



UNIVERSIDAD
DE PIURA

FACULTAD DE HUMANIDADES

Relación entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19

Tesis para optar el Título de
Psicólogo

Maria Alejandra Reyes Chávez

Sofia Elena Navarro Martinez

Asesor(es):
Mgtr. Laura Vargas Villalobos

Lima, octubre de 2023

Declaración Jurada de Originalidad del Trabajo Final

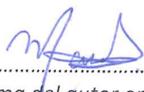
Yo, Maria Alejandra Reyes Chávez, egresado del Programa Académico de Psicología de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Piura, identificado(a) con DNI N° 74903009.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor del trabajo final titulado:
"Relación entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID - 19"
El mismo que presento bajo la modalidad de Tesis¹ para optar el Título profesional² de Psicóloga.
2. Que el trabajo se realizó en coautoría con los siguientes alumnos de la Universidad de Piura.
 - Sofia Elena Navarro Martinez, identificado con CE 000267441
3. La asesoría del trabajo estuvo a cargo de:
 - Laura Vargas Villalobos, identificado con DNI N° CE 001241698
4. El texto de mi trabajo final respeta y no vulnera los derechos de terceros o de ser el caso derechos de los coautores, incluidos los derechos de propiedad intelectual, datos personales, entre otros. En tal sentido, el texto de mi trabajo final no ha sido plagiado total ni parcialmente, para la cual he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.
5. El texto del trabajo final que presento no ha sido publicado ni presentado antes en cualquier medio electrónico o físico.
6. La investigación, los resultados, datos, conclusiones y demás información presentada que atribuyo a mi autoría son veraces.
7. Declaro que mi trabajo final cumple con todas las normas de la Universidad de Piura.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad de Piura y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Fecha: 26/10/2023.



.....
Firma del autor optante³

¹ Indicar si es tesis, trabajo de investigación, trabajo académico o trabajo de suficiencia profesional.

² Grado de Bachiller, Título profesional, Grado de Maestro o Grado de Doctor.

³ Idéntica al DNI; no se admite digital, salvo certificado.

Declaración Jurada de Originalidad del Trabajo Final

Yo, Sofia Elena Navarro Martinez, egresado del Programa Académico de Psicología de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Piura, identificado(a) con DNI N° CE 000267441.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor del trabajo final titulado:
"Relación entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19"
El mismo que presento bajo la modalidad de Tesis¹ para optar el Título profesional² de Psicóloga
2. Que el trabajo se realizó en coautoría con los siguientes alumnos de la Universidad de Piura.
 - María Alejandra Reyes Chávez, identificado con DNI N° 74903009
3. La asesoría del trabajo estuvo a cargo de:
 - Laura Vargas Villalobos, identificado con DNI N° CE 001241698
4. El texto de mi trabajo final respeta y no vulnera los derechos de terceros o de ser el caso derechos de los coautores, incluidos los derechos de propiedad intelectual, datos personales, entre otros. En tal sentido, el texto de mi trabajo final no ha sido plagiado total ni parcialmente, para la cual he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.
5. El texto del trabajo final que presento no ha sido publicado ni presentado antes en cualquier medio electrónico o físico.
6. La investigación, los resultados, datos, conclusiones y demás información presentada que atribuyo a mi autoría son veraces.
7. Declaro que mi trabajo final cumple con todas las normas de la Universidad de Piura.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad de Piura y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Fecha: 26/10/2023.



Firma del autor optante³

¹ Indicar si es tesis, trabajo de investigación, trabajo académico o trabajo de suficiencia profesional.

² Grado de Bachiller, Título profesional, Grado de Maestro o Grado de Doctor.

³ Idéntica al DNI; no se admite digital, salvo certificado.

Gracias a mis abuelos: Pedro y Mochita, Juanita y Manuel. Son la principal motivación e inspiración para este proyecto de investigación. Gracias a mis padres; por todo.

María Alejandra



Gracias a mi mamá, papá y ñaña. Gracias a la tía Yoli, y a todas las enseñanzas que me dio con su ejemplo de vida en cada una de nuestras conversaciones; y gracias a mi abuelita, por ser la persona que más admiro en este mundo. Tus palabras de aliento son las que me motivan a seguir dando más. Te quiero, Sofía.

Resumen

La pandemia Covid-19 ha desencadenado el desarrollo y prevalencia de diversos trastornos del estado anímico, afectando especialmente a población vulnerable como las personas adultas mayores. En la presente investigación, de carácter cuantitativo y correlacional, se explora la relación entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana en el contexto de Covid-19. Un total de 55 personas adultas mayores de 65 años de edad residentes de la casa de reposo completaron los siguientes cuestionarios: La escala de Depresión Geriátrica (GDS) que mide los niveles de presencia de depresión en personas adultas mayores, el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) que mide el impacto de la pérdida de un ser querido en el momento de la pérdida y en la actualidad, y una ficha de datos sociodemográficos, que incluyó el sexo de los participantes y los rituales de despedida (costumbre o rito funerario cultural). Entre los resultados más resaltantes, se evidencia que sí existe una correlación directa media entre el duelo y la depresión ($r_s=0.568$; $p<0.05$). Hay una predominancia en la muestra a tener una intensidad de duelo alto (MO= 105) y un nivel de depresión severo (MO= 22). Por último, los hombres tienen una correlación directa moderada a presentar duelo y depresión ($r_s=.768$, $p<.05$), mientras que en las mujeres la correlación es directa pero débil ($r_s=.324$, $p<.05$).

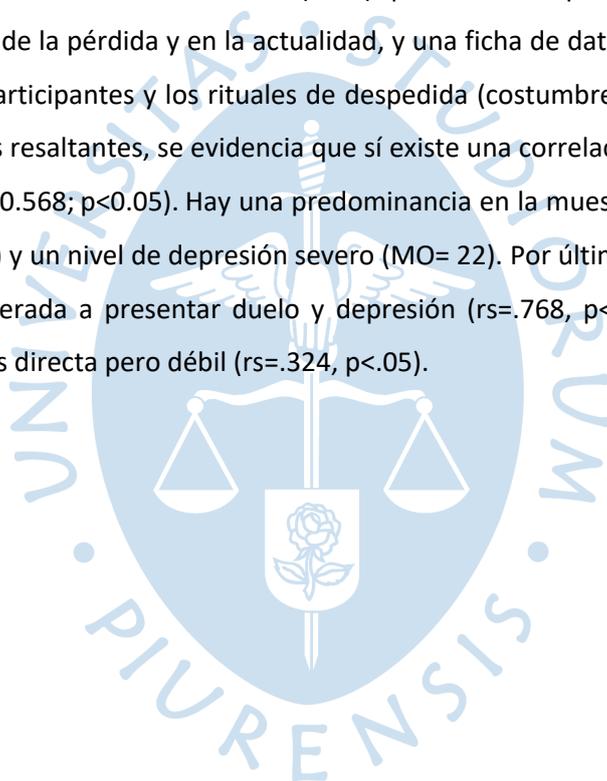


Tabla de contenido

Introducción	8
Capítulo I: Problema	10
Formulación del problema	10
Pregunta de investigación	12
Objetivos	13
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos	13
Justificación	13
Aporte teórico	13
Aporte social.....	14
Aporte metodológico.....	14
Limitaciones	14
Capítulo II: Marco teórico	16
Revisión de literatura	16
Antecedentes Internacionales.....	16
Antecedentes Nacionales	21
Definición De Variables	25
Depresión	25
Duelo	26
Bases teóricas	27
Depresión	27
Duelo	37
Formulación de hipótesis	49
General	49
Específicas.....	49
Capítulo III: Método	51
Tipo de investigación	51
Diseño de la investigación	51
Población	51
Muestra	52
Unidad de análisis	53
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
Instrumentos De Recolección De Datos	53
Recolección de datos	61

Análisis de datos	63
Capítulo IV: Resultados	64
Descripción de la muestra	64
Propiedades psicométricas de los cuestionarios	67
Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)	67
Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	68
Análisis de las variables de estudio	70
Capítulo V: Discusión	75
Conclusiones	78
Recomendaciones	80
Referencias	81
Anexos	93
Batería De Instrumentos Para La Recolección de Datos	93
Matriz De Consistencia	99



Introducción

La tercera edad no es sinónimo de depresión. Sin embargo, las cifras de salud mental geriátrica a nivel nacional parecen sugerir lo contrario. Según el Instituto Nacional de Salud (INS) en el año 2016, más del 20% de personas adultas mayores estaban padeciendo de algún trastorno mental, siendo el más recurrente, la depresión.

Reconociendo que la depresión es una problemática y no una característica normal de la tercera edad ni del ciclo vital del envejecimiento (Licas, 2015), solo queda inferir que el causal de dicha alarmante cifra es la precaria atención y gestión de la salud mental geriátrica. Por ejemplo, se ha identificado que un 74% de personas dolientes durante el contexto de la Pandemia COVID -19 no han accedido a un servicio de salud mental por duelo (Harrop, Goss, Farnell, Longo, Byrne, Barawi, et Al., 2021).

Por ello, para la presente investigación es relevante contextualizar y reconocer el papel protagonista que tiene la Pandemia COVID-19 en el estado emocional de la población adulta mayor hasta la actualidad. Por un lado, los sentimientos de soledad, miedo y abandono aumentaron a causa del grado extremo de aislamiento en el que muchos de ellos se encontraron; especialmente para los que estaban institucionalizados. Y a su vez, la muerte tuvo un papel protagónico a nivel mundial durante dicha época, siendo las personas adultas mayores las más afectadas y vulnerables, por ser la población de mayor riesgo para el virus y por el aumento de pérdidas que presenciaron durante esa coyuntura.

Diversos estudios internacionales reconocen que existe una relación entre la experiencia de duelo en personas adultas mayores y el desencadenamiento de la depresión (Hung, Chen, Lee y Yeh, 2021) (Szabó, Kok, Beekman y Huisman, 2020) (Trembl, Linde, Engel, Glaesmer, Hinz, Luck et. Al, 2022), específicamente en el contexto pandémico por COVID - 19; tomando en cuenta que es un hecho que afectó significativamente la vida de ellos y que genera consecuencias a gran escala en el nivel somático, emocional y relacional.

Ambas variables y la relación que existe entre ellas generan una preocupación significativa y por ende es también responsabilidad de la sociedad peruana entender mejor la correlación para poder acompañar con mayor rigurosidad a la población desde la prevención, psicoeducación y especialmente en el desarrollo de dichas condiciones psicoemocionales.

Por todos estos motivos, la presente investigación tuvo el propósito de determinar la relación entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en la residencia geriátrica Hogar de Dios; a través de una metodología cuantitativa, no experimental y transversal (Hernández

Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010) y mediante dos instrumentos psicométricos con rigor en validez y confiabilidad: La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).

En el primer capítulo, se desarrolla la problemática de estudio acompañada de los objetivos, justificaciones, limitaciones y viabilidad de la investigación. En el segundo capítulo, se amplía el marco teórico del estudio, realizando una revisión literaria de antecedentes relevantes internacionales y nacionales; y se definen las variables de duelo y depresión contextualizando en algunos apartados el impacto de la Pandemia Covid-19. Asimismo, se establecen las hipótesis de la investigación. En el tercer capítulo se describe la metodología que se utilizó para recolectar y analizar los datos y se especifica las fichas técnicas de todos los instrumentos de investigación. Por último, se realiza el análisis y discusión de resultados con las respectivas conclusiones del estudio y las recomendaciones para futuros investigadores.



Capítulo I: Problema

Formulación del problema

Durante el desarrollo de la presente investigación, se identificó que existe amplia información a nivel mundial sobre enfermedades médicas en personas adultas mayores, especialmente sobre temáticas que involucran la demencia y enfermedades físicas cardiovasculares. Sin embargo, hay un gran vacío en la investigación de enfermedades psicoemocionales, sobre todo a nivel nacional. No solo se carece de estudios y datos oficiales actualizados por el MINSA sobre la prevalencia de enfermedades de salud mental en personas adultas mayores, sino que también el Perú se enfrenta a la pobre atención y mínima gestión pública en la psicogerontología.

Dicho punto fue identificado en el levantamiento de información sobre la situación de personas adultas mayores durante la enfermedad del COVID-19. Países orientales y occidentales como China, Países Bajos y Estados Unidos ya publicaban estudios correlacionales sobre duelo, depresión y ansiedad en personas adultas mayores durante la coyuntura; y aquí en Perú hasta la actualidad existe un gran vacío en esos rubros.

Los adultos mayores son protagonistas de un grupo vulnerable y no han sido tomados en cuenta debidamente como prioridad para el sistema de atención pública. Es evidente que las mayores posibilidades de calidad de vida e incluso de la supervivencia de este grupo poblacional está concentrada en el estrato social más alto. Se reconoce que solo cerca del 25% del total de personas adultas mayores a nivel nacional están amparados por la Seguridad Social y este porcentaje constituye solo a las personas jubiladas de empresas privadas que aportaron durante su fase vital de producción laboral (De Lara, 1992).

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta en el 2022 que el porcentaje de personas adultas mayores está creciendo y que hasta el 2050 se calcula que pasará de 11% a 22%. Actualmente, en el Perú, hay más de 4 millones de adultos mayores de 60 años y para el 2050 se calcula que haya más de 6.5 millones de personas adultas mayores; lo cual indica la existencia de una mayor dependencia económica y mayor necesidad de la población en el sistema de salud. La figura 1 refleja en porcentajes y edades lo explicado anteriormente (INEI, 2022).

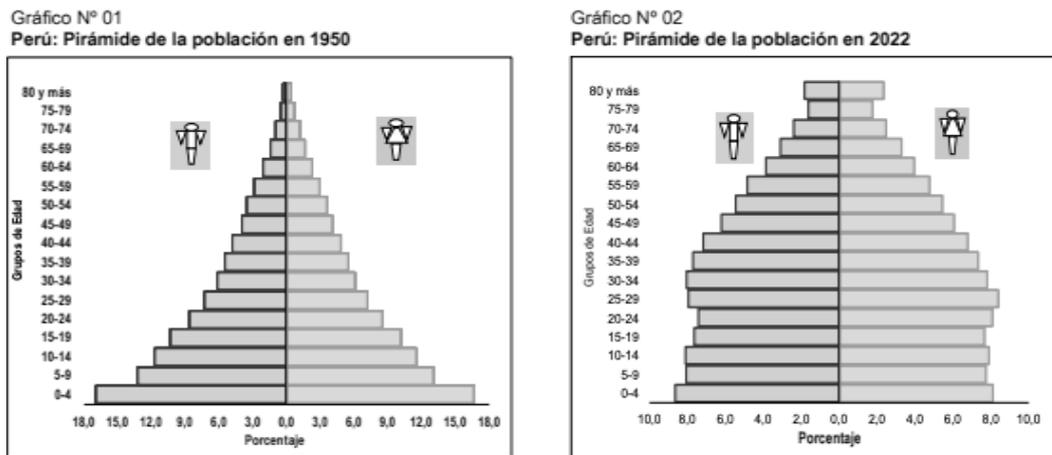


Figura 1 Comparación de la Pirámide de la población entre el año 1950 y el año 2022

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

Dicho envejecimiento poblacional plantea desafíos y exigencias en todo el país en términos de políticas a nivel académico, nivel social y nivel emocional. Es importante resaltar que, en la actualidad nacional, la seguridad social se limita solo a un programa de desarrollo cultural, principalmente en sector urbano. El gobierno peruano cuenta con escasos consultorios en centros de salud rurales a cargo de médicos sin formación en geriatría y mucho menos psicólogos especializados en psicogerontología (De Lara, 1992).

La realidad es que, aunque principalmente Lima cuenta con asilos, centros de asistencia especializada y albergues periféricos no existe una regularización en los pacientes y se reciben adultos mayores enfermos y sanos, convirtiéndose en un segundo hospital. Aunado a eso, el personal técnico que acompaña en los asilos y casas de reposo no cuenta con entrenamiento en primeros auxilios psicológicos o alguna herramienta de contención; generando una prevalencia de síntomas depresivos entre el 30 y 40% en personas adultas mayores institucionalizadas en las casas de reposo (López, 2013).

Si además incluimos en este análisis el contexto de pandemia por COVID-19, entendemos cómo este evento histórico afecta principalmente a la población protagonista de esta investigación. Son 6, 3 millones de personas fallecidas por COVID-19 a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2023) y 220 057 personas fallecidas en Perú, siendo el 70% personas adultas mayores a los 65 años (Alayo Orbegozo, 2021). Si bien a nivel colectivo el dolor y duelo fue sustancial, las personas adultas mayores conforman el grupo más vulnerable durante la pandemia y a la vez de los más segregados (Keeley, 2020).

La muerte por COVID – 19 suele ser repentina y las restricciones por la pandemia cambiaron la experiencia de sobrellevarla, particularmente en personas adultas mayores institucionalizadas puesto que tenían oportunidades nulas de socialización y con el difícil acceso a medios de comunicación digitales; el duelo y los rituales de despedida quedaban trancos (Wang, Verdery, Margolis y Smith – Greenaway, 2022). El efecto del confinamiento conllevó a un profundo deterioro de la salud mental ya que se reportó la existencia de insomnio, miedo a la muerte, síntomas ansiosos, depresión, duelos patológicos y agravamiento de condiciones preexistentes como diabetes, angina y eventos cardiacos (Girdhar, Srivastava y Sethi, 2020).

Y es que, se ha normalizado luego de la pandemia que la pasividad, melancolía, tristeza y añoranza son características usuales y naturales en personas adultas mayores. Es “lo esperable” por ser la población más vulnerable, y la que se enfrenta frecuentemente a situaciones de duelo por el ciclo vital en el que se encuentran. Lamentablemente, mientras esta creencia persista, la negligencia y vacíos académicos para abordar a las personas adultas mayores que día a día padecen de sintomatología depresiva también incrementará.

La idea que la presente investigación quiere traer consigo es que la muerte en sí misma no es el problema puesto que es una realidad inminente e innegable. Sin embargo, las personas adultas mayores no merecen vivir los desencadenantes de ella sin ser atendidos, contenidos y escuchados, puesto que el sufrimiento y el dolor se puede prever cuando se conoce su impacto y se actúa frente a ello. Se quiere demostrar que lejos de normalizar, lo que corresponde es tomar conciencia de la salud mental de las personas adultas mayores y el impacto de vivencias naturales como la pérdida y duelo en el estado psicoemocional de dicha población. Solo de esa manera se podrá ofrecer el apoyo y contención profesional necesario para prevenir e intervenir en esta realidad.

Es por ello, que por medio de esta investigación se busca sentar las bases de la relación directa entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana en el contexto de Pandemia por COVID -19 y así, poder contribuir con el bienestar, calidad de vida y cuidado de su salud emocional.

Pregunta de investigación

¿Existe relación entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID- 19?

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID- 19.

Objetivos Específicos

1. Describir las características de depresión, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19.
2. Describir las características del duelo y de los rituales de despedida propios del duelo, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19.
3. Determinar el grado de duelo (ausente, retrasado, prolongado y resuelto) según niveles de depresión (normal, leve, moderado y severo) en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19.
4. Analizar la relación entre las dimensiones de duelo (comportamiento en el pasado y sentimientos actuales) y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19.
5. Determinar la relación entre el duelo y la depresión según sexo en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19.

Justificación

Aporte teórico

La temática de la presente investigación es importante y vigente tomando en consideración los recientes estudios a nivel internacional durante el contexto de la pandemia COVID – 19. Países nórdicos, asiáticos y norteamericanos han desarrollado artículos de investigación sobre las presentes variables con el fin de conocer e identificar los desencadenantes emocionales en personas adultas mayores después de la pandemia.

A nivel nacional, no se comparte esta realidad, puesto que los estudios sobre duelo y depresión en personas adultas mayores peruanas son escasos. Motivo por el cual, la presente investigación brinda la oportunidad de comparar resultados internacionales con la situación actual del Perú.

Tiene relevancia teórica puesto que, conociendo su actual impacto en la población por medio de investigaciones, se puede actuar a posteriori de forma preventiva.

Aporte social

Los resultados del presente estudio brindan visibilización a la población adulta mayor peruana en sí misma y, en consecuencia, a normalizar que lo que viven actualmente es una problemática que necesita ser vista y estudiada de manera constante.

Asimismo, se puede prever y promover aún más la investigación científica peruana en todos los centros e instituciones donde se trabaja con personas adultas mayores como casas geriátricas y hospitales. De esta manera, se inicia también un precedente sobre la importancia de la psicogerontología y su estudio a nivel nacional.

La presente investigación apunta a generar conciencia en la población sobre la responsabilidad que cada uno tiene con este grupo humano y cuestionarse sobre las acciones que se toman para poder brindarles una mejor calidad de vida en el día a día.

Aporte metodológico

Se considera que el trabajo con población adulta mayor desarrollado en la presente investigación es un aporte en sí mismo puesto que se desarrolló en una época de poco acceso a los mismos por el natural aislamiento que las personas adultas mayores tenían y se tomó en cuenta el respeto de protocolos vividos en la pandemia por COVID 19 para trabajar con ellos.

Asimismo, se aplicaron ciertas modificaciones en comparación a un proceso usual de investigación para que la experiencia sea provechosa y por ello; pueden ser tomadas en cuenta para futuras investigaciones con personas adultas mayores.

Como, por ejemplo, realizar la aplicación de pruebas uno con uno (investigador con participante) para dar un espacio de privacidad y validación a la experiencia de cada persona adulta mayor o brindar soporte en la lectura y escritura si el participante tiene dificultades y se sugiere o lo solicita.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones para la presente investigación fue el número de la población y muestra reducido puesto que se notificaron treinta personas adultas mayores con dificultades cognitivas severas en la residencia geriátrica lo cual hizo que la idea original de muestra disminuyera considerablemente.

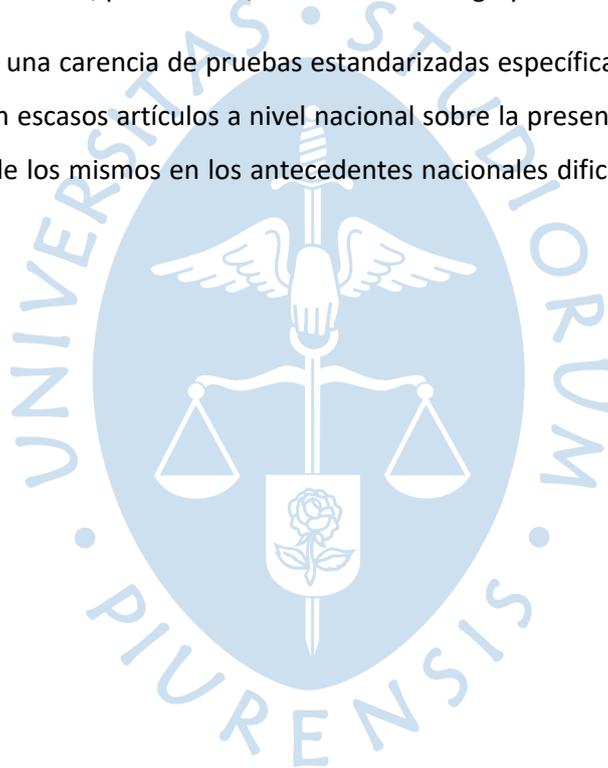
El estudio se desarrolló bajo un método no probabilístico por conveniencia (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010); motivo por el cual se trabajó solo en una residencia geriátrica en único distrito a nivel Lima y ello dificulta la estandarización de resultados y generalización de estos a la población peruana total ya que es sectorizado.

Se inició con la idea de investigación antes de la pandemia y por ello, permaneció en pausa durante muchos meses. La reactivación de la misma fue compleja en medio de las restricciones sanitarias ya que no existían centros que permitieran el trabajo con personas adultas mayores por el alto contagio que existía en esa época.

