuestionarios aplicados demostraron validez y confiabilidad. La prueba de Rho de Spearman arrojó un coeficiente de 0.450 y una significancia de 0.01, concluyendo que existe relación significativa entre el estrés postraumático y el riesgo suicida en mujeres que han presentado aborto.

Huertas (2019) realizó una investigación en un hospital del distrito de Ventanilla, Callao, con el objetivo de determinar las características generales y obstétricas de las pacientes con aborto espontáneo atendidas en el servicio gineco-obstetra. El estudio incluyó una población de 290 mujeres y una muestra de 120 pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo. A través del análisis de fichas clínicas y el procesamiento de datos en SPSS, se aplicó la prueba de Rho de Spearman, obteniendo un coeficiente de 0.450 y una significancia de 0.01. Se concluyó que existe relación significativa entre el estrés postraumático y el riesgo suicida en mujeres con aborto espontáneo.

Finalmente, Arias y Cruz (2019) desarrollaron una investigación en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, con el propósito de determinar los factores estresantes asociados a las complicaciones obstétricas. La muestra estuvo conformada por 138 pacientes que presentaron complicaciones como aborto espontáneo, hiperémesis gravídica, preeclampsia y amenaza de aborto. Se aplicaron el Cuestionario de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario de Estrés Prenatal, ambos con validez y confiabilidad, y se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para contrastar las hipótesis. El estudio reveló que el embarazo deseado estuvo asociado al aborto espontáneo en un 21 %, y que el temor a sufrir alguna complicación se presentó en un 85 %, lo cual se asoció con el aborto entre un 17.4 % y un 22.5 % ( $p = 0.004$ ). Se concluyó que los factores estresantes, tanto internos como externos, estuvieron significativamente vinculados con las complicaciones obstétricas en gestantes.

## **2.2. Bases teóricas**

### ***2.2.1. Duelo Perinatal***

#### ***Definición conceptual***

Teniendo en cuenta los conceptos presentados líneas abajo, la definición que se adopta para este estudio es la siguiente: el duelo perinatal se entiende como la sensación de tristeza y abatimiento que se experimenta tras la pérdida del embarazo, desde el momento de la concepción hasta su culminación con la pérdida.

#### ***Teorías de la primera variable de estudio***

##### **Duelo Perinatal**

El duelo perinatal ha sido interpretado de diversas maneras según distintos autores. Según Kowalski, este proceso abarca desde la concepción hasta el primer año de vida, comprendiendo situaciones como el aborto, la muerte intrauterina, el embarazo ectópico, la pérdida de un bebé prematuro, el nacimiento de bebés con anomalías congénitas o los hijos dados en adopción (Pariona, 2023).

Esta composición de palabras hace referencia a dos fases: el duelo, entendido como una sensación de abatimiento (Alvarado, 2003), y el término perinatal, que alude al periodo que se extiende hasta cuatro semanas después del parto (Barreto, 2019). De este modo, el duelo perinatal se concibe como el proceso emocional derivado de la pérdida de una gestación o de un recién nacido, situación que afecta tanto física como emocionalmente a la madre. Alvarado (2003) señala que la pérdida perinatal tiene un concepto amplio y se entiende como la culminación del embarazo con la pérdida del producto, incluyendo el aborto espontáneo, ectópico o terapéutico.

Por tanto, y considerando las definiciones mencionadas, el duelo perinatal se define en esta investigación como la sensación de tristeza y abatimiento experimentada tras la pérdida del embarazo, desde la concepción hasta su interrupción.

## **Duelo**

Alvarado (2003) define el duelo como la respuesta de abatimiento ante la pérdida de algo valioso, no racional ni intelectual. De forma complementaria, Vargas (2003) sostiene que, al vivir una pérdida, el duelo se convierte en un sentimiento subjetivo. En consecuencia, el duelo puede entenderse como una experiencia emocional de tristeza y abatimiento que surge ante la pérdida de alguien o algo significativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997) clasificó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que el periodo perinatal comienza a partir de la semana 22 de gestación y culmina siete días después del nacimiento (Martínez et al., 2017).

Por su parte, la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) explica que el duelo es un proceso normal por el que toda persona atraviesa en algún momento de su vida. Sin embargo, en ciertas ocasiones, este proceso puede prolongarse, generando emociones, actitudes y comportamientos distintos a los previos a la pérdida. Además, cada persona experimenta el duelo de forma diferente. Durante este proceso pueden presentarse síntomas como depresión, falta de apetito, insomnio, alucinaciones con el fallecido, dificultad para concentrarse, retraimiento social, culpa, soledad, ira, pérdida de peso, cansancio y debilitamiento, entre otros (Wessel et al., 2023).

## **Perinatal**

La OMS (2017), en su guía Muerte gestacional: para que cada bebé cuente. Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales, establece que el periodo perinatal inicia en la semana 22 de gestación (equivalente a 154 días) o cuando el peso al nacer es de 500 gramos, y finaliza siete días después del parto.

## **Neonatal**

Según la misma guía de la OMS (2017), el periodo neonatal comienza con el nacimiento y culmina a los 28 días completos de vida.

### **Definiciones respecto a la mortalidad**

- 1) **Muerte prenatal:** la OMS recomienda denominarla muerte fetal tardía, definida como la muerte fetal con un peso al nacer de 1000 g o con 28 semanas completas de gestación. Si esta información no está disponible, se considera una longitud corporal mayor o igual a 35 cm.
- 2) **Muerte neonatal:** se divide en dos fases, el periodo temprano, que comprende los primeros siete días después del nacimiento, y el periodo tardío, que abarca desde el día 8 hasta el día 28 de vida.
- 3) **Muerte perinatal:** considerando las definiciones previas, la OMS amplía el término a muerte perinatal ampliada, abarcando desde la muerte prenatal hasta la neonatal tardía (OMS, 2017).

No obstante, para los fines del presente estudio, se entiende por pérdida perinatal toda aquella que ocurre desde la gestación hasta el primer mes de vida (Pastor et al., 2011).

#### ***Dimensiones del Duelo Perinatal (Mota et al., 2021):***

- 1) Depresión: respuesta de tristeza inusual frente a un duelo normal.
- 2) Culpa: sensación de responsabilidad por el fallecimiento del bebé.
- 3) Duelo activo: conjunto de respuestas emocionales normales durante el proceso de duelo.
- 4) Aceptación: respuesta adaptativa ante la pérdida.

#### ***Duelo perinatal en 85 mujeres con pérdida gestacional***

En los antecedentes revisados se evidenció la relación entre las variables de estudio, observándose en los sujetos analizados sentimientos de desesperanza y tristeza (Vílchez, 2020). La población considerada en el presente estudio estuvo conformada por 85 mujeres que manifestaron haber atravesado una pérdida gestacional.

### ***2.2.2. Trastorno de estrés post traumático***

#### ***Definición conceptual***

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) fue definido con este nombre por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), como una alteración que aparece tras la exposición a un evento traumático en el que la persona experimenta o presencia una amenaza real o potencial de muerte, lesiones graves o violencia sexual.

#### ***Teorías de la segunda variable de estudio***

Diversos autores han abordado la comprensión del trauma y sus efectos. De acuerdo con Rojas (2016), las personas pueden experimentar trauma a partir de distintos tipos de sucesos, ya sean físicos, psicológicos o por transferencia. Una lesión física puede generar un trauma psicológico; sin embargo, este proceso no se produce de manera inversa.

Por su parte, Lino (2002) define el Trastorno de Estrés Postraumático como una condición incapacitante que afecta significativamente la vida de la persona, y aunque existen tratamientos que alivian los síntomas, aún no se dispone de una cura definitiva.

El DSM-5 (APA, 2014) establece ocho criterios diagnósticos esenciales para identificar el TEPT:

- Criterio A: Exposición real o amenaza de lesión grave, atentado sexual o muerte.
- Criterio B: Presencia de uno o más síntomas de reexperimentación del evento traumático.
- Criterio C: Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático.
- Criterio D: Alteraciones negativas en los pensamientos y el estado de ánimo que se inician o agravan después del suceso.

- Criterio E: Cambios significativos en la activación o reactividad fisiológica posteriores al evento.
- Criterio F: La duración de los síntomas (criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- Criterio H: La alteración no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra enfermedad médica.

Según Rojas (2016), no todas las personas que atraviesan experiencias traumáticas desarrollan necesariamente el trastorno; algunos individuos pueden manifestar estrés postraumático temporal sin que evolucione hacia una patología crónica. Esto depende en gran medida de la fortaleza emocional y la capacidad psicológica de afrontamiento del sujeto ante los eventos adversos.

***Dimensiones de la escala de estrés post traumático de Davidson (Villaña et al. 2003):***

- 1) Intrusitos de reexperimentación: el individuo revive el acontecimiento traumático de manera persistente y con alto nivel de detalle.
- 2) Evitación y embotamiento emocional: tendencia a evitar estímulos o situaciones asociadas al trauma, acompañada de desapego emocional.
- 3) Hiperactivación: presencia de síntomas fisiológicos como taquicardia, sudoración o sobresaltos ante estímulos menores, reflejando un estado de alerta constante.

***Estrés postraumático en 85 mujeres con pérdida gestacional***

En los estudios antecedentes revisados, se ha observado que mujeres que experimentaron una pérdida gestacional pueden presentar manifestaciones emocionales vinculadas al TEPT, como recuerdos intrusivos, pesadillas y alteraciones del sueño. Vásquez (2020) reporta que estas respuestas reflejan la presencia de sintomatología postraumática en

dicha población. En el presente estudio, la muestra estuvo compuesta por 85 mujeres que manifestaron haber atravesado una pérdida gestacional, evidenciándose en ellas distintos niveles de afectación emocional compatibles con el trastorno de estrés postraumático.

