



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Ortega Elizondo, Johanna Patricia (ORCID: 0000-0002-7165-8470)

ASESOR:

Dr. Carranza Samanez, Kilder Maynor (ORCID: 0000-0002-6891-0065)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA — PERÚ
2022

Dedicatoria:

A mis padres por ser mi motivación al brindarme su apoyo incondicional para lograr mi superación personal, a mi familia por ser esa fortaleza en los momentos de dificultad, a todos ellos que me motivaron desde el inicio de esta Maestría que hoy con mucho esfuerzo he logrado culminar.

A los Docentes por compartir sus enseñanzas, por su dedicación y esfuerzo, ya que con sus experiencias, paciencia y motivación inculcaron en sus conocimientos para poder culminar con éxitos esta Maestría.

Agradecimiento:

Mi infinito agradecimiento a Dios por todas sus bendiciones derramadas, proporcionarme la vida y la fortaleza para cumplir con esta meta que fortalece mi crecimiento profesional.

A mi familia, en especial a mis padres quienes me ofrecieron su apoyo incondicional, durante mis alegrías y tristezas ante cualquier vicisitud imprevista en el transcurso de esta trayectoria, les agradezco por estar presente durante esta etapa de mi vida.

Índice de contenido

	Pág.
Carátula	i
Índice de contenidos	ii
Índice de tablas	iii
Índice de gráficos y figuras	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	19
3.1. Tipo y diseño de investigación	19
3.2. Variables y operacionalización	19
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	21
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
3.5. Procedimientos	25
3.6. Método de análisis de datos	25
3.7. Aspectos éticos	26
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN	42
VI. CONCLUSIONES	48
VII. RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS	50
ANEXOS	59

Índice de tablas

Tabla 1. Ficha técnica del instrumento	23
Tabla 2. Validación de juicio de expertos	24
Tabla 3. Efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores grupo control y experimental antes y después de aplicar el programa	27
Tabla 4. Características Sociodemográficas de adultos mayores	31
Tabla 5. Nivel de duelo del grupo control por sexo y edad en el pre test	34
Tabla 6. Nivel de duelo del grupo experimental por sexo y edad en el pre test	36
Tabla 7. Nivel de duelo del grupo control por sexo y edad en el pos test	38
Tabla 8. Nivel de duelo del grupo experimental por sexo y edad pos test	40

Índice de gráficos y figuras

<i>Figura 1</i>	Esquema del tipo de investigación	19
<i>Figura 2</i>	Niveles de duelo del grupo control y experimental antes y después de aplicar el programa	29
<i>Figura 3</i>	Características Sociodemográficas de los adultos mayores según la dimensión conocer al paciente	33
<i>Figura 4</i>	Nivel de duelo del grupo control en el pre test	35
<i>Figura 5</i>	Nivel de duelo del grupo experimental en el pre test	37
<i>Figura 6</i>	Nivel de duelo del grupo control en el pos test	39
<i>Figura 7</i>	Nivel de duelo del grupo experimental en el pos test	41

Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar el efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022, a través de una investigación de tipo aplicada y descriptiva con diseño experimental de dos grupos. La muestra fue de 264 pacientes a quienes se aplicó la prueba Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD). Se desarrollaron 15 sesiones de terapia grupal ajustadas a un plan validado por 5 expertos y los datos fueron analizados usando la prueba Wilcoxon en el SPSS. Los resultados muestran que el 76,1% eran mujeres jubiladas que superaban el período normal de duelo. En el pre test el duelo prolongado del grupo control fue 40,1% y del grupo experimental de 33,3% siendo desfavorable para ambos. En el pos test los niveles de duelo resuelto no experimentaron cambios significativos en el grupo control, pero incrementaron favorablemente en el grupo experimental de 12,9% a 40,9%. En conclusión, se demuestran los efectos positivos del programa psicoterapéutico en adultos mayores, siendo aceptada la hipótesis de investigación con un valor de $p=0,000$ lo que demuestra una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Se recomienda el uso de programa psicoterapéutico con terapias grupales para manejo de duelo en adultos mayores.

Palabras clave: duelo, adulto mayor, psicoterapias

Abstract

The objective of the study was to determine the effect of the psychotherapeutic program in bereaved older adults in a public hospital in Ecuador, 2022, through an applied and descriptive research with an experimental design of two groups. The sample consisted of 264 patients to whom the Texas Revised Grief Inventory (TRDI) test was applied. 15 group therapy sessions adjusted to a plan validated by 5 experts were developed and the data were analyzed using the Wilcoxon test in SPSS. The results show that 76.1% were retired women who exceeded the normal period of mourning. The pre-test prolonged grief in the control group was 40.1% and in the experimental group 33.3%, being unfavorable for both. In the post-test, the levels of resolved grief did not experience significant changes in the control group, but increased favorably in the experimental group from 12.9% to 40.9%. In conclusion, the positive effects of the psychotherapeutic program in older adults are demonstrated, the research hypothesis being accepted with a value of $p=0.000$, which shows a statistically significant difference between the groups. The use of a psychotherapeutic program with group therapies for grief management in older adults is recommended.

Keywords: *grief, older adults, psychotherapies.*

I. INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores, son una población vulnerable que amerita atención temprana, tanto en sus afectaciones físicas como espirituales y mentales. El sentimiento de abandono o rechazo que normalmente experimentan los adultos mayores, se ve incrementado ante el fallecimiento de familiares cercanos, amigos y hasta mascotas. Según Zambrano (2021), el duelo es un sentimiento de pérdida que o sólo está referido a las personas, sino también a lugares, ya que mudarse puede significar un dolor para quien ha vivido mucho tiempo en un lugar.

La persona que está atravesando momentos de duelo, presenta alteraciones de conductas, depresión, ansiedad y otros síntomas que se agudizan con pensamientos recurrentes sobre la persona, o lugar perdido. Estas alteraciones fueron agudizadas por la pandemia Covid-19 que registró gran cantidad de muertes. Según Domínguez (2022) en estudio realizado en México, más de cinco mil personas acudieron a consultas por presentar trastornos de sueño, temores, y depresión por muertes cercanas.

La Organización Panamericana de la Salud (2020), a través de su vocera Gisselle de la Hoz, define el duelo como una reacción emocional y de comportamiento de tristeza natural por la que atraviesa una persona al vivenciar la pérdida de un ser querido y que puede tener etapas, que deben aceptarse para ir superando cada una de ellas y que no se convierta en duelo crónico. Bruinsma, et al (2014), manifiestan que los resultados de su investigación sugieren que, el duelo complicado en personas adultas no está claramente relacionado con el fallecimiento de la pareja, por tal, las condiciones preexistentes como la depresión pudieran ser más importantes para entender la aparición de un duelo complicado.