Por otro lado, pueden existir otro tipo de comorbilidades a nivel físico, emocional y social no evaluadas en este estudio y presentes en las personas adultas mayores al momento de realizar el trabajo de aplicación para la presente investigación; lo cual también podría influir con la estandarización y generalización de resultados mencionada anteriormente.

La materialización de la tesis se realizó en los primeros meses post pandemia y bajo muchos cuidados y medidas preventivas; por lo tanto, fue un estudio largo y de compleja aplicación.

Finalmente, hay una carencia de pruebas estandarizadas específicas para la población adulta mayor peruana y existen escasos artículos a nivel nacional sobre la presente temática. Motivo por el cual, hay una carencia de los mismos en los antecedentes nacionales dificultando el desarrollo de la discusión en sí misma.



Capítulo II: Marco teórico

Revisión de literatura

En este apartado se presentarán antecedentes relevantes, tanto internacionales como nacionales, que reflejan la correlación de las variables de la investigación, y en algunos casos se contextualizan dichas variables en el contexto de Pandemia Covid-19. Se decidió incluir este componente ya que la vivencia de duelo de los participantes de la investigación se vio afectada por los protocolos Covid-19 que se desarrollaron durante los años 2020 y 2021.

Antecedentes Internacionales

Se detallarán a continuación, algunos de los antecedentes internacionales más recientes que explican la correlación entre las dos variables del presente estudio: duelo y depresión en personas adultas mayores.

Una de las investigaciones más recientes publicada por Hung, Chen, Lee y Yeh (2021) titulada “Efecto de la pérdida conyugal sobre la depresión en adultos mayores: impactos del paso del tiempo, el cambios en la convivencia y el estado de salud del cónyuge antes de la muerte” tuvo el propósito de explorar los factores de riesgo vinculados con la depresión en personas adultas mayores viudas de Taiwán, con la intención de sugerir estrategias y métodos de intervención específicos a la problemática. Un total de 710 personas mayores de 60 años completaron un cuestionario antes y después de la muerte de sus esposos o esposas. La base de datos incluía datos básicos de la población; entre ellos la fecha de fallecimiento de la pareja del participante, además del resultado de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D), y el nivel de apoyo percibido por familiares y amigos. El presente estudio es relevante por su componente longitudinal, ya que la información se recolectó un total de 6 veces, en los años 1989, 1993, 1996, 1999, 2003 y en el 2007, permitiendo entender con mayor claridad la relación entre las variables de duelo por pérdida de esposo o esposa y la depresión.

Los resultados de la investigación indican que la proporción de participantes con depresión después del fallecimiento del esposo o esposa era 1.7 más que antes ($p < 0.0001$); y más significativo aún, 6 meses después del fallecimiento, la proporción de participantes con depresión era 6 veces más que antes del fallecimiento de sus esposos. También se encontró que la presencia de depresión en hombres era 2.3 veces más alta después del fallecimiento de sus esposas, ya que, a diferencia de las mujeres, les cuesta encontrar herramientas adaptativas para vivir el duelo. Las mujeres muestran una mayor respuesta adaptativa frente a la pérdida, y de acuerdo con el estudio, responden positivamente a las actividades recreativas físicas y a cambios en las actividades de ocio.

En conclusión, la investigación refiere que el sexo masculino, la muerte del esposo o esposa y el periodo de 6 meses después del fallecimiento son factores de riesgo vinculados con la depresión en personas adultas mayores. Por ende, la investigación recomienda al personal de centros médicos y asilos monitorear a las personas adultas mayores y realizar un chequeo 6 meses después de la pérdida para prevenir el incremento de la sintomatología depresiva. El estudio también refiere que después del fallecimiento de la pareja, vivir con familiares puede aliviar los síntomas de depresión en las personas adultas mayores.

Otra investigación relevante como antecedente para el presente estudio titulada “Pérdida y duelo en personas mayores: Resultados de un estudio longitudinal” publicada por Trembl, Linde, Engel, Glaesmer, Hinz, Luck et. Al (2022), evaluaron en su estudio a 2,865 adultos mayores entre los 60 y 80 años provenientes de una muestra de un estudio longitudinal con 10,000 adultos alemanes. Su objetivo fue investigar la prevalencia del Trastorno de Duelo Prolongado (TDP) después de la pérdida, y examinar los predictores y posibles correlaciones de salud mental. Se utilizó la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) adaptada al alemán, la Escala de Satisfacción con la Vida adaptada al alemán (SWLS) y la Escala de Calidad de Sueño según Pittsburg adaptada al alemán (PSQI). Los resultados de las pruebas indican que el TDP se relaciona con síntomas depresivos, dificultades en el sueño, reducción de los sentimientos de satisfacción y calidad de vida. Los predictores del TDP estuvieron asociados al sexo femenino, menor tiempo desde la pérdida, mayor cantidad de pérdidas, la pérdida de un hijo, pareja o hermano, y apoyo social reducido.

Szabó, Kok, Beekman y Huisman (2020) también desarrollaron una investigación longitudinal titulada “Examen longitudinal del funcionamiento emocional en adultos mayores después del duelo conyugal” con el propósito de entender el funcionamiento emocional de personas adultas mayores después del fallecimiento de sus esposos o esposas. El estudio se enfocó en estudiar la trayectoria de 3 variables distintas: síntomas depresivos, soledad emocional y soledad social. Utilizando el análisis de clases latentes, los autores modelaron los cambios en los síntomas depresivos, la soledad emocional y la soledad social 12 años antes y hasta 12 años después del duelo con una muestra de 686 adultos mayores, para identificar trayectorias que indiquen un funcionamiento adaptativo y desadaptativo en cada variable. Entre los resultados se encontró que el 31% de los participantes reportó sintomatología depresiva clínicamente significativa, más de la mitad de la muestra reportó soledad emocional variando entre una soledad prolongada (17%), incrementada y prolongada (28,3%) y crónicamente alta (8,9%), 43% de los participantes mostraron soledad social baja y 9% de ellos mostraron una soledad social crónicamente alta; y por último, 12% de la muestra indicó síntomas mal adaptativos y disfuncionales a lo largo de los 3 constructos analizados. La investigación concluye que la presencia de soledad emocional fue la variable que más cambio después de la pérdida del esposo o esposa; esto

indica que la soledad emocional cumple un rol importante en el desarrollo de depresión posterior al duelo.

Schladitz, Löbner, Stein, Weyerer, Werle, Wagner et. Al. (2021) en su investigación "Duelo y pérdida en la vejez: Exploración de la asociación entre duelo y depresión" realizaron un análisis transversal para explorar la relación entre el duelo y la depresión en adultos mayores que han sufrido alguna pérdida reciente. La muestra consistió en 863 personas adultas mayores de 75 años de Alemania. La edad promedio de los participantes fue 81.4 años y el 62,2% de estos fueron mujeres. Además de la entrevista que se aplicó para la recolección de datos sociodemográficos, se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) para determinar el nivel de presencia de depresión, el Inventario de Duelo Complicado Revisado para la población alemana (ICG-R) y la Escala Abreviada de soledad emocional y social. Los resultados del estudio muestran que mientras más edad tenga el adulto mayor ($\beta = 0.10$, $p = .005$) y más severo sea la sintomatología del duelo ($\beta = 0.33$, $p < .001$), la presencia de depresión severa se incrementa. Asimismo, los resultados indican que los sentimientos de soledad en las personas adultas mayores intensifican los síntomas de depresión y duelo. Por último, se concluye que las personas adultas mayores que viven solas presentan mayor riesgo de depresión, sentimientos de soledad y una red de apoyo social escasa.

Eckholdt, Watson y O'Connor (2018) determinan en su investigación "Reacciones de duelo prolongado después de la pérdida del cónyuge en la vejez y centralidad de la pérdida en la identidad posterior a la pérdida" que el duelo por pérdida de esposo o esposa es un evento significativo en la vida del individuo. En este estudio cuantitativo se realiza una correlación entre la variable "*loss centrality*" o centralidad de la pérdida que se define como la adjudicación de un evento traumático a la propia identidad de la persona, y el desarrollo de un duelo complicado acompañado por depresión, síntomas de Estrés Post Traumático (TEPT) y síntomas de duelo prolongado (PGS). El estudio se realizó con 208 personas adultas mayores de Dinamarca, que han sufrido de una pérdida con 4 años de anterioridad y se utilizó el instrumento "*Centrality of Event Scale*" (CES) y una encuesta para medir el grado de dificultades psicológicas (depresión, TEPT y PGS). Los resultados del estudio indican una correlación significativa entre *loss-centrality* y el desarrollo de un duelo complicado, incluso 4 años posterior a la pérdida. El estudio concluye que a diferencia de la revisión literaria que hicieron, el sexo no es un factor importante para predecir el desarrollo de un duelo complicado posterior a la pérdida.

Martínez Sola, Siles González y Torres Simón (2018) en su estudio "¿Cómo se vive el duelo en el ámbito rural? Una mirada desde la ancianidad" tuvieron el propósito de entender la perspectiva de 300 adultos mayores tienen acerca del duelo en el pueblo rural Velefique, en España. La investigación fue de tipo cualitativa y se utilizó la etnografía para identificar como los adultos mayores manifiestan

el significado del duelo en sus vidas. La recolección de datos fue mediante entrevistas abiertas y observación participante con conversaciones informales. Los resultados de la investigación indican que las actitudes experimentadas por los participantes se determinan por manifestaciones de duelo y la contención percibida por parte de vecinos. También se concluye tras la observación que el funeral y el duelo se convierten en actos sociales esenciales para los dolientes, impregnado de tradición e historia. Por último, se analiza que con el transcurso de los años la medicalización de los dolientes ha aumentado durante el periodo del duelo.

Kralj-Vasilj, Degmečić, Včev, y Mikšić (2013) realizaron una investigación titulada “Soledad, proceso de duelo y depresión, y como afecta a las personas de la tercera edad” con 1,163 personas adultas mayores de 65 años en Croacia, para determinar la correlación entre el duelo y sentimientos de soledad, y la manifestación de síntomas depresivos. Se dividió a los participantes en dos grupos: el primero eran personas que vivían en asilos y el segundo se trataba de personas adultas mayores viviendo por su propia cuenta. Después de aplicar cuestionarios respecto a sus creencias religiosas, datos demográficos, el Cuestionario de Duelo Crónico de Kendall y el Inventario de Depresión de Beck; los resultados indican que ser persona adulta mayor es un factor de riesgo para el desarrollo de sentimientos de soledad, percepción de poca satisfacción en la vida, e insuficiente red de apoyo. También se encontró que la religión cumple un papel importante en el 79,8% de los participantes para apaciguar los diferentes eventos traumáticos. Por último, se encontró que aquellos participantes que viven por su propia cuenta muestran más síntomas de melancolía crónica (“*chronic sorrow*”) que aquellos que viven en asilos, y que aquellos que viven en asilos presentan mayores síntomas depresivos y muestran un mayor grado de agresividad verbal.

Entre los antecedentes internacionales también es importante resaltar el papel protagonista que ha tenido la pandemia Covid-19 en el proceso de duelo y el desarrollo de diversos trastornos del estado de ánimo, entre ellos la depresión.

Djelantik, Bui, O’Connor, Rosner, Robinaugh, Simon et. Al (2021) realizan una revisión literaria llamada “Investigación y atención del duelo traumático después de la pandemia de COVID-19” para entender las consecuencias de la pandemia en el desarrollo y prevalencia del Trastorno del Duelo Prolongado (TDP). El estudio explica que se espera un incremento de individuos con ese diagnóstico, primero por el excesivo número de muertes y, por lo tanto, un mayor número de personas atravesando procesos de duelo; y, en segundo lugar, la literatura reciente indica que las muertes relacionadas directamente al Covid-19 son un factor de riesgo para el desarrollo del TDP. El estudio encuentra literatura relacionada específicamente a las personas adultas mayores, y explica que estos presentan miedo a la muerte, a perder a seres queridos, y a quedarse solos o aislados por la misma pandemia.

Además, encuentran que aquellos adultos mayores, especialmente mujeres, que viven solos tienen un mayor riesgo de vivir un duelo que se complique con un TDP. No obstante, la investigación también explica que los adultos mayores tienen una ventaja singular, ya que presentan mayor resiliencia y capacidad de adaptación en comparación de personas en otras etapas vitales. Se concluye que la pérdida de un ser querido, especialmente en contexto Covid-19 representa un riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos como la depresión, los ataques de pánico, fobias, episodios de manía, abuso de alcohol, trastorno de ansiedad generalizada, entre otros.

De igual manera, Wang, Verdery, Margolis y Smith-Greenaway (2022) en su investigación “Duelo por COVID-19, género e informes de depresión entre adultos mayores en Europa” tienen el propósito de entender la relación en el duelo contextualizado a la pandemia Covid-19 y la depresión en personas adultas mayores en Europa. Se analizaron los datos de la Encuesta sobre salud, envejecimiento y jubilación en Europa sobre la Covid-19 recopilados entre junio y agosto de 2020, respecto a 51,383 adultos mayores (de 50 a 104 años), de los cuales 1,363 informaron el fallecimiento de un familiar o amigo a causa de la Covid-19. Los resultados indicaron que el duelo por Covid-19 se asocia con probabilidades significativamente más altas tanto de manifestar depresión como de recaída de depresión preexistente entre las personas adultas mayores, en mujeres especialmente. El estudio concluye que la pandemia COVID-19 ha tenido un impacto en la salud mental de las personas adultas mayores, y en particular, aquellos que están atravesando una experiencia de duelo presentar mayor vulnerabilidad y se ve la necesidad de un apoyo psicológico.

Por último, Eisma y Tamminga (2020) en su estudio “Duelo antes y durante la pandemia de COVID-19: comparaciones de múltiples grupos” realizaron un análisis comparativo entre las vivencias de duelo previo a pandemia y durante la pandemia Covid-19. El objetivo del estudio fue evaluar si la gravedad del duelo era mayor durante la pandemia, a comparación de un proceso de duelo no contextualizado en la pandemia. La muestra consistió en 1,600 adultos (78% mujeres), que participaron antes ($n=731$) y durante la pandemia ($n=869$); y que habían experimentado duelo antes ($n=456$) y durante la pandemia ($n=200$). Los resultados indicaron los adultos que experimentaron una pérdida reciente y durante la pandemia vivían un proceso de duelo acompañado de una sintomatología más aguda y severa, que aquellos que habían experimentado un duelo previo a Covid-19 ($d=0.17$; $d=0.18$). Se concluye que la vivencia de duelo se complica cuando hay de por medio una crisis sanitaria a nivel mundial.

Antecedentes Nacionales

Se presentarán a continuación, algunos de los antecedentes nacionales más recientes que explican la presencia de una o las dos variables correlacionadas en el presente estudio: duelo y depresión en personas adultas mayores.

Entre las pocas publicaciones en el Perú encontradas, Gómez Gonzales, Barrera Espinoza, Arana Escobar, Chihuantito Abal y Zavaleta (2022) realizaron un artículo denominado “Condiciones socio familiares y depresión en adultos mayores durante el aislamiento social por COVID – 19 en una población de la sierra peruana”. El estudio tuvo como objetivo identificar la correlación entre las circunstancias sociofamiliares y la depresión en adultos mayores en cuarentena por la pandemia. Fue de tipo correlacional y estuvo conformada por 116 personas residentes en Pilcomayo, Huancayo – Junín. Todos los participantes realizaron la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y la Escala Socio Familiar para el adulto mayor. El análisis estadístico indicó que el 53,5% de la muestra tiene depresión leve, 40,5% no presentan depresión, 11,9% tienen una situación social adecuada y 42,4% presentan problema social. Asimismo, se identificó que la concurrencia de los estados depresivos en personas adultas mayores predispone el desarrollo de enfermedades infecciosas y crónicas.

Prieto-Molinaria, Bravo, Gianella, de Pierola, Luna Victoria-de Bona, et. Al. (2020) realizaron una publicación denominada: “Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID – 19 en Lima Metropolitana. El estudio describió la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en personas adultas mayores durante el periodo de cuarentena. Se trabajó con una muestra de 565 personas adultas mayores residentes en Lima durante el estado de aislamiento por COVID -19. Se emplearon ítems de la Escala de Ansiedad de Lima y de la Escala de Psicopatología Depresiva. Se identificó la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión con un porcentaje mayor en mujeres a hombres y diferencias respecto a la modalidad de trabajo durante la cuarentena y al nivel educativo

Martina, Ara, Gutiérrez, Nolberto y Piscoya (2017) realizaron un artículo antes de la pandemia denominado: “Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la Escuela Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014 –2015”. El estudio determinó los factores vinculados a la depresión en personas adultas mayores peruanas y estimó la prevalencia de ésta en 11,411 participantes que respondieron la Encuesta Demográfica y de Salud Nacional (EDSN). Uno de los principales descubrimientos es que un 14,3% de las personas adultas mayores peruanas aparentemente presentan depresión. y de las ocho variables estudiadas en la encuesta demográfica, siete estuvieron significativamente asociadas con la depresión en personas adultas mayores: condición de ser mujer, tener de 76 años a más, el no tener instrucción alguna, vivir sin pareja, vivir en área rural, ser pobre y tener por lo menos una discapacidad.

Matutti y Tipismana (2016) publicaron un estudio denominado: “Prevalencia de Depresión Mayor en Adultos Mayores Atendidos Ambulatoriamente en un Hospital de Lima Metropolitana”. La investigación tuvo como objetivo examinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión en personas adultas mayores evaluadas en un hospital peruano. La investigación posee un carácter descriptivo, comparativo y analítico, pues se contrastó los datos obtenidos de dos muestras: por un lado, a 79 adultos mayores no asegurados del Callao y por otro lado a 221 pacientes asegurados en EsSalud diagnosticados con depresión y depresión comórbida. Se identificó que hay un predominio de participantes que son pacientes pericuentes de depresión y comorbilidades.

Los pacientes que oscilan los 60 a 75 años muestran superior riesgo de comorbilidad que los pacientes con 76 en adelante. Por otro lado, en relación con el diagnóstico de depresión, las personas adultas mayores desde 60 a 70 años presentan más comorbilidad que los pacientes mayores a 75 años. Asimismo, los participantes que oscilan los 60 a 75 años tienen más prevalencia de padecer depresión frente a los pacientes de 76 años a más. Además, se conoció que las mujeres tienen más comorbilidad que los hombres y tasas de depresión más altas.

A falta de investigaciones peruanas en las cuales se estudie la correlación entre las variables con los instrumentos escogidos, se encontraron diversas tesis de psicología y enfermería en temas a fines, las cuales se desarrollarán a continuación.

Una de la tesis más importante para nuestra investigación fue desarrollada por Ortega Elizondo (2022) con el título de “Efectos del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022”. Si bien esta investigación se realizó en un hospital público de Ecuador, consideramos que es un antecedente relevante a nivel nacional para nuestra investigación, puesto que tanto el proceso de validación del instrumento como la aplicación a un grupo piloto y adaptación de las preguntas del “Inventario Texas Revisado de Duelo” fue realizada en el Perú; siendo esta la primera validación nacional del instrumento que se utilizó para la presente investigación.

La tesis buscaba determinar el resultado del programa por medio de un estudio cuantitativo con diseño experimental. Ortega Elizondo trabajó con 264 participantes a quienes les aplicó el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) e hizo 15 sesiones de terapia grupal identificando que 76,1% fueron mujeres jubiladas que habían afrontado el tiempo usual de duelo. Asimismo, se pudo comprobar la incidencia, importancia y eficiencia de las terapias en el proceso de duelo de los participantes puesto que en el pretest el duelo prolongado fue de 40,1% en el grupo control y 33,3% en el grupo experimental; y, luego en el post – test, se identificaron cambios positivos en el resultado

de duelo resuelto de algunos participantes que conformaban el grupo experimental pasando de 12,9% a 40,9%.

Rubio Ochoa (2022) desarrolló su tesis para optar el grado de magister titulado: “Relación entre depresión y funcionamiento cognitivo en adultos mayores de un hospital en Lima Metropolitana”. Se estableció como objetivo definir la relación entre el funcionamiento cognitivo y depresión en personas adulta mayores de 60 a 85 años en un hospital de Lima. Fueron 220 adultos mayores admitidos y diagnosticados con depresión utilizando la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage y el funcionamiento cognitivo con la Evaluación Neuropsicológica breve. El estudio concluyó que si existe correlación inversa y moderada entre la depresión y el funcionamiento cognitivo ($r_s = -.52, p < .001$).

Retamozo Palacios (2016) en la tesis para optar el título profesional de médico cirujano desarrolla el estudio denominado: “Prevalencia de depresión en adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del HNDAC con escala de Yesavage, 2015”. La investigación es de tipo descriptivo observacional y la muestra está conformada por personas adultas mayores hospitalizadas en el servicio de medicina interna. Como instrumento principal, se utilizó la Escala de Yesavage. Según la investigación, la mitad de la muestra oscilaba entre los 65 y a 74 años. El 70% tenía la probabilidad de padecer depresión y el grupo etáreo más comprometido fue el de 90 años a más con un 100% de probabilidad de presentar depresión moderada a severa. Como conclusión, se indica que la repercusión de presentar probabilidad de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina fue de 70%.

Quispe Sangay (2019) desarrolló la tesis para optar el título de licenciada en enfermería denominada: “Ansiedad depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata Cajamarca 2018”. El estudio tuvo como objetivo definir la prevalencia de ansiedad, depresión y sus factores de riesgo. Fueron 40 personas adultas mayores hombres y mujeres a quienes se les aplicó tres instrumentos: la Escala de Yesavage, la Escala de Goldberger y un cuestionario de factores biopsicosociales. La investigación fue de tipo descriptivo – transversal. La investigación indica que existe la prevalencia de ansiedad, depresión y factores de riesgo biopsicosociales en los Adultos Mayores, los cuales se modifican dependiendo el contexto favorable o desfavorable que le ha tocado vivir al participante.

Caldas Rosales y Correa Cabrera (2019) desarrollaron su tesis para optar por el título de licenciadas en psicología denominada: “Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica” que tiene como objetivo principal indicar la correlación entre el

deterioro cognitivo y la depresión en las personas adultas mayores. La muestra estuvo conformada por 30 personas adultas mayores entre 70 y 89 años a los cuales se les aplicó el Instrumento Mini – Mental State Examination y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. El nivel más resaltante de depresión en hombres y mujeres fue el moderado y se con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Magallanes Medrano (2021) desarrolló el estudio de investigación para optar el título de licenciada en enfermería denominada “Factores biopsicosociales que influyen en la depresión del adulto mayor en comunidades laicas del distrito de Los Olivos. Lima, 2020”.

El estudio tiene un enfoque cuantitativo – descriptivo y es no experimental. Está conformado por 36 personas adultas mayores asistentes de la parroquia Señor de los Milagros y Franciscana Tau. Utilizaron el cuestionario de Factores Biopsicosociales del Adulto Mayor y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Los resultados muestran que los factores biopsicosociales; es decir, area biológica (funciones del movimiento, funciones sensoriales, etc), área social (como persona, integrante de una familia, miembro de una comunidad, etc) y área psicológica (afectividad emocional, lenguaje, memoria, etc) tienen 80,6% de presencia en la depresión. Hay influencia en el autoestima y el estado emocional. El factor social tiene un 72,2% de presencia encontrando mayor frecuencia en aquellos que viven solos; y este, es el de mayor relación con la depresión.