### **2.3. Formulación de hipótesis**

#### ***2.3.1. Hipótesis general***

Existe relación directa entre el duelo perinatal y el estrés post traumático en las mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

#### ***2.3.2. Hipótesis específicas***

H1: Existe relación entre la depresión y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

H2: Existe relación entre la culpa y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

H3: Existe relación entre el duelo activo y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

H4: Existe relación entre la aceptación y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

## **CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de investigación**

La presente investigación se desarrolló bajo el método hipotético-deductivo, el cual permitió establecer las hipótesis del estudio con el propósito de comprobarlas o refutarlas (Popper, 1962).

### **3.2. Enfoque de la investigación**

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, dado que se recopiló información con el fin de contrastar las hipótesis planteadas. Para ello, se trabajó con una muestra representativa y se realizó un análisis estadístico utilizando los respectivos porcentajes (Hernández et al., 2018).

### **3.3. Tipo de investigación**

El tipo de investigación fue básica, ya que tuvo como propósito ampliar el conocimiento científico sobre el duelo perinatal y el trastorno de estrés postraumático, conforme a las hipótesis formuladas (Muntané,2010).

### **3.4. Diseño de investigación**

El diseño de la investigación fue no experimental, debido a que las variables de estudio no fueron manipuladas, sino observadas tal como se presentaron en su contexto natural (Hernández et al., 1991).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### ***3.5.1. Población***

La población estuvo conformada por mujeres que habían experimentado una pérdida gestacional y que fueron atendidas en hospitales de Tarapoto durante el año 2024.

Según Tamayo (2012), citado en Gonzales-Beltrán (2022), la población se define como el conjunto total de unidades de análisis que integran el objeto de estudio.

### **3.5.2. Muestra**

La muestra se compuso por 85 pacientes mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, tales como haber atravesado una pérdida gestacional y aceptar participar voluntariamente en el estudio. En total se aplicaron 150 encuestas, de las cuales 85 fueron consideradas válidas para el análisis estadístico. La muestra se definió como un grupo representativo y limitado obtenido de la población disponible (Arias, 2006).

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de las participantes del estudio. La muestra estuvo conformada por 85 mujeres que experimentaron una pérdida gestacional y que acudieron a hospitales de la ciudad de Tarapoto. En relación al rango de edad, la mayoría de las participantes se encontraron entre los 30 y 39 años (43.5%), seguidas de aquellas con edades mayores de 40 años (40%), mientras que el 16.5% tenía entre 20 y 29 años y un 10.6% era menor de 20 años.

Respecto a la edad en la que ocurrió la pérdida, el 42.4% de las mujeres tenía entre 20 y 29 años, el 36.5% entre 30 y 39 años y el 10.6 % era mayor de 40 años. En cuanto a los meses de gestación, predominó la pérdida ocurrida alrededor de los dos meses (27.1%), seguida de las pérdidas de los tres meses (18.8%) y un menor porcentaje en etapas más avanzadas.

En relación con el número de hijos vivos, el 32.9% de las participantes tenía dos hijos, el 28.2% uno, y el 22.4% tres, observándose que una parte importante de las mujeres ya contaba con experiencia previa de maternidad. Finalmente, en cuanto al número de pérdidas, el 75.3% de las participantes reportó haber tenido una sola pérdida, mientras que el 16.5% tuvo dos, y un porcentaje menor (8.3%) manifestó haber tenido entre tres y cuatro pérdidas gestacionales.

**Tabla 1**  
*Características sociodemográficas de los participantes*

Características	<i>f</i>	%	
Edad rango	20 a 29 años	14	16.5
	30 a 39 años	37	43.5
	40 a más años	34	40.0
Edad pérdida rango	< 20 años	9	10.6
	20 a 29 años	36	42.4
	30 a 39 años	31	36.5
	40 a más años	9	10.6
Meses de gestación	1,0	17	20.0
	1,5	6	7.1
	2,0	23	27.1
	2,5	2	2.4
	3,0	16	18.8
	4,0	2	2.4
	4,5	1	1.2
	5,0	2	2.4
	6,0	9	10.6
	7,0	4	4.7
	8,0	2	2.4
	9,0	1	1.2
	0	6	7.1
Hijos vivos	1	24	28.2
	2	28	32.9
	3	19	22.4
	4	4	4.7
	5	2	2.4
	6	2	2.4
Número de pérdidas	1	64	75.3
	2	14	16.5
	3	5	5.9
	4	2	2.4

### 3.5.3. Muestreo

El muestreo se definió como un procedimiento mediante el cual se determina la probabilidad de que cada elemento forme parte de la muestra (Arias, 2006). Con base a ello, se empleó la técnica del muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que la selección

de participantes dependió de su disponibilidad y del cumplimiento de las características requeridas para la investigación, entre las cuales se consideró haber experimentado una pérdida gestacional, dado que el tema del este estudio correspondió al duelo perinatal.

A continuación, se detallan otros criterios.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con edad mínima de 18 años y máxima de 55.
- Mujeres que hayan pasado por una pérdida gestacional.
- Mujeres que decidan ser parte del estudio.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no hayan tenido una pérdida gestacional.

### **3.6. Variables y operacionalización**

En la presente investigación se identificaron las variables principales de estudio, así como sus respectivas dimensiones e indicadores. A continuación, se presenta la matriz de operacionalización de variables, la cual permitió precisar los aspectos observables y medibles de cada variable, facilitando el proceso de recolección y análisis de datos.

**Tabla 2**  
*Matriz operacional de las variables duelo perinatal y estrés postraumático*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Duelo perinatal	La situación de un embarazo que culmina con la pérdida del producto, incluidos el aborto espontáneo, el ectópico, el aborto terapéutico y la muerte neonatal temprana.	Se conocerá aplicando la prueba de duelo perinatal (Perinatal Grief Scale) lo que permitirá medir los procesos que la pérdida perinatal que ocasiona como alteraciones emocionales, psicosociales y conducta.	Duelo Activo (ítem 1,2,4,6,12,20) Depresión (ítem 7,8,14,17,18,19, 21,22,23,25) Culpa (ítem 3,5,9,10,13,15,16,24) Aceptación (ítem 11,26,27)	Sensación de vacío, depresión, llanto, lamentaciones. Dificultad para afrontar la pérdida, desesperanza, enojo. Sentimiento de incapacidad, miedo, decepción, incertidumbre. Reconocer la ausencia, retornar a la cotidianidad, adaptación.	Ordinal	(4) Definitivamente si (3) Probablemente si (2) Probablemente no (1) Definitivamente no

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Estrés post traumático.	Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que causarían malestar generalizado en casi todo el mundo.	Se conocerá aplicando la prueba de Escala de trauma de Davidson con al que se podrá determinar si se presentan episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma.	Intrusitos de reexperimentación (ítem 1,2,3,4,5)  Evitación y embotamiento emocional (ítem 6,7,8,9,10,11,12)  Hiperactivación (ítem 13,14,15,16,17)	Denota inquietud, susto.  Denota sueños de angustia, difícil imaginar una vida larga.  Dificultad para disfrutar la vida.	Ordinal	Frecuencia 0 = nunca 1 = a veces 2 = 2-3 veces 3 = 4-6 veces 4 = a diario  Gravedad 0 = nada 1 = leve 2 = moderada 3 = marcada 4 = extrema

### 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.7.1. Técnica

La encuesta se sitúa en un balance entre la observación y la experimentación. A través de ella, es posible documentar circunstancias que, aunque no se puedan replicar en un experimento, son observables. Se interroga al individuo que participa sobre varios asuntos, transformándola en un enfoque descriptivo que ayuda a identificar pensamientos, demandas, gustos, comportamientos de uso, entre otros elementos (Torres y Salazar, s.f.). A continuación, se presentan los instrumentos psicométricos utilizados:

#### 3.7.2. Descripción de instrumentos

##### **Variable 1 Duelo Perinatal**

Nombre : Perinatal Grief Scale (Escala de duelo perinatal)

Autor (año) : Potvin, Lasker y Toeder (1984-1989)

Adaptación : Mota, Sánchez, Carreño y Gómez (2021)

Duración : Aproximadamente 15 minutos

Administración : Sin límite de edad

Descripción : La prueba presenta 33 afirmaciones, con cinco opciones de respuesta. En la versión adaptada se eliminaron los reactivos 19,32, 36,2 y al realizar el cálculo con el coeficiente alfa de Cronbach se incrementó la confiabilidad de la escala total, terminando con 27 reactivos divididos en 4 factores: depresión, culpa, duelo activo y aceptación. Utilizando el tipo de respuesta de (4) definitivamente sí (1) definitivamente no. Siendo el mínimo puntaje por escala 11 y el máximo 55.

## **Variable 2 Estrés post traumático**

Nombre	: Escala de estrés post traumático de Davidson
Autor (año)	: Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D y Cols (1997).
Duración	: 5 a 10 minutos
Administración	: A partir de los 13 años
Descripción	: La prueba cuenta con 17 ítems y 3 dimensiones las que son reexperimentación, evitación, embotamiento emocional e hiperactivación. Tiene una medida ordinal tipo Likert con 5 ítems iniciando el 0 como nunca y el 4 siendo el puntaje más elevado, el que señala frecuencia y gravedad. La sumatoria cuenta con baremo de alto, medio y bajo, el que es medido a la suma de los puntos siendo el más alto 25 y el más bajo 5 puntos a menos.

### **3.7.3. Validación**

#### **Escala de duelo perinatal (Perinatal Grief Scale)**

En el Perú no se han identificado reportes formales de validación psicométrica de la Perinatal Grief Scale. Por tanto, la presente investigación respaldó la selección del instrumento en base a sus propiedades psicométricas reportadas en estudios internacionales. Mota et al. (2011) realizaron un análisis factorial con rotación varimax sobre los 27 reactivos, obteniendo una varianza total explicada de 59.31% y coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) superiores a .80 para los factores. Asimismo, en la adaptación italiana publicada en la Scandinavian Journal of Caring Sciences, Rivaldi et al. (2020) reportaron un coeficiente Kappa de Cohen (95% CI) de .76 para la versión traducida al italiano en comparación con la versión original en inglés, confirmando su adecuada equivalencia y fiabilidad transcultural.