Según Calderón (2018), en un estudio longitudinal en Beijing realizado en 2506 de diferentes países, en Suecia el 16,4% de mayores de 70 años presentan depresión mayor y un 23,6% en Alemania. En Suecia se reporta una prevalencia de 12 a 14% y en Taiwán 21,2 %. Baumann, et al. (2020), siguiendo un estudio realizado en Alemania, señala que ésta es una problemática que se manifiesta en padres donde

los adultos presentan síntomas de depresión, nostalgia, que muchas veces desencadena enfermedades prematuras y aislamiento.

En el Reino Unido, país con altas tasas de personas adultas, Na,PJ. et al, (2021), presenta un estudio sobre los factores estresantes entre ellos el ambiente familiar que le recuerda el deudo. Este duelo prolongado ha sido atendido con medicamentos lo cual genera una recuperación temprana, pero ocasionada por efectos químicos. Por tal, insisten en el uso de terapias que puedan generar un estado psicosocial más estable y una recuperación permanente o en avance constante. Esta situación no sólo afecta al paciente, sino que se traslada a las personas que los atienden. Según Adimando (2017), los cuidadores que atienden a pacientes con enfermedades crónicas y/o traumatizados tienen el mayor riesgo de desarrollar el duelo crónico, debido al stress, al compromiso y al descuido de sus propias emociones.

En América Latina los porcentajes de depresión y sintomatología asociada al duelo, oscilan entre 5 y 17%. Según Miller (2012), en los países latino, la situación no sólo involucra un tema de depresión, sino que puede convertirse en duelo complicado con ideas suicidas, angustia somática, llanto incontrolado, por lo que es necesario aplicar terapia de acuerdo al nivel de duelo en el cual se encuentre el paciente. Caycho et al. (2021), afirman que, en diez países latinoamericanos consultados, la idea suicida en mayores a raíz del duelo por covid 19, se incrementó en un 50%.

Tal es la magnitud de las afectaciones producidas a nivel mundial, que la Unicef (2020) financió la elaboración de un Manual del Duelo, donde se ofrecen psicoterapias para la empatía de con los grupos afectados por el duelo, condición reforzada en tiempo de pandemia. Estas acciones coinciden con los lineamientos del MSP del Ecuador, que viene fomentando hacer esfuerzos para realizar sesiones de programas de intervención en los centros de salud pública que incluyen recomendaciones sobre intervenciones psicológicas y sociales de promoción y prevención que se pueden aplicar en centros educativos y espacios de atención de la salud tanto a nivel presencial en comunidades o mediante plataformas digitales. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2015).

Giménez (2021) afirma que la población en Ecuador tiene un manejo inadecuado del duelo, ya que, en las sociedades occidentales, la muerte es considerada un tabú tanto a nivel social como educativo. Existe una condición de “mala educación” sobre los procesos de duelo y de cuáles deben ser las actitudes familiares y sociales aprendidas. Una de las acciones es alejar a los niños de los espacios donde se vela el difunto, a fin de lo que se denomina un sufrimiento de más. De este modo, cuando la pandemia del COVID-19 pone en evidencia la complejidad del duelo dado sus escenarios repentinos e inesperados, la incapacidad de despedirse del difunto y de celebrar las tradiciones fúnebres, se acude a nuevos mecanismos, que estresan a los familiares.

Para Climent et al., (2019), en Ecuador el duelo no sólo se limita a la pérdida de una persona, sino que el adulto mayor que pierde el empleo, experimenta sensaciones de abandono que son asimiladas de diferentes maneras de acuerdo a los recursos psicológicos que posee. Perder el trabajo puede representar uno de los eventos frustrantes, dolorosos y traumáticos que se experimenta a la tercera edad, tanto con el despido como jubilación.

En el Hospital General de Babahoyo, Cantón Los Ríos, Ecuador, se presentan al mes, alrededor de 96 personas adultas mayores a consulta presentando afectaciones por motivo de duelo, más aún desde la pandemia, dada la cantidad de fallecidos en poco tiempo y la imposibilidad de velatorio y despedida. Estos pacientes acuden al hospital con alteraciones en la esfera psíquica, muchas de ellas pasando por un estado de tristeza ya que se encuentran en fase de duelo, bien por la pérdida de un familiar u otro tipo de motivo. Una vez realizada la entrevista y diagnóstico inicial, se hacen terapias individuales con la finalidad de ayudarles a procesar el dolor.

No obstante, el tiempo que se dedica a cada paciente resulta insuficiente para observar mejoría prontamente. Además, no existen grupos de apoyo o espacios adecuados donde se pueda procesar el dolor. De igual forma, dentro del hospital público no existe un plan de seguimiento y actividades donde el paciente pueda liberar sus emociones. En el cantón perteneciente a una provincia, no existen centros privados para manejo de duelo, por lo que todos los pacientes se

concentran en el departamento de psicología, por lo que la capacidad de respuesta, es insuficiente. (Departamento de Apoyo Psicológico, Hospital General IESS – Babahoyo, 2022)

Por estas razones, es pertinente plantearse como pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022? Las preguntas específicas: 1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador?, 2. ¿Cómo están los indicadores del nivel de duelo antes del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador? y 3. ¿Cómo están los indicadores del proceso de duelo después del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador?

Este estudio tiene una justificación teórica ya que considera pertinente evaluar el nivel de afectación de los adultos mayores en período de duelo atendidos en un hospital, ya que los resultados que se recopilen durante el trabajo de campo, serán analizados para realizar mejores diagnósticos y hacer intervención temprana. Tiene justificación social porque radica en una problemática que afecta a las familias de manera directa, tanto a los pacientes como a sus familiares y allegados, lo cual no sólo puede corregir sino prevenir estas alteraciones futuras. Posee justificación metodológicamente presenta información confiable y válida a través de la aplicación de instrumentos validados y recopilación de datos que permitan a los responsables del sector salud, plantearse estrategias para prevenir estas alteraciones y ofrece un programa probado que puede aplicarse en otra población. Y tiene importancia práctica porque tiene aplicación para los distintos profesionales de salud del área psicológica de otros departamentos y centros asistenciales que pudieran replicar esta experiencia.

Por tal, el objetivo general es: Determinar el efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022. Los objetivos específicos: 1. Evaluar las características sociodemográficas en la muestra de adultos mayores de un hospital público de Ecuador. 2. Evaluar los indicadores del nivel de duelo antes del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos

en adultos mayores de un hospital público de Ecuador. y 3. Evaluar los indicadores del proceso de duelo después del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador.