Rodríguez Quispe (2020) realizó la tesis “La depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, periodo 2019”. La investigación es de tipo descriptivo con un enfoque cuantitativo y tiene como objetivo principal medir el nivel de depresión usando la Escala de Depresión Geriátrica adaptada para Lima Metropolitana por Aída Delgado Martínez en 40 adultos mayores oncológicos pertenecientes a la casa hogar previamente mencionada. Los resultados indican que el 60% de los de los pacientes adultos mayores posee un nivel de depresión moderado a nivel general. En la dimensión cognitiva, el 55% de los adultos mayores pacientes oncológicos posee un nivel “Depresión moderada”. En la dimensión física-conductual, el 48% de los adultos mayores pacientes oncológicos presentan un nivel de “Depresión moderada”. En la dimensión Afectiva- emocional, el 48% de los adultas mayores pacientes oncológicos, presentan un nivel de “Depresión moderada”.

Definición De Variables

Depresión

Definición Conceptual: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (Organización Mundial de la Salud, 2018).			
Definición operacional: La depresión es un trastorno emocional en la persona que se manifiesta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, lo cual se manifiesta por la presencia de tristeza, pérdida de interés en las cosas u otras acciones negativas (Yesavage, 1982).			
Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica (GDS).			
Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Depresión	Dimensión Cognitiva: Relacionada a los procesos de pensamiento y asociada con el uso de las funciones cognitivas. Afecta las capacidades cognitivas; entre ellas, las funciones ejecutivas, la atención y la memoria (Yesavage, 1982).	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos negativos - Pensamientos pesimistas - Ideas suicidas 	3,5,6,8,13, 14,15,18,19 ,23,24,25, 26,29,30
	Dimensión Conductual: Toma en consideración la adaptación a dificultades en las circunstancias ambientales. Las manifestaciones conductuales pertinentes de la depresión pueden ser: agresividad, trastornos de la actividad, altos niveles de ansiedad y trastorno de sueño, lo cual genera ciertos componentes que ponen en riesgo la salud mental (Yesavage, 1982).	<ul style="list-style-type: none"> - Dolores de cabeza. - Molestias digestivas - Dolor generalizado. - Agitación 	2,11,12,20, 28
	Dimensión Afectiva: Esta dimensión abarca las ideas erróneas de la persona depresiva asociadas con sentimientos de impotencia e inutilidad. La impresión de las personas depresivas sobre el entorno o circunstancias que se les presenten tiende a ser negativa,	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de energía - Irritabilidad - Apatía - Baja Autoestima 	1,4,7,9,10, 16,17,21,22 ,27

	desarrollando lo que se conoce comúnmente una “visión de túnel”, facilitando una atención selectiva a los hechos netamente negativos, y afectando de esta manera varios ámbitos de la vida personal, laboral, académica y/o social (Yesavage, 1982).	- Desesperanza	
--	--	----------------	--

Duelo

Definición Conceptual: <i>“El duelo es un proceso de adaptación natural y autolimitado a una nueva realidad que surge tras una pérdida significativa, real o percibida, con un amplio abanico de manifestaciones que producen un impacto en la salud del doliente.” (Rodríguez-Álvaro, 2019).</i>			
Definición operacional: El duelo se considera un proceso con alteraciones de los sentidos que se presentan a través de los niveles de intensidad de los síntomas del comportamiento del pasado y sentimientos actuales (Faschinbager, Devaul, Zisook, 1977).			
Instrumento: Inventario Texas Revisado De Duelo (ITRD)			
Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Duelo	Comportamiento en el pasado	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de concentración - Aislamiento - Desánimo - Nostalgia - Irritabilidad - Insomnio 	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8
	Comportamiento en el presente	<ul style="list-style-type: none"> - Llanto - Tristeza - No aceptación - Pensamientos recurrentes - Evocación 	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13

Bases teóricas

Depresión

Definición. De acuerdo con el DSM -V (2014), los trastornos depresivos se definen como trastornos relacionados a la desregulación disruptiva del estado de ánimo; en los cuales se incluye el episodio depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia, el trastorno debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y el no especificado. Asimismo, señala que la depresión que tiene relación con el duelo suele acontecer en personas inermes a este tipo de trastornos y facilita la recuperación por medio de un tratamiento antidepresivo.

En ese sentido, la depresión es una condición psíquica caracterizada por un desbalance emocional fuerte que influye en el decrecimiento de la calidad de vida de la persona y afecta tanto sus relaciones interpersonales como su vida profesional (DSM V, 2014).

Por último, para poder definir con exactitud la primera variable de la presente investigación, es importante considerar el rango de edad; ya que las personas adultas mayores presentan una mayor vulnerabilidad y factores de riesgo asociados a la depresión. Se reconoce que dicho trastorno debería ser considerado como uno de los grandes síndromes geriátricos, principalmente por la prevalencia en los últimos años. La depresión geriátrica impide que el adulto mayor se adapte a los nuevos roles y desafíos de su etapa de desarrollo, y por ende es importante identificar exactamente los síntomas y factores de la depresión específicos a la población (Magallanes Medrano, 2021). La definición de Magallanes Medrano, que representa de forma óptima la depresión geriátrica, posee relevancia actual, y proviene de una fuente nacional, dice lo siguiente acerca de la depresión geriátrica: Es un síndrome geriátrico singularizado por sentimientos de tristeza profunda generados por factores que pueden llevar a que se altere la condición de vida, se presenten dificultades y no se favorezca el envejecimiento sano (Magallanes Medrano, 2021).

Recorrido Histórico. La depresión ha sido identificada de alguna forma u otra desde las épocas prehistóricas; pero no fue hasta el siglo V A.C. que se acuñó lo que podría ser la primera alusión científica al trastorno. Hipócrates explica la alteración del equilibrio hormonal como la Melaina Chloe (Melancolía) o bilis negra; y describe que dicha melancolía tiene un origen natural o endógeno (Aguirre Baztán, 2008). El término “Depresión” no surge hasta el siglo XX, cuando Adolf Meyer en 1905, psiquiatra radicado en Estados Unidos, propone usar la palabra para describir el trastorno desde el campo de la fenomenología (Bertholet, 2012).

Desde la perspectiva psicoanalítica la depresión se define desde su etimología; la palabra depresión proviene del verbo “prémere” que se traduce a oprimir, y “deprimere” que significa empujar

hacia abajo; siendo este el afecto que sufre la persona deprimida (Bertholet, 2012). Los principales autores del modelo psicodinámico de la depresión son Sigmund Freud y Karl Abraham.

Por un lado, Freud plantea la depresión como melancolía o distimia y la describe como la debilidad del dominio psíquico sobre la excitación sexual somática, un duelo provocado por la pérdida de la libido, y ante los cuales los sujetos débiles son más propensos (Freud, 2022). Freud no diferenciaba la melancolía de cualquier otra neurosis, fue Abraham quien realiza la primera aproximación sistemática a la construcción de un modelo para los desórdenes afectivos, entre ellos la depresión (Abraham, 1911). Abraham coincide con Freud en que tanto la ansiedad como la depresión se deben a instintos reprimidos y define:

"La Depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales (...) el individuo no puede sentirse amado, ni capaz de amar y desespera de llegar nunca a la intimidad emocional" (Abraham, 1911).

Desde el psicoanálisis, la primera fase de la pérdida, conocida como la introyección, se define como el mecanismo de defensa en el cual el individuo hace una regresión a la fase oral y logra incorporar actitudes, ideas, creencias, finalmente integrándose a la identidad de la persona que perdió. Esta primera respuesta hace que los posibles sentimientos que el individuo pueda sentir hacia la persona que falleció, los comience a sentir hacia él mismo. Por ejemplo, la rabia que podría sentir ante el "abandono" del que falleció, se convierte entonces en enojo hacia el mismo. Del enojo se pasa a la culpa, y posteriormente se da lugar a sentimientos de baja autoestima, depresión y desesperanza (Davey, 2014).

La teoría psicodinámica explica que la depresión cumple un rol fundamental en el proceso de duelo, ya que la regresión a la etapa oral permite que el individuo regrese a un momento de su vida donde era dependiente de los demás (sus padres especialmente). Durante el estadio depresivo y este estado de dependencia, el individuo puede conseguir el apoyo social que necesita para afrontar la pérdida (Davey, 2014).

La depresión también fue explicada a finales del siglo XX, desde una mirada conductista, como el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente (Lewinsohn, 1975). El total del refuerzo que consigue un sujeto se da en base al número de acontecimientos que son reforzadores, el número de hechos potenciales que tienen lugar y el conjunto de habilidades de la persona. Se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, es decir; al comienzo de un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, que interrumpe los patrones de conducta automáticos, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo. Y, como

consecuencia de ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo, autocríticas y expectativas negativas. (Lewinsohn, 1975).

Cuando exploramos la depresión desde las teorías cognitivas, que resaltan especialmente por su alto valor empírico, encontramos la teoría de la indefensión aprendida de Seligman y la teoría cognitiva de Beck.

Por un lado, Seligman (1975), considera que la depresión se produce cuando el sujeto no sabe diferenciar la relación entre su comportamiento y las consecuencias que se desarrollan del mismo. La indefensión aprendida es un estado de pasividad que se provoca en la persona cuando se expone a un proceso en el que no hay relación entre conducta – consecuencias. Años después, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) añade que las atribuciones, entendiéndose como los procesos cognitivos que atravesamos al experimentar diversas situaciones, varían entre las siguientes dimensiones: interna – externa, global – específica y estable – inestable. Dichas dimensiones son las que provocan atribuciones negativas a factores internos, estables y globales.

Por otro lado, Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) comenta que la depresión es el desenlace de una interpretación equivocada o irracional de los acontecimientos y situaciones que tiene que enfrentar la persona. Dicha formulación gira en torno a la cognición, al contenido y a los esquemas cognitivos. Los esquemas se entienden como las creencias centrales que conforman las bases para procesar información del ambiente. El autor indica que existen cuatro elementos clave que explican la depresión; la triada cognitiva, entendida como el contenido cognitivo de un sujeto acerca de él, su mundo y su futuro; los pensamientos automáticos, que son aquellas cogniciones intrusivas que desencadenan la activación emocional del paciente; el pensamiento perturbado y la disfunción de los esquemas.

A partir de la teoría cognitiva conductual aparecen las terapias de tercera generación, las cuales se enfocan en entender el proceso de los pensamientos, más que en el contenido de los mismo como lo hacen la terapia de esquemas o la terapia cognitiva conductual. El objetivo de la terapia de tercera generación es ayudar a la persona a hacer conscientes de sus pensamientos desde una mirada de apertura y aceptación, dejando de lado el juicio y la crítica (Hunot, Moore, Caldwell, Furukawa, Davies, Jones, et. al, 2013). Esta corriente terapéutica define la depresión, bajo el constructo desarrollado por la Asociación Americana de Psicología, como una condición común en la cual la persona experimenta un persistente estado de ánimo melancólico y pérdida de interés en actividades que solían parecerle placenteras; además, la condición acompaña síntomas como pérdida de peso, insomnio, fatiga, pérdida de energía, culpa desproporcionada o inapropiada, poca concentración y pensamientos autodestructivos o suicidas (APA, 2014).

Podemos concluir a través del recorrido histórico, que la depresión tiene características universalmente consensuadas y que han sido corroboradas por los diferentes autores a lo largo de la historia. Si bien en el psicoanálisis se concentran en entender la depresión como la consecuencia de “la pérdida del objeto”, y por otro lado las escuelas posteriores hablan le dan más peso a la interpretación errónea que tiene el sujeto frente al mundo; en todas las teorías expuestas queda claro el sentimiento de indefensión, resignación y desesperanza que acompaña la depresión.

Características Clínicas.

Síntomas De La Depresión. Se define la depresión como un trastorno anímico que comprende síntomas crónicos a largo plazo que no lo incapacitan, pero le impiden funcionar al máximo de su energía o sentirse bien (DSM V, 2014). Se sostiene que la presencia de cinco a más de los síntomas presentados a continuación durante dos semanas puede desarrollar un trastorno depresivo mayor; el trastorno clásico de este grupo:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día por lo menos durante dos años.
2. Presencia mientras está deprimido de dos (o más de los siguientes): Falta de apetito, insomnio, hipersomnia, baja energía, baja autoestima, desesperanza.
3. Durante el periodo de 2 años de la alteración; el individuo nunca ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses a la vez
4. Criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar continuamente presente durante dos años
5. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico
6. La alteración no se explica mejor por un trastorno persistente esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante u otro espectro de la esquizofrenia determinado, indeterminado o de otro trastorno.
7. Los síntomas no son atribuibles a efectos fisiológicos de una sustancia, por ejemplo, droga, medicamento o de otra condición médica.
8. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales o del funcionamiento.

Otros síntomas relacionados al trastorno, y de carácter psicósomático, son las dolencias corporales tales como cefalea, fatiga, inapetencia, constipación, entre otras. Además, el insomnio, las ideas de culpa y autoacusación, y las ideaciones de suicidio también son representativas en el trastorno depresivo (DSM V, 2014).

La expresión facial característica de la depresión es la desesperanza y el temor; representadas por las comisuras bucales inclinadas hacia abajo y una mirada fija y constante. Los grupos de músculos antagonistas muestran cierto desequilibrio, con contracción ligera de flexores y abductores, de tal manera que aparece la llamada “actitud de flexión” de la depresión (González, 2002 citado en Pech y Rena, 2004).

De acuerdo con el DSM V (2014), el rasgo común de todos los trastornos es la presencia de un ánimo vacío triste o irritable, melancólico acompañado de cambios cognitivos y somáticos que afectan la capacidad funcional del individuo. Lo diferencial, es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

Tipos De Depresión. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- V) en su quinta edición, tiene un apartado dedicado a los trastornos depresivos en el cual se incluyen los siguientes:

- A. La depresión mayor: grado más alto de la enfermedad que se traduce en una incapacidad absoluta para tener un desarrollo funcional de las actividades cotidianas de trabajo, estudio, sueño, y cualquier actividad social o familiar, y que en algún momento producían placer. El DSM -V (2014) la define como trastorno que experimentan las personas con más de 5 síntomas por un período de dos semanas; dentro de dichos síntomas destacan: estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida de peso, agitación, merma de la capacidad de pensar. Esto síntomas suceden casi a diario y no se dan por una sustancia médica causando gran malestar en la vida de la persona
- B. Trastorno Depresivo Recurrente (Distimia): la persona y sus allegados notan un estado de ánimo deprimido y anhedonia durante un período de dos años. En niños, púberes y adolescentes puede presentarse como irritabilidad durante un año y tiene además dos o más de los siguientes síntomas: fatiga, baja autoestima, poco o mucho apetito, desesperanza, falta de concentración.
- C. Trastorno disfórico premenstrual; experimentado únicamente en mujeres con indicios de al menos 5 de los siguientes síntomas: labilidad afectiva, estado de ánimo deprimido, letargo, ansiedad, cambios en el apetito, síntomas físicos.
- D. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, en el cual se presentan episodios de cólera severos y recurrentes expresados verbal o conductualmente, su intensidad no concuerda con la situación que lo provocó.
- E. Depresión provocada por una afección médica o por la inducción de una sustancia/medicamento. Los cambios anímicos suelen ser cambiantes, pero se debe prestar

atención a cada uno de ellos. Cuando la persona presenta el período depresivo, es posible observar comúnmente todos los factores de una depresión severa.

Es importante distinguir entre los trastornos previamente explicados y el duelo en sí mismo puesto que este último está caracterizado por un afecto predominante de vacío y pérdida; mientras que, en un trastorno depresivo, el estado de ánimo deprimido y la incapacidad de esperar felicidad o placer (DSM V, 2014).

Asimismo, la autoestima puede ser conservada en el duelo mientras que en un trastorno depresivo son frecuentes los sentimientos de crítica y desprecio. Por otro lado, es importante diferenciar el trastorno de duelo complejo persistente de un trastorno depresivo.

El trastorno de duelo complejo persistente solo se da si la persona ha experimentado el fallecimiento de alguien con quien era cercana y, desde esa muerte experimentó durante al menos 12 meses mínimo 6 de los siguientes síntomas (DSM V, 2014):

1. Añoranza persistente por la persona fallecida
2. Tristeza y malestar emocional en respuesta a su fallecimiento
3. Preocupación por la persona muerta
4. Preocupación por las circunstancias de su fallecimiento

Son similares con todo lo mencionado anteriormente puesto que se experimenta un dolor emocional muy intenso; por ejemplo, ira, amargura, tristeza, soledad, etc. Sin embargo, se diferencian principalmente porque este último involucra la perturbación respecto al fallecimiento de alguien específico; es contextual a ese hecho.

Factores Neuroquímicos y Neuroendocrinos. Si bien la depresión puede ser originada por factores situacionales, en algunos de los casos, la causa de esta también se debe a factores endógenos. Esto quiere decir que una de las causas de la depresión está asociada a factores biológicos o fisiológicos, como lo es la desregulación del cortisol en el cuerpo, una hormona adrenocortical que produce anomalías en el hipocampo. Cuando el sistema Hipotalámico-Pituitario-Hidrocortical (HPA), que se encarga de secretar el cortisol en situaciones de estrés, manifiesta algún tipo de desregulación o pérdida de control en la secreción e inhibición de la hormona, las personas manifiestan mayores síntomas depresivos (Aubry, Gervasoni, Osiek, Perret, et. Al., 2007; citado en Davey, 2014).

El cortisol también puede provocar síntomas depresivos cuando genera un aumento de las glándulas suprarrenales, y, en consecuencia, reduce la frecuencia de la neurotransmisión de la serotonina (Roy, Virkkunen y Linnoila 1987; citado en Davey, 2014). Tanto la serotonina como la

noradrenalina y la dopamina son neurotransmisores que están asociados significativamente con la depresión y otros estados de ánimo (Delgado y Morena, 2000; citado en Davey, 2014).

Adulto Mayor Y Depresión. La depresión es el problema mental más frecuente en los sujetos mayores de 65 años (Zenón, Guzmán, Silva y de las Deses, 2006).

En la actualidad la depresión es considerada como un problema de salud pública, con implicancias serias en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores que la padecen. En consecuencia, el anciano con depresión presenta el triple de probabilidades de muerte; asiste frecuentemente a los centros médicos, y complica y prolonga la estancia hospitalaria, aumentando así el costo de la atención (Zenón, Guzmán, Silva y de las Deses, 2006, citado en Dander López y Jiménez Garcés, 2013).

La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo de mayor dificultad en la tercera edad. Los factores destacados que aumentan la complejidad del trastorno en los adultos mayores son: comorbilidad con enfermedades somáticas, reducción de las funciones cognitivas y la existencia de acontecimientos vitales adversos, como, por ejemplo, el duelo. Al mismo tiempo suele ser la razón más usual de sufrimiento emocional en la etapa final de la vida (Alcalá, Camacho y Giner, 2007).

Una depresión en el anciano comienza con un odio por sí mismos, la sensación de desesperanza y sin ayuda sobre su futuro y la sensación de que no hay escapatoria; en esta instancia comienzan los deseos de muerte, la cual ya no es vista con miedo sino como una solución liberadora a las situaciones que atraviesan (Runcan, 2013).

Etiología De La Depresión En El Adulto Mayor. Cumplir los sesenta años representa el inicio de una nueva etapa en la vida de la persona. Según el consenso general de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que se ejecutó en Viena en 1982, al cumplir los setenta años empieza un nuevo ciclo para la vida de las personas; en el cual se exponen a múltiples crisis: al tener las personas septuagenarias mayor oportunidad para encontrarse a sí mismos y percibir su existencia, inevitablemente comienzan a tomar conciencia de que su vida está cambiando, aunado a la experimentación de cambios físicos pertinentes a la edad (Grimaldos Alvarez y Angulo Angulo, 2006).

Por otra parte, la persona adulta mayor se considera afectada a nivel vincular y por consiguiente a nivel social también, puesto que es probable que a esta instancia hayan perdido algunos de las columnas básicas del área (familiares, amigos, actividad y prestigio profesional). Esta coyuntura podría ser de riesgo para el adulto mayor ya que, si no logra encontrar nuevamente el equilibrio y balance en su nuevo ciclo vital, la consecuencia será un desbalance psicológico,

exacerbando sintomatología relacionada a los trastornos depresivos. Se evidenció que la persona en todas las edades se sobrepone con mayor facilidad frente a las enfermedades o las tensiones de la vida si es que posee buenos vínculos familiares y contención significativa. Por otro lado, las personas adultas mayores con mala calidad de estos lazos se ven perjudicados, rindiéndose así ante la enfermedad; por lo tanto, el apoyo social delimita una diferencia entre los deseos de continuar con la vida o no (Canto, 2004).

Es importante señalar que, contrario a lo que se cree, la depresión no es un aspecto natural del envejecimiento (Licas, 2015). Dicha enfermedad puede revertirse con tratamiento adecuado e inmediato, puesto que los factores son fulminantes y si no se tratan a tiempo pueden acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y suicidio (Licas, 2015). Lo difícil es difícil diagnosticar la depresión en las personas adultas mayores, puesto que muchos de ellos no son conscientes de lo síntomas, o no los exteriorizan hasta que es demasiado tarde y cometen el acto de suicidio. La enfermedad puede ser enmascarada en los adultos mayores de dos maneras: como una legítima tristeza propia de las personas mayores o como la dominancia de dolor somático, sufrimiento y ansiedad (Runcan, 2013). Por esta razón es imperativo comprender la etimología del trastorno, y todos los factores que influyen en el desarrollo de un desorden depresivo:

1. Demográficos: La proporción de la depresión es más elevada en mujeres que en hombres. Usualmente las viudas, personas adultas mayores aisladas y sometidas a estrés muestran con mayor frecuencia sintomatología depresiva y es más prevalente en el área rural que en la urbana (Calderón, 2018). La viudez y divorcio son los estados civiles con una mayor correlación con la depresión (Rodríguez-Vargas, Pérez - Sánchez, Marrero - Pérez, Rodríguez - Ricardo, Pérez Solís y Peña Castillo, 2022).
2. Biológicos: Muchas enfermedades son vinculadas con la depresión en la persona adulta mayor. Por un lado, se ha demostrado asociación directa con las enfermedades cardiovasculares y patrones de morbilidad con enfermedades cardio – metabólicas y desórdenes neuropsiquiátricos (Freitas, Deschênes, Au, Smith y Schmitz, 2016), incluyendo el consumo de medicamentos con efectos depresógenos (Rodríguez - Vargas, et. Al., 2022). Por otro lado, la limitación funcional se relaciona con sentimientos de inutilidad y depresión. Por ejemplo, un estudio en Estados Unidos identificó relación entre los síntomas depresivos y alteraciones en la marcha. La fragilidad en personas adultas mayores se identifica con la masa, pérdida de energía, fuerza muscular, reserva fisiológica disminuida e intolerancia al ejercicio (Buigues, Padilla Sánchez, Garrido, Navarro Martínez, Ruiz Ros y Cauli, 2015). Se evidencia, además, que afectaciones relacionadas trastornos relacionados al sueño y al dominio

cognitivo como la orientación, la atención, la memoria y el lenguaje también presentan comorbilidad con el trastorno (Rodríguez - Vargas, et. Al., 2022).