### **Escala de Trauma de Davidson**

En el año 2003, a través de un estudio, se verificó la validez de la Escala de Trauma de Davidson, obteniéndose en su análisis factorial una varianza en los ítems de reexperimentación e hiperactivación del 38.45%, evitación del 9.71% e hiperactivación del 8.17%. Asimismo, la validez convergente se determinó mediante la correlación con la Impact of Event Scale-Revised (IES-R) y el Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos (CAT), obteniéndose los siguientes resultados: IES-R  $r = .56$ ,  $p < .05$ ; y CAT  $r = .23$ ,  $p < .05$ . La validez divergente se verificó con las escalas State Trait Anxiety Inventory I y II (STAI-I y STAI-II) y el Beck Depression Inventory (BDI), obteniéndose: BDI  $r = .473$ ,  $p < .05$ ; STAI-I  $r = .02$ , ns; y STAI-II  $r = .08$ , ns (Villafañe et al., 2003).

En Chile, se realizó un análisis psicométrico preliminar de la escala, en el cual se calculó la validez convergente examinando su relación con las puntuaciones de las escalas de depresión y ansiedad, encontrándose correlaciones de Pearson de: depresión  $r = .73$ , ansiedad-estado  $r = .57$  y ansiedad-rasgo  $r = .66$  (Guerra et al., 2013).

En el Perú, García Cerrón (2025) reportó validez factorial adecuada para la Escala de Trauma de Davidson en una muestra de 561 colaboradores de salud en Lima, con índices de ajuste favorables (CFI = .980; TLI = .977; RMSEA = .080), evidenciando una estructura interna coherente para población peruana.

#### **3.7.4. Confiabilidad**

##### **Escala de duelo perinatal (Perinatal Grief Scale)**

La confiabilidad de la escala se obtuvo mediante la aplicación del coeficiente alfa de Cronbach, alcanzando un valor total de  $\alpha = .93$ , lo que evidencia una muy alta consistencia interna (Ferreira et al. 2017).

### **Escala de Trauma de Davidson**

La consistencia interna global de la Escala de Trauma de Davidson fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de  $\alpha = .89$ , indicador de una alta fiabilidad en los 17 ítems que conforman la escala (Villafañe et al., 2003).

### **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

En la presente investigación el análisis de datos se realizó conforme se detalla a continuación:

Inicialmente, se tramitó la autorización de la Universidad Norbert Wiener a Hospitales de Tarapoto.

En segunda instancia, se elaboró el consentimiento informado, el cual fue presentado al director y personal encargado de las instituciones participantes. Asimismo, se coordinó con los psicólogos para definir la fecha de recopilación de datos de la muestra, la cual se efectuó de manera presencial.

Previo a la aplicación de los instrumentos, se informó a las mujeres consideradas para formar parte de la muestra sobre el objetivo del estudio, realizando la evaluación únicamente a quienes aceptaron participar de forma voluntaria mediante la firma del consentimiento informado.

Posteriormente se elaboró la base de datos en el programa Microsoft Excel 2016 y se importó al IBM SPSS Statistics 25, con el cuál se obtuvieron las medidas de tendencia central y dispersión, tales como la media, varianza, desviación estándar, error estándar correspondientes al estudio.

Adicionalmente se evaluó la normalidad de las muestras utilizando la prueba de Kolmogórov-Smirnov, lo que permitió determinar las pruebas estadísticas más adecuadas para el análisis de los datos. Finalmente, para identificar las relaciones significativas entre las variables, se empleó la correlación Rho de Spearman.

### 3.9. Aspectos éticos

Para la realización de la presente investigación se consideraron los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y las normas éticas de la American Psychological Association (APA), que rigen toda investigación científica. Estos principios fueron aplicados durante todo el proceso, priorizando la protección de las personas participantes, el respeto de sus derechos fundamentales, la prevención de cualquier tipo de daño y la preservación de la confidencialidad de la información obtenida. Asimismo, se puso especial énfasis en el bienestar, respeto y justicia hacia cada participante. La actuación de la investigadora se enmarcó en los principios éticos, axiológicos y deontológicos establecidos en el Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano y en lo dispuesto por la Ley N.º 28369 del Ejercicio Profesional del Psicólogo, garantizando el uso del consentimiento informado de manera anónima y voluntaria por parte de los participantes.

En concordancia con lo anterior, también se observaron los principios éticos de investigación establecidos por la Universidad Privada Norbert Wiener, asumiendo el compromiso de autenticidad mediante la firma respectiva que acreditó la responsabilidad administrativa y legal de las autoras de la investigación. Del mismo modo, se cumplió con las políticas institucionales de prevención del plagio y control de similitud, asegurando la integridad académica de todo el trabajo presentado.

## CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo se exponen los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recolectados mediante los instrumentos aplicados a las participantes del estudio. Los resultados se presentan las tablas y figuras, acompañados de su respectiva interpretación y discusión, con el propósito de contrastarlos con los objetivos de la investigación y con los hallazgos teóricos revisados en el marco conceptual. Asimismo, se analizan las relaciones entre las variables duelo perinatal y estrés postraumático, según los resultados derivados del procesamiento estadístico realizado con el programa IBM SPSS Statistics 25.

### 4.1. Análisis descriptivo de resultados

**Tabla 3**

*Resultados descriptivos de la variable Duelo Perinatal y sus dimensiones*

Dimensión	Media	Mediana	Desviación	Asimetría	Curtosis
Duelo Activo	19.25	21	4.38	-1.017	0.505
Depresión	23.52	23	9.35	0.201	-1.214
Culpa	20.37	21	7.16	-0.235	-1.079
Aceptación	5.07	5	1.94	0.645	-0.238
Total	73.09	75	18.88	-0.269	-0.963

La tabla 3 presentó los resultados descriptivos correspondientes a la variable duelo perinatal y sus dimensiones. Se observó que la dimensión duelo activo obtuvo una media de 19.26 y una mediana de 21, con una desviación estándar de 4.38, lo que indicó una dispersión moderada en las respuestas. En la dimensión depresión moderada en las respuestas. En la dimensión depresión, la media fue 23.53 y la mediana de 23, con mayor desviación estándar (9.35), reflejando una mayor variabilidad en las puntuaciones obtenidas por las participantes. Respecto a la dimensión culpa, la media fue de 20.38 y la mediana de 21, con una desviación estándar de 7.17, lo cual evidenció un nivel intermedio de dispersión. En cuanto a la aceptación

positiva, se registró una media de 5.07 y una mediana de 5, con una desviación estándar de 1.94, mostrando una menor variabilidad entre los resultados.

Finalmente, el puntaje total negativos del duelo perinatal alcanzó una media de 73.09 y una mediana de 75, con una desviación estándar de 18.89, lo que indicó diferencias individuales considerables en las respuestas.

En relación con los valores de asimetría y curtosis, se observó que la mayoría de las dimensiones presentaron valores próximos a cero, lo que permitió asumir una distribución aproximadamente normal de los datos, cumpliendo con los supuestos requeridos para los análisis estadísticos posteriores.

**Tabla 4**  
*Nivel de la variable Duelo Perinatal*

Variable	Nivel	f	%
Duelo perinatal	Bajo	26	30.6%
	Medio	40	47.1%
	Alto	19	22.4%

La tabla 4 muestra la distribución del nivel de duelo perinatal en las 85 participantes del estudio. Se observa que la mayoría de las encuestadas se encuentran en el nivel medio, con 40 personas (47.1%). Le sigue el nivel bajo, con 26 participantes (30.6%) y finalmente el nivel alto, con 19 participantes (22,4%). Estos resultados indican que el duelo perinatal en esta muestra tiende a concentrarse en niveles moderados, aunque existe variabilidad entre las participantes.

**Tabla 5***Resultados descriptivos de la variable Estrés post traumático y sus dimensiones*

Dimensiones	Media	Mediana	Desviación	Asimetría	Curtosis
Reexperimentación	4.32	4	3.37	1.632	3.889
Evitación	5.50	5	4.18	1.150	1.550
Hiperactivación	4.94	5	3.66	1.545	3.753
Total	14.77	14	10.08	1.447	3.228

La tabla 5 presenta los datos descriptivos de las dimensiones del estrés post traumático en las 85 participantes. La dimensión de reexperimentación mostró una medida de 4.33 y mediana de 4.0, con desviación estándar de 3.37, indicando dispersión moderada de los puntajes alrededor de la media. La dimensión de evitación tuvo una media de 5.51 y mediana de 5.0, con desviación estándar de 4.19, mientras que la hiperactivación presentó media de 4.94 y mediana de 5.0, con desviación estándar de 3.66. El puntaje del estrés postraumático fue de 14.78 en promedio, con mediana de 14.0 y desviación estándar de 10.09, mostrando variabilidad similar a la de las dimensiones individuales.

En términos de distribución, las dimensiones presentan asimetría positiva y curtosis elevada, especialmente reexperimentación e hiperactivación, lo que indica que los puntajes tienden a concentrarse alrededor de la media, aunque existen valores más altos en algunas participantes. Estos hallazgos reflejan que la intensidad del estrés postraumático en la muestra es moderada, con cierta variabilidad entre las participantes, manteniéndose la tendencia general hacia niveles promedio en todas las dimensiones evaluadas.

**Tabla 6**  
*Nivel de la variable Estrés postraumático*

Variable	Nivel	f	%
Estrés postraumático	Bajo	75	88.2%
	Medio	10	11.8%
	Alto	0	0%

Nota. La tabla no reporta ningún caso en el nivel alto en esta muestra

La tabla muestra la distribución del nivel de estrés postraumático en las 85 participantes de la muestra se observa que la mayoría se encuentra en el nivel bajo, con 75 participantes (88.2%), mientras que 10 participantes (11.8%) presentan un nivel medio y ninguna participante alcanza el nivel alto.