Finalmente, se plantean como hipótesis de investigación lo siguiente:

Hi: Existen efectos positivos significativos de la aplicación del programa psicoterapéutico, en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022

Ho: No existen efectos positivos significativos del programa psicoterapéutico, en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022 (Ver anexo 1)

II. MARCO TEÓRICO

Domínguez et al., (México, 2022) en el artículo «Prevalencia de síntomas de ansiedad y factores clínicos y sociodemográficos asociados en adultos mexicanos que buscan apoyo psicológico para el duelo durante la pandemia de COVID-19», tiene como objetivo evaluar los niveles de ansiedad y preocupaciones que presentan los adultos mexicanos en duelo durante la pandemia. Se realizó un estudio transversal a través de la plataforma Duelo COVID (COVID Grief). La muestra fue de 5224 participantes quienes respondieron a un instrumento con ítems sobre la ansiedad, depresión, calidad del sueño, evitación y excitación, síntomas de duelo prolongado y consumo de medicamentos. Los datos se analizaron en el sistema SPSS con pruebas U de Mann-Whitney y chi-cuadrado. Los resultados señalan que el 90,4% de los adultos reportaron niveles clínicos de duelo más alto que los normales. Concluyen señalando que en ocasiones los adultos deben recurrir a los ansiolíticos y antidepresivos recetados y la recuperación es más efectiva con terapia grupal a partir de los 6 meses de duelo.

Na, P.J. et al., (EEUU, 2021) en el artículo «Posttraumatic Distress Symptoms and Their Response to Treatment in Adults With Prolonged Grief Disorder», presenta como objetivo examinar la presencia y la respuesta al tratamiento de los síntomas de estrés postraumático (PTSS) en adultos en duelo con un diagnóstico primario. La muestra fue de 395 adultos en duelo primario y complicado a quienes se les juntó para recibir medicamento y terapia. Los resultados obtenidos demuestran que los niveles altos de PTSS estuvieron presentes al inicio del estudio, independientemente del tipo de pérdida, A medida de recibir el tratamiento, los niveles fueron mejorando, en especial, quienes participaron de terapia de sugestionamiento. Concluyen afirmando que los síntomas de estrés post traumático se presentan independiente del tipo de muerte violenta o no violenta y el tratamiento aplicado es efectivo ante la presencia del PTSS.

Caycho et al., (América Latina, 2021), en el artículo «COVID-19 Bereavement in Ten Latin American Countries: Measurement Invariance of the Pandemic Grief Scale and Its Relation to Suicidal Ideation», tiene como objetivo aplicar una medición transcultural a través de la Escala de Duelo por la Pandemia (PGS) en

diez países de América Latina. La muestra fue de 2.321 personas con duelo por pérdida de un familiar o ser querido a consecuencia del COVID-19. El instrumento resultó con medidas similares en género y edad, en los países aplicado y se comprobó que se incrementó en un 50%, la idea suicida en los mayores a raíz de la pandemia. Se recomienda su aplicación para seguir validando el instrumento.

Meichsner et al., (Alemania, 2020) en un artículo denominado «Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care», con un diseño cuasiexperimental, tiene como objetivo Identificar los niveles de afectación en los ancianos en período de duelo, para lo cual fue utilizado un instrumento que permite evaluación del duelo previo a la muerte y la detección del período generalizado de duelo (PGD). Como resultado, fueron identificados los ancianos que necesitan apoyo adicional. A partir de la diagnosis se diseñó un programa de intervención centrado en comprender el duelo, manejar el dolor emocional, pensar en el futuro, fortalecer las relaciones, contar la historia de la muerte, aprender a vivir con los recuerdos del difunto y conectarse con los recuerdos. Concluyen afirmando que una intervención basada en la evidencia a corto plazo para el PGD basado en siete temas, es eficaz en los ancianos y cuidadores, porque les ayuda a reconocer y aceptar las pérdidas.

Chow et al., (China, 2019), presenta su estudio «Dual-Process Bereavement Group Intervention (DPBGI) for Widowed Older Adults», con el objetivo de examinar los resultados primarios y secundarios de una intervención de duelo grupal basada en la teoría para adultos mayores viudos. La muestra fue 215 adultos de doce centros comunitarios que realizan servicios sociales y de salud para personas mayores quienes fueron asignados al grupo experimental que recibieron un programa de intervención de duelo de proceso dual-chino (DPBGI-C) y al grupo control, el grupo de duelo orientado a la pérdida con un programa de intervención china (LOBGI-C). Ambas intervenciones comprendieron sesiones semanales de 2 horas durante 7 semanas. Los resultados demuestran mejoras en el duelo, la depresión y el apoyo social, pero los tamaños del efecto fueron mayores con el proceso dual chino. En conclusión, aunque ambos programas pueden contribuir favorablemente, el programa dual presenta mejora eficacia con un impacto mayor y más amplio.

Kealy et al (Canadá, 2019) en el artículo «Individual goal achievement in group psychotherapy: The roles of psychological mindedness and group process in interpretive and supportive therapy for complicated grief ». El objetivo fue examinar la relación entre la mentalidad psicológica de los pacientes y la mejora de los pacientes a través de terapias grupales interpretativas y de apoyo para el duelo complicado. El estudio se realizó con una muestra clínica de 109 pacientes en tratamiento por duelo complicado a quienes se les aplicó terapia grupal para reorientar sus pensamientos. Los resultados indican que la mentalidad psicológica de los pacientes contribuye significativamente al logro de sus objetivos individuales reforzados por las contribuciones al proceso grupal en la terapia grupal interpretativa. Se sugiere que se necesita más investigación para comprender la facilitación del logro de objetivos individuales en la terapia de apoyo.

Solaimani et al., (Irán,2017), en el artículo «Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Spiritual Well-Being and Emotional Intelligence of the Elderly Mourners», plantea comprender la efectividad de la terapia cognitivo-conductual sobre el bienestar espiritual y la inteligencia emocional en los ancianos en duelo. La población de este estudio fueron los ancianos dolientes en la ciudad de Ardabil en 15-2014. Aplico entrevistas clínicas y pruebas diagnósticas mediante un estudio experimental con diseño de pre y pos test, y grupo control de muestreo, se seleccionaron 30 ancianos dolientes. Para la recolección de datos se utilizaron el cuestionario de Bienestar Espiritual y el cuestionario de Inteligencia Emocional. Y se concluyó que la terapia cognitivo conductual mejora el agotamiento emocional y el manejo del duelo, mejorando el estado anímico de los ancianos en duelo.

Adimando (EEUU, 2017) en su artículo «Preventing and Alleviating Compassion Fatigue Through Self-Care: An Educational Workshop for Nurses», plantea como objetivos identificar los factores asociados al duelo crónico en cuidadores, debido a la situación de estrés y fatiga a la que se someten, además de la relación que establecen con el paciente, sobretodo en estado crítico. Se realizó un estudio aplicado con enfermeras a quienes se les aplicó un instrumento. Una vez realizado el diagnóstico se aplicaron varios talleres educativos sobre factores de riesgo. En conclusión, se identificaron factores de riesgo, síntomas y consecuencias del duelo,

y se verificó un alto nivel de satisfacción de los participantes con los contenidos, el formato utilizado y el impacto del programa.