3. Sociales: El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión, así como el riesgo social y con baja condición socio económica. Asimismo, se evidencia que las prácticas religiosas y espirituales ejercen un efecto en el desarrollo de la depresión en adultos mayores. Se reporta un índice menor de depresión cuando hay una práctica de espiritualidad (Daleeman y Kaufman, 2006). Esto se debe a que el involucramiento en actividades religiosas tiene un impacto en la percepción de apoyo social en los adultos mayores, que permite reducir los factores de riesgo asociados a la depresión (Moxey, McEvoy, Bowe y Attia, 2011).
4. Económicos: Las crisis financieras en los países influyen sobre la situación económica de las personas que habitan en él, el estudio MEDIS estudió como la crisis en el Mediterráneo afectó las áreas de salud en las personas adultas mayores y en consecuencia, ello aumentó la depresión (Calderón, 2018). El sistema de pensiones en el Perú para personas adultas mayores está fragmentado y coexisten 3 subsistemas; Sistema Privado de Pensiones, Sistema Nacional de Pensiones y Pensión 65. Estos 3 sistemas funcionan de forma independiente y profundiza los mecanismos de distribución. (Bermúdez, 2020). Hay 3 problemáticas básicas explicadas a continuación
 - a. Exista una baja cobertura de los 3 subsistemas mencionados antes, puesto que solamente un 29% de la PEA aporta a un sistema pensionario y solo el 51,2% de la población peruana cuenta con algún tipo de pensión. Por otro lado, existe un acceso restringido al derecho de pensión por la habilitación del retiro una vez alcanzada la edad de jubilación o jubilación anticipada (Bermúdez, 2020)
 - b. Cada subsistema previamente explicado tiene diferentes montos y es repartido en diferentes momentos, por lo tanto, aumenta la desigualdad entre todas las personas adultas mayores. Por ejemplo, el 17,6% de los jefes/as de hogar adulto/a mayor afirmaron ser beneficiarios del programa Pensión 65 recibiendo cada 2 meses el monto de 250 soles (INEI, 2022).
 - c. El estado peruano aportó entre el 2010 y el 2015 solo un 0,38% del PBI, mientras que países como México o Chile aportan el 2 y 3% respectivamente. Dicha diferencia se incrementa revisando el aporte de países europeos; por ejemplo, España aporta el 10% de su gasto público a las pensiones de personas adultas mayores (Bermúdez, 2020).

Pandemia Covid-19 y Depresión. El Covid-19 desencadenó incremento del 25% en la prevalencia de ansiedad y depresión a nivel mundial. Dentro de los factores de riesgo principales se encuentra la soledad, el miedo al contagio, el sufrimiento por ideación de muerte por Covid-19 o la muerte de seres queridos, duelo por pérdida y preocupaciones económicas (Organización Mundial de la Salud, 2022). El aislamiento social perjudicó especialmente la salud mental de los adultos mayores, principalmente mostrando respuestas emocionales con altos niveles de ansiedad y depresión (Callís, Guartón, Cruz y De Armas, 2021).

Se realizó un estudio en Lima Metropolitana para describir los niveles de depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por la pandemia. Los resultados se relacionan con las cifras mundiales presentadas por las OMS e indican la prevalencia de varios síntomas relacionados a la ansiedad y depresión. Los síntomas depresivos con mayor prevalencia están relacionados a alteraciones en el sueño, sensaciones de cansancio y sentimientos de tristeza (Prieto- Molinaria, Bravo, Gianella, de Pierola, Luna Victoria-deBona, et. Al., 2020).

Pandemia Covid-19 y Depresión en el Adulto Mayor. Junto con la Pandemia Covid-19 llegó también una nueva realidad de socialización, apoyo y contacto humano. El aislamiento obligatorio, acompañado del miedo al contagio de seres queridos, y la única alternativa de comunicación a través de la tecnología fueron factores que incrementaron la percepción de soledad en las personas adultas mayores durante la pandemia. Dicha vulnerabilidad ambiental, social y psicológica en la que se encontraron las personas adultas mayores desencadenaron respuestas en el sistema inmunológico que incrementaron la probabilidad de padecimiento de enfermedades virales, psicosomáticas y del estado de ánimo.

El riesgo de muerte en las personas adultas mayores fue tres veces mayor por la progresión del virus debido al compromiso pulmonar y las alteraciones en la oxigenación (Banerjee, 2020). Asimismo, Brown y Schuman comentan en el 2020 que vivir en residencias geriátricas aumentó más la falta de higiene, supervisión y visita de sus familiares y el riesgo a vivir en hacinamiento; motivo por el cual, se experimentó un impacto psicosocial significativo.

Es por ello, que las personas adultas mayores estuvieron sometidas a un estrés extra ya que sabían el riesgo y fatalidad de contraer el virus desde que el COVID – 19 comenzó. Por ello, se identificó que el distanciamiento social fue una importante causa de soledad y ello es un riesgo para la depresión o ansiedad en personas adultas mayores (Banerjee, 2020).

Por otro lado, las restricciones de la pandemia impusieron barreras adicionales para las conexiones sociales en las personas adultas mayores. No pudieron reunirse en persona, viajar, caminar, asistir a instrucciones de fe, como iglesias y cementerios.

Una oportunidad para hacer frente a la presencialidad fueron las reuniones virtuales. Lamentablemente, una encuesta identificó que el 48% de personas adultas mayores experimentaron mayor soledad al no saber usar las redes y sintieron aún mayor frustración por no poder conectarse con sus seres queridos (Banerjee, 2020).

Es importante acotar que un factor de riesgo principal es que la depresión en adultos mayores durante la pandemia fue malinterpretada ya que es usualmente vista como parte del proceso de envejecimiento siendo ignorada y poco estudiada. Sin embargo, las consecuencias fueron devastadoras (Koma, True, Fuglesten - Biniek, Cubanski, Orgera y Garfield 2020).

Las personas adultas mayores con depresión durante la pandemia fueron más propensas a sufrir deterioro funcional, asimismo tuvieron un riesgo mayor a la muerte por suicidio o trastornos de salud mental (Reynolds y Kupfer, 1999, citado en Webb y Chen, 2022).

Duelo

Definición. El duelo o proceso de duelo es un constructo psicológico con una definición más amplia, a diferencia de la primera variable de la investigación; pudiendo concluir que la diversidad de percepciones que existe acerca del duelo es tanto una fortaleza como una debilidad (García Hernández, Rodríguez Álvaro, Brito Brito, Fernández Gutierrez, Martínez Alberto, Marrero Gonzales, 2021).

Por un lado, la variable duelo se puede definir como la reacción ante la pérdida de un vínculo, que brindaba apoyo y fomentaba la identidad de una persona y todas las implicancias que ello implica a nivel emocional, cognitiva e instrumental (Iacub, 2011). Por otro lado, Sancho (2007) en su definición resalta y complementa que el duelo es una reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. El autor precisa que esta reacción involucra aspectos psicológicos, físicos y sociales, con una duración e intensidad en proporción a la dimensión y significado de la pérdida. Es un proceso normal, por lo que no se requiere algo especial para su resolución.

Entre las definiciones que mejor reflejan nuestra definición conceptual e instrumento seleccionado para la investigación se encuentra que:

“El duelo es un proceso de adaptación natural y autolimitado a una nueva realidad que surge tras una pérdida significativa, real o percibida, con un amplio abanico de manifestaciones que producen un impacto en la salud del doliente.” (Rodríguez-Álvaro, 2019, p. 3).

Esta definición ha sido escogida como la definición conceptual de nuestra variable, por la relevancia actual que tiene la cita, y porqué la definición comprende el duelo como un proceso natural ante la pérdida. El autor, Martín Rodríguez-Álvaro, identifica el impacto del duelo y del duelo complicado a lo largo del tiempo, y reconoce las diferencias que existen entre los dos tipos de vivencias. En el desarrollo de su investigación, el impacto del duelo no complicado comprende características similares al instrumento que se decidió utilizar en la presente investigación, y que será presentado en la tabla a continuación, cómo lo son: Insomnio, ansiedad, depresión adaptativa, baja autoestima situacional y sedentarismo.

Recorrido Histórico. A lo largo de la historia, han existido muchas concepciones teóricas con respecto al duelo. Se entiende como un proceso natural, trascendente e impactante en la vida de los seres humanos, en cualquier instancia de su existencia. Existen dos posibles raíces etimológicas de la palabra duelo; la primera derivada del latín tardío “*dólus*” que significa dolor, y la segunda del latín “*duellum*” que hace referencia al combate entre dos personas, o guerra.

En el mundo de la psicología, Sigmund Freud le dio más importancia a la primera definición y define el duelo como el proceso de desprendimiento de un objeto de amor, sobre el cual los actos de amor ya no pueden darse más (Aslan, 1996). Freud señala en 1988 que el vínculo hacia la persona u objeto amado perdido debía desaparecer para así poder liberarse de esta atadura enérgica y poder desplazar la energía hacia otros objetos vitales (García Hernández, Rodríguez Álvaro, Brito Brito, Fernández Gutierrez, Martínez Alberto, Marrero Gonzales, 2021).

En 1956, Lagache complementa los aportes de la Freud y explica que el muerto juega un papel de autoridad moral que está en contra de la vida y a favor de la muerte. Para Lagache, entonces, el proceso de duelo consiste en “matar al muerto”; es decir, destruir aquella autoridad moral que no le permite vivir al doliente (Aslan, 1996). Asimismo, Engel en 1962 explica que durante el periodo del duelo hay un decreto personal en contra del placer y del goce.

Más adelante, Freud (1988) indica que el duelo como una reacción a la pérdida de un ser querido o de una abstracción equivalente como lo puede ser la patria, la libertad, el ideal, etc. (Pelegrí y Romeu Figuerola, 2011). Podemos concluir que desde la perspectiva psicodinámica se describe el duelo como la ausencia o falta de líbido que está en el objeto perdido de manera invertida para su posterior reinversión. Se considera como un proceso normal, puesto que cuando no se manifiesta este

proceso, los sentimientos negativos respecto al fallecido se manifiestan por medio de autorreproche y culpa (Mendoza Romero, 2015).

Por otro lado, el proceso de duelo trae como implicancia el cambio en la identidad de las personas, puesto que puede modificar creencias, representaciones de uno mismo. Bajo esta premisa, Rando (1986) consideró que en el ser humano se da una modificación del mundo de supuestos puesto que además de los cambios en uno mismo y la relación con los demás se dan muchas pérdidas secundarias, ya que el ser humano se debe desprender también de ciertas actividades, roles y apoyos con esa persona que ya no está presente.

Por otra parte, se destaca y presenta la teoría del apego de Bowlby en la cual se plantea el desarrollo y los cambios que atraviesan los vínculos de apego a lo largo de toda la vida, ocupándose de los distintos caminos por los que pueden ir (Montouri, 2013). Bajo esta premisa, es como se introduce el término del duelo propiamente.

Para comprender la mirada que tenía Bowlby sobre el duelo, es importante conocer primero su visión sobre el ser humano en sí mismo definiéndolo como un ser social que viene predispuesto al mundo para formar vínculos y disfrutar de ellos sabiendo que se arriesga a perderlos en algún momento (Montouri, 2013). Es por ello, que se traen consigo felicidad por el amor recibido y a la vez dolor y debilidad por su falta eventualmente.

Bajo esta premisa, el autor comenta que la pérdida es una de las experiencias más dolorosas que un ser humano puede tener porque uno se siente impotente para ayudar y nada excepto el regreso de la persona puede darle consuelo (Bowlby, 1980).

El duelo es definido como todos aquellos procesos psicológicos consecuentes a partir de la pérdida de un ser querido. Es un proceso complejo que afecta el bienestar, salud y vida en todos sus niveles. Además, modifica la visión que tiene en sí mismo, del mundo, sus relaciones. Es doloroso, desorganizado y produce un desequilibrio en la homeostasis del sistema comportamental de apego y los vínculos relacionales de este tipo (Bowlby, 1980).

El duelo es desencadenado por este tipo de figuras cercanas a la persona y con las cuales desarrolla un apego correspondiente; el cual se entiende como todo tipo de vínculo afectivo que une a las personas y que las mantiene unidas en el tiempo por medio de una alianza fuerte, protectora y sabia (Bowlby, 2012).

Es por ello, que la pérdida es un reto y riesgo para la persona ya que involucra el esfuerzo de sobrellevar el cambio y que la vida sacudida ya no será la misma afrontando una realidad que puede ser indeseada (Montouri, 2013).

Bowlby inicia su estudio con muchas observaciones e investigaciones propias como de otros autores. Realizó trabajos con seres humanos como la investigación de separaciones temporarias y permanentes en conjunto con Mary Ainsworth (Bretherton, 1992) así como trabajos con animales.

Dichos antecedentes permitieron que el autor más adelante postule el transcurso del duelo dividiéndolo en cuatro fases diferenciadas sin un desarrollo secuencial:

1. Etapa de aturdimiento: se reconoce como la primera reacción o respuesta frente a la noticia de la pérdida; y se suele caracterizar por confusión, negación y dificultad para entender lo ocurrido. Esa primera fase puede durar horas, días o semanas y hasta este momento no se considera que el proceso de duelo como tal haya comenzado.
2. Etapa de anhelo y búsqueda de la persona ausente: este segundo momento empieza cuando la persona entiende la realidad en la que se encuentra y comienza a experimentar sentimientos de nostalgia, llanto, angustia, miedo, y principalmente, un intenso anhelo de reunificación con la persona fallecida. La persona también puede sentir agitación e incluso enojo. Se mantiene atenta a sus alrededores y tiene la esperanza intermitentemente, acompañada por la desilusión. Hasta este momento la relación con el difunto sigue ocupando un rol principal en la vida del doliente; habrá un cambio sucesivo en el transcurso de los próximos meses o años.
3. Fase de desorganización y desesperación: la persona doliente es plenamente consciente de la pérdida, entiende que la persona fallecida no volverá. La sensación de soledad incrementa porque reconoce que su vida ya no será la misma sin esa persona, la cual en la mayor parte de los casos ocupaba un papel central o principal. La presencia del ser querido solo se permanece en el mundo interior del doliente.
4. Fase de reorganización: Esta fase se caracteriza por la vivencia y tolerancia de todas las emociones difíciles por las cuales el doliente tiene que atravesar. Las viejas pautas actitudinales dejan de tener sentido y se modifica la realidad tomando en cuenta que la persona permanece.

Asimismo, el autor realiza una explicación más específica sobre el duelo patológico entendiéndolo como un proceso que conduce a un deterioro de la capacidad de mantenimiento de vínculos y organización de la vida emocional dividiéndolo en 2 tipos (Bowlby, 1980):

1. Duelo crónico: respuestas emocionales intensas y prolongadas donde se experimenta culpabilidad y reproche por no haber evitado la muerte.
2. Ausencia de duelo: falta de un proceso de duelo observable a nivel emocional cayendo en la evitación de la experiencia en sí misma. La persona doliente experimenta de la misma

manera síntomas físicos o psicológicos recurrentes que aparecen desconectados de la pérdida que los provoca.

En los dos subtipos, se cree que la pérdida puede desaparecer y por ello, la persona no logra reorganizar su vida permaneciendo de esta manera la falta de aceptación y la poca capacidad para modificar mecanismos de afrontamiento interno (Montouri, 2013).

Pozo en el año 1989, propone desde la escuela cognitiva conductual, que los pensamientos son los responsables de nuestras emociones y los problemas se desarrollan cuando interpretamos de manera errónea la realidad. Por ello, el duelo es un ajuste y reconstrucción del significado de la pérdida previamente mantenida (Pozo, 1989).

Ya en los últimos años surge el Modelo Descriptivo (El Duelo Como Proceso). Se encuadran en esta área los autores que defienden el proceso de duelo como sucesión de etapas, fases y tareas. Es por ello, que dentro del primer enfoque se incluye el proceso de la aceptación de la muerte de Elizabeth Kübler – Ross en el año 2005. La autora divide al duelo en 5 fases:

1. Negación: La autora define la negación como la incapacidad de conciliar la realidad de la pérdida. Esta negación es más simbólica que literal. Esta fase se caracteriza por sentimientos de desrealización, estado de shock, entumecimiento emocional o sensación de vivir en modo automático. Frases comúnmente usadas durante la negación son: “No puedo creer que mi esposo ya no esté presente...”.
2. Ira: La emoción de la ira es el primer paso después de la negación, en que la persona se permite sentir la pérdida. Es importante que el sentimiento de ira se sienta sin juicio, o sin buscarle sentido, porque de lo contrario se puede convertir en culpa. La ira da la certeza de que la persona doliente tiene la capacidad de sentir, sabe amar, y sufrió una pérdida. La emoción de la ira es inmediata, y cuanto más nos permitimos sentirla con apertura, más emociones encontraremos en el fondo, que nos permitirán seguir avanzando en el proceso del duelo.
3. Negociación: Antes de la pérdida se hace lo posible para que la persona no sufra de la muerte, en algunos casos inevitable. Surgen frases como “Por favor, Dios, haré lo que quieras si no te la llevas”. Después de la muerte, la culpa acompaña la fase de la negociación. Una forma de buscar entender la muerte es encontrar culpables, y cuando la persona asume esa culpa el dolor es tan grande que la negociación también incluye dejar de sentir ese sufrimiento. La mentalidad de la negociación se posiciona en el paso, con pensamientos como “Si tan solo hubiese hecho esto distinto...”.

4. **Depresión:** Esta fase, a diferencia de la anterior, se ubica en el presente. La persona empieza a vivir una vida con muchos vacíos presentes, un día a día sin la persona que perdió. La sensación de tristeza y melancolía los hace pensar si la vida tiene sentido más allá de la pérdida, e incluso si vale la pena continuar sin el ser querido.
5. **Aceptación:** Es importante no confundir la aceptación con la idea de “estar bien con lo que pasó”. Muchas de las personas dolientes nunca llegan a estar del todo bien, en el sentido de que siempre sentirán la pérdida en su vida. La aceptación significa entonces, hacer consciente la pérdida a nivel emocional, racional y conductual.

En la actualidad en modelo permanece relevante, pero la principal crítica es referente al orden de las fases. Se muestra en la evidencia que la persona doliente puede atravesar varias de ellas y no todas, y puede incluso repetir las en diferentes momentos del proceso.

Características Clínicas. Es un proceso necesario que cumple principalmente con una función de adaptación a una nueva realidad en contexto de una pérdida significativa, la persona a través del duelo logra enfrentarse a su entorno nuevamente.

Motivo por el cual, a continuación, se procederán a explicar ciertas características usuales del proceso tomando como referencia el libro Tratamiento del duelo escrito por William Worden en el año 1997, el cual fue traducido en 12 lenguas diferentes a nivel mundial. El doctor Worden es miembro de la Asociación Americana de Psicología, fundador de la Association for Death Education and Counseling (ADEC) y del Grief and Trauma Intervention (GTI).

El duelo abarca un rango de sentimientos y acciones esperadas tras la pérdida. Worden (1997) indica que estas manifestaciones se pueden presentar o no a lo largo de las diversas fases del duelo sin ser necesaria la vivencia de todas ellas; se puede presentar una o varias de las fases, e incluso puede no existir ninguna alteración en las áreas fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas.

El duelo es un estado de choque en todo el cuerpo que puede traer diferentes alteraciones psicósomáticas. Son sensaciones que se presentan principalmente en la fase aguda del duelo y se debe prestar atención a las mismas. Las principales son vacío en la zona estomacal, presión en el pecho y/o garganta, hipersensibilidad sensorial (especialmente al ruido), despersonalización, falta de aire, alteraciones en las palpitations cardiacas, debilidad muscular, entre otras (Worden, 1997).

Asimismo; sumado a las alteraciones en el cuerpo, la forma de comportarse cambia respecto al patrón previo dependiendo el grado de afectación del individuo y tomando en cuenta su

desenvolvimiento con el mundo a su alrededor y en la relación con las demás personas (Rojas Posada, 2005). Las siguientes conductas son las más usuales y tienden a corregirse por sí mismas en el tiempo:

- Trastornos del sueño: Puede incluir dificultad para dormir y despertar por las mañanas. A veces simbolizan miedos a soñar la situación de pérdida o sentirse solo en la cama.
- Trastornos alimenticios: Se manifiesta comiendo demasiado o comiendo muy poco.
- Aislamiento social: es frecuente que se limiten los contactos sociales a los estrictamente necesarios.
- Llevar y atesorar objetos: que se reconoce como una forma de perpetuar la presencia del fallecido. Con ello, algunos logran aceptar el fallecimiento de la persona querida y utilizar dichos objetos para mitigar la ausencia.

Por otro lado, una característica usual respecto al duelo son las alteraciones afectivas. Es el área donde con mayor frecuencia se encuentra el recuerdo del deudo porque involucra los sentimientos y emociones.

La persona puede experimentar mucha tristeza de manera persistente y reaparecer cuando se va recordando el hecho. Asimismo, se identifica la rabia y agresividad como reacciones frecuentes. Worden en el año 1997 comenta que el enfado tiene dos principales causantes:

1. La sensación de frustración ante la impotencia de no poder hacer nada, la falta de control sobre la situación.
2. En sentimiento de desamparo e incapacidad de existir sin esa persona.

La rabia despierta la agresividad de diferentes formas como físicas (hacia objetos u otras personas), verbales, etc.

Sumado a las dos emociones previamente explicadas, la persona que atraviesa una experiencia de duelo experimenta también culpa por lo que se hizo y no se hizo con la persona fallecida deseando buscar el perdón de este. Se identifica también niveles de ansiedad proveniente de dos fuentes. La primera de temer que no podrán cuidar de sí mismos solos. La segunda se relaciona con una conciencia más intensa que es la sensación de muerte personal; es decir, identificar su propia mortalidad con mayor certeza tras la muerte del ser querido (Worden, 1997)

Finalmente, el fallecimiento de un ser querido también puede generar ciertas alteraciones cognitivas; entre ellas resaltan el cambio de algunas creencias y constructos, y puede comprometer la lucidez y claridad mental.

Algunos de ellos son:

- Trastornos de memoria, atención y concentración: son comunes por la fuerte rumiación del doliente ante eventos y situaciones que no puede controlar.
- Incredulidad, confusión: No se confía en lo que antes daba confianza y se experimenta mucha confusión manifestada en pérdida de lucidez.
- Preocupación, pensamientos repetitivos: obsesión con pensamientos sobre el fallecido, que incluyen fantasías obsesivas de como recuperar a la persona.
- Sentido de presencia: Se puede llegar a pensar que el fallecido está en la dimensión espaciotemporal de los vivos.

Existen algunas diferencias entre el duelo normal previamente explicado y el duelo patológico. Vedia en el año 2016 entiende el duelo complicado como una intensificación en que la persona se desborda y permanece en ese estado sin continuar el proceso de duelo hasta su fin.

El duelo patológico se presenta semanas o meses después del fallecimiento del ser querido. Dejando a la persona incapaz durante semanas puesto que niega dicha muerte creyendo que la persona vive y hasta llegando a experimentar alucinaciones complejas y estructuradas con dicha persona (Vedia, 2016).

Dicha definición previamente explicada se puede entender en cuatro secciones:

1. Duelo crónico: Tiene una duración desproporcionada y nunca llega a un cierre satisfactorio, la persona es consciente que no logra terminar dicho proceso.
2. Duelo retrasado: Se conoce también como inhibido o suprimido. A futuro se experimentan los síntomas propios del duelo, pero en el preciso momento la persona atraviesa una reacción emocional limitada que se puede deber a diferentes razones, como la necesidad de ser fuerte o tener poca contención emocional.
3. Duelo exagerado: La persona llega a sentirse desbordada y recurre a una conducta desadaptativa experimentando la intensificación de un duelo normal. Incluye trastornos de carácter psiquiátrico que inician luego de dicha pérdida. Por ejemplo: depresión clínica, ansiedad en forma de ataques, abuso de alcohol, etc.
4. Duelo enmascarado: La persona no reconoce que los síntomas o conductas que le causan dificultad están relacionados con la pérdida.

Existen algunos factores de vulnerabilidad para padecer de un duelo patológico (Acinas, 2012):

1. Circunstancias específicas de muerte: Son más traumáticas las muertes inesperadas y súbitas, muertes por asesinato, muertes múltiples.

2. Necesidades y dependencias con el fallecido: el fallecido era el sostén de la familia o del doliente.
3. Convivencia con el fallecido: Alteración en el curso biográfico.
4. Pérdidas acumuladas
5. Variables de personalidad e historia de salud mental previa
6. Familia y apoyo social
7. Situación económica.