#### **4.2. Prueba de hipótesis**

Para evaluar las relaciones entre las variables estudiadas en la muestra, se realizaron pruebas de hipótesis estadísticas con un nivel de 0.05, centradas en el análisis del nivel de duelo perinatal y el estrés postraumático, así como la distribución de los puntajes en cada dimensión, con el objetivo de identificar patrones y tendencias en la muestra.

## Prueba de normalidad

**Tabla 7**

*Análisis de normalidad de las variables Duelo perinatal y Estrés post traumático y sus dimensiones*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Duelo Activo	0.179	85	0.000	0.890	85	0.000
Depresión	0.103	85	0.026	0.938	85	0.000
Culpa	0.125	85	0.002	0.947	85	0.002
Aceptación	0.180	85	0.000	0.885	85	0.000
Duelo Perinatal	0.082	85	,200*	0.962	85	0.014
Reexperimentación	0.221	85	0.000	0.864	85	0.000
Evitación	0.149	85	0.000	0.912	85	0.000
Hiperactivación	0.235	85	0.000	0.868	85	0.000
Estrés Postraumático	0.166	85	0.000	0.894	85	0.000

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la Tabla 7 se evaluó el supuesto de normalidad de las variables mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, con un nivel de significancia de 0.05. En el caso del duelo perinatal, sus dimensiones (Duelo Activo, Depresión, Culpa y Aceptación) mostraron valores de significancia inferiores a 0.05 en ambas pruebas, lo que evidencia que no presentan una distribución normal. La puntuación total de Duelo Perinatal registró una significancia de 0.200 en Kolmogorov-Smirnov y de 0.014 en Shapiro-Wilk; aunque la primera prueba no rechaza la normalidad, la segunda sí, por lo que no se puede asumir normalidad de manera consistente.

Respecto al estrés postraumático, tanto sus dimensiones (Reexperimentación, Evitación e Hiperactivación) como la puntuación total obtuvieron valores de significancia menores a 0.05 en ambas pruebas, indicando que sus distribuciones se apartan de la normalidad. En consecuencia, debido a que la mayoría de las variables evaluadas no cumplen con este supuesto, se determina que los datos no siguen una distribución normal; por lo tanto, el análisis

de la relación entre duelo perinatal y estrés postraumático deberá realizarse mediante estadísticos no paramétricos, siendo la correlación de Spearman la prueba más adecuada.

### **Hipótesis general de la investigación**

Existe relación directa entre el duelo perinatal y el estrés post traumático en las mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

#### *Hipótesis estadística*

H1: Existe relación directa entre el duelo perinatal y el estrés post traumático en las mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

Ho: No existe relación directa entre el duelo perinatal y el estrés post traumático en las mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024

Nivel de significancia  $\alpha = .05$

Regla de decisión: Si  $p \geq .05$  entonces no se rechaza la Ho

Si  $p < .05$  entonces se rechaza la Ho

#### *Resultado*

### **Tabla 8**

*Relación entre el duelo perinatal y el estrés postraumático*

Variables	$r_s$	$p$
Duelo perinatal	.383	.000
Estrés postraumático		

En la tabla 8 se evaluó la relación entre el duelo perinatal y el estrés postraumático en las participantes mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados mostraron una correlación positiva y significativa entre ambas variables ( $r_s = 0.383$ ,  $p = 0.000$ ), indicando que, a mayores niveles de duelo perinatal, se presentan mayores niveles de estrés postraumático. El tamaño del efecto sugiere que la variable duelo perinatal explica una proporción notable de la variabilidad del estrés postraumático en la muestra.

Dado que el valor de significancia es menor que el nivel de corte establecido ( $< 0.05$ ),

la correlación es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se acepta la hipótesis estadística (H1), confirmando que existe una relación directa positiva y de intensidad moderada entre el duelo perinatal y el estrés postraumático en las mujeres de los hospitales de Tarapoto 2024.

### **Hipótesis específica 1 de la investigación**

Existe relación entre la depresión y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

#### *Hipótesis estadística*

H1: Existe relación entre la depresión y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

Ho: No existe relación entre la depresión y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

Nivel de significancia  $\alpha = .05$

Regla de decisión: Si  $p \geq .05$  entonces no se rechaza la Ho

Si  $p < .05$  entonces se rechaza la Ho

#### *Resultado*

### **Tabla 9**

*Relación entre la dimensión depresión y el estrés postraumático*

Variables	$r_s$	$p$
Depresión	.378	.000
Estrés postraumático		

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

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 9 se presenta correlación positiva y significativa entre la depresión y el estrés postraumático (Rho de Spearman = 0.378,  $p = 0.000$ ). Esto indica que, a mayores niveles de depresión, se presentan mayores niveles de estrés postraumático en las participantes. La intensidad de la relación se considera moderada y dado que  $p < 0.05$ , se rechaza Ho y se acepta

H1.

### **Hipótesis específica 2 de la investigación**

Existe relación entre la culpa y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

#### *Hipótesis estadística*

H1: Existe relación entre la culpa y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

Ho: No existe relación entre la culpa y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

Nivel de significancia  $\alpha = .05$

Regla de decisión: Si  $p \geq .05$  entonces no se rechaza la Ho

Si  $p < .05$  entonces se rechaza la Ho

#### *Resultado*

### **Tabla 10**

*Relación entre la dimensión culpa y el estrés postraumático*

Variables	$r_s$	$p$
culpa	.435	.000
Estrés postraumático		

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

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 10 se presenta correlación positiva y significativa entre la culpa y el estrés postraumático (Rho de Spearman = 0.435,  $p = 0.000$ ). Esto indica que, a mayores niveles de culpa, se presentan mayores niveles de estrés postraumático en las participantes. La intensidad de la relación se considera moderada, y dado que  $p < 0.05$ , se rechaza Ho y se acepta H1.

### **Hipótesis específica 3 de la investigación**

Existe relación entre el duelo activo y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

*Hipótesis estadística*

H1: Existe relación entre el duelo activo y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

Ho: No existe relación entre el duelo activo y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

Nivel de significancia  $\alpha = .05$

Regla de decisión: Si  $p \geq .05$  entonces no se rechaza la Ho

Si  $p < .05$  entonces se rechaza la Ho

*Resultado***Tabla 11**

*Relación entre la dimensión duelo activo y el estrés postraumático*

Variables	$r_s$	$p$
Duelo activo	.299	.000
Estrés postraumático		

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

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 11 se presenta correlación positiva y significativa entre el duelo activo y el estrés postraumático (Rho de Spearman = 0.299,  $p = 0.000$ ). Esto indica que, a mayores niveles de duelo activo, se presentan mayores niveles de estrés postraumático en las participantes. La intensidad de la relación se considera baja y dado que  $p < 0.05$ , se rechaza Ho y se acepta H1.

**Hipótesis específica 4 de la investigación**

Existe relación entre la aceptación y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

*Hipótesis estadística*

H1: Existe relación entre la aceptación y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

Ho: No existe relación entre la aceptación y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.

Nivel de significancia  $\alpha = .05$

Regla de decisión: Si  $p \geq .05$  entonces no se rechaza la Ho

Si  $p < .05$  entonces se rechaza la Ho

*Resultado*

**Tabla 12**

*Relación entre la dimensión aceptación y el estrés postraumático*

Variables	$r_s$	$p$
Aceptación	.466	.000
Estrés postraumático		

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

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 12 se muestra la correlación entre la aceptación y estrés post traumático fue negativa y significativa (Rho de Spearman = - 0.466,  $p = 0.000$ ). Esto indica que, a mayores niveles de aceptación, se presentan menores niveles de estrés postraumático en las participantes. La intensidad de la relación se considera moderada y dado que  $p < 0.05$ , se rechaza Ho y se acepta H1.

### **4.3. Discusión de resultados**

El objetivo general de la investigación fue establecer la relación entre el duelo perinatal y el estrés postraumático en mujeres de hospitales de Tarapoto, Perú, 2024. Los resultados obtenidos muestran una correlación positiva y significativa entre ambas variables ( $r_s = 0.383$ ,  $p = 0.000$ ), lo que indica que los mayores niveles de duelo perinatal se asocian con mayores niveles de estrés postraumático. Este hallazgo permite afirmar que el duelo perinatal constituye un factor relevante en la aparición de sintomatología postraumática, evidenciando la necesidad de atención psicológica especializada ante pérdidas gestacionales.

Estos resultados se encuentran en concordancia con lo reportado por Fernández (2020), quien identificó una relación significativa entre duelo complicado y trastorno de estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales previas. De forma similar, Martínez (2021) señaló que experiencias de parto no respetado y situaciones de violencia obstétrica incrementan el riesgo de desarrollar síntomas postraumáticos, lo que refuerza la influencia de factores emocionales y contextuales en la respuesta psicológica ante la pérdida. Asimismo, Mota et al. (2021) y Vázquez (2020) resaltan que las estrategias de afrontamiento y la intensidad emocional determinan en gran medida la magnitud del duelo y del estrés postraumático, coincidiendo con la tendencia observada en la muestra de Tarapoto.

En el contexto nacional, los estudios de Paucar y Recines (2020), Saldaña (2020) y Torres (2020) evidencian relaciones positivas entre duelo, estrés postraumático y repercusiones emocionales en mujeres que atravesaron pérdidas gestacionales o abortos espontáneos. Del mismo modo, Huertas (2019) y Arias y Cruz (2019) destacaron que los factores personales y obstétricos influyen de manera importante en la vivencia del duelo y el riesgo de desarrollar estrés postraumático. La diferencia principal con respecto a estos estudios radica en la magnitud de la correlación; mientras que en otras investigaciones se reportan valores más altos, la relación moderada hallada en Tarapoto podría explicarse por el tamaño de la muestra, las características sociodemográficas y la disponibilidad de redes de apoyo familiar en las participantes.