Grunauer et al (Ecuador, 2021), en el artículo «Research Group. Availability and Quality of Grief and Bereavement Care in Pediatric Intensive Care Units Around the World, Opportunities for Improvement», plantea como objetivo evaluar cómo se implementa la atención del duelo y la pérdida en las unidades de cuidados intensivos. El estudio fue prospectivo, transversal y multicéntrico, aplicando encuestas. Se analizaron las características de los pacientes y los detalles de la infraestructura de la unidad también se evaluaron como predictores potenciales de las puntuaciones totales de cumplimiento de GBC. Los resultados obtenidos demostraron que existe cierto cumplimiento de los protocolos, aunque se encontraron diferencias estadísticamente significativas por falta de apoyo financiero, tiempo y capacitación, además de las diferencias en cuanto a la percepción cultural sobre la muerte infantil.

Giménez. (Ecuador, 2021) en el artículo «An Ethnography Study of a Viral YouTube Educational Video in Ecuador», plantean aplicar una terapia con la plataforma de youtube para contribuir al manejo del duelo. Se realizaron análisis cuantitativos y cualitativos sobre los perfiles, el compromiso y la retroalimentación de los usuarios. Estudió 255.862 vistas/usuarios en la plataforma YouTube y su nivel de comportamiento con relación al video «Vuela Mariposa, Vuela». Los resultados mostraron que a raíz de la pandemia hubo un incremento de búsqueda de contenidos en plataformas digitales, los afectados pudieron expresar emociones a través de la narración. Concluye en la importancia de utilizar diversas estrategias para acercarse a los dolientes y facilitar los procesos de duelo.

Climent et al., (Ecuador, 2019), en el artículo «Grieving for Job Loss and Its Relation to the Employability of Older Jobseekers», presenta como objetivo analizar la relación que existe entre la intensidad y el tipo de aflicción que origina la pérdida de empleo en trabajadores de edad adulta. Utilizó un estudio transversal, descriptivo y analítico, en una muestra de 140 participantes a quienes aplicó un cuestionario de orientación laboral. Los resultados evidencian que las personas de mayor edad tienen mayores dificultades para procesar el duelo. En conclusión, las

consecuencias o efectos en el plano psicológico de la pérdida del empleo, se asemejan a las experimentadas en situación de duelo.

Alomoto et al (Ecuador, 2018) en su estudio «Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor» tiene como objetivo reducir los niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores a través de un programa de ejercicio y recreación. La muestra fue de 18 adultos mayores del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador en la ciudad de Quito a quienes se les aplicó el test de Hamilton para valorar depresión y ansiedad antes y después de aplicado un programa especializado de actividades físico-recreativas. Los resultados muestran que los niveles de ansiedad y depresión de los adultos mejoró considerablemente luego de aplicado el programa. En conclusión, Los ancianos encuestados informaron niveles significativamente reducidos de ansiedad y depresión, por lo que las actividades físicas, recreativas ayudan a reducir los niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores durante el tiempo perdido.

Calderón (Ecuador, 2018) en su investigación «Epidemiología de la depresión en el adulto mayor» Su finalidad es contribuir al conocimiento de la epidemiología de la depresión en el anciano y sus factores asociados. La revisión de los estudios abarca desde el año 2000 a 2017. Los resultados demuestran que la incidencia y prevalencia de la depresión del adulto mayor en duelo en casos nuevos es de aproximadamente 15% en especial en adultos con episodios previos (10,3%) vs adultos sin experiencia previa (1,8%). Concluyen afirmando que los factores asociados con la depresión adulta se relacionan con duelos o pérdidas familiares cercanas, con cambios drásticos de su situación laboral o de habitabilidad, así como la inestabilidad o falta de seguridad, requiriendo atención especializada en muchos casos.

Como bases teóricas para el estudio de las variables de la investigación, se inicia con la variable dependiente: Duelo en los adultos mayores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la primera edad es desde la niñez a la juventud, la segunda edad es la etapa madura de adultez, mientras la

tercera edad incluye a personas mayores. La OMS (citado en Rodríguez 2019) considera que a partir de los 60 años de edad una persona se encuentra en la tercera edad si vive en países de ingresos bajos o medianos, mientras que en países donde se perciben altos ingresos, una persona a partir de 65 años, se considera adulto mayor. Durante esta etapa de vida, la persona no debería representar una carga, ni sus hijos ser carga económica para la persona. Esta debería ser una etapa de plenitud.

No obstante, muchos adultos mayores debido a diversos factores tales como: enfermedades crónicas, discapacidades, dependencia económica, soledad, entre otros, sufren diferentes situaciones que merman su calidad de vida y desencadenan desordenes tanto a nivel psíquico, espiritual como físico, que no sólo afecta al paciente, sino al grupo familiar y social en el cual se encuentra.

Desde hace décadas, a consecuencia del control de embarazos, desarrollo de la medicina y la tecnología médica, se ha disminuido la enfermedad y ha envejecido la población de forma paulatina. La ONU (2015, citada en Posada et al., 2018), reveló que la población mundial ha aumentado en mil millones de individuos en los últimos 12 años, concentrándose un 9% en América Latina y el Caribe, asimismo, la esperanza de vida ha aumentado en el mundo, por lo que la edad promedio para adulto mayor es de 75 años, estimándose que en 2050 será de 80 años y mayor para el año 2100.

En Ecuador, la esperanza de vida se elevó de 68, 3 en 1990 a 73, 8 en el 2001 y a 75 años en el 2015. Este fenómeno se debería ser un logro de la humanidad y sus esfuerzos a todo nivel, se convierte en una carga negativa si no se garantiza calidad de vida y atención a los más vulnerables. (Posada et al., 2018). Por tal, los Factores Sociodemográficas, su grupo familiar, su educación y su estabilidad económica, son fundamentales para entender la dinámica en la cual vive el adulto mayor, y comprender los elementos que intervienen ante la presencia de una patología.

Por esta razón, en los centros de salud, la historia clínica incluye el registro de datos esenciales para hacer la evaluación, seguimiento y control del paciente. Por tal, estos registros sociodemográficos son claves para orientar el tratamiento y diseñar programas de atención. Esta etapa de diagnóstico inicial con la historia clínica,

según Quispe et al., (2016), no sólo aporta datos duros acerca del paciente, sino que propicia el acercamiento entre el paciente y el tratante, en especial con adultos tímidos y personalidad cerrada, donde el aislamiento, ha generado el deterioro de la salud mental y física, por lo que abordar las condiciones sociodemográficas del grupo familiar, permite direccionar la atención hacia los aspectos más sensibles y delicados del paciente.

La etapa de duelo de un adulto mayor es de mucha importancia para la salud del paciente, aunque pocas veces es comprendida y valorada por el grupo familiar. El duelo, es un sentimiento de pérdida, y es un estado natural cuando obedece a la separación de alguien o algo que ocupa un lugar especial en la mente y en las emociones de una persona. Conduce hacia la búsqueda de la satisfacción que se sentía con aquello que ya no está. Como señala Orozco & Soria (2017) es parte de la dualidad psíquica, de aquello que se experimentaba antes de pérdida con lo que se siente ahora.