Adulto Mayor Y Duelo. El duelo en la vejez promueve cambios y necesidades particulares en las personas adultas mayores que deben ser atendidas. La pérdida de la pareja se reconoce como el evento más estresante en la transición vital de los individuos; y por ende requiere un principal ajuste, puesto que se refleja a nivel principal en el nivel de la cotidianidad del cónyuge, generando una falta de contención que produce limitaciones y dificultades (Lund, Caserta, de Vries y Wright, 2004).

Los síntomas durante los primeros meses son resaltantes, aún más en las personas adultas mayores que hayan tenido un peor estado de salud al momento del suceso, puesto que se aumentan los riesgos de enfermarse mental y físicamente (Utz, Caserta y Lund, 2012). Asimismo, según Stroebe, Hansson, Schut y Stroebe en el 2008, se observa una mayor tendencia de desarrollar una depresión.

La viudez se reconoce como el factor de riesgo principal de muerte de la persona doliente, independientemente de la edad del afectado. Las razones pueden ir desde la falta de apoyo emocional y vincular, las afecciones autoinmunes, etc. Los resultados de la pérdida de una pareja registran una notable variabilidad y reacciones fisiológicas y emocionales fuertes como la tristeza, humor melancólico o depresivo, alteraciones en la identidad, deterioro en la salud física; así como los cambios de roles y rutina diaria (Lund, Caserta, de Vries y Wright, 2004).

El significado y las consecuencias pueden variar según el momento en el que se produzca la pérdida. En la vejez, el impacto puede ser mayor por la falta de apoyo y red social, así como también por la inevitable confrontación con su propia mortalidad (Kastenbaum, 1985).

Por otro lado, la pérdida de un hijo puede conducir a una pérdida total de sentido, superando así los trastornos depresivos y situando la pérdida en un nivel mayor y de carácter psicosomático, lo que explica la posibilidad de una mayor morbimortalidad tras las experiencias mencionadas (Lund, Caserta, de Vries y Wright, 2004).

De Vries, Dalla Lana y Falck (1993) explicaron un fuerte sentimiento de culpa y autoinculpación que no cesa y empeora la salud dentro de los 2 a 20 años posteriores a la muerte (Florian, 1990).

Explicó que los padres adultos mayores en duelo expresan una falta de significado y propósito en la vida, un sentimiento que impregna muchas áreas de sus vidas, como el trabajo, la capacidad para hacer frente a los problemas y más. Son evidentes las tasas más altas de depresión y la peor salud (De Vries, et al., 1993).

Pandemia Covid-19 Y Duelo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2022, el número total de muertes asociadas directa o indirectamente a la pandemia de COVID-19 entre enero 2020 y diciembre 2021 fue de aproximadamente 14,9 millones. Asimismo, según el Ministerio de Salud en el año 2022; el Perú tuvo 216, 877 fallecidos durante marzo 2020 y octubre 2022.

Las muertes por coronavirus privaron a los acontecidos de la experiencia en sí misma de fallecer. El entorno del hospital, la acumulación de soportes respiratorios, la aglomeración de cámaras y el ser identificado como una cifra más anula la posibilidad de tener un fallecimiento humano, puesto que se convierte en un evento clínico (Sanchez, 2020).

Por ello, se puede decir que la pérdida de seres humanos a nivel mundial fue una de las consecuencias más duras de la pandemia y se tomaron diversas medidas estrictas durante esos años para evitar que siga en aumento. Por ejemplo, no se permitió a los familiares el ingreso en hospitales o en cuidados intensivos y terminó resultando imposible estar al tanto (Ogliastri, 2020).

Es importante tomar en cuenta que los familiares permanecieron en duda constante sobre los procedimientos médicos practicados con sus seres queridos cuando usualmente son las principales personas que actúan vigilantes y en supervisión de todo lo que se hace (Sanchez, 2020). Motivo por el cual, el acompañamiento y despidos durante la muerte también fue privado (Ogliastri, 2020).

Para entender mejor como las restricciones propias de la pandemia generaron un impacto en el desarrollo del duelo, es importante definir en que consisten los rituales o ritos de despedida:

“Los rituales de despedida son actos simbólicos que ayudan a expresar los sentimientos ante una pérdida, a poner un poco de orden en el caótico estado emocional, a establecer un orden simbólico para los acontecimientos vitales y permiten la construcción social de significados compartidos. Abren la puerta a la toma de consciencia del proceso de duelo” (Figuerola, M. J., Cáceres, R., & Torres, 2020, p.53).

Depino (2011) señala que cuanto mayor espacio ocupe el rito de despedida, menor sobrecarga individual en el trabajo de desprendimiento y renuncia que trae consigo el duelo puesto que la muerte siempre se rodea de rituales precisamente para acompañar a los deudos sobrevivientes y recomponer la vida tras la noticia de la pérdida del ser querido. Estas experiencias de despedida existen desde el comienzo de la humanidad y es uno de los principales actos como civilización (Cifuentes Medina, 2011).

Motivo por el cual, se entiende que cualquier impedimento de estos acarrearán muchos factores de riesgo de duelo complicado ya que se impide el inicio de la elaboración individual, familiar y grupal del duelo (Sánchez, 2020). Y ello, fue precisamente, lo que pasó en la época del COVID – 19.

Durante la primera ola de la pandemia, casi todos los países prohibieron los rituales de despedida o adoptaron medidas de precaución determinantes. Algunas naciones como Estados Unidos o Italia garantizaron la cremación exclusiva de los cuerpos y otros países como Colombia o India enterraron a sus muertos en tumbas comunes. Los rituales religiosos estuvieron fuertemente afectados. Los velorios propios del catolicismo estuvieron prohibidos o reducidos a un mínimo de personas. Por otro lado, los rituales de preparación de cuerpo para los islámicos estuvieron prohibidos para fallecidos por COVID – 19. El escenario fue atípico y desalentador, lo cual generó incidencia negativa en la posibilidad de experimentar un duelo complicado (Adiukwu, Kamalzadeh, Pinto de Costa, Ransing, de Filippis, Pereira – Sánchez; et al., 2022).

Las situaciones extremas vividas por las familias generaron un vacío en la conciencia de los dolientes, quienes no pueden dar rienda suelta al dolor emocional de situaciones tan complejas y, sobre todo, con elaboraciones traumáticas del proceso puesto que la muerte se dio en medio de una crisis mundial. La forma súbita del proceso no solo quitaba la vida, sino también la experiencia de ver a alguien morir (Sánchez, 2020).

Los dolientes estuvieron expuestos a dos factores de riesgo durante la época de la pandemia: los factores situacionales de la muerte; es decir, asumir con impotencia el no haber acompañado al ser querido durante la enfermedad y la falta de apoyo social para procesar la experiencia de pérdida teniendo que vivir el duelo en soledad y tristeza dificultando las posibilidades para observar la realidad de la muerte (Larrotta – Castillo, Méndez – Ferreira, Mora-Jaimes, Córdoba – Castañeda y Duque Moreno, 2020).

Se puede identificar que no hay estabilidad para los deudos ya que a la experiencia de duelo vivida se le suma otra, proveniente de algún familiar u otro conocido ya que la cercanía a la muerte estaba siempre presente y las prohibiciones y restricciones seguían vigentes (Romero y Suárez, 2020).

Es importante precisar la relevancia del apoyo social en la experiencia de duelo, el cual estuvo reducido significativamente durante la pandemia. El dolor se tornaba creciente debido a la distancia y se intensificaban los factores de riesgo para vivenciar un duelo complicado puesto que la pérdida es vivida en condiciones traumáticas como la lejanía para familiares no residentes en el mismo lugar que el adeudo, la sensación de no vivir las experiencias propias de una muerte como los rituales de despedida, etc.

Decir adiós es un derecho fundamental (Silva, 2020) y fue arrebatado para miles de familias privándoles la posibilidad de cicatrizar sus heridas y seguir adelante (Taboada, 2020). Es una experiencia dura que puede ser utilizada para avanzar hacia elevados niveles de solidaridad y empatía con todos; de esta manera, las muertes no serán en vano y se aprenderá algo de ello (Ramonet, 2020).

Pandemia Covid-19 Y Duelo en el Adulto Mayor. La experiencia del duelo en personas adultas mayores fue muy particular puesto que se experimentó un duelo anticipatorio para ellos sobre sus propias muertes debido a la constante sensación de peligro y ello fue extendido a sus familias y personas de mayor soporte (Wallace, Wladkowski, Gibson y White, 2020).

Motivo por el cual, Wallace, Wladkowski, Gibson y White en el año 2020 impulsan el estudio de cuidado paliativos en todos los familiares de personas adultas mayores durante la época de pandemia debido al complejo manejo de la temática y el saber cómo afrontarla asertivamente.

Las personas adultas mayores se encontraron en una posición donde tuvieron que experimentar constantemente su propia mortalidad y el ser distanciados obligatoriamente exacerbó su realidad que ya estaba en riesgo. Por consecuencia, es importante acotar que han experimentado diferentes y múltiples pérdidas durante la pandemia (Richardson, Ratcliffe, Millar y Byrne, 2021) siendo la más afectada la experiencia de pérdida de seres queridos.

El fallecimiento de familia (esposos, padres, hijos y familiares extendidos) hicieron la pandemia más real para muchos, por ello se experimentaba tristeza y angustia hasta por la muerte de personas que nunca habían conocido. Sin embargo, se destaca la complejidad de perder a un esposo/esposa durante la pandemia durante una época tan solitaria refiriendo que no poder tocar a nadie y recibir afecto durante el proceso de duelo fue una prueba para muchos (Statz, Kobayashi y Finlay, 2022).

Asimismo, la imposibilidad de visitar a sus seres queridos después del fallecimiento o tener rituales significativos fue angustiante (Imbert - Black, 2020). Actualmente, existe la preocupación entre diversos autores que esta falta de experiencias puede llevar a un despegue del duelo complicado en personas adultas mayores debido a que las circunstancias de muerte y las medidas tomadas son precisamente los factores de riesgo para experimentar dicha condición (Goveas y Shear, 2020).

Por ello, es importante acotar que el afrontamiento frente a la pérdida en las personas adultas mayores también estuvo afectado considerablemente puesto que además de vivir la pérdida sin una sensación de cierre, la vida seguía restringida y no había muchas alternativas de actividades. Se perdieron las cosas que daban vida a la vida como visitas a parques, zonas culturales, restaurantes (Statz, Kobayashi y Finlay, 2022).

Las personas adultas mayores afrontaron duelos con la sensación de que la vida normal se había ido y posiblemente para siempre puesto que al ser la población más vulnerable, perdieron todo tipo de control y oportunidades para dispersarse disminuyendo considerablemente su motivación en el día a día y voluntad para salir del estado de tristeza en el que se encontraban (Statz, Kobayashi y Finlay, 2022).

La soledad en personas adultas mayores es un problema de salud pública en tiempos convencionales (Holt – Lunstad, 2017) pero en la época del COVID su complejidad incrementaba considerablemente puesto que gran parte de ellos se apoyaban en programas de ejercicios, comunidades religiosas, centros de persona adulta mayor o visitas. Motivo por el cual, la soledad prolongada frente a una pérdida trajo mucho más riesgo a nivel emocional; y por consecuencia, también a nivel físico (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

La respuesta traumática del COVID – 19 y las restricciones que trajo consigo generan consecuencias que deben ser atendidas con un sistema de soporte adecuado, el cual no siempre está presente. Por ejemplo, se ha identificado que un 74% de personas dolientes no han accedido a un servicio de salud mental por duelo (Harrop, Goss, Farnell, Longo, Byrne, Barawi, et Al., 2021).

El trabajo de duelo post pandemia no suele estar presente para las personas adultas mayores entre los servicios de salud mental y seguro social y eso es importante que cambie para que se reciba una atención más consistente y comprensiva (Age, 2021).

Formulación de hipótesis

General

Existe relación directa y positiva entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por Covid-19.

Específicas

1. El nivel de depresión severo predomina, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19.
2. El nivel de duelo alto y el ritual de despedida propio del duelo de privación predominan, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19.

3. El grado de duelo prolongado correlaciona significativamente con el nivel de presencia de depresión severa, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19.
4. La dimensión de duelo respecto a los sentimientos actuales correlaciona directa y significativamente con la variable depresión, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19.
5. El sexo femenino correlaciona directa y más significativamente con las variables de duelo y depresión que los hombres, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19.



Capítulo III: Método

Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativa, ya que se empleó la recolección de datos para comprobar la hipótesis utilizando una base numérica y la estadística lo cual permitió comprobar las hipótesis planteadas. Además, tiene un nivel preexperimental porque se desarrolló en condiciones naturales; es decir, los participantes pertenecían a un grupo específico previamente conformado (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014).

Diseño de la investigación

Se emplea un diseño no experimental descriptivo correlacional, puesto que se pretende medir o recoger información de manera independiente sobre los conceptos a los que se refiere la presente investigación y a su vez, evaluar la relación que existe entre las variables del estudio sin su manipulación (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014).

Además, la investigación se desarrolló mediante un diseño transversal, ya que se recolectó los datos en un solo momento y solo una vez (Arias Gonzáles y Covinos Gallardo, 2021)

Población

La población del presente estudio estuvo conformada por las personas adultas mayores, tanto hombres como mujeres mayores a 65 años de edad cronológica distribuidas entre las tres sedes de una residencia geriátrica privada. El total de adultos mayores residiendo permanentemente en el hogar es de 90 personas adultas mayores, y la unidad de análisis de la investigación es una persona adulta mayor a 65 años de edad cronológica de la residencia geriátrica privada ubicada en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana.

Se escogió dicho establecimiento por la accesibilidad brindada durante los primeros meses post fin de la cuarentena por la pandemia del COVID – 19 así como por el contacto previo que se mantenía con los profesionales de dicha institución. La residencia geriátrica privada dio las facilidades necesarias para llevar a cabo la recolección de datos de una manera segura para todos los participantes.

Muestra

La casa de reposo identificó que alguno de sus residentes, por sus condiciones, definitivamente no podrían participar del estudio. Entre estas condiciones se encontraron pacientes en cuidados paliativos, niveles de sedación muy altos, demencia diagnosticada y pacientes en aislamiento por altos niveles de agresividad. En total, se eliminaron 30 pacientes que cumplían esas características.

El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia (Hernández Sampieri et al, 2014) ya que las investigadoras eligieron una residencia geriátrica privada en Lima Metropolitana accesible y conocida para ellas. Los criterios de inclusión determinados para elegir la muestra fueron los siguientes:

1. Personas adultas mayores a 65 años de edad cronológica.
2. Personas adultas mayores con 0 a 3 errores en la escala de Pfeiffer (detección de posible deterioro cognitivo).
3. Personas adultas mayores con experiencia de duelo mayor a tres meses y menor a 3 años.
4. Personas adultas mayores que acepten formar parte de la presente investigación firmando el consentimiento informado.

Para confirmar que el tamaño de la muestra fuera aceptable, se aplicó la siguiente fórmula empleando un nivel de confianza del 85% (Sierra, 1994):

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2(N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

n = muestra (55)

z = nivel de confianza (1.44)²

n = muestra (55)

E = error de estimación (0.05)

p = probabilidad de éxito (0.50)

N = población objetivo (90)

Q= probabilidad de fracaso (0.50)

$$n = \frac{(1.44)^2 \times (0.5) \times (0.5) \times 90}{(0.05)^2(90 - 1) + (1.44)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

$$n = 62,76 = 63.$$

Se inició la aplicación de instrumentos con 60 personas como muestra para la presente investigación, de las cuales 5 tuvieron que ser descartadas durante el proceso por filtros específicos de la recolección de datos: 3 fueron eliminados porque tuvieron más de 3 errores en la escala de Pfeiffer y 2 porque no tuvieron una experiencia de duelo en el plazo de tiempo indicado; quedando así 55 personas en la muestra final, 8 personas menos que la muestra ideal que sugiera la fórmula previa.

Unidad de análisis

1 persona adulta mayor a 65 años de edad cronológica institucionalizada en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En este estudio se han utilizado 3 instrumentos: 1. Escala SPMSQ de Pfeiffer para medir deterioro cognitivo, 2. Escala de Depresión Geriátrica (GDS) para medir la presencia de síntomas depresivos y 3. Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) para medir el impacto de la pérdida en tiempo pasado y presente. Adicionalmente, se recogieron datos básicos sociodemográficos por medio de una ficha diseñada por las investigadoras que puede ser encontrada en el anexo 1. A continuación, se presentarán las características específicas de los tres instrumentos utilizados en la investigación.

Instrumentos De Recolección De Datos

1. Escala SPMSQ de Pfeiffer

El cuestionario Pfeiffer es un instrumento breve utilizado usualmente en el contexto médico para determinar fallo cognitivo en personas adultas mayores a 65 años. Fue publicado en el año 1988 por Pfeiffer. Es una prueba que consta de 10 ítems con respuesta cerradas y estos dan valor de un punto. Si es que se realizara algún error, al sumarse los valores se califica los niveles de deterioro cognitivo en normal, leve, moderado y severo.

Fue adaptada y validada al castellano en el año 2001 por De la Iglesia, Dueñas Herrero, Vilches, Colomer y Luquec quienes realizaron una adaptación transcultural en 250 personas del centro de Salud de Azahara. Los autores tradujeron el texto original del inglés al español por tres personas bilingües con experiencia en asistencia médica, tuvieron formación de un comité revisor y una prueba piloto de 20 personas. La adaptación trabajada consta de de una consistencia interna de 0,82, sensibilidad del 85,7% y especificidad del 79,3%. Se internacionaliza su uso en diversos países latinoamericanos por el accesible entendimiento de ítems y su sensibilidad y especificidad al 100%.

En el Perú, se realizó una primera aplicación del cuestionario por el Doctor Luis Fernando Varela Pinedo; médico geriatra y rector de la Universidad Cayetano Heredia y del Instituto Nacional de

Geriatría de la misma universidad en el año 1999 en su tesis doctoral “Valoración geriátrica integral” la cual tuvo como objetivo identificar la presencia de problemas geriátricos en 130 pacientes hospitalizados y de esta manera proponer un addendum a la historia clínica peruana. El doctor Varela realizó un estudio prospectivo - descriptivo de tipo transversal entre septiembre 1998 y Enero 1999 en el Hospital Cayetano Heredia.

En la segunda parte de su estudio, diseñó un modelo comparativo de valoración geriátrica. El trabajo concluyó que la historia clínica convencional desarrollada en esa época no era la ideal para identificar problemas geriátricos y se añadió el apéndice de evaluación geriátrica en la historia clínica nacional con una sensibilidad de 60 – 100% y especificidad de 50- 90% para una valoración geriátrica integral. Un año después fue publicada por la Revista Diagnóstico de la fundación Hipólito Unanue y recomendada para su utilización.

Campos Vásquez y Valdez Murrugarra desarrollaron en el 2019 su estudio titulado: Concordancia entre las pruebas Mini Mental State Examination, Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) y Montreal Cognitive Assessment para el tamizaje del deterioro cognitivo mayor en adultos mayores. El objetivo era identificar el nivel de concordancia entre las tres pruebas e identificar la confiabilidad actual de la misma. Se incluyeron un total de 1683 pacientes y el estudio determinó que la concordancia del test de Pfeiffer y su aplicación en los pacientes tiene un intervalo de confianza al 95%.

Melgar (2019) desarrolló un estudio titulado: Capacidad de independencia de autocuidado en el adulto mayor para las actividades instrumentales de la vida diaria, Comas 2019 que tuvo como objetivo determinar la independencia de autocuidado en las personas adultas mayores para las actividades instrumentales de la vida diaria en 74 adultos del CAM – Comas. Se realizó una prueba piloto aplicando la prueba a una muestra de 17 personas adultas mayores que reunían los criterios de inclusión y se volvió a aplicar la prueba de confiabilidad teniendo un resultado de 0.910 utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach

Por otro lado, Arhuire y Wilber realizaron en el año 2020 la primera evaluación aprobada con criterio de jueces a la versión ya adaptada transculturalmente, validada al español y recomendada por el doctor Vaerla.

Por ello, el cuestionario Pfeiffer forma parte actualmente del protocolo de evaluación integral del adulto mayor según normativa médica del Ministerio de Salud del Perú quienes se encargaron también de validar el instrumento bajo criterio de profesionales especializados y expertos del ministerio. Es utilizado en la investigación como una prueba filtro al inicio de la investigación para poder trabajar exclusivamente con las personas que no tengan ningún tipo de deterioro cognitivo.

Tabla 1.

Escala Pfeiffer

Nombre del instrumento en español	Escala Pfeiffer
Nombre original del instrumento	Short Portable Mental State Questionnaire
Autor(es)	Eric Pfeiffer
Año de publicación	1988
Duración de la aplicación	5 min
Objetivo del instrumento	Detección de posible deterioro cognitivo en personas de más de 65 años
Ámbito de aplicación	Médico
Modo de aplicación	Individual y autoaplicada
Adaptación	De la Iglesia, Dueñas Herrero, Vilches, Taberné, Colomer y Luquec (2001)
Validación	Varela (1999) , Campos Vásquez y Valdez Murrugarra (2019)
Baremos	<p>Sin estudios superiores:</p> <p>0-3 fallos: Sin deterioros cognitivos</p> <p>4-5 fallos: deterioro cognitivo leve</p> <p>6-8 fallos: deterioro cognitivo moderado</p> <p>9-10 fallos: deterioro cognitivo grave</p> <p>Con estudios superiores:</p> <p>1. fallo: sin deterioro cognitivo</p> <p>2-3 fallos: deterioro cognitivo leve</p> <p>4-6 fallos: deterioro cognitivo moderado</p> <p>7-10 fallos: deterioro cognitivo grave.</p>
Características psicométricas	Coefficiente de Spearman: 0, 738

2. Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

La Escala de Depresión Geriátrica fue creada por Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Adey M, etc., en el año 1982. Consiste en un cuestionario con 30 respuestas dicotómicas cuyo contenido se enfoca en aspectos cognitivo-conductuales vinculados con las características particulares de la depresión en personas adultas mayores. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de reducir las tendencias a responder en un solo sentido.

Se divide en tres dimensiones: “Dimensión Cognitiva” (Yesavage, 1982) refiriéndose a los pensamientos que acontecen en la persona deprimida y los respectivos procesos que atraviesa debido a ellos. Esta primera dimensión cuenta con 3 indicadores: pensamientos negativos, pensamientos pesimistas e ideas suicidas y 15 ítems. La segunda dimensión “Dimensión Conductual” (Yesavage, 1982) se entiende como la habituación a circunstancias adversas y contextuales, así como también a la regulación de la conducta. Tiene 4 indicadores: dolor de cabeza, molestias digestivas, dolor generalizado y agitación. Cuenta con 5 ítems. Finalmente, la tercera dimensión “Dimensión afectiva” entendida como la abaricación de ideas irracionales de la persona depresiva asociadas con sentimientos de impotencia e inutilidad. Cuenta con 5 indicadores: pérdida de energía, irritabilidad, apatía, baja autoestima y desesperanza. Cuenta con 10 ítems.

En cuanto a la adaptación del instrumento al castellano, Perlado realizó en el año 1987 la primera adaptación al castellano, Felipe y Soler realizaron en 1990 la segunda e Izal y Montorio realizaron en 1993 la tercera adaptación al castellano la cual será explicada a continuación puesto que realizaron dicho procedimiento en personas adultas mayores institucionalizadas, tal y como en la presente investigación.

Se evaluaron a 60 personas adultas mayores que vivían en una residencia pública del Instituto Nacional de Servicios Sociales en España y las edades de los mismos oscilaban entre los 62 y 96 años de edad. El Alfa de Cronbach de dicho estudio obtuvo un 0,89, lo cual indica una confiabilidad alta y veraz para su uso.