En cuanto a la hipótesis específica 1, se encontró una correlación positiva y significativa entre la depresión y el estrés postraumático ( $r_s = 0.378$ ,  $p = 0.000$ ), lo que indica que las mujeres con mayor sintomatología depresiva presentan niveles más altos de estrés postraumático. Este resultado coincide con los hallazgos de Fernández (2020) y Mota et al. (2021), quienes sostienen que la presencia de depresión incrementa la vulnerabilidad emocional ante la pérdida gestacional, potenciando la aparición de síntomas de

reexperimentación, evitación e hiperactivación. No obstante, la intensidad moderada de la correlación sugiere que existen factores de resiliencia o apoyo emocional que podrían mitigar parcialmente el impacto de la depresión sobre el estrés postraumático.

En relación con la hipótesis específica 2, se observó una correlación positiva y significativa entre la culpa y el estrés postraumático ( $r_s = 0.435$ ,  $p = 0.000$ ). Este resultado coincide con lo planteado por Vázquez (2020) y García (2021), quienes señalan que la culpa y la autoinculpación incrementan los síntomas postraumáticos, debido a la tendencia a internalizar la pérdida como un fracaso personal. En la población estudiada, esta asociación puede verse fortalecida por la ausencia de acompañamiento psicológico y por las creencias culturales respecto a la maternidad, lo que podría intensificar la reexperimentación del evento y las conductas de evitación.

Respecto a la hipótesis específica 3, la relación entre duelo activo y estrés postraumático fue positiva y significativa ( $r_s = 0.299$ ,  $p = 0.005$ ). Aunque la intensidad de la correlación fue baja, el resultado indica que el mantenimiento de un duelo activo caracterizado por emociones intensas y pensamientos recurrentes sobre la pérdida se asocia con una mayor presencia de sintomatología postraumática. Este hallazgo coincide con lo encontrado por Paucar y Recines (2020) y Mota et al. (2021), quienes afirman que un afrontamiento prolongado o no resuelto del duelo puede agravar los niveles de estrés, especialmente en ausencia de apoyo familiar o social.

Por otro lado, la hipótesis específica 4 evidenció una correlación negativa y significativa entre la aceptación y el estrés postraumático ( $r_s = -0.466$ ,  $p = 0.000$ ), lo que indica que mayores niveles de aceptación se relacionan con menores niveles de estrés postraumático. Este hallazgo coincide con lo señalado por García (2021) y Mota et al. (2021), quienes describen la aceptación como un factor protector que contribuye al afrontamiento adaptativo y reduce la intensidad de los síntomas postraumáticos. En este sentido, fortalecer estrategias

basadas en la aceptación y la regulación emocional podría favorecer una recuperación psicológica más estable en mujeres que experimentan pérdidas gestacionales.

Entre las limitaciones del estudio se reconoce el tamaño reducido de la muestra y el método de selección no probabilístico, lo que limita la generalización de los resultados. Además, posibles diferencias culturales, el acceso desigual a servicios de salud y los niveles de soporte social podrían influir en las discrepancias observadas con estudios internacionales.

A pesar de estas limitaciones, la investigación aporta evidencia sobre la relación entre duelo perinatal y estrés postraumático en un contexto peruano, lo que permite visibilizar la experiencia emocional de las mujeres y su entorno familiar ante la pérdida gestacional, promoviendo una mayor comprensión y valoración de la salud emocional femenina en los espacios hospitalarios.

## **CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

1. El duelo perinatal se relaciona directamente con el estrés postraumático en mujeres que han sufrido pérdida gestacional, evidenciando que la intensidad del duelo se relaciona de manera significativa en la manifestación de síntomas de estrés postraumático.
2. La depresión durante el duelo perinatal potencia la vulnerabilidad emocional frente al estrés postraumático, mostrando que los estados de tristeza y abatimiento se presentan dentro de los síntomas psicológicos.
3. La culpa y el duelo activo contribuyen al incremento de los niveles de estrés postraumático, reflejando que la internalización de responsabilidades y la intensidad emocional durante la pérdida afectan el bienestar psicológico de manera notable.
4. La aceptación actúa como un factor protector frente al estrés postraumático, dado que niveles más altos de aceptación se asocian con menores manifestaciones de síntomas, resaltando la relevancia de estrategias de afrontamiento y apoyo emocional en el proceso de duelo.

### **5.2. Recomendaciones**

1. Considerando que se encontró una correlación positiva y significativa de magnitud moderada entre el duelo perinatal y el estrés postraumático, se recomienda fortalecer los servicios de apoyo psicológico en hospitales y centros de salud, mediante la creación de protocolos de seguimiento que contemplen la atención emocional posterior a la pérdida gestacional, contribuyendo a reducir la sintomatología postraumática.
2. Dado que las dimensiones de depresión y culpa mostraron correlaciones positivas con el estrés postraumático, se sugiere implementar talleres psicoeducativos con

estrategias cognitivas que permitan a las mujeres elaborar el duelo, disminuir sentimientos de autoinculpación y fortalecer su capacidad de afrontamiento emocional.

3. Puesto que el duelo activo también presentó relación significativa con el estrés postraumático, se recomienda capacitar al personal de salud en la detección temprana de síntomas emocionales asociados a este proceso, con el fin de intervenir oportunamente y ofrecer acompañamiento integral a las mujeres en situación de pérdida gestacional.
4. Teniendo en cuenta que la aceptación mostró una correlación negativa con el estrés postraumático, se propone promover redes familiares y comunitarias que fomenten la aceptación y la resiliencia, favoreciendo un afrontamiento adaptativo del duelo y el bienestar psicológico de las mujeres afectadas.

## REFERENCIAS

- Alvarado, R. (2003). *Muerte perinatal y el proceso de duelo*. Gob.mx:8180.  
<http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1381/1/ActPed2003-053.pdf>
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación*. Editorial Episteme. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>
- Arias, P. & Cruz, C. (2019). *Factores estresantes asociados a complicaciones obstétricas en gestantes - hospital regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2019* [Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo].  
<https://repositorio.unasam.edu.pe/item/20d7b942-90c1-4f57-97fc-157b707bab68>
- American Psychiatric Association. (APA, 2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM5*. Edu.co.  
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Barreto, C. & Sánchez, J. (2019). *Duelo perinatal: revisión teórica* [Tesis de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios].  
[https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/7723/1/T.P\\_BarretoGonzalezCatherineAndrea\\_2019.pdf](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/7723/1/T.P_BarretoGonzalezCatherineAndrea_2019.pdf)
- Charlo, M. (2022). *Desarrollo de trastorno de estrés postraumático como consecuencia del parto* [Tesis de grado, Comillas Universidad Pontificia].  
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/61244>
- Cerrón, S. B. G. (2025). *Propiedades psicométricas de la Davidson Trauma Scale (DTS) en personal de salud de Lima, Perú* [Universidad Peruana Unión].  
<https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/26e37920-e158-4e4d-b4e0->

[b92e4f735642/content](https://doi.org/10.1016/j.ther.2016.03.001)

- Echeburúa, E., Amor, P., Holgado, F. & Muñoz, J. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2).  
<https://research.amanote.com/publication/jJEn1XMBKQvf0Bhi1S2e/escala-de-gravedad-de-sntomas-revisada-egs-r-del-trastorno-de-estr-s-postraumtico>
- Espinar, K. (2018) *Aborto y consecuencias físicas psicológicas en adolescentes atendidas en el hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias Punchana 2017* [Tesis de grado, Universidad peruana del Oriente]. <https://core.ac.uk/download/pdf/229594606.pdf>
- Fernández, E. (2020). *Duelo perinatal y trastorno de estrés postraumático en una gestación posterior a una pérdida gestacional* [Doctorado, Universidad de Málaga]. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/20944>
- Fernández Rivas, P. & Portas Yáñez, J. (2022). Alivio del Sufrimiento Psicológico en Pacientes que Sufrieron Aborto Espontáneo y sus familiares. *Revista Salud Y Cuidado*, 1(4), 74-96. doi:10.36677/saludycuidado. v1i4.19335  
<https://revistasaludycuidado.uaemex.mx/article/view/19335>
- Ferreira Paris, G., de Montigny, F. & Marisa Pelloso, S. (2017). Cross-cultural adaptation and validation evidence of the Perinatal Grief Scale. *Texto & contexto enfermagem*, 26(1).  
<https://doi.org/10.1590/0104-07072017005430015>
- García, L. (2021) *El duelo perinatal, la necesidad de una atención integral*. [Tesis de grado, Universidad de Cantabria].  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/22428/GARCIA%20SACRI%20LUCIA.pdf>
- Guerrero Barona, E. (1997). Salud, estrés y factores psicológicos. *Campo Abierto*, 13, 51-68. <https://revista->

[campoabierto.unex.es/index.php/campoabierto/article/view/2764/1848](http://campoabierto.unex.es/index.php/campoabierto/article/view/2764/1848)

- González-Beltrán, V. (2022, junio). Estrategia didáctica para el aprendizaje de la legislación informática con uso de la tecnología educativa. *Revista Tecnológica Docentes 2.0.*, 15(1),75-78. <https://ojs.docentes20.com/index.php/revista-docentes20/article/download/277/800>
- Guerrero Barona, E. (1997). Salud, estrés y factores psicológicos. *Campo Abierto. Revista de Educación*, 13(1), 51–69. <https://revista-campoabierto.unex.es/index.php/campoabierto/article/view/2764/1848>
- Hernández, A., Ramos, M., Placencia, B., Indacochea, B., Quimis, A. & Moreno, L. (2018). *Metodología de la investigación científica*. Editorial Científica 3Ciencias. <https://doi.org/10.17993/ccyll.2018.15>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. McGraw - Hill Interamericana de México, S.A. de C.V. (1.ªed). <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Huertas, M. (2019). *Características generales y obstétricas de pacientes con aborto espontáneo en el servicio de gineco-obstetricia del hospital de Ventanilla -Callao 2018* [Tesis de grado, Universidad San Martín de Porres]. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5535/huertas\\_tm.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5535/huertas_tm.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J. & Flenady, V. (2013). *Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal*. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2013, número 6. N.º de art.: CD000452. DOI: 10.1002/14651858.CD000452.pub3. <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000452.pub3/full/es>