Freud (1917) identifica los sentimientos y los diferentes síntomas que los pacientes experimentan por el duelo. Eso inspira su libro «Duelo y melancolía». Para Freud duelo es el estado normal ante la pérdida de un ser por quien se siente afecto, siendo 6 meses un período normal de dolor, sin embargo, cuando este estado se convierte en patológico que aísla al paciente del mundo y lo sumerge en una desazón, lo llama melancolía.

Según datos de Larrotta et al., (2020), recientemente, aproximadamente 88 millones de personas en 200 países del mundo sufrieron la sensación de pérdida por motivo de la pandemia. Para esta generación, es un duro golpe experimentar el desapego sin estar preparado. Las emociones que produce no ver a un familiar en situación de enfermedad, el distanciamiento, no expresar un abrazo, no poder velar al difunto, quien fuera un amigo, un familiar cercano o un vecino. Uno de grupos etarios más afectados por la pandemia, fue el de los adultos mayores por lo que asociado a la incertidumbre de no poder controlar la salud, estaba el miedo de perder irremediabilmente aquello amado. Dos años de pandemia, juntaron un duelo sobre otro.

Tener la oportunidad de procesar el dolor, es una oportunidad de aliviar la pena, sin embargo, la mayoría de personas, sobre todo los adultos, no se dieron la oportunidad de hacer ningún tipo de terapias, incluso los familiares consideran que la depresión, el desinterés y el aislamiento, es parte de la vejez. el dolor es la respuesta natural a la muerte de un ser amado y cuando se relaciona con el sector salud se asocia con ancianos.

Según el estudio de los investigadores alemanes Meichsner et al., (2020), se sabe de cuatro formas diferentes de surgimiento del duelo y eventualmente facilitar atención a los dolientes. En primer lugar, muchos familiares o cuidadores de pacientes con enfermedades terminales experimentan el duelo previo a la muerte. En segundo lugar, el duelo agudo surge apenas se produce la muerte de un ser querido. En tercer lugar, normalmente el duelo evoluciona a un estado permanente de aceptación y resignación tras un estado de adaptación. Finalmente, si no se produce un estado la falta de adaptación da como resultado el Trastorno de Duelo Prolongado, duelo patológico o complicado.

Algunas características presentes en una persona con duelo no resuelto son: a) sensación de no creer que sea cierto lo que está pasando, b) enojo y amargura, c) dolor recurrente ante el anhelo de ver al fallecido, d) pensamientos estresantes relacionados con la muerte, e) aislamiento, desinterés, desmotivación, desarreglo.

Van Grieken et al., (2021) señalan que el tratamiento de duelo complicado (CGT, Complicated Grief Treatment), forma parte de teorías relacionadas con el afrontamiento de la pérdida. Según los estudios, algunos de los estresores presentes pueden ser: realizar las tareas que usualmente realizaba la persona fallecida, tomar decisiones apresuradas por necesidad, asumir otra condición civil, tener que dar explicaciones o recordar los últimos momentos, ver fotografías, recordar anécdotas. En esta etapa fluctúan los sentimientos entre aceptar y afrontar o enfrentar y resistir.

Del Pino et al., (2003, citados en Sánchez 2015) realizan un resumen de las etapas de un duelo normal según la visión de varios autores. Lindeman (1944) Conmoción, incredulidad, dolor agudo y resolución. Kilbler-Ross (1969): Negación, rabia,

resignación, depresión y aceptación. Bowlby 1969): Aturdimiento, protesta, anhelo, búsqueda de figura paterna, desorganización, desesperación, reorganización y separación. Parkes (1972) Alarma, aturdimiento, languidez, depresión, recuperación, reorganización. Worden (1991) Aceptar la pérdida, trabajar el dolor y emociones, adaptarse el medio sin la pérdida. Situar de nuevo al fallecido y seguir. Neimeyer (2002) Evitamiento, asimilación y acompañamiento.

Algunas de los síntomas propios identificados en un duelo patológico son las siguientes (Sánchez 2015): No poder hablar del fallecido sin manifestar sentir un dolor intenso, durante la entrevista se manifiestan pérdidas anteriores, cualquier acontecimiento poco importante desencadena una reacción emocional, cuesta desprenderse de los bienes o pertenencias del fallecido, experimenta síntomas como los que manifestaba el fallecido, cambios radicales en el estilo de vida, evitar lugares, actividades o amigos en común, impulsos destructivos y autodestructivos, historias de culpa, fobia a la soledad y a la muerte.

Un adulto mayor en condiciones de soledad y aislamiento que además presente síntomas de depresión y desmejoramiento físico, requiere atención inmediata. Los adultos mayores, son vulnerables a la depresión, más cuando puede asociarse a su propia partida. Según la OMS (2002, citado en Lezama Meneses, S. (2011), la depresión es una de las enfermedades más estresantes que incluso incapacita a la persona para socializar normalmente. Para estudiar esta condición se han diseñado diversas escalas como el Test de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale) o la escala de Zung, que son escalas, heteroaplicada, que fueron diseñadas para pacientes diagnosticados con depresión para evaluar de manera cuantitativa la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente.

Para esta investigación se utilizará el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD), de Faschinbager, et al (1977-1981) Citado en García (2021) versión adaptada al castellano del Texas Revised Inventory of Grief, el cual es de fácil aplicación. Tiene dos dimensiones: Comportamiento en el pasado, referido a la manera habitual de comportamiento y Sentimientos Actuales, que son los sentimientos generados a partir de la pérdida. La intensidad de la afectación por duelo se mide a través de la frecuencia en la cual aparecen los síntomas.

Comportamiento en el pasado, tiene como indicadores: aislamiento, falta de concentración, nostalgia, desánimo, irritabilidad, insomnio. Sentimientos actuales tiene como indicadores llanto, tristeza, no aceptación, pensamientos recurrentes y evocación. Los resultados permitirán determinar el nivel de depresión en el cual se encuentra el adulto mayor.

La segunda variable en estudio, es el programa psicoterapéutico.

La psicoterapia se considera un conjunto de herramientas terapéuticas basadas en las relaciones interpersonales, en las que el diálogo y la intervención contribuyen a la superación del conflicto. De este modo, un programa psicoterapéutico, según lo que señalan Pimentel et al., (2013), es un procedimiento a partir del cual se integran acciones orientadas a impulsar favorablemente el tratamiento integral de los pacientes, a través de la caracterización y control de reacciones emocionales. Según la RAE (2021) está referente al tratamiento de enfermedades mentales, psicosomáticas y problemas de conducta mediante métodos psicológicos.