Delgado (1993) realizó la primera adaptación y validación de la prueba a la población peruana con el desarrollo de su tesis “La Escala de Depresión Geriátrica GDS a la Población Anciana de Lima Metropolitana” la cual tuvo como objetivo adaptar el instrumento en Lima y determinar su validez y confiabilidad.

Delgado aplicó la prueba en 360 personas adultas mayores distribuidas en una residencia “Hogar Ignacia Rodolfo, Vda de Canevaro, en 2 parroquias: San Francisco de Borja, Sagrado Corazón de María y en el Hospital Cayetano Heredia.

Durante su estudio, Delgado aplicó dos instrumentos de depresión a la población adulta mayor: Escala Beck de Depresión y GDS. Los resultados arrojaron que el GDS tiene una mayor sensibilidad y especificidad de 84 y 95% respectivamente, asimismo tiene confiabilidad de 0.94 según Alfa de Cronbach.

Para el desarrollo de su validación, la tesista utilizó 25% de pruebas con el puntaje más alto y 25% con el puntaje más bajo realizando un análisis de ítems por medio de la discriminación escalar de Edwards y Kilpatrick así como una correlación con la prueba de depresión de Beck; la cual obtuvo una correlación de 0,6724.

Arias Muños Del Carpio y Rivera (2019) realizaron la segunda validación aplicando el instrumento a 270 personas adultas mayores de las regiones Arequipa, Puno y Cuzco contrastando dos métodos de análisis factorial exploratorio, uno hecho con el software SPSS 23 y otro con FACTOR 9,2 dentro del marco de proceso de validación de la prueba. Se concluye que la estructura factorial de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage tiene una confiabilidad aceptable de 0,751.

Tabla 2.

Escala de Depresión Geriátrica

Nombre del instrumento en español	Escala de Depresión Geriátrica
Nombre original del instrumento	Geriatric Scale Depression
Autor(es)	Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O.
Año de publicación	1982
Duración de la aplicación	7 min
Objetivo del instrumento	Evaluación de la depresión en adultos mayores y control a lo largo del tiempo.
Ámbito de aplicación (caract. de la población)	Personas adultas mayores
Modo de aplicación	Individual y autoaplicada
Adaptación	Perlado (1987), Felipe y Soler (1990), Izal, M., & Montorio, I. (1993).

Validación	Delgado, A (1993), Arias, W., Muños Del Carpio, A., & Rivera, R. (2019).
Baremos	0-4: normal; 5-8: depresión leve; 9-11: depresión moderada y 12- 15: depresión severa
Características psicométricas	Alfa de Cronbach 0, 87

Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD). Para evaluar la intensidad y características del duelo se seleccionó el *Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)* de Faschingbauer et al., (1977 – 1981, citado en Ortega (2022)), versión adaptada a la población peruana del *Texas Revised Inventory of Grief*, el cual es de fácil aplicación.

El inventario Texas Revisado de Duelo está compuesto por 21 ítems en escala Likert de 5 y se divide en dos dimensiones: Comportamiento en el pasado (Ortega, 2022) refiriéndose a la forma usual de comportamiento cuando comenzó la pérdida. Esta primera dimensión cuenta con 6 indicadores: falta de concentración, aislamiento, desánimo, nostalgia, irritabilidad, insomnio, con 8 ítems respectivamente.

Por otro lado, la segunda dimensión: Sentimientos Actuales (Ortega, 2022), hace referencia a los sentimientos provocados meses después de la muerte y cuenta con 5 indicadores: tristeza, llanto, pensamientos recurrentes, no aceptación y evocación, con 13 ítems.

En cuanto a la adaptación del instrumento al castellano, Grabowski y Frantz realizaron una primera traducción de la prueba en 1993. Posteriormente, García, Petralanda, Manzano e Inda desarrollaron una segunda traducción en el año 2005 (García, Inda, Manzano y Petralanda, 2005) . En cuanto a la consistencia interna, los coeficientes alfa de Cronbach de ambas escalas adaptadas al castellano fueron de 0,75 y 0,86 respectivamente y para asegurarse la equivalencia con la primera traducción y adaptación a población hispana, se cotejaron los ítems con el primer ITRD hispano latinoamericano realizado por Grabowski y Frantz en 1993.

Tucto Espinoza, Torres Salomé y Espinoza Acuña (2017) desarrollaron un estudio de la actitud ante la muerte e intensidad de duelo por la pérdida de un ser querido en adultos y personas adultas mayores en un centro de Huánuco; siendo este, el estudio donde se realizó la primera validación del Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) a la población peruana. Los investigadores realizaron una prueba piloto con un grupo de personas adultas mayores previo a su intervención y corrieron la estadística con dicha prueba tomando como contexto la población peruana. Esta primera validación tuvo un Alfa de Cronbach de 0,887 respecto a la confiabilidad y consistencia interna.

Por otro lado, Ortega (2022) realizó la segunda validación del Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) a la población peruana realizando una validación de jueces con los mismos ítems y características psicométricas que se usaron en la versión adaptada al castellano realizada por García, Inda Manzano y Petralanda en el año 2005.

Estos estudios peruanos forman parte de una tesis de licenciatura. Motivo por el cual, se decidió aplicar criterio de jueces para confirmar que el cuestionario podría aplicarse a población peruana y realizar de esta manera una tercera validación.

Se trabajó con los mismos ítems y características encontrados en la adaptación española y la primera validación peruana para esta segunda validación. Estuvo conformada por 7 profesionales magísteres en psicología y con experiencia en el trabajo con personas adultas mayores, a los cuales se les pidió revisar el cuestionario respondiendo a la siguiente premisa: La oración tiene la cualidad de poder ser comprendida en un contexto de una persona adulta mayor peruana.

Los 7 profesionales coincidieron en que la validación del Inventario Texas Revisado de Duelo podría ser comprendida por población geriátrica peruana.

Tabla 3.

Inventario Texas Revisado de Duelo

Nombre del instrumento en español	Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)
Nombre original del instrumento	Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)
Autor(es)	Faschingbauer, Zisook, & De Vul, 1987
Año de publicación	1987
Duración de la aplicación	15 min
Objetivo del instrumento	Identificar el grado de intensidad de duelo en personas con experiencias mayores a 3 meses y menores a 3 años
Ámbito de aplicación	Clínico
Modo de aplicación	Individual y autoaplicada
Adaptación	García, J. G., Petralanda, V. L., Manzano, M. T., & Inda, I. G (2005)
Validación	Tucto Espinoza, Torres Salomé y Espinoza Acuña (2017) Ortega (2022), Navarro, Reyes (2022)

Baremos	<p>Parte I: Comportamiento en el pasado (García, 2021)</p> <p>0-9: Bajo</p> <p>10-19: Medio</p> <p>20-40: Alto</p> <p>Parte II: Sentimientos actuales (García, 2021)</p> <p>0-19: Bajo</p> <p>20-44: Medio</p> <p>45-65: Alto</p> <p>*Los grados de duelo dependen de los resultados de ambas dimensiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultado bajo en la Parte I y resultado medio o alto en la Parte II equivale a un duelo retrasado. - Resultado medio o alto en la Parte I y resultado medio o alto en la Parte II equivale a un duelo prolongado. - Resultado medio o alto en la Parte I y resultado bajo en la Parte II equivale a un duelo resuelto. - Resultado bajo en la Parte I y resultado bajo en la Parte II equivale a un duelo ausente.
Características psicométricas	Alfa de Cronbach: 0,75 en la Parte I (comportamiento en el pasado) y 0,86 en la Parte II (sentimientos actuales)

Recolección de datos

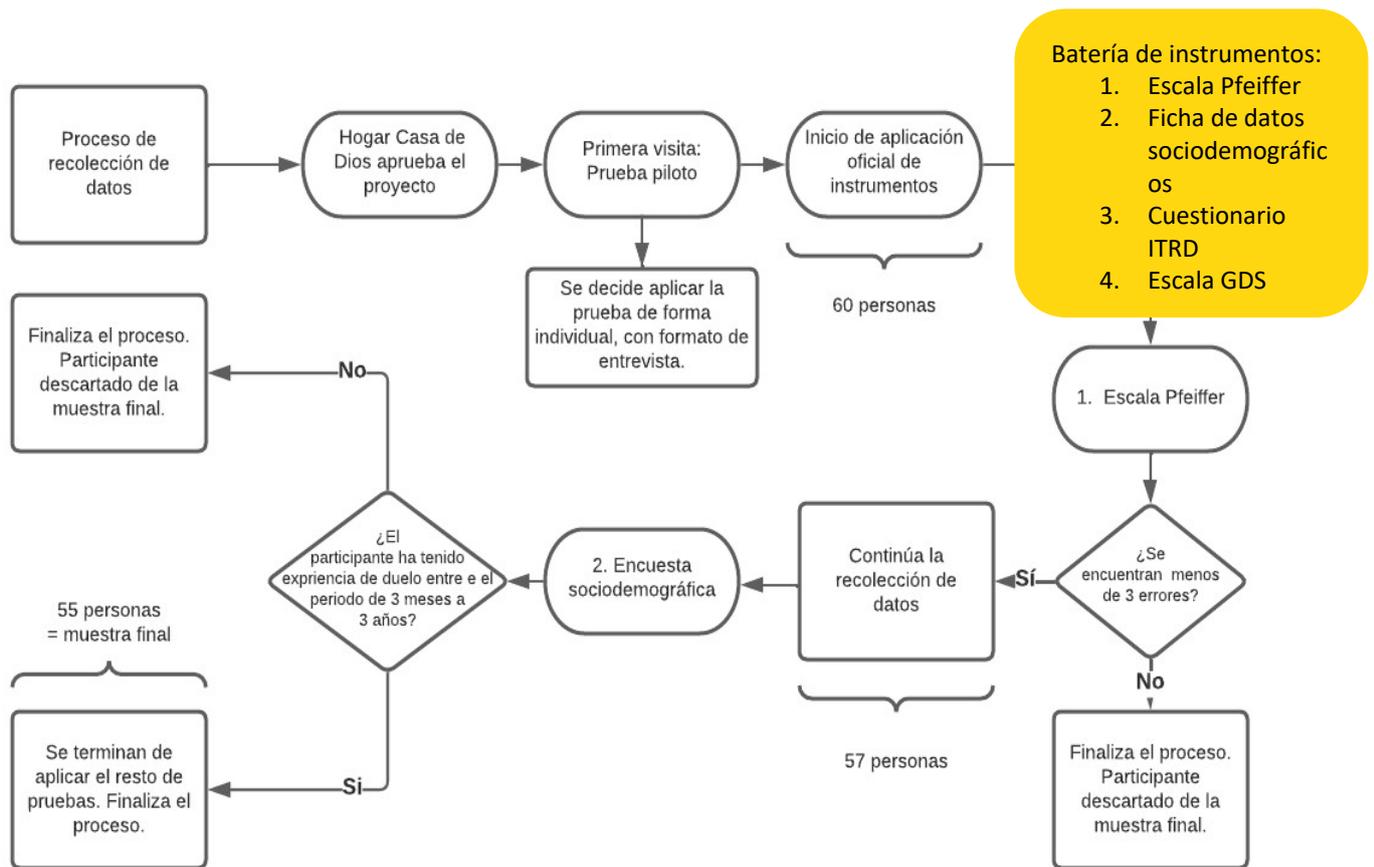


Figura 2

Flujograma del proceso de recolección de datos

Fuente: Propia

La recolección de datos se realizó en mayo y junio del 2022. Al trabajar con una población en riesgo y en un contexto post pandemia, el centro solicitó ciertas precauciones para cuidar a su comunidad. Por ejemplo: uso obligatorio de mascarillas, pelo recogido y distanciamiento de las personas adultas mayores. Adicionalmente, se estableció un espacio cerrado y aislado para la aplicación en cada sede. Inicialmente, se realizó una prueba piloto con 5 personas adultas mayores escogidas aleatoriamente dentro de la institución a las cuales se les aplicó todos los instrumentos de manera grupal con una de las evaluadoras. El propósito fue validar que las preguntas incluidas en la ficha sociodemográfica y los instrumentos escogidos eran comprendidas en su totalidad por los participantes.

Al iniciar la sesión, se examinó que las personas adultas mayores tenían dificultades para responder los cuestionarios de manera autónoma; por lo que se procedió a leer las preguntas en voz alta solicitando a cada adulto mayor marcar la respuesta en su cuestionario.

En el piloto, se pudo comprobar que las personas comprendieron todas las preguntas, pero tenían dificultades para escribir. Adicionalmente, manifestaron que les gustaría comunicar mejor sus respuestas, pero no se sentían cómodos de hacerlo grupalmente.

Por ello, se decidió mantener los cuestionarios con las preguntas como estaban formuladas, pero realizar la aplicación de manera individual (uno a uno con una evaluadora) ya que se comprendió lo relevante que era para los participantes compartir sus historias y ser escuchados respecto a sus experiencias de pérdida mientras realizaban las pruebas.

El trabajo de recolección de datos empezó con una breve explicación del propósito de la investigación. Se dio lectura del consentimiento informado en voz alta y después de ser aprobado, se aplicó la prueba Pfeiffer para determinar si existía un daño cognitivo en el participante. En caso de que el adulto mayor sacara una puntuación de 0 a 3 errores, se continuaba con el proceso de aplicación.

Posteriormente, se realizó la aplicación de la ficha sociodemográfica que recolectaba datos generales del participante como edad, estado civil, escolaridad, experiencia de duelo y fecha de la pérdida (mayor a 3 meses y menor a 3 años), nivel de cercanía del participante con la persona fallecida y los rituales de despedida en el momento de la muerte (velorio, entierro y/o visita a columbarios o visitas a la tumba).

Luego de ello, se aplicaron los instrumentos correspondientes de la evaluación y variables de estudio: la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) que evaluó el nivel de presencia de depresión en los adultos mayores, y el Inventario Texas Revisado Duelo (ITRD) que identificó el grado de duelo de los participantes leyendo cada ítem en voz alta y marcando la respuesta indicada por cada participante

Posterior a la recolección de datos se arrojó la información en una base de datos que permitió elaborar el respectivo análisis de información y correlación entre ambas variables, de las cuales también se consideró hacer un contraste con otros datos sociodemográficos de importancia para los objetivos específicos de la investigación.

El tratamiento de los datos se hizo de manera anónima utilizando únicamente el DNI como identificador del participante.

Análisis de datos

El análisis de datos de la siguiente investigación comprendió el uso de la estadística descriptiva de la cual se obtuvieron las medidas de tendencia central como moda, media; de acuerdo con cada variable, que en este caso sería; la depresión y el duelo.

Se utilizaron herramientas visuales como las tablas de frecuencia. Asimismo, se utilizó la estadística inferencial para poder confirmar la relación entre variables y de esta manera; confirmar la presente hipótesis de investigación; que existe relación entre la depresión y el duelo en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana en el contexto de la pandemia por COVID -19.

Al obtener las respuestas de los instrumentos aplicados se procedió a realizar la base de datos en el programa Microsoft Excel 2019 donde se ordenó toda la información y se procedió a utilizar los programas estadísticos SPSS 25.0, SPSS Amos 25.0 y JASP 0.14.1, en donde se realizó la validez y confiabilidad de los instrumentos, el análisis descriptivo para obtener las medidas de tendencia central y de dispersión, así mismo se aplicó la prueba de normalidad Shapiro - Wilk para evaluar la distribución de normalidad de los datos.

Finalmente, se utilizó el coeficiente rho de Spearman para determinar la relación entre las variables y para el análisis comparativo se utilizó la prueba paramétrica análisis de varianza (ANOVA) y la prueba no paramétrica de H de Kruskal – Wallis.



Capítulo IV: Resultados

Descripción de la muestra

Después de la aplicación del instrumento y descartar a aquellos participantes que no cumplieron con los filtros de la Escala Pfeiffer, la muestra final estuvo constituida por 55 adultos mayores. A continuación, se presentan sus características sociodemográficas.

Referente al género de la muestra, se distribuye aproximándose a valores porcentuales similares como se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla 4.
Distribución de la muestra según el género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	28	50,9	50,9
	Femenino	27	49,1	49,1
	Total	55	100,0	100,0

La descripción de la muestra según el parentesco del duelo refleja que cerca al 50% de los participantes estaban viviendo el duelo fue por el deceso del cónyuge, y el 29% de ellos vivían un duelo por la pérdida de un hermano.

Tabla 5.
Distribución de la muestra según el grado de parentesco y afinidad en relación con la pérdida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	cónyuge	27	49,1	49,1
	madre	5	9,1	58,2
	hijo	1	1,8	60,0
	Hermano	16	29,1	89,1
	Mejor amigo	5	9,1	98,2
	Parentesco Político	1	1,8	100,0
	Total	55	100,0	100,0

Respecto a la distribución del estado civil de la muestra, solo el 25.5 % de los participantes son solteros, y el 56,4% de la muestra son viudos.

Tabla 6.

Distribución de la muestra según el estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	14	25,5	25,5	25,5
	Casado	7	12,7	12,7	38,2
	Divorciado	3	5,5	5,5	43,6
	viudez	31	56,4	56,4	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

También se consideró relevante entender la distribución de la muestra según la región de nacimiento, y dado la dispersión se ha considerado pertinente agrupar a los participantes por macro región geográfica que incluye el distrito de natal. Se registra que el 78.2% pertenecen a Lima Metropolitana, el 18.2% pertenecen a la Sierra, y solo el 3,6% son de Lima provincia.

Tabla 7.

Distribución de la muestra según la región de nacimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Lima	43	78,2	78,2	78,2
	Provincia Costa	2	3,6	3,6	81,8
	Provincia Sierra	10	18,2	18,2	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

La distribución de la muestra según la edad cronológica arroja que la edad modal corresponde a los 83 años con un 9.1% de la muestra. La edad más alta corresponde a los 94 años y la menor edad a los 67 años.

Tabla 8.*Distribución de la muestra según la edad cronológica*

	Edad en años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	67,00	1	1,8	1,8	1,8
	69,00	2	3,6	3,6	5,5
	70,00	3	5,5	5,5	10,9
	71,00	1	1,8	1,8	12,7
	72,00	3	5,5	5,5	18,2
	74,00	2	3,6	3,6	21,8
	75,00	4	7,3	7,3	29,1
	76,00	3	5,5	5,5	34,5
	77,00	1	1,8	1,8	36,4
	78,00	4	7,3	7,3	43,6
	79,00	4	7,3	7,3	50,9
	80,00	3	5,5	5,5	56,4
	81,00	2	3,6	3,6	60,0
	83,00	5	9,1	9,1	69,1
	84,00	1	1,8	1,8	70,9
	85,00	2	3,6	3,6	74,5
	86,00	1	1,8	1,8	76,4
	87,00	4	7,3	7,3	83,6
	88,00	2	3,6	3,6	87,3
	89,00	1	1,8	1,8	89,1
	90,00	3	5,5	5,5	94,5
	91,00	2	3,6	3,6	98,2
	94,00	1	1,8	1,8	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Propiedades psicométricas de los cuestionarios

Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)

Para medir la confiabilidad por consistencia interna se utilizó el Alfa de Cronbach, característico por remitirse a evaluar datos ordinales. Se puede observar en la tabla a continuación que el ITRD presenta un coeficiente de confiabilidad de 0,962, considerándose significativamente elevado. Se puede deducir que los resultados obtenidos tienen un bajo error de medición. Los resultados de la prueba referente al duelo en el pasado y a sentimientos actuales también presentan una confiabilidad elevada.

Tabla 9.

Confiabilidad por consistencia interna Alfa de Cronbach del ITRD

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
Duelo: Comportamientos Pasados	0.932	0.934	8
Duelo: Sentimientos Actuales	0.962	0.962	13

Para determinar la validez del cuestionario se utilizó la correlación ítem-test. Se puede observar en la tabla 9 que los coeficientes hallados en la correlación ítem-test del cuestionario pertinente al duelo, el ITRD, indican que los ítems deben permanecer en su totalidad, ya que aportan de forma significativa al resultado total del cuestionario.

Tabla 10.

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	85.0000	219.283	0.658	0.961
P2	85.0741	218.070	0.675	0.961
P3	85.0185	214.698	0.782	0.960
P4	85.1667	211.538	0.783	0.960
P5	85.2222	216.063	0.599	0.962
P6	85.0370	214.300	0.780	0.960
P7	85.3333	214.868	0.588	0.963
P8	85.0185	219.188	0.631	0.961
A1	85.4259	211.683	0.856	0.959
A2	85.2593	217.630	0.827	0.960
A3	85.4815	211.764	0.796	0.960
A4	84.9444	230.355	0.384	0.963
A5	85.2778	215.299	0.778	0.960
A6	85.3148	212.861	0.863	0.959
A7	85.6296	210.426	0.805	0.959
A8	84.9630	228.791	0.360	0.964
A9	85.4074	215.529	0.859	0.959
A10	85.3704	211.521	0.895	0.958
A11	85.3333	217.396	0.732	0.960
A12	85.4815	211.688	0.813	0.959
A13	85.2407	214.450	0.819	0.959

Validez mediante la correlación ítem test del cuestionario ITRD

Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Al igual que con el anterior cuestionario, se realizó la revisión de la fiabilidad del GDS utilizando el método de la consistencia interna Alfa de Cronbach. Los resultados arrojan un coeficiente alto, de 0.899, siendo este un indicador de que el cuestionario proporciona información dentro de un margen de error permitido.

Tabla 11.*Confiabilidad por consistencia interna Alfa de Cronbach del GDS*

Estadísticas de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos	
0.899		0.897	30

Al realizar la evaluación para encontrar la validez mediante los coeficientes de correlación ítem-test, se encuentra que cada ítem aporta con información pertinente al total del cuestionario con excepción del ítem 30. Se observa que si este ítem fuese suprimido el coeficiente de Alfa de Cronbach total de la prueba aumentaría a 0,906. Se sugiere que antes de retirarlo se debe analizar detenidamente en una futura investigación.

Tabla 12.*Validez mediante la correlación ítem test del cuestionario GDS*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
D1	14.3455	49.453	0.288	0.899
D2	14.3273	48.558	0.445	0.896
D3	14.5636	46.621	0.668	0.892
D4	14.4364	46.139	0.773	0.890
D5	14.6000	46.689	0.658	0.892
D6	14.8909	49.173	0.394	0.897
D7	14.4182	47.507	0.565	0.894
D8	14.6545	48.267	0.428	0.896
D9	14.4364	47.176	0.609	0.893
D10	14.6000	46.578	0.675	0.891
D11	14.6182	47.722	0.504	0.895
D12	14.4727	51.328	-0.014	0.905
D13	14.6182	48.833	0.340	0.898
D14	14.9273	50.291	0.210	0.899
D15	14.7818	47.544	0.589	0.893
D16	14.4364	46.584	0.703	0.891
D17	14.4727	47.106	0.608	0.893
D18	14.8182	49.003	0.370	0.897
D19	14.4000	46.800	0.687	0.891
D20	14.4000	50.133	0.167	0.901
D21	14.3636	47.458	0.603	0.893

D22	14.8364	48.176	0.523	0.895
D23	14.5455	47.808	0.490	0.895
D24	14.6364	48.902	0.332	0.898
D25	14.5818	47.803	0.490	0.895
D26	14.7273	49.795	0.214	0.900
D27	14.6182	47.389	0.554	0.894
D28	14.6182	47.426	0.549	0.894
D29	14.2545	50.008	0.239	0.899
D30	14.7091	51.803	-0.080	0.906

Análisis de las variables de estudio

Antes de proceder con el análisis, se realizó la prueba de normalidad estadística de Kolmogorov-Smirnov con el propósito de averiguar el tipo de distribución; es decir, entender si corresponde a la normal estadística.

Tabla 13.