- Lino, G. (2002). Trastorno de estrés postraumático: Una revisión del tema (segunda parte). (2002). *Salud Mental*, 25(5).  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam023c.pdf>
- Martínez, M., Yancy, M. & Rosero, P. (2017). *Cartilla para el manejo del duelo perinatal en la ciudad de Bogotá*.  
[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6859/1/2017\\_carilla\\_manejo\\_duelo.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6859/1/2017_carilla_manejo_duelo.pdf)
- Martínez, S. (2021). *Trastorno De Estrés Postraumático Perinatal: Magnitud Del Problema, Factores asociados y validación de un cuestionario en población Española* [Tesis de grado, Universidad de Jaén]. <https://ruja.ujaen.es/handle/10953/1071>
- Ministerio de Salud (2022). *Muerte fetal y neonatal acumulado Perú 2012 al 2022*. Gob.pe.  
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE14/mneonatal.pdf>
- Mota, C., Calleja, N., Gómez, M. & Sánchez, M. (Eds.). (2011). *Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional Perinatal Grief Scale: Validation in Mexican Women with Gestational Loss* (Vol. 43). Revista Latinoamericana de Psicología. <https://judithlasker.files.wordpress.com/2018/04/perinatal-grief-scale-mexican-spanish-translation.pdf>
- Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J. & Gómez, M. (2021). Revista argentina. Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal, afrontamiento y duelo perinatal.  
[file:///C:/Users/milus/Downloads/2Estilosdeafrentamientocomopredictoresdeldueloperinatal\\_compressed.pdf](file:///C:/Users/milus/Downloads/2Estilosdeafrentamientocomopredictoresdeldueloperinatal_compressed.pdf)
- Muntané, J. (2010). Introducción a la investigación básica. Sociedad Andaluza de Patología Digestiva. Recuperado 19 de noviembre de 2024, de <https://www.sapd.es/rapd/2010/33/3>
- Oficina para la salud de la mujer (2021). *Abuso, trauma y salud mental*. Womenshealth.gov.  
<https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/abuse-trauma-and-mental-health>

- Organización Mundial de la Salud (2020). *Cada 16 segundos se produce una muerte fetal, según las primeras estimaciones conjuntas de las Naciones Unidas*. Who.int. <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Para que cada Bebé cuente: Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales*. OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1>
- Ovalle, V. (2020). *Factores de riesgo asociados a aborto espontáneo en pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, ICA-Perú en el periodo 2019* [Tesis de grado, Universidad Privada San Juan Bautista]. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/5a5bc822-3772-46b5-a0ae-2cfecd7c44dd>
- Pariona-Gutiérrez, E. (2023). El duelo perinatal: Un duelo invisible. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 8(3), c1-c2. 10.47784/rismf.2023.8.3.286. <https://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/286>
- Pastor, S., Cesar, R. J. H., Vacas, A. & Rodríguez, M. (Eds.) (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud 1. *Revista Latino Am. Enfermagem*, 19(6), 1-8. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8sxFFgPXFfJBKrCPSbXK5VS/?lang=es&format=pdf#:~:text=El%20significado%20que%20tiene%20la,dan%20la%20importancia%20que%20tiene.>
- Paucar, M., & Recines, M. (2020). *Duelo perinatal y estrategias de afrontamiento al estrés en gestantes con óbito fetal en el Hospital el Carmen Huancayo, 2020*. [Tesis de grado, Universidad Peruana de los Andes]. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2136>

Popper, K. (Eds.). (1962). *La lógica de la investigación científica*. Tecnos.

<https://raularagon.com.ar/biblioteca/libros/Popper%20Karl%20-%20La%20Logica%20de%20la%20Investigacion%20Cientifica.pdf>

Posttraumatic Stress Disorder (2022). Conceptos básicos sobre el TEPT. *US. Department of Veterans Affairs*. [https://www.ptsd.va.gov/spanish/understand/what/ptsd\\_basics\\_sp.asp](https://www.ptsd.va.gov/spanish/understand/what/ptsd_basics_sp.asp)

Rivaldi, C., Bettioli, A., Crescioli, G., Lombardi, N., Biffino, M., Romeo, G., Levi, M., Bonaiuti, R. & Vannacci, A. (2020). Italian translation and validation of the Perinatal Grief Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 684–689. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12772>

Rojas, M. (Eds.). (2016). *Trastorno de estrés post traumático* (Vol. 619). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXXIII. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162h.pdf>

Saldaña, E. (2020). *Trastorno por estrés post traumático en jóvenes que ingresan por aborto y sus consecuencias físicas y psicológicas -Hospital Público Lambayeque - 2020* [Tesis de grado, Universidad Señor de Sipán]. <https://acortar.link/bPftLT>

Sinisterra, J. (2022). *El Estrés Como Riesgo Psicosocial Intralaboral: Un Posible Detonante Del Síndrome De Boreout. Stress As An Intralaboral Psychosocial Risk: A Possible Trigger Of Boreout Syndrome.* Edu.co. [https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/2317/\\_ESTR%C3%89S\\_COMO\\_RIESGO\\_PSICOSOCIAL\\_INTRALABORAL\\_POSIBLE\\_DETONANTE\\_S%3%8DNDROME\\_BOREOUT.pdf?sequence=1](https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/2317/_ESTR%C3%89S_COMO_RIESGO_PSICOSOCIAL_INTRALABORAL_POSIBLE_DETONANTE_S%3%8DNDROME_BOREOUT.pdf?sequence=1)

Torres, C. (2020). *Estrés postraumático y riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo* [Tesis de grado, Universidad Privada del Norte]. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/25215>

Torres, M., Paz, K., y Salazar, F. G. (s.f.). Métodos de recolección de datos para una

investigación. Recuperado de [http://fgsalazar.net/LANDIVAR/ING-PRIMERO/boletin03/URL\\_03\\_BAS01.pdf](http://fgsalazar.net/LANDIVAR/ING-PRIMERO/boletin03/URL_03_BAS01.pdf)

United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Health Organization & United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). *A neglected tragedy the global burden of stillbirths. Report 2020.* <file:///C:/Users/milus/Downloads/UN-IGME-2020-Stillbirth-Report-updated.pdf>

Vargas, R. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina legal de Costa Rica*, 20(2), 47–52. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152003000200005](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005)

Vázquez, A. (2020). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres que han sufrido un aborto espontáneo: una revisión de la literatura - Repositorio Institucional de Documentos* [Tesis de grado, Universidad Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/107237>

Villafañe et al. (2003). La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. *Revista Evaluar*.3. 10.35670/1667-4545.v3. n1.608. [https://www.researchgate.net/publication/277750951\\_La\\_Evaluacion\\_Del\\_Trastorno\\_Por\\_Estres\\_Postrumatico\\_Aproximacion\\_A\\_Las\\_Propiedades\\_Psicometricas\\_De\\_La\\_Escala\\_De\\_Trauma\\_De\\_Davidson](https://www.researchgate.net/publication/277750951_La_Evaluacion_Del_Trastorno_Por_Estres_Postrumatico_Aproximacion_A_Las_Propiedades_Psicometricas_De_La_Escala_De_Trauma_De_Davidson)

Wessel, M., Wyant, T., Zhang, Q., Alteri, R., Mackey, H., Lubejko, B., Merrick, L. Roux, K., Cabrera, M., Jordan, V., Schwartz, P., Tortat, M., Thompson, H., Eidsmoe, K., Lovely, B., Greene, B., Henkle, T. Vrbova, A., Mason ... Sullivan, K. (2023). *Cómo lidiar con la pérdida de un ser querido. American Cancer Society, 1.800.227.2345.* <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6036.96.pdf>

## **ANEXOS**

Anexo 1. Matriz de consistencia

Anexo 2. Instrumentos

Anexo 3. Validez de instrumentos

Anexo 4. Confiabilidad de instrumentos

Anexo 5. Aprobación del comité de ética

Anexo 6. Formato de consentimiento informado

Anexo 7. Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos

Anexo 8. Informe del asesor de Turnitin

### Anexo 1. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Metodología	
Problema General	Objetivo General	Hipótesis general	Variables	Enfoque:
¿En qué medida el duelo perinatal se relaciona con el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024?	Establecer la relación que existe entre el duelo perinatal y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.	Existe relación directa entre el duelo perinatal y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.	1. Duelo Perinatal Estrés post traumático	2. Cuantitativo
Problema específico	Objetivo específico	Hipótesis específico	Dimensiones	Diseño de Investigación:
¿Existe relación entre la depresión y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024?	Determinar la relación que existe entre la depresión y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.	Existe relación entre la depresión y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.	<b>Variable 1</b> - Duelo Activo - Depresión - Culpa - Aceptación	No experimental
¿Existe relación entre la culpa y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024?	Determinar la relación que existe entre la culpa y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.	Existe relación entre la culpa y el estrés post traumático de Hospitales de Tarapoto 2024.	<b>Variable 2</b> - Intrusitos de reexperimentación. - Evitación y embotamiento emocional. - Hiperactivación.	<b>Instrumento</b> - Escala de duelo Perinatal - Escala de Trauma de Davidson
¿En qué grado se relaciona el duelo activo y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024?	Especificar qué relación existe entre el duelo activo y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.	Existe relación entre el duelo activo y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.	<b>Tipo de investigación</b> Descriptivo correlacional	<b>Técnica</b> Encuesta
¿Cuál es la relación de la aceptación y el estrés post traumático en de Hospitales de Tarapoto 2024?	Especificar qué relación existe entre la aceptación y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.	Existe relación entre la aceptación y el estrés post traumático en mujeres de Hospitales de Tarapoto 2024.	<b>Población</b> 85 mujeres de hospitales de Tarapoto Muestra 85 Muestreo censal 150	

## Anexo 2. Instrumentos

### ESCALA DE DUELO PERINATAL

Iniciales: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Hijos vivos: \_\_\_\_\_

Semana en que ocurrió la pérdida: \_\_\_\_\_ N° de hijo (perdido): \_\_\_\_\_ N° de pérdidas: \_\_\_\_\_

Las siguientes son frases que las personas dicen en relaciones con la pérdida de sus bebés. Marque con una (X) el grado en el que cada una de las frases refleje lo que usted siente. Por favor conteste todas.