Morales et al., (2000, citados en Pimentel 2013) han señalado que el propósito fundamental de dichas intervenciones es satisfacer las necesidades de los involucrados. Es decir, un profesional de la salud mental puede brindar apoyo cuando la alteración emocional es una barrera para el manejo del duelo. En conclusión, es un proceso de reeducación con la finalidad de que una persona encuentre la solución o alivio a su condición fundamentalmente por intervenciones psicológicas, en conjunto con los tratamientos orgánicos, como la administración de fármacos.

Para que pueda darse efectivamente la psicoterapia, debe existir un entendimiento pleno entre el terapeuta y el paciente para que se estudien los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que están involucrados en la enfermedad. González et al., (2006) señalan que el tratamiento individual intrahospitalaria tiene sus dificultades de tiempo, limitaciones de intimidad y espacio. Por ello, ante la presencia de pacientes en consulta externa, se ofrece psicoterapia grupal, entre los tipos de terapia existen:

Terapia psicodinámica: facilita un marco conceptual para evaluar al paciente y expresar su problemática. El conocimiento psicodinámico del paciente ofrece bases para comenzar cualquier acción farmacológica o psicoterapéutica. Tiene como base la interacción humana, donde la pérdida del apoyo social se asocia con la morbilidad y afecta negativamente la efectividad del tratamiento. La evaluación psicodinámica del paciente incluye la historia de su desarrollo, los condicionantes de su comportamiento, las resistencias, fortalezas y debilidades del paciente.

Psicoterapia cognitivo-conductual enfocada en los síntomas y problemas actuales del paciente y se desarrolló para tratar problemas de depresión. Resulta útil porque se basa en la autopercepción del paciente acerca de la enfermedad y por tal, permite explicar la enfermedad o condición del paciente. Dado su pertinencia, este tipo de psicoterapia se utilizará en esta investigación. Si bien se desarrollan terapias de acción individual, en la investigación se aplicará la terapia interpersonal.

La terapia interpersonal se desarrolló originalmente para tratar la depresión; pero también muestra beneficios en la ansiedad y los trastornos de personalidad, según señalan Chen & Tang (2021). La finalidad del tratamiento son aliviar los síntomas, mejorar las relaciones interpersonales y facilitar la atención médica y psicosocial. La terapia se centra en la manera cómo se origina el síntoma en el paciente, por tal gira en torno del impulsor de la depresión, que afecta su capacidad para relacionarse y su funcionamiento social. En este tipo de psicoterapia, según Bamporad, & Vasile (1990) el terapeuta ayuda al paciente a expresarse emocionalmente y a identificar sus dificultades para relacionarse.

Las psicoterapias educativas como las interpersonales, se realizan en formato grupal. Dado la similitud de los impulsores de la depresión, se comparten sentimientos, emociones, y se aplican terapias donde intercambian recomendaciones y apoyo. Este tipo de intervenciones está alimentado de elementos educativos, cognitivos, conductuales, donde socializar y compartir en grupo, se convierte en un elemento terapéutico.

Van Marle & Holmes (2002) destacan el papel de los profesionales que reconocen tres grandes grupos que requieren atención inmediata debido a sus síntomas: 1)

cuando cambia los patrones de conducta en la vida del paciente directa o indirectamente a sus circunstancias, 2) cuando el motivo del cuidado afecte la estabilidad emocional, personal, de pareja y/o de la familia del paciente, y 3) cuando exista un potencial riesgo psicológico para la salud del paciente. salud en general. Los trabajos de revisión realizados por Barth et al., (2013) concluyen que los esfuerzos de los profesionales en psicoterapias, deben dirigirse a los pacientes con duelo complicado o estados de depresión severos, ya que no se ha insistido mucho en esto.

Boumparis et al., (2016) señalan que para el tratamiento del duelo complicado se han propuesto diferentes tratamientos terapéuticos, sin embargo, es prioritario diagnosticar los casos, ya que la terapia debe adaptarse a las necesidades de atención del paciente. Es de esperarse que toda intervención produzca beneficios, pero lo necesario, es que el impacto psicológico sea perdurable en el tiempo y se asimile de manera correcta la pérdida experimentada. No se trata de tomar «atajo» como señalan los autores, ya el dolor no puede evitarse, se trata de canalizar los síntomas para que normalizar los síntomas.

Van Grieken et al., (2021) afirman que las habilidades psicoterapéuticas son esenciales y señalan que, para valorar la eficacia del tratamiento, los terapeutas deben proponerse los siguientes objetivos: a) Reducir la intensidad y sufrimiento ante el duelo, b) promover el disfrute de los buenos recuerdos del fallecido, c) descartar enfermedades reales, d) facilitar las relaciones del paciente con otras personas, e) ayudar a aceptar la pérdida y recordar al fallecido sin dolor, f) incentivar la incorporación del paciente a actividades sociales.

Para un programa de duelo, un estudio alemán de los autores Meichsner et al (2020) proponen tres fases y que da origen a las tres dimensiones, Fase de Introducción, Fase Intermedia y Fase de Terminación, las cuales serán abordadas en este programa de psicoterapia para manejo de duelo y proponen incorporar siete temas: en comprender su duelo, manejar el dolor emocional, contar la historia de la muerte, aprender a vivir con los recuerdos del difunto y conectarse con los recuerdos, pensar en el futuro, fortalecer sus relaciones.

Fase de introducción; en la cual el terapeuta informa y ofrece explicaciones científicas acerca de duelo normal y complicado en donde se describe el procesamiento dual de afrontamiento de la pérdida y promueve el restablecimiento de la vida plena y la adaptación. a que como se ha visto implica ambos procesos, el restablecimiento de una vida satisfactoria y la adaptación a la pérdida. Se hace revisión de las condiciones físicas del paciente. Se proponen los temas en comprender su duelo y manejar el dolor emocional.

Fase intermedia; en la que el terapeuta incide en los procesos explicados en la primera fase a través de las técnicas propuestas para tal fin, entre ellas, el relato, conversaciones imaginarias, técnica de la silla vacía, psicodramas, técnicas de autocontrol y recuerdo adecuado del fallecido. Se propone los temas, contar la historia de la muerte, aprender a vivir con los recuerdos del difunto y conectarse con los recuerdos.

Fase de terminación; que se centra en la revisión del progreso experimentado, planes de futuro, establecimiento de metas personales, actividades físicas y de socialización, e integración con el grupo familiar. Aquí se realiza una nueva evaluación para medir el nivel de depresión del paciente. Se proponen los temas, pensar en el futuro, fortalecer sus relaciones.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo, con finalidad aplicada y alcance descriptivo, dirigida a dar solución a necesidades sentidas y específica con el uso de métodos y procedimientos científicos. (Hernández & Mendoza, 2018).