Prueba de normalidad estadística de Kolmogorov-Smirnov

		Escala GDS	ITRD	ITRD	
		Total	Comportamientos	Sentimientos	ITRD Total
N		55	pasados	Actuales	55
Parámetros	Media	15,0727	34,9091	54,0364	88,9455
normales	Desviación estándar	7,17468	6,91823	10,26494	15,82007
Máximas	Absoluta	0,106	0,260	0,143	0,158
diferencias	Positivo	0,106	0,231	0,143	0,155
extremas	Negativo	-0,097	-0,260	-0,136	-0,158
Estadístico de prueba		0,106	0,260	0,143	0,158
Sig. asintótica (bilateral)		,185 ^c	,000 ^c	,007 ^c	,001 ^c

En la tabla 13, se observa la distribución de datos conforme al modelo estocástico de la normal estadística. Los resultados de la aplicación de la ecuación de Kolmogorov-Smirnov, presentan distribución normal en la Escala GDS y asimétricas en el Inventario ITRD. Por lo tanto, el estadístico de análisis debe ser no paramétrico, incluyendo para la depresión por el tipo de escala y tamaño de muestra.

Tabla 14.*Correlación entre duelo y depresión en las personas adultas mayores*

		Depresión	
Duelo	<i>r_s</i>		.568
	<i>p</i>		.000
	<i>n</i>		55

Nota. *r_s*: coeficiente de correlación de Spearman; *p*: probabilidad de significancia ($p < .05$); *n*: tamaño de la muestra

En la tabla 14, se obtuvo una correlación directa media con significancia estadística entre el duelo y la depresión en las personas adultas mayores ($r_s = .568$, $p < .05$). Por lo tanto, ambas variables se encuentran correlacionadas y su dirección positiva indica que cuando aumenta el estado de duelo también aumenta la depresión.

Tabla 15.*Grado de duelo según los niveles de depresión en personas adultas*

		Niveles de depresión									
		Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Grados de duelo	Duelo retrasado	4	7.27	0	0	2	3.64	0	0	6	10.91
	Duelo prolongado	11	20.00	3	5.45	17	30.91	18	32.73	49	89.09
	Duelo resuelto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Duelo ausente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	15	27.3	3	5.45	19	34.55	18	32.73	55	100

En la tabla 15, se observa que se obtuvieron resultados únicamente de duelo retrasado y prolongado; es decir, ningún participante manifestó duelo ausente o resuelto. Se obtuvo que 32.73 %

(18) de personas adultas mayores se encuentran en un grado de duelo prolongado con un nivel severo de depresión, seguido por 30.91 % (17) de personas adultas mayores que se encuentran en un grado de duelo prolongado con un nivel moderado de depresión, el 20.00 % (11) de personas adultas mayores se encuentran en un grado de duelo prolongado con un nivel normal de depresión, el 7.27%

(4) de personas adultas mayores se encuentran en un grado de duelo retrasado con un nivel normal de depresión, seguido por el 5.45 % (3) de personas adultas mayores que se encuentran en un grado de duelo prolongado con un nivel leve de depresión y el 3.64 % (2) de personas adultas mayores se encuentran en un grado de duelo retrasado con un nivel moderado de depresión.

Tabla 16.

Correlación entre las dimensiones del duelo y la depresión en las personas adultas mayores

		Depresión		
		r_s	p	n
Duelo	Comportamientos pasados	.483	.000	55
	Sentimientos actuales	.553	.000	55

Nota. r_s : coeficiente de correlación de Spearman; p : probabilidad de significancia ($p < .05$); n : tamaño de la muestra

En la tabla 16, se obtuvo una correlación directa media con significancia estadística entre los comportamientos pasados y la depresión ($r_s = .483$, $p < .05$) y una correlación directa media con significancia estadística entre los sentimientos actuales y la depresión ($r_s = .553$, $p < .05$). Por lo tanto, ambas variables se encuentran correlacionadas y su dirección positiva indica que cuando aumenta las dimensiones del duelo también aumenta la depresión.

Tabla 17.

Correlación entre el duelo y la depresión según el sexo en las personas adultas mayores

		Depresión		
		r_s	p	n
Duelo	Masculino	.768	.000	55
	Femenino	.324	.000	55

Nota. r_s : coeficiente de correlación de Spearman; p : probabilidad de significancia ($p < .05$); n : tamaño de la muestra.

En la tabla 17, se obtuvo una correlación directa considerable con significancia estadística entre el duelo y la depresión en las personas adultas mayores de sexo masculino ($r_s = .768$, $p < .05$) y una correlación directa débil con significancia estadística entre el duelo y la depresión en las personas adultas mayores de sexo femenino ($r_s = .324$, $p < .05$). Por lo tanto, ambas variables se encuentran correlacionadas de manera positiva según sexo, lo cual indica que si la variable duelo aumenta también aumenta la depresión en personas adultas mayores ya sean masculinas o femeninas, sin embargo, en las personas adultas mayores de sexo femenino, esta correlación es débil, lo cual indica que hay posibles factores que están interviniendo para que esta correlación no sea muy fuerte.

Tabla 18.

Descripción del duelo y depresión con rituales de despedida

	Min	Max	M	DE	Me	Mo
Duelo	31	105	88.95	15.82	92	105
Depresión	3	28	15.07	7.175	16	22
Rituales de despedida	1	3	2.8	0.524	3	3

Nota. M: media; Me: mediana; Mo: moda; DE: desviación estándar.

En la tabla 18, se observa respecto al duelo que el puntaje oscila entre un mínimo de 31 y un máximo de 105 encontrándose un nivel medio y alto, con un promedio de 88.95 y una dispersión de datos de 15.82, además presenta una posición central de 92 y el valor que aparece con mayor frecuencia es 105 lo que significa que predomina un nivel de intensidad de duelo alto. En cuanto a la depresión el puntaje oscila entre un mínimo de 3 y un máximo de 28 encontrándose presentes los 4 niveles normal, leve, moderado y severo, con un promedio de 15.07 y una dispersión de datos de 7.175, también presenta una posición central de 16 y el valor que aparece con mayor frecuencia es 22 lo que significa que predomina un nivel de depresión severo.

Finalmente, en cuanto a los rituales de despedida se observa un promedio de 2.8 y una dispersión de datos de 0.524, así mismo presenta una posición central de 16 y el valor que aparece con mayor frecuencia es el 3 lo que significa que el ritual de despedida más utilizado en las personas adultas mayores es la de privación.



Capítulo V: Discusión

Posterior al análisis de resultados, se procede a continuación, a la discusión de estos, todo en función a las hipótesis de la investigación. Se considera relevante iniciar el análisis y discusión entendiendo a profundidad los resultados descriptivos de las dos primeras hipótesis específicas de la investigación, que ayudan a comprender las características de la muestra y, además, ofrecen una base para entender mejor las hipótesis correlacionales del estudio.

La primera hipótesis específica busca entender las características descriptivas de la depresión, y los resultados arrojan que el nivel de depresión más predominante en los participantes de la muestra fue severo. Se puede inferir que el aislamiento propio de la residencia geriátrica, así como los protocolos de aislamiento impuestos por el estado en la Pandemia COVID-19 se presentan como factores de riesgo, ya que las posibilidades de catarsis, contención o incluso distracción se ven limitadas; en otras palabras, se perdieron las cosas que daban vida a la vida (Statz, Kobayashi y Finlay, 2022).

La segunda hipótesis específica de la presente investigación arroja resultados sobre las características del duelo y los rituales de despedida propios del duelo, entendidos como los actos simbólicos que ayudan a poner orden generar conciencia sobre la pérdida y el proceso de duelo (Figuerola, M. J., Cáceres, R., & Torres, A., 2020). Se encontró que la vivencia de duelo alto fue el más predominante. Esto se podría relacionar con el factor social de pandemia COVID-19, que propone un obstáculo más para los dolientes de la muestra; ya sea por el aislamiento social específico a la residencia geriátrica, o por los protocolos de cuidado indicados por el MINSA que privaron los rituales de despedida.

Por otro lado, el ritual de despedida más predominante fue de privación, entendiéndose como la ausencia de actos simbólicos de despedida de los participantes de la muestra. La privación de los rituales supone también la privación de uno de los factores protectores más relevantes, la religión. Las prácticas religiosas ejercen un efecto en el desarrollo de la depresión en adultos mayores (Daleeman y Kaufman, 2006), puesto que se reporta un menor índice de depresión cuando hay una práctica de espiritualidad. Este involucramiento en actividades trascendentes tiene un impacto en la percepción que tiene las personas adultas mayores sobre el apoyo social que reciben, reduciendo los factores de riesgo asociados al duelo y la depresión (Moxey, McEvoy, Bowe y Attia, 2011). Martínez Sola, Siles González y Torres Simón (2018) corroboran esta afirmación su investigación, explicando que el funeral y el duelo se convierten en un acto esencial para los dolientes, ya que está impregnado de historia.

Con respecto a la hipótesis general, que hace referencia a la existencia de la relación entre el duelo y la depresión en las personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19, se comprueba que sí existe una correlación directa y media entre el duelo y la depresión en adultos mayores. Estos resultados se alinean con lo expuesto por el DSM V (2014); específicamente cuando se indica que la depresión se caracteriza por un desbalance emocional fuerte, como lo es la vivencia de pérdida y duelo.

Asimismo, la hipótesis general se fundamenta en varios antecedentes internacionales expuesto anteriormente. Entre ellos, Treml, Linde, Engel, Glaesmer, Hinz, Luck et. Al (2022), quienes concluyen en su estudio que el trastorno de duelo prolongado se relaciona con síntomas depresivos. Además, en la investigación de Wang, Verdery, Margolis y Smith-Greenaway (2022) se indica que el duelo por COVID-19 se asocia con probabilidades significativamente más altas de depresión, así como de recaída de depresión preexistente en las personas adultas mayores evaluadas. Por último, el estudio de Djelantik, Bui, O'Connor, Rosner, Robinaugh, Simon et. Al (2021) afirma que la pérdida de un ser querido en contexto COVID-19 representa un riesgo para el desarrollo de trastornos psicológicos y psiquiátricos como la depresión.

Es probable que estos resultados, que manifiestan un grado de duelo elevado se deban al tipo de pérdida que vivenció la muestra, ya que el 56% de los participantes eran viudos. Esto se alinea a la teoría propuesta por Lund, Caserta, de Vries y Wright (2004) quienes indican que la viudez es reconocida como el principal factor de riesgo de muerte en personas adultas mayores, ya que los resultados de la pérdida desencadenan reacciones fuertes tanto a nivel fisiológico como emocional, entre estas están las alteraciones en la identidad, el cambio de roles y rutinas, el humor depresivo, etc. Por último, Kralj-Vasilj, Degmečić, Včev, y Mikšić (2013) da información sobre otra causal de los niveles de depresión en esta muestra específica, ya que afirman que aquellos adultos mayores que viven en casas de reposo presentan mayores síntomas depresivos.

Estos antecedentes también se vinculan con los resultados de la primera hipótesis específica, que buscó entender la relación entre el grado de duelo y los niveles de presencia de depresión. Se identificó que tanto el duelo retrasado como el duelo prolongado, están directamente relacionados con niveles de depresión entre moderada y severa. La cifra más resaltante destaca que el 32,73% de la muestra tuvo una correlación entre el duelo prolongado y la depresión severa. También es importante reconocer que ninguno de los participantes mostró un duelo ausente ni resuelto, indicando posibles señales de alarma sobre el estado anímico general de la muestra.

El duelo prolongado hace referencia a la persona que ha manifestado sintomatología de duelo tanto en el pasado donde ocurrió la pérdida, como en la actualidad; y el duelo retrasado responde a la persona que en el momento no vivenció el duelo, pero en la actualidad ha presentado sintomatología significativa (Faschingbauer, Devaul y Zisook 1977, citado en Ortega, 2022).

De la muestra, el 89,09% de los participantes manifestaron tener un duelo prolongado; esto quiere decir, que han tenido una sintomatología persistente (DSM V, 2014) desde la pérdida hasta el momento de la aplicación de la prueba; como, por ejemplo: añoranza persistente por la persona fallecida, tristeza y malestar emocional, preocupación por la persona muerta y/o preocupación por las circunstancias de su fallecimiento.

Los resultados de la investigación respecto a las dimensiones del duelo y su relación con la depresión, comprendidos en la segunda hipótesis de estudio, arrojan que tanto el duelo en el comportamiento pasado como el duelo respecto a los sentimientos actuales, tienen una correlación directa y media con la depresión; es decir, que no hay diferencia entre las dos dimensiones de duelo, y en consecuencia eso difiere de nuestra hipótesis específica, que afirmaba que la dimensión de duelo en sentimientos actuales tenía una correlación más significativa con la depresión.

Esta segunda hipótesis partió de los antecedentes internacionales, específicamente de la investigación de Hung, Chen, Lee y Yeh (2021), quien concluyó que la depresión 6 meses después del fallecimiento del ser querido era 1.7 más elevada que en el momento de la pérdida. Sin embargo, los resultados de la investigación sí se alinean con lo expuesto anteriormente en la segunda hipótesis; los participantes han arrojado resultados mayoritariamente de duelo prolongado con sintomatología persistente, y por lo tanto la dimensión pasada como la dimensión presente estará correlacionada a la depresión.

Con relación a la tercera hipótesis de investigación, se encontró en los resultados que el sexo masculino mantiene una correlación directa y considerable entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores, difiriendo de nuestra tercera hipótesis específica de la investigación. Es importante mencionar que gran parte de la literatura internacional afirma que las mujeres tienen una mayor predisposición a manifestar sintomatología depresiva, como por ejemplo Tremblé, Linde, Engel, Glaesmer, Hinz, Luck et. Al (2022) quienes afirman que el TDP (Trastorno de duelo Prolongado) están asociados al sexo femenino, o Djelantik, Bui, O'Connor, Rosner, Robinaugh, Simon et. Al (2021) quienes encontraron que las personas adultas mayores mujeres que viven solas tienen un mayor riesgo de vivir un duelo que se complique con un TDP. No obstante, Hung, Chen, Lee y Yeh (2021), encontró que la presencia de depresión en hombres era 2.3 veces más alta después del fallecimiento de sus esposas, ya que, a diferencia de las mujeres, al sexo masculino le cuesta encontrar herramientas adaptativas para vivir el duelo.

Conclusiones

Se encontró que sí existe una relación media y directa entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19. Por lo tanto, se corroboró la hipótesis general.

Si bien la literatura es vasta al momento de encontrar la relación entre ambas variables, cuando se ven las características específicas de la población adulta mayor, se entiende que los factores de riesgo son mayores; y, por ende, la depresión aumenta o aparece al momento de la pérdida con mayor frecuencia en esta muestra. Influyen en estos resultados el contexto de pandemia, aunado al sentimiento de soledad propio de la condición de convivencia en la residencia geriátrica, y los factores físicos y socioemocionales propios de la tercera edad.

En la presente investigación también se puede concluir la diferencia de resultados de acuerdo con la variable sociodemográfica del sexo. Es interesante encontrar que la hipótesis fue rechazada a pesar de la literatura internacional que manifestaba que la mujer tenía una mayor predisposición a manifestar sintomatología depresiva o de duelo prolongado.

Quizás es el escaso estudio de las variables a nivel nacional lo que impide tener mayor evidencia sobre los resultados; pero, si se consideran los factores culturales latinoamericanos, y peruanos, se entiende que el hombre es en realidad el más vulnerable al momento de enfrentarse a emociones de duelo, desesperanza, nostalgia y tristeza. La falta de psicoeducación en la expresión emocional del sexo masculino, y los paradigmas sociales que ejercen una presión en el comportamiento del hombre, obstaculizan el desarrollo de un duelo adaptativo y, por ende, es casi inevitable el desarrollo de duelos prolongados y de sintomatología depresiva severa.

También se concluye la importancia y relevancia de los rituales de despedida como herramientas fundamentales para la prevención de un duelo prolongado, puesto que la privación de estos rituales culturales propia del aislamiento protocolar de la época del COVID-19 y del estilo de vida de una residencia geriátrica, impide la posibilidad de tener un encuentro de recogimiento y contención con los familiares y de esa manera, acentúa el estado de soledad y desencadena más factores de riesgo que predisponen el desarrollo de una posible depresión.

Finalmente, se invita a reflexionar sobre la prevención en la Salud Mental del adulto mayor. Se reconoce que dicho trastorno no es parte del ciclo vital del envejecimiento (Licas, 2015), y aún más impactante, que la salud mental del adulto mayor se considera un problema de salud pública ya que para esta población el diagnóstico de depresión presenta el triple de probabilidades de muerte (Zenón,

Guzmán, Silva y de las Deses, 2006) citado en Dander López y Jiménez Garcés, 2013). Del presente estudio, queda pendiente solo una pregunta: ¿Qué estamos haciendo para prevenir la depresión y promover la vivencia de un duelo sano en las personas de tercera edad?



Recomendaciones

La presente investigación representa un punto de partida para entender mejor cómo eventos tan comunes en la etapa vital de las personas adultas mayores, como lo es la pérdida de un ser querido puede desencadenar procesos anímicos complicados como la depresión. Con el fin poder seguir aportando de forma práctica, social y teórica a la comunidad de adultos mayores de Perú, se sugieren las siguientes opciones para los futuros investigadores:

1. Tomando en cuenta las características de la población y las 30 personas que fueron descartadas desde el inicio de la investigación, se sugiere tener un grupo poblacional más amplio. La muestra limitada conllevó a ciertos obstáculos; por ejemplo, algunos de los participantes no pasaron la escala cognitiva de Pfeiffer, o tuvieron dificultades psicomotrices y/o auditivas que limitaron y aplazaron la recolección de datos en gran medida.
2. Realizar la misma investigación de personas adultas mayores que aún viven con la familia y compararlo con una muestra que viva en hogares de reposo, para entender que tanto la soledad y ausencia de apoyo familiar puede influir en la sintomatología de depresión o de duelo prolongado.
3. Con la intención de seguir corroborando las hipótesis, se recomienda desarrollar una investigación con un grupo de estudio y un grupo control, que evalúe directamente y compare la vivencia de los rituales de despedida al momento de la pérdida. De esa manera se podrá corroborar aún en mayor medida como difiere el proceso de duelo en base a los rituales. Esta información es importante, puesto que para el futuro se pueden tomar medidas de prevención o intervención cuando no hay posibilidades de que los adultos mayores asistan a los eventos de despedida.
4. Surge la curiosidad de que se desarrolle una investigación cualitativa, para entender a profundidad como la pérdida de un ser querido en la tercera edad puede impactar no solo el estado anímico del adulto mayor, sino también su autovalía, su motivación, sus relaciones interpersonales, y, por último, pero no menos importante, su salud física.
5. Elaborar talleres de intervención focalizado a la vivencia del duelo de las personas adultas mayores, con el fin de prevenir el desarrollo de sintomatología depresiva o un duelo de tipo prolongado o retrasado. Desde la propia vivencia al momento de recolectar los datos, pudimos observar que los participantes se benefician mucho de la escucha activa y la contención, y en muchos casos el simple hecho de verbalizar lo que piensan y sienten ya es sanador.

Referencias

- Abraham, K. (1911). *Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas*. Psicoanálisis Clínico. Hormé.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: Suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(1), 1-17. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39146
- Adiukwu, F., Kamalzadeh, L., Pinto da Costa, M., Ransing, R., de Filippis, R., Pereira-Sanchez, V., Larnaout, A., Gonzalez-Diaz, J. M., Eid, M., Syarif, Z., Orsolini, L., Ramalho, R., Vadivel, R., & Shalbfan, M. (2022). The grief experience during the COVID-19 pandemic across different cultures. *Annals of general psychiatry*, 21(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00397-z>
- Age, I. (2021). The mental health experiences of older people during the pandemic. *Mental Health Foundation and Independent Age*. <https://www.independentage.org/mental-health-experiences-of-older-people-during-pandemic>
- Aguirre Baztán, Á. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3), 563-601.
- Alayo Orbegozo, F. (2021). El 70% de fallecidos por COVID-19 en Perú eran adultos mayores, según cifra actualizada. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/el-70-de-fallecidos-por-covid-19-en-peru-eran-adultos-mayores-segun-cifra-actualizada-noticia/>
- Alcalá, V., Camacho, M., y Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56.
- American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Arias, W., Muños Del Carpio, A., y Rivera, R. (2019). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores de la Macroregión Sur del Perú. *Rev Enfermería Hered*, 12(2), 11-9.