		Definitivamente si	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no
1	Me siento deprimida				
2	Me siento vacía				
3	Me siento culpable cuando pienso en mi bebé				
4	Siento la necesidad de hablar de mi bebé				
5	Me siento enferma cuando pienso en mi bebé				
6	Me lamento por la pérdida de mi bebé				
7	Intento reír, pero ya nada me parece gracioso				
8	Me siento desprotegido en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé.				
9	Estoy asustada				
10	Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé				
11	Siento que estoy retomando de nuevo mi vida				
12	Extraño mucho a mi bebé				
13	Necesito justificarme ante algunos por la pérdida de mi bebé				
14	La mejor parte de mí se perdió con mi bebé				
15	Necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez				
16	Me siento culpable por la pérdida de mi bebé				
17	Me enoja cuando pienso en mi bebé				
18	Me siento como muerta en vida				
19	Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé				
20	Lloro cuando pienso en mi bebé				
21	Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos				
22	El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé				
23	Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones				
24	El futuro me preocupa				
25	Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé				
26	Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé				
27	Estoy aceptando la pérdida de mi bebé				

### Escala de Trauma de Davidson DTS

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Mes y año del acontecimiento: \_\_\_\_\_

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a sucesos específicos que usted puede haber experimentado durante la última semana. Para cada pregunta tenga en cuenta cuantas veces le ha sucedido (frecuencia) y con cuanta intensidad (gravedad). Escriba en los recuadros de al lado cada pregunta un número de 0 a 4 para indicar la frecuencia y la gravedad

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

	Ítems	Frecuencia	Gravedad
1	He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.		
2	He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.		
3	He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo tuviera reviviendo.		
4	Hay cosas que me lo han hecho recordar.		
5	He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento. (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea).		
6	He estado evitando pensamiento o sentimientos sobre el acontecimiento.		
7	He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento.		
8	He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.		
9	He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.		
10	Me he sentido distante o alejado de la gente.		
11	He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.		
12	He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.		
13	He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.		
14	He tenido irritable o he tenido accesos de ira.		
15	He tenido dificultad para concentrarme.		
16	Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como en guardia.		
17	He estado nervioso o me asustado fácilmente.		

### Anexo 3. Validez de instrumentos

#### Escala de duelo Perinatal (Perinatal Grief Escale)

La tabla 13 presenta las cargas factoriales obtenidas para cada ítem del instrumento, donde se observa que todos los ítems mostraron saturaciones superiores a 0.30, valor considerado como mínimo aceptable en la literatura psicométrica. En la dimensión Duelo Activo, las cargas factoriales oscilaron entre 0.472 y 0.893, indicando que los ítems contribuyen de manera significativa a la medición de esta dimensión. Para la dimensión Depresión, las saturaciones variaron entre 0.515 y 0.807, evidenciando una adecuada pertinencia de los ítems en la evaluación del constructo. En la dimensión Culpa, las cargas factoriales estuvieron entre 0.460 y 0.798, confirmando que los ítems seleccionados representan fielmente la dimensión teórica. Finalmente, la dimensión Aceptación mostró saturaciones negativas entre -0.611 y -0.826, lo cual es consistente con la codificación inversa de estos ítems y refleja correctamente la presencia de actitudes contrarias al duelo activo. En conjunto, estas cargas factoriales respaldan la validez de constructo del instrumento, demostrando que los ítems se relacionan adecuadamente con las dimensiones teóricas propuestas.

**Tabla 13**

*Cargas factoriales de los ítems según sus dimensiones de la escala de duelo perinatal*

Dimensión	Ítem	Saturación
Duelo Activo	1	0.864
	2	0.893
	4	0.707
	6	0.631
	12	0.472
	20	0.807
Depresión	7	0.578
	8	0.807
	14	0.534
	17	0.515
	18	0.801

	19	0.672
	21	0.637
	22	0.679
	23	0.579
	25	0.559
	3	0.741
	5	0.532
	9	0.541
Culpa	10	0.460
	13	0.753
	15	0.635
	16	0.798
	24	0.790
	11	-0.826
Aceptación	26	-0.725
	27	-0.611

---

### **Intercorrelación de dimensiones**

Se consideró pertinente realizar la intercorrelación de las dimensiones del instrumento con el puntaje total de la Escala de Duelo Perinatal. Los resultados evidencian correlaciones altas y estadísticamente significativas entre las dimensiones Duelo Activo ( $r_s = 0.836$ ;  $p < 0.001$ ), Depresión ( $r_s = 0.945$ ;  $p < 0.001$ ) y Culpa ( $r_s = 0.924$ ;  $p < 0.001$ ) con el puntaje total de la escala, lo que refleja una relación fuerte entre dichas dimensiones y el constructo general del duelo perinatal. En contraste, la dimensión Aceptación Negativa muestra una correlación baja y no significativa ( $r_s = -0.123$ ;  $p = 0.263$ ), lo que sugiere que este factor podría representar una fase distinta dentro del proceso de duelo, vinculada a la elaboración emocional más que a la persistencia del malestar. Estos resultados permiten señalar que el instrumento presenta una adecuada coherencia interna entre sus dimensiones principales, evidenciando consistencia en la medición del duelo perinatal en la muestra evaluada.

**Tabla 14***Cargas factoriales de los ítems según sus dimensiones de la escala de duelo perinatal*

Dimensiones	Duelo perinatal	
	rs	p
Duelo activo	.836**	<.0.00
Depresión	.945**	<.0.00
Culpa	.924**	<.0.00
Aceptación	-.123	<0.263

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

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

### **Escala de Trauma de Davidson**

La tabla 15 correspondiente presenta las cargas factoriales obtenidas tras el análisis factorial exploratorio aplicado a la Escala de Trauma de Davidson. Se observa que todos los ítems mostraron saturaciones superiores a 0.40, valor considerado como el mínimo aceptable dentro de la literatura psicométrica. En este caso, las cargas factoriales oscilaron entre 0.464 y 0.886, evidenciando una adecuada validez de constructo. De manera específica, la dimensión de Reexperimentación mostró saturaciones entre 0.583 y 0.838, lo que indica una fuerte asociación entre los ítems y el factor teórico que representan. En la dimensión de Evitación, las saturaciones variaron de 0.464 a 0.886, reflejando igualmente una consistencia interna apropiada entre los reactivos y la dimensión evaluada.

Finalmente, la dimensión de Hiperactivación presentó saturaciones que oscilaron entre 0.593 y 0.797, evidenciando una sólida correspondencia con el constructo medido. En conjunto, los resultados confirman que la Escala de Trauma de Davidson presenta una estructura factorial coherente con los fundamentos teóricos del instrumento, garantizando que los ítems agrupados en cada dimensión representan de manera válida los componentes del estrés postraumático.

**Tabla 15***Cargas factoriales de los ítems según sus dimensiones de la escala de trauma de Davidson*

Dimensión	Ítem	Saturación
Reexperimentación	1	0.649
	2	0.68
	3	0.612
	4	0.583
	5	0.838
	6	0.779
	7	0.886
Evitación	8	0.719
	9	0.565
	10	0.578
	11	0.699
	12	0.464
Hiperactivación	13	0.667
	14	0.682
	15	0.593
	16	0.797
	17	0.631

### **Intercorrelación de dimensiones**

Se realizó la intercorrelación de las dimensiones de la Escala de Trauma de Davidson con el puntaje total de la variable estrés postraumático, con el propósito de analizar la coherencia interna y la validez de las dimensiones que conforman el constructo. Los resultados evidenciaron correlaciones altas y estadísticamente significativas entre todas las dimensiones evaluadas y el puntaje total. En detalle, la dimensión de Reexperimentación presentó una correlación de  $r_s = 0.886$  ( $p < 0.001$ ), lo que indica una relación muy fuerte con el total de la escala. De manera similar, la dimensión de Evitación obtuvo una correlación de  $r_s = 0.912$  ( $p < 0.001$ ), reflejando la más alta asociación con la variable global. Por su parte, la dimensión de Hiperactivación mostró una correlación de  $r_s = 0.897$  ( $p < 0.001$ ), lo cual también representa una relación fuerte y significativa.

Estos resultados permiten concluir que las dimensiones mantienen una consistencia interna adecuada, demostrando que cada una de ellas aporta de manera significativa al constructo general de estrés postraumático. En conjunto, los datos respaldan la validez de la estructura interna de la Escala de Trauma de Davidson aplicada a la muestra de mujeres evaluadas.

**Tabla 16**

*Intercorrelación de dimensiones de la variable estrés postraumático*

Dimensiones	Estrés postraumático	
	r	p
Reexperimentación	.886**	<.0.00
Evitación	.912**	<.0.00
Hiperactivación	.897**	<.0.00

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

#### Anexo 4. Confiabilidad de instrumentos

##### Escala de Duelo Perinatal (Perinatal Grief Scale)

Como se observa en la tabla correspondiente, la confiabilidad de la Escala de Duelo Perinatal fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), considerando tanto las dimensiones específicas como el puntaje total. La dimensión Duelo Activo, compuesta por 6 ítems, obtuvo un  $\alpha$  de 0.750, lo cual indica una consistencia interna aceptable. La dimensión Depresión, integrada por 10 ítems, presentó un  $\alpha$  de 0.893, considerado excelente, evidenciando una adecuada homogeneidad entre los ítems. Por su parte, la dimensión Culpa, con 8 ítems, alcanzó un  $\alpha$  de 0.821, reflejando una buena confiabilidad. En cambio, la dimensión Aceptación, conformada por 3 ítems, mostró un  $\alpha$  de 0.452, lo que sugiere una consistencia interna baja, posiblemente atribuible al reducido número de ítems que la integran. Finalmente, el puntaje total del instrumento, compuesto por 27 ítems, obtuvo un  $\alpha$  de 0.928, lo cual representa una excelente consistencia interna general. En conjunto, estos resultados permiten afirmar que la Escala de Duelo Perinatal presenta una adecuada confiabilidad global, siendo un instrumento estadísticamente sólido para la evaluación del duelo perinatal en la muestra estudiada.