El diseño experimental está referido a la investigación donde se manipula una variable para obtener resultados en otra. Puede ejecutarse con uno o dos grupos. Para esta investigación se evaluará el nivel de indicadores del proceso de duelo, luego se le aplicó un programa psicoterapéutico orientado a mejorar los niveles de proceso de duelo presente. Posteriormente, se evaluó nuevamente a ambos grupos para medir si hay mejoría en los niveles de indicadores del proceso de duelo. Se muestra el siguiente esquema de la investigación:

GExp Ob1 X Ob2 GCt Ob3 -- Ob4	<p>Dónde: GExp = Grupo experimental. GCt = Grupo control. Ob1= Observaciones de los niveles de indicadores del proceso de duelo, mediante la aplicación del pre-test en el grupo experimental. Ob3= Observaciones de los niveles de indicadores del proceso de duelo, mediante la aplicación del pre-test en el grupo control X = Tratamiento o aplicación de la variable independiente (estrategias de aprendizaje). Ob2= Observaciones obtenidas de la variable dependiente nivel de indicadores de duelo en el grupo experimental, durante el post-test. Ob4= Observaciones obtenidas de la variable dependiente nivel de indicadores de duelo en el grupo control, durante el post-test.</p>
--	--

Figura 1 Esquema del tipo de investigación

3.2. Variables y operacionalización

Las variables de estudio fueron: Duelo en adultos mayores y programa psicoterapéutico.

Variable Dependiente: Duelo en adultos mayores

- Definición conceptual: tristeza normal y apropiado para abordar una causa inmediata. Es auto limitante y debería desaparecer en un período de tiempo razonable. (DeCS, 2017)
- Definición operacional: es considerado un proceso que presenta alteraciones sensoriales y que se manifiesta a través de los niveles de intensidad de los síntomas del comportamiento del pasado y sentimientos actuales, medidos por medio del Inventario Texas revisado de Duelo. (ITRD), de Faschinbager, et al (1977-1981) Citado en García García, J. (2021)
- Indicadores: La variable presenta dos dimensiones; Comportamiento en el pasado, tiene como indicadores: aislamiento, falta de concentración, nostalgia, desánimo, irritabilidad, insomnio. Sentimientos actuales tiene como indicadores llanto, tristeza, no aceptación, pensamientos recurrentes y evocación. Los resultados permitieron determinar el nivel de depresión en el cual se encuentra el adulto mayor.
- Escala de medición: Nominal

Variable independiente: Programa psicoterapéutico

- Definición conceptual: Psicoterapia es un término general utilizado para tratar enfermedades mentales o trastornos emocionales fundamentalmente a través de la comunicación verbal o no verbal (DeCS, 2017)
- Definición operacional: es considerada como habilidades psicoterapéuticas aplicadas en tres fases con la finalidad para mejorar los indicadores del duelo, donde la pertinencia de las actividades puede ser valoradas a través de una lista de cotejo.
- Indicadores: Consta de tres dimensiones: Primera, Fase de introducción en la cual el terapeuta informa y ofrece explicaciones científicas acerca de duelo normal y complicado en la cual se encuentra el paciente; Tiene los indicadores comprender el duelo y manejar el dolor emocional. Segunda, Fase intermedia; donde el terapeuta incide en los procesos explicados en la primera fase a través de las técnicas propuestas para tal fin. Los indicadores son; contar la historia de la muerte, aprender a vivir con los recuerdos del difunto y Conectarse con los recuerdos a través de relatos, conversaciones

imaginarias, técnica de la silla vacía, psicodramas, técnicas de autocontrol, recuerdo adecuado del fallecido e integración con el grupo familiar y, tercera, Fase de terminación; revisión del progreso experimentado por el paciente, planes de futuro, establecimiento de metas personales, actividades físicas y de socialización. Los indicadores son pensar en el futuro y fortalecer sus relaciones.

Fue desarrollado en 15 sesiones de terapia grupal

- Escala de medición: nominal

Las variables sociodemográficas fueron: edad, sexo, grado de instrucción ocupación parentesco y tipo de duelo. Estos datos se encuentran establecido en el instrumento aplicado.

La tabla completa de operacionalización se encuentra en el **Anexo 2**.

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

La población estuvo conformada por 435 adultos mayores de 60 años en proceso de duelo de un hospital público de Ecuador. La muestra fue de 264 pacientes adultos mayores según el cálculo realizado para poblaciones finitas, quienes aceptaron participar en el programa de psicoterapia, **(ANEXO 3)**

Utilizando el juicio experto de la investigadora se conformarán los dos grupos con 132 adultos mayores cada uno.

Los criterios de inclusión fueron: a) Mayores de 60 años, sin distinción de sexos, b) pacientes que acepten participar de forma voluntaria, c) Pacientes con expediente abierto por lo menos con un mes de anticipación y asistencia regular.

Y los criterios de exclusión fueron: a) Pacientes menores de 60 años de edad, b) que no se encuentren afiliadas al programa del adulto mayor, c) Pacientes con patologías diferentes al duelo.

Se utilizó un muestreo probabilístico, seleccionando 132 pacientes del Hospital General de Babahoyo del Instituto Ecuatoriano de los Seguros Sociales como grupo experimental y 132 pacientes del Seguro Campesino pertenecientes al Instituto

Ecuatoriano de los Seguros Sociales, como grupo control. Del listado de pacientes disponible se hizo una selección simple de los pacientes con número impar y si el paciente cumplía con los criterios, se asignaba al estudio. El programa psicoterapéutico fue aplicado durante tres semanas, los días lunes, martes, miércoles y jueves de 4 a 5:30 aproximadamente, en las instalaciones del auditorio de la dirección provincial.

La unidad de análisis fueron los pacientes adultos mayores de 60 años en proceso de duelo.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para esta investigación se utilizó el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD), de Faschinbager, et al (1977-1981, citado en García (2021) versión adaptada al castellano del Texas Revised Inventory of Grief, el cual es de fácil aplicación. Tiene dos dimensiones: Comportamiento en el pasado, referido a la manera habitual de comportamiento al inicio de la pérdida y los Sentimientos Actuales, que hace referencia a los sentimientos generados meses posteriores a la pérdida. El período normal de duelo son 6 meses.

Comportamiento en el pasado, tiene 6 indicadores: aislamiento, falta de concentración, nostalgia, desánimo, irritabilidad, insomnio, con 8 ítems. La segunda dimensión es Sentimientos actuales que tiene 5 indicadores; llanto, tristeza, no aceptación, pensamientos recurrentes y evocación y está compuesta por 13 ítems. Los resultados permitirán determinar el nivel de depresión en el cual se encuentra el adulto mayor.