- Arias Gonzáles, J. L., & Covinos Gallardo, M. (2021). Diseño y metodología de la investigación. *Enfoques Consulting EIRL*, 1, 66-78.
- Arhuire, P., y Wilber, J. (2020). *Deterioro cognitivo asociado a manifestaciones depresivas en las personas del centro integral del adulto mayor de la municipalidad distrital de Cayma 2020* [Tesis de licenciatura inédita]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
- Aslan, C. M. (1996). Metapsicología del duelo. *Los Duelos y sus Destinos, Depresiones Hoy*, 1, 169 – 176.
- Banerjee, D. (2020). The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1466-1467. <https://doi.org/10.1002/gps.5320>
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford.
- Bermúdez, Á. V. (2020). *Derecho a la seguridad social y aseguramiento en salud en Perú*. Friedrich Ebert Stiftung.
- Bertholet, R. (2012). La depresión, una lectura desde el psicoanálisis. *Acta Académica. Facultad de Psicología, Universidad Nacional del Rosario*. <https://www.aacademica.org/000-072/725>
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28(5), 759. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Broche Pérez, Y., Fernández Castillo, E., y Reyes Luzardo, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488.
- Brown, S., & Schuman, D. L. (2021). Suicide in the time of COVID-19: A perfect storm. *The Journal of Rural Health*, 37(1), 211. <https://doi.org/10.1111/jrh.12458>
- Buigues, C., Padilla Sánchez, C., Garrido, J. F., Navarro Martínez, R., Ruiz Ros, V., & Cauli, O. (2015). The relationship between depression and frailty syndrome: a systematic review. *Aging & mental health*, 19(9), 762-772. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.967174>
- Bowlby, J. (1980). *By ethology out of psychoanalysis: an experiment in interbreeding*. Routledge
- Bowlby, J. (2012). *The making and breaking of affectional bonds*. Routledge.
- Caldas Rosales, S. J., y Correa Cabrera, M. Y. (2019). *Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica* [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma] Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2084>

- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Callís, C., Guartón, O., Cruz, V. y de Armas, A. (2021). *Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19*. Cibamanz2021
- Calvo, V. G. (2006). Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias. *Acciones e investigaciones sociales*, (1 Ext), 451-451. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.20061%20Ext464
- Campos Vasquez, F., y Valdez Murrugarra, N. M. (2019). *Concordancia entre las pruebas Mini Mental State Examination, Short Portable Mental Status Questionnaire y Montreal Cognitive Assesment para el tamizaje del deterioro cognitivo en adultos mayores* [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma] Repositorio Académico Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/648766>
- Canto P. HG., (2004) Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Universidad Veracruzana*. 9(002): 257-270.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Cases of coronavirus disease (COVID-19) in the U.S. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2>
- Cifuentes Medina, F. (2011). El malestar en el duelo: nuevas formas de relación con nuestros muertos. *Desde el jardín de Freud* (11) 229-245.
- Dander López, E. V., y Jiménez Garcés, C. (2013). *Síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años en el csr.d. Santa Catarina Tabernillas. México, D.F.* Tesis de licenciatura inédita [Universidad Autónoma del Estado de México]
- Daaleman, T. P., & Kaufman, J. S. (2006). Spirituality and depressive symptoms in primary care outpatients. *Southern Medical Journal*, 99(12), 1340-1345. <https://doi.org/10.1097/01.smj.0000223948.59194.e9>
- Davey, G. C. (2014). *Psychopathology: Research, assessment, and treatment in clinical psychology*. John Wiley & Sons.
- Delgado, A. (1993) *La Escala de Depresión geriátrica (G.D.S) en la población anciana de Lima Metropolitana. Un estudio de Adaptación*. Tesis de licenciatura inédita [Universidad Ricardo Palma]

- De Vries, B., Dalla Lana, R., & Falck, V.T. (1993). Parental bereavement over the life course: A theoretical intersection and empirical review. *Omega*, 29(1), 47-69. <https://doi.org/10.2190/39HG-YLKC-4CUV-NRAF>
- De Lara, G. M. (1992). Situación del adulto mayor en el Perú. *Revista médica herediana*, 3(3). <https://doi.org/10.20453/rmh.v3i3.377>
- Depino, H. (2011). Duelo y representación. *Desde el jardín de Freud*, (11), 187-198.
- Djelantik, A. M. J., Bui, E., O'Connor, M., Rosner, R., Robinaugh, D. J., Simon, N. M., & Boelen, P. A. (2021). Traumatic grief research and care in the aftermath of the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1957272>
- Eckholdt, L., Watson, L., & O'Connor, M. (2018). Prolonged grief reactions after old age spousal loss and centrality of the loss in post loss identity. *Journal of affective disorders*, 227, 338–344. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.010>
- Engel, G. L. (1962). Anxiety and depression - withdrawal: The primary affects of unpleasure. *The International Journal of Psychoanalysis*, 43, 89.
- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of pain and symptom management*, 60(6), e1–e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
- Faschingbauer, T. R., Devaul, R. A., & Zisook, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *The American journal of psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.134.6.696>
- Felipe, M. A. G., y Soler, S. S. (1990). La geriatric depression scale (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión en el anciano: bases de la misma y modificaciones introducidas para la adaptación de la prueba a la realidad psicogeriatrica española. En *Psicología española en la Europa de los 90. Ciencia y profesión: Valencia, 15 a 20 de abril de 1990* (pp. 303-310). Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Figueroa, M. J., Cáceres, R., y Torres, A. G. (2020). *Duelo. Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo*. Fundasil
- Florian, V. (1990). Meaning and purpose in life of bereaved parents whose son fell during active military service. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 20(2), 91-102. <https://doi.org/10.2190/DL22-HKCY-02XQ-3TB4>

- Freud, S. (2022). *DUELO y MELANCOLIA: Freud*. Lebooks Editora.
- Freitas, C., Deschênes, S., Au, B., Smith, K., & Schmitz, N. (2016). Risk of diabetes in older adults with co-occurring depressive symptoms and cardiometabolic abnormalities: Prospective analysis from the english longitudinal study of ageing. *PloS one*, 11(5), e0155741. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155741>
- García Hernández, A. M., Rodríguez Álvaro, M., Brito Brito, P. R., Fernández Gutiérrez, D. A., Martínez Alberto, C. E., y Marrero González, C. M. (2021). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Ene*, 15(1). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1242>
- García, J. G., Petralanda, V. L., Manzano, M. T., e Inda, I. G. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 35(7), 353-358. <https://doi.org/10.1157/13074293>
- Girdhar, R., Srivastava, V., & Sethi, S. (2020). Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *Journal of geriatric care and research*, 7(1), 32-5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00841>
- Grabowski, J. A., & Frantz, T. T. (1993). Latinos and Anglos: Cultural experiences of grief intensity. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 26(4), 273-285. <https://doi.org/10.2190/7MG3-KXKH-NMV8-BY90>
- Gómez Gonzales, W.E., Barrera- Espinoza, R.W., Arana – Escobar, M., Chihuantito Abal, L. y Zavaleta, O.J. (2022). Condiciones sociofamiliares y depresión en adultos mayores durante el aislamiento social por COVID-19 en una población de la sierra peruana. *Salus*, 26(1), 20-24.
- González, J. (2002). *El paciente de edad avanzada: un paciente diferente*. México: Trillas.
- Goveas, JS & Shear, MK (2020) Grief and the COVID-19 pandemic in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 28, 1119–1125. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>
- Guerrero, N., y Yépez-Ch, M. C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y salud*, 17(1), 121-131.
- Grimaldos Alvarez, A. R., y Angulo Angulo, M. (2006). *Política social en salud para las y los adultos mayores. Análisis desde la producción documental 1982-2005*. [Tesis de licenciatura, Universidad La Salle] Repositorio Académico Universidad La Salle https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/213/

- Harrop, E., Goss, S., Farnell, D., Longo, M., Byrne, A., Barawi, K., ... & Selman, L. E. (2021). Support needs and barriers to accessing support: Baseline results of a mixed-methods national survey of people bereaved during the COVID-19 pandemic. *Palliative medicine*, 35(10), 1985-1997. <https://doi.org/10.1177/02692163211043372>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (Vol. 3). McGraw-Hill.
- Holt-Lunstad, J. (2017). The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy & Aging Report*, 27(4), 127-130. <https://doi.org/10.1177/15598276211009454>
- Hung, Y. C., Chen, Y. H., Lee, M. C., & Yeh, C. J. (2021). Effect of spousal loss on depression in older adults: Impacts of time passing, living arrangement, and spouse's health status before death. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13032. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413032>
- Hunot, V., Moore, T. H., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., ... & Churchill, R. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008704.pub2>
- Imber - Black, E (2020) Rituals in the time of COVID-19: imagination, responsiveness, and the human spirit. *Family Process* 59, 912–921. <https://doi.org/10.1111/famp.12581>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2022). Situación de la Población Adulto Mayor. *Informe Técnico*. 1(1), 1-60
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Paidós.
- Izal, M., & Montorio, I. (1993). Adaptation of the Geriatric Depression Scale in Spain: A preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 13(2), 83-91.
- Kastenbaum, R. (1985). Reminiscence: Important memory function in the elderly. *Medical Aspects of Human Sexuality*.
- Keeley, G. (2020). Corpses of the elderly found abandoned in Spanish care homes. *Al Jazeera*.
- Kralj-Vasilj, M., Degmečić, D., Včev, A., & Mikšič, Š. (2013). Loneliness, grieving process, and depression affecting people of old age. *SEEHSJ*, 3(1), 19-26.

- Koma, W., True, S., Fuglesten-Binieck, J., Cubanski, J., Orgera, K., & Garfield, R. (2020). One in four older adults report anxiety or depression amid the COVID-19 pandemic. Kaiser Family Foundation.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Simon and Schuster.
- Lagache, O. (1956), Le deuil pathologique. *La Psychanalyse*, 2, 45.
- Larrotta-Castillo, R., Méndez-Ferreira, A. F., Mora-Jaimes, C., Córdoba-Castañeda, M. C., y Duque-Moreno, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(2), 179-180.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. In *Progress in behavior modification* (Vol. 1, pp. 19-64). Elsevier.
- Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Repositorio de Tesis Digitales Universidad Nacional Mayor de San Marcos <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4159>
- Lund, D., Caserta, M., de Vries, B., & Wright, S. (2004). Restoration after bereavement. *Generations Review*, 14(4), 9-15.
- Magallanes Medrano, M. A. (2021). *Factores biopsicosociales que influyen en la depresión del adulto mayor en comunidades laicas del distrito de Los Olivos. Lima, 2020*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Repositorio de Tesis Digitales Universidad Nacional Mayor de San Marcos https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16661/Magalles_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., y Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 78, No. 4, pp. 393-397). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onís Vilches, M. C., Aguado Taberné, C., Albert Colomer, C., & Luque Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina clínica*, 117(4), 129–134. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(01)72040-4)
- Martínez Sola, E. M., Siles González, J., y Torres Simón, J. C. (2018). ¿Cómo se vive el duelo en el ámbito rural? Una mirada desde la ancianidad. *Gerokomos*, 29(1), 13-16.

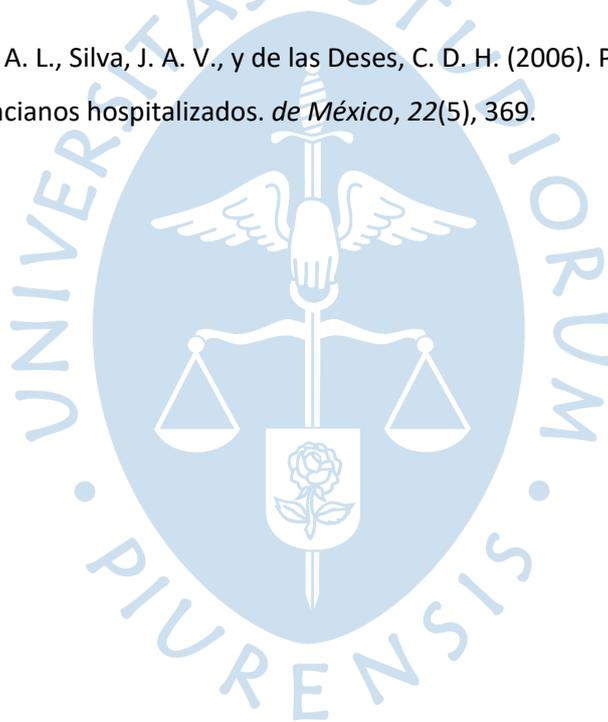
- Matutti, M., y Tipismana, O. (2016). Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un hospital de Lima Metropolitana. *Interacciones*, 171-187.
- Medina, M. D. P. C. (2011). El malestar en el duelo: nuevas formas de relación con nuestros muertos. *Desde el jardín de Freud*, (11), 229-248.
- Melgar Rojas, M. A. (2019). *Capacidad de independencia de autocuidado en el adulto mayor para las actividades instrumentales de la vida diaria, Comas 2019* [Tesis de Licenciatura, Universidad Cesar Vallejo] Red de Repositorios Latinoamericanos <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3217433>
- Mendoza Romero, R. E. (2015). *La psicoterapia breve y de emergencia como estrategia para una intervención en crisis durante el proceso de duelo*. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/3578>.
- Ministerio de Salud (MINSU). (2010) Guía Técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor. *Ministerio de Salud del Perú*. 2010;1(1):1-36
- Montuori, E. (2013). El duelo visto desde la Teoría del Apego. <http://apra.org.ar/pdf/mayo/montouri.pdf>.
- Moxey, A., McEvoy, M., Bowe, S., & Attia, J. (2011). Spirituality, religion, social support, and health among older Australian adults. *Australasian Journal on Ageing*, 30, 82-88. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00453.x>
- Ogliastri, D. (2020). Pérdida y duelo durante la COVID-19. *Centro de Referencia para el Apoyo Psicosocial de la FICR. Cruz Roja Danesa, Copenhague*.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión. <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Covid-9 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Exceso mundial de mortalidad asociado a la pandemia de COVID- 19. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/global-excess-deaths-associated-with-the-COVID-19-pandemic>
- Organización Mundial de la Salud (2023). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por Coronavirus. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

- Ortega Elizondo, J. P. (2022). Efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022.
- Pech, H. G. C., y Rena, E. K. C. (2004) *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 257-270 www.redalyc.org.
- Pelegri Moya, M., y Romeu Figuerola, M. (2011). El duelo, más allá del dolor. *Desde El Jardín De Freud-Revista De Psicoanálisis*.
- Perlado, F. (1987). *Tests mentales en geriatría*. Heraldo de Aragón.
- Pfeiffer E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433–441. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>
- Prieto-Molinaria, D. E., Bravo, A., Gianella, L., de Pierola, I., Luna Victoria-de Bona, G., Merea Silva, L. A., ... y Zegarra, Á. C. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2).
- Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (1 de octubre del 2019) *Centros de servicios de protección y desarrollo familiar*. http://www.inabif.gob.pe/portalweb/portalestadisticas/consulta_centros.php?mapa=nacional
- Pozo, J. I. (1989). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Ediciones Morata
- Quispe Sangay, A. (2019). *Ansiedad depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata Cajamarca 2018*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de Cajamarca] Repositorio de Tesis Digitales Universidad Nacional Mayor de Cajamarca <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2884>
- Ramonet, I. (2020). La pandemia y el sistema-mundo. *Le monde diplomatique*, 25(04).
- Rando, T. A. (1986). Parental bereavement: An exception to the general conceptualizations of mourning. *Parental loss of a child*, 45-58.
- Retamozo Palacios, M. I. (2016). *Prevalencia de depresión en adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del HNDAC con escala de Yesavage, 2015*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Repositorio de Tesis Digitales Universidad Nacional Mayor de San Marcos <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/8782>

- Reynolds III, C. F., & Kupfer, D. J. (1999). Depression and aging: a look to the future. *Psychiatric Services*, 50(9), 1167-1172. <https://doi.org/10.1176/ps.50.9.1167>
- Richardson, L., Ratcliffe, M., Millar, B., & Byrne, E. (2021). The Covid-19 pandemic and the bounds of grief. *Think*, 20(57), 89-101. <https://doi.org/10.1017/s1477175620000366>
- Rodríguez-Álvaro, M. (2019). Impacto del duelo complicado. Una lectura a través del lenguaje del cuidado. *Ene*, 13(3).
- Rodríguez Quispe, G. (2020). *La depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, periodo 2019*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega] Repositorio Institucional Inca Garcilaso de la Vega <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5003>
- Rodriguez-Vargas, M., Pérez-Sánchez, L., Marrero-Pérez, Y., Rodríguez-Ricardo, A., Pérez-Solís, D., y Peña-Castillo, Y. (2022). Depresión en la tercera edad. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 26.
- Romero, L. L., & Suárez, V. C. (2020). Derecho a decir adiós, muerte en soledad y duelo crónico en la pandemia COVID-19. *Publicaciones e investigacion*, 14(2). <https://doi.org/10.22490/25394088.4440>
- Rojas Posada, S (2005). *El manejo del duelo: Una propuesta para un nuevo comienzo*. Granica.
- Rubio Ochoa, L. K. (2022). *Relación entre depresión y funcionamiento cognitivo en adultos mayores de un hospital en Lima Metropolitana*. [Tesis de Maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia] Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/12203>
- Runcan. P. (2013). *Depression in the elderly*. Cambridge Scholar Publishing.
- Sánchez, T. S. (2020). Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. *Studia Zamorensia (segunda etapa)*, 19(19), 43-65. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7718179.pdf>
- Sancho, M. G. (2007). *La pérdida de un ser querido: el duelo y el luto*. Arán Ediciones.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. Freeman.
- Schladitz, K., Löbner, M., Stein, J., Weyerer, S., Werle, J., Wagner, M.,.....& Riedel-Heller, S. G. (2021). Grief and loss in old age: Exploration of the association between grief and depression. *Journal of Affective Disorders*, 283, 285-292.

- Sierra, R. (1994). *Técnicas de investigación Social* (9.ª ed.). Editorial Paraninfo SA.
- Silva, F. (2020). Análisis del alcance e implicaciones del patrimonio de los archivos en México, para la investigación social. *Revista San Gregorio*, 39, 74-86.
- Statz, T. L., Kobayashi, L. C., & Finlay, J. M. (2022). 'Losing the illusion of control and predictability of life': experiences of grief and loss among ageing US adults during the COVID-19 pandemic. *Ageing & Society*, 1-24.
- Stroebe, M., Hansson, R. O., Schüt, H., & Stroebe, W. (2008). Bereavement Research: Contemporary Perspectives. En *American Psychological Association eBooks* (pp. 3-25). <https://doi.org/10.1037/14498-001>
- Szabó, Á., Kok, A. A., Beekman, A. T., & Huisman, M. (2020). Longitudinal examination of emotional functioning in older adults after spousal bereavement. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(8), 1668-1678. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz039>
- Taboada Rodríguez, P. (2020). *El derecho a pedir adiós*. Mirada21.es. <http://mirada21.es/secciones/opinion/el-derecho-a-decir-adios/>
- Treml, J., Linde, K., Engel, C., Glaesmer, H., Hinz, A., Luck, T., ... & Kersting, A. (2022). Loss and grief in elderly people: results from the LIFE-Adult-Study. *Death Studies*, 46(7), 1621-1630. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1824203>
- Tucto Espinoza, A. L., Torres Salome, F. K., y Espinoza Acuña, W. K. (2017). Actitud ante la muerte e intensidad de duelo por la pérdida de un ser querido en los usuarios adultos y adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco
- Utz, R. L., Caserta, M., & Lund, D. (2012). Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *The Gerontologist*, 52(4), 460-471. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr110>
- Varela Pinedo, L. F. (1999). *Valoración geriátrica integral: propuesta de addendum a la historia clínica*. Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Vedia, V. (2016). Duelo patológico: factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2), 12-34.
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70- e76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>

- Wang, H., Verdery, A. M., Margolis, R., & Smith-Greenaway, E. (2022). Bereavement from COVID-19, gender, and reports of depression among older adults in Europe. *The Journals of Gerontology: Series B*, 77(7), e142-e149. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab132>
- Webb, L. M., & Chen, C. Y. (2022). The COVID-19 pandemic's impact on older adults' mental health: Contributing factors, coping strategies, and opportunities for improvement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(1). 10.1002/gps.5647. <https://doi.org/10.1002/gps.5647>
- Worden J. W (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zenón, T. G., Guzmán, J. A. L., Silva, J. A. V., y de las Deses, C. D. H. (2006). Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados. *de México*, 22(5), 369.



Anexos**Batería De Instrumentos Para La Recolección De Datos****Figura 3***Consentimiento informado*

Consentimiento Informado

Yo _____ identificado con DNI _____ bajo los derechos legales que poseo acepto que la Bachiller de Psicología de la Universidad de Piura, María Alejandra Reyes Chávez, identificada con DNI 74903009, utilice la información que le brindaré mediante la ficha de datos demográficos y los cuestionarios a aplicar siempre y cuando dicha información sea utilizada únicamente con fines académicos y con ello contribuir con la investigación que se realizará.

Lima, ____ de _____ del 2022

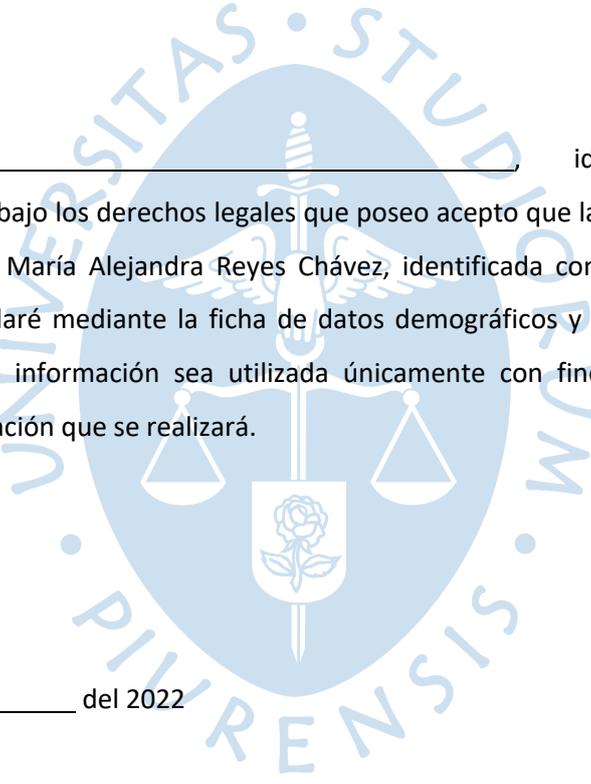


Figura 4

Cuestionario de PFEIFFER

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año
 (2) Vale cualquier descripción correcta del lugar
 (3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Figura 5*Ficha de Datos Demográficos***Ficha de Datos Demográficos**

6. ¿Cuántos años tiene?
7. ¿Cuál es su estado civil?:
8. ¿Dónde nació?:
9. ¿Dónde vive actualmente?:
10. ¿Con cuántas personas vive actualmente? Marca una opción:
- Solo
 - Acompañado (de una persona a más)
 - Residencia
11. ¿Cuál es su grado de escolaridad?:
- Ninguno
 - Primaria
 - Secundaria
 - Nivel técnico
 - Bachillerato
 - Superior
12. ¿Ha experimentado algún fallecimiento mínimo hace 3 meses y máximo hace 3 años?
De marcar si:
- Parentesco con el fallecido
 - Cercanía con el fallecido
 - Muy cercano
 - Cercano
 - Poco cercano
 - Nada cercano
13. ¿En qué fecha falleció?
14. ¿Pudo realizar o participar de alguna de las siguientes actividades?
- Velorio SI NO
 - Entierro
 - Visita a la tumba en el cementerio
 - Visita al columbario

Figura 6*Inventario de Duelo de Texas - Comportamiento Pasado*

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera de falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas					
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo					
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa					
4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer					
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal					
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales					
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado					
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir					

Figura 7*Inventario de Duelo de Texas - Comportamiento Presente*

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera de falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella					
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella					
3. No puedo aceptar su muerte					
4. A veces la/le echo mucho de menos					
5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo					
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella					
7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella					
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida					
9. No puedo dejar de pensar en él/ella					
10. Creo que no es justo que haya muerto					
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le					
12. Soy incapaz de aceptar su muerte					
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo					

Figura 8*Escala de Depresión Geriátrica (GDS)*

Ítem	Pregunta a realizar:	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?		
9	¿Se siente feliz muchas veces?		
10	¿Se siente a menudo abandonado?		
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?		
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?		
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?		
18	¿Está muy preocupado por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?		
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		

Matriz De Consistencia

Título De Investigación: Relación entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19	
Problema	¿Existe una relación entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID- 19?
Objetivos	General: Analizar la relación entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID- 19
	Específicos: <ul style="list-style-type: none"> -Determinar el grado de duelo (ausente, retrasado, prolongado y resuelto) según niveles de depresión (normal, leve, moderado y severo) en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19 - Analizar la relación entre las dimensiones de duelo (comportamiento en el pasado y sentimientos actuales) y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19. - Analizar la relación entre el duelo y la depresión según sexo en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19 - Determinar si existen diferencias entre el duelo y los rituales de despedida propios del duelo en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19 - Determinar si existen diferencias entre la depresión y los rituales de despedida propios del duelo en personas adultas mayores institucionalizados en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19.
Hipótesis	General: Existe relación directa y positiva entre el duelo y la depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19
	Específicas: <ul style="list-style-type: none"> -El grado de duelo prolongado correlaciona significativamente con el nivel de presencia de depresión severa, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19. -La dimensión de duelo respecto a los sentimientos actuales correlaciona directa y significativamente con la variable depresión, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19. -El sexo femenino correlaciona directa y más significativamente con las variables de duelo y depresión que los hombres, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID -19. -Existe diferencia significativa entre el duelo según los rituales de despedida propios del duelo, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia

	<p>geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19.</p> <p>-Existe una diferencia significativa entre la depresión según los rituales de despedida propios del duelo, en personas adultas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana durante el contexto de pandemia por COVID-19.</p>
Método	<p>Tipo: La presente investigación es de tipo cuantitativa, ya que se empleó la recolección de datos para comprobar la hipótesis utilizando una base numérica y análisis estadístico lo cual permitió comprobar las hipótesis planteadas (Hernández et. al, 2014).</p>
	<p>Diseño: Este estudio tiene un diseño no experimental, puesto que se realiza sin la manipulación deliberada de variables, procediendo a la observación el fenómeno en su ambiente natural para después analizarlo (Hernández et. al, 2014).</p>
	<p>Población: 90 personas adultas mayores a 65 años de edad cronológica institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana. Muestra: 55 personas adultas mayores a 65 años de edad cronológica institucionalizadas en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana. Unidad de análisis: 1 persona adulta mayor a 65 años de edad cronológica institucionalizada en una residencia geriátrica privada de Lima Metropolitana.</p>
Variables	<p>Depresión: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (Organización Mundial de la Salud, 2018).</p>
	<p>Duelo: "El duelo es un proceso de adaptación natural y autolimitado a una nueva realidad que surge tras una pérdida significativa, real o percibida, con un amplio abanico de manifestaciones que producen un impacto en la salud del doliente." (Rodríguez-Álvaro, 2019).</p>