**Tabla 17**

*Coefficientes alfa de Cronbach de las dimensiones de la escala de duelo perinatal*

Dimensión	Número de ítems	$\alpha$
Duelo activo	6	0.750
Depresión	10	0.893
Culpa	8	0.821
Aceptación	3	0.452
Total	27	0.928

### Escala de Trauma de Davidson

Como se observa en la tabla correspondiente, la confiabilidad de la Escala de Trauma de Davidson fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), considerando cada dimensión y el puntaje total del instrumento. La dimensión Reexperimentación, compuesta por 5 ítems, obtuvo un  $\alpha$  de 0.779, lo que indica una consistencia interna aceptable. La dimensión Evitación, conformada por 7 ítems, presentó un  $\alpha$  de 0.782, lo cual refleja una buena confiabilidad. Por su parte, la dimensión Hiperactivación, integrada por 5 ítems, alcanzó un  $\alpha$  de 0.808, evidenciando una consistencia interna satisfactoria. Finalmente, el puntaje total del instrumento, conformado por 17 ítems, obtuvo un  $\alpha$  de 0.908, lo que representa una excelente confiabilidad global. En conjunto, los resultados muestran que la Escala de Trauma de Davidson posee una adecuada consistencia interna tanto en sus dimensiones como en la puntuación total, lo que respalda su fiabilidad para la evaluación del estrés postraumático en la muestra analizada.

**Tabla 18**

*Coefficientes alfa de Cronbach de las dimensiones de la escala de trauma de Davidson*

Dimensión	Número de ítems	$\alpha$
Reexperimentación	5	0.779
Evitación	7	0.782
Hiperactivación	5	0.808
Total	17	0.908

## Anexo 5. Aprobación del Comité de Ética



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

#### CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 27 de Diciembre de 2024

Investigador(a)  
MILUSKA GRACE ELVIRA MEJÍA DIEZ  
Exp. N°: 1331-2024

---

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

Protocolo titulado: **“DUELO PERINATAL Y ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN MUJERES DE HOSPITALES DE TARAPOTO – PERÚ 2024”**. Versión 01 con fecha 07/12/2024.

- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 07/12/2024.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) MILUSKA GRACE ELVIRA MEJÍA DIEZ.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **El Informe de Avances** se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.


Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega  
Presidente



Comité Institucional de Ética e Integridad Científica  
UPNW

## Anexo 6. Formato de consentimiento informado

 Universidad Norbert Wiener	<b>FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN          ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI</b>		
	<b>CÓDIGO:</b> UPNW-EES-FOR-068	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA:</b>

**Título de proyecto de investigación** : Duelo perinatal y estrés post traumático en mujeres de clínicas y hospitales de Tarapoto – Perú 2024

**Investigadores** : Mejía Diez, Miluska Grace Elvira

**Institución(es)** : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “\_Duelo perinatal y estrés post traumático en mujeres de clínicas y hospitales de Tarapoto – Perú 2024\_”. de fecha \_\_/\_\_/\_\_ y versión.0\_\_. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

### I. INFORMACIÓN

**Propósito del estudio:** El propósito de este estudio es visibilizar la problemática de la falta de atención psicológica a la mujeres que pasan por una perdida perinatal. Su ejecución permitirá poner mayor énfasis en el soporte psicológico para las mujeres que viven estos procesos durante la gestación o embarazo.

**Duración del estudio (meses):**

**Nº esperado de participantes:** \_\_150\_\_

**Criterios de Inclusión y exclusión:**

*(No deben reclutarse voluntarios entre grupos “vulnerables”: presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc. Salvo que la investigación redunde en un beneficio concreto y tangible para dicha población y el diseño así lo requiera).*

**Procedimientos del estudio:** Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Una encuesta dividida en 2 cuestionarios

La *entrevista/encuesta* puede demorar unos 20-30 minutos y (*según corresponda añadir a detalle*). Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

**Riesgos:** Es posible que al momento de realizar el cuestionario se generen emociones en su interior, que consideraba dormidas, como angustia o culpa, las preguntas contienen un alto índice de emotividad.

Su participación en el estudio *no* presenta una obligación.

**Costos e incentivos:** Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

**Derechos del paciente:** La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

**Preguntas/Contacto:** Puede comunicarse con el Investigador (Miluska Grace Elvira Mejía Diez, teléfono 959116220 y correo electrónico miluskagrace1@gmail.com)

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.[etica@uwiener.edu.pe](mailto:etica@uwiener.edu.pe)

## II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

\_\_\_\_\_ (Firma)  
 Nombre **participante:**  
 DNI:  
 Fecha: (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_ (Firma)  
 Nombre **investigador:**  
 DNI:  
 Fecha: (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_ (Firma)  
 Nombre testigo o representante legal:  
 DNI:  
 Fecha: (dd/mm/aaaa)

**Nota:** La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

Anexo 7. Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MAYO**  
**DIRECCIÓN GENERAL**  
 "AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

TRAMITE N° 023-2025 *660368*

**20 FEB. 2025**  
 Tarapoto, \_\_\_\_\_

OFICIO N°. *580* -2025-DIRESA-OGESS-BM/DG.


Señor:  
 C.D. CARLOS ALBERTO GRADOS CABRERA,  
 JEFE DE LA M.R.S. MORALES.  
 Morales.-


ASUNTO : PRESENTA A EGRESADA EN PSICOLOGÍA A REALIZAR ESTUDIOS DE TESIS.  
 REFERENCIA : SOLICITUD. - TRAMITE N° 023-2025419782.


Es grato dirigirme a usted, saludándole cordialmente y al mismo tiempo presentarle a la srta. MILUSKA GRACE ELVIRA MEJÍA DIEZ, Egresada de la carrera de PSICOLOGÍA de la Universidad Privada "NORBERT WIENER" - Lima, quién está autorizada para realizar el estudio de Tesis pregrado de título "Duelo Perinatal y Estrés Post Traumático en mujeres de hospitales de Tarapoto - Peru 2024", para la obtención de su título, a realizarse en el Establecimiento de Salud de su jurisdicción de la MRS. MORALES; los días 24, 25 y 26 de Febrero del 2025; debiendo brindarle las facilidades del caso para su estudio de investigación respectiva.


Esperando contar con su apoyo, me despido de usted.

Atentamente,









CACT/LEGS/MADAL/Ma.Elena.  
 C.c.  
 A.Capac.  
 Int.  
 Archivo.  
 T:18.02.2025

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS  
 AREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS - CAPACITACIÓN  
 Jr. Cahulide N° 146 - TARAPOTO



PERU  
Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
Essalud



Firmado digitalmente por  
MONTOYA GONZALEZ Jaime Alberto  
PKI: 2011257750 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 04.04.2025 15:02:07 0200

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**CARTA N° 000137-DRATAR-ESSALUD-2025**

**Tarapoto, 04 de Abril del 2025**

**Srta.**

**Est. MILUSKA GRACE ELVIRA MEJÍA DIEZ**

**Investigadora**

**Presente.**

**Asunto : AUTORIZA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.**

**Referencia : ACTA DE REUNION DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL TARAPOTO.**

**Expediente: 0147520250000027.**

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y al mismo tiempo informarle que en merito al documento de la referencia, los miembros del Comité Institucional de Ética e Investigación, se reunieron para la revisión respectiva del Proyecto de Investigación Títulado "Duelo perinatal y estrés post traumático en mujeres de hospitales de Tarapoto – Perú 2024", concluyendo en opinión favorable al cual el director de la Red Asistencial ESSALUD Tarapoto, Autoriza la recolección de datos para el mencionado estudio.

Al término de la presente investigación deberá, presentar al área de capacitación los resultados del estudio, así mismo se le recuerda que para publicar cualquier resultado deberá solicitar el permiso respectivo a la Institución.

Se expide el presente documento a solicitud de los interesados, para los fines que estime pertinente.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

*Firmado digitalmente por*  
**JAIME ALBERTO MONTAÑA GONZALEZ**  
DIRECTOR DE RED ASISTENCIAL  
DIRECCION RED ASISTENCIAL TARAPOTO



JAMG/GVBP  
c.c. – OPYC/ARCHIVO

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando el número de documento y la siguiente clave: IUTQKIY.

[www.gob.pe/essalud](http://www.gob.pe/essalud)

Jr. Domingo Cueto N.° 120  
Jesús María  
Lima 11 – Perú  
Tel.: 265 – 6000 / 265 - 7000



## Anexo 8. Informe del asesor de Turnitin






### 18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

#### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

#### Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

#### Marcas de integridad

##### N.º de alertas de integridad para revisión




No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



## Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2023-02-21	<1%
4	Internet	www.repositorio.upla.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-12-10	<1%
7	Internet	repositorio.utelesup.edu.pe	<1%
8	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
9	Internet	hdl.handle.net	<1%
10	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
11	Internet	www.researchgate.net	<1%




# 18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 13% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2023-02-21	<1%
4	Internet	www.repositorio.upla.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-12-10	<1%
7	Internet	repositorio.utelesup.edu.pe	<1%
8	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
9	Internet	hdl.handle.net	<1%
10	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
11	Internet	www.researchgate.net	<1%