Tiene 5 opciones de respuestas: completamente verdadero, verdadero en su mayor parte, ni verdadero ni falsa, falsa en su mayor parte y completamente falsa, de acuerdo a la intensidad del síntoma que será evaluado como bajo, moderado y alto. Se habla de duelo prolongado cuando el comportamiento pasado está afectado de forma alta y en los sentimientos actuales continúa alta. Cuando es alta al inicio y baja al final, se considera duelo resuelto. Si es baja al inicio y alta posteriormente, es un duelo retrasado, y cuando es baja tanto antes como después, se habla de duelo ausente. **(Anexo 4a)**

Tabla 1. Ficha técnica del instrumento

Nombre del cuestionario	Cuestionario de ...
Autor/Autora	Faschinbager, et al., (1977-1981)
Adaptado	García et al., (2021). Versión adaptada al castellano.
Lugar	Hospital de Babahoyos
Fecha de aplicación	Última semana de mayo de 2022
Objetivo	Determinar el efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022
Dirigido a	Adultos mayores en proceso de duelo
Tiempo estimado	15 minutos
Margen de error	0,05
Estructura	Compuesto de 21 ítems, con dos dimensiones. Presenta cinco opciones de respuestas 1=Completamente verdadero, 2=Verdadero en su mayor parte, 3=Ni verdadera, ni falsa 4=Falsa en su mayor parte y 5=Completamente falsa

En cuanto a validez y confiabilidad, el instrumento desde su creación, ya ha sido comprobado. Según García et al., (2021), adaptar al castellano el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) de Faschinbager et al (1977, 1981) se realizó en 2 fases: a) adaptación transcultural de un cuestionario, y b) estudio transversal de fiabilidad y validez. Emplazamiento. Se aplicó a 118 personas que habían enviudado entre los 3 meses y 3 años anteriores al estudio. El ITRD en inglés americano fue traducido, retrotraducido y finalmente comparado con la versión en hispano de Grabowski & Frantz (1993).

En cuanto a la fiabilidad, los coeficientes alfa de Cronbach (consistencia interna) de las 2 dimensiones del ITRD fueron de 0,75 y 0,86. Sobre la validez factorial: todos los ítems menos uno, ofrecieron saturaciones > 0,40 a los 2 factores extraídos de la rotación varimax. En cuanto a la validez por hipótesis: las escalas del ITRD mostraron diferencias ($p < 0,05$) entre los dolientes según lo esperado o inesperado del fallecimiento, el lugar donde ocurrió la muerte y el tiempo transcurrido desde ésta; las puntuaciones del ITRD adaptado son similares a las del ITRD hispano en latinos y más elevadas que las del ITRD original y las del ITRD hispano en anglosajones.

Sobre la validez convergente ambas dimensiones del ITRD correlacionaron positivamente ($p < 0,05$) con todas las escalas clínicas del Inventario de

Experiencias en Duelo de Sanders et al (1985) y García et al (2001). En conclusión, la evaluación del duelo del ITRD adaptado al castellano es tan fiable y válido como el original.

Se diseñó el programa psicoterapéutico a aplicar al grupo experimental, el cual fue evaluada su pertinencia, se presentó una lista de cotejo, donde cinco expertos evaluaron marcando sí o no está presente el determinado criterio. En este caso, para evaluar la pertinencia de las actividades propuestas en el programa psicoterapéutico el cual está estructurada por siete temas propuestos a desarrollar en tres dimensiones: Fase de introducción, con el tema comprender el duelo, manejar el dolor emocional. La Fase intermedia con los temas; contar la historia de la muerte, aprender a vivir con los recuerdos del difunto y conectarse con los recuerdos. Fase de terminación con los temas pensar en el futuro y fortalecer sus relaciones. **(Anexo 5a).**

La validación del programa y plan de trabajo elaborado, fue sometida a consideración y opinión de cinco especialistas: Primer experto: Mónica Caballero, Magister en Gerencia de Servicios de Salud. El segundo experto: Juan Carlos León Alemán, Magíster en Salud Pública y Docente Universitario con 20 años de experiencia. La tercera experta: Daniela Irene Moreira Peñafiel, Magister en Psicología Clínica. El cuarto experto Fuentes Cortez América Fabiola, Magister en Gerencia de Servicios de la salud. Y el quinto experto Monserrate Romero Ángela Germania Magister en Gerencia de Servicios de la Salud. Todos evaluaron el programa diseñado considerándolo muy adecuado. **(Anexo 5b)**

Tabla 2. Validación de juicio de expertos

Experto	Grado Académico	Nombre y Apellidos	Criterios	V de Aiken
1	Mg.	Monica Caballero		
2	Dr.	Juan C. León	Pertinencia	
3	Mg.	Daniela Moreira	Relevancia	1
4	Mg.	América Fuentes	Claridad	
5	Mg	Ángela Monserrate	Suficiencia	

3.5. Procedimientos

Los procedimientos incorporan los siguientes pasos:

- Selección del cuestionario Inventario de Texas.
- Validación del programa psicoterapéutico a aplicar por juicio de expertos explicados antes.
- Permisos y autorización para realizar el estudio dentro de la institución, Hospital General de Babahoyo. **(Anexo 6)**.
- Información verbal del Consentimiento informado: Requiere el consentimiento de los usuarios externos, que se reflejan en la explicación del estudio, expresando su decisión voluntaria de participar con su consentimiento, dan su consentimiento verbal y aclaran al investigador que se ha realizado la actividad. **(Anexo 7)**
- El acceso a las historias clínicas con fines de investigación requerirá la separación de los datos personales del paciente de los datos clínicos para garantizar el anonimato. Esto fue respaldado por el compromiso de confidencialidad del investigador. **(Anexo 8)**
- Determinación del tamaño de la muestra explicado antes.
- Determinación de la frecuencia de aplicación: Los pacientes para ambos grupos y han sido atendidos en consulta.
- Se aplicó el pre test y posteriormente se aplicó el programa psicoterapéutico al grupo experimental en 15 sesiones grupales los días lunes, martes, miércoles y jueves entre 4 y 5:30pm.
- Organización de la información. Se aplicó el pos test a ambos grupos salvaguardados en archivo codificado para su lectura, el mismo que fue analizado de forma descriptiva e inferencial.

3.6. Método de análisis de datos

En primer lugar, se realizó el análisis estadístico de las características sociodemográficas de los pacientes las cuales se procesaron con el sistema estadístico SPSS versión 23 y se presentaron en tablas con medidas de tendencia central. Los datos suministrados por el pre test y post test, fueron analizados con el coeficiente de variación y los resultados fueron presentados con gráficas barras además de tablas de frecuencia absoluta y relativa para ambos grupos. Para realizar el análisis estadístico inferencial, se acudió a la Prueba Wilcoxon para verificar los valores iniciales y comprobar el supuesto de igualdad de medias.

Se realizó una prueba de variación interna tanto al grupo experimental y control para comparar las medias del pre test y pos test, demostrando los efectos de la variable independiente (programa psicoterapéutico) sobre la dependiente (duelo). De esta manera se verificó que hubo efectos y se aceptó la hipótesis de la investigación.

El tratamiento de los datos se realizó mediante una base de datos anónima y codificada con el programa MS Excell®. El análisis de los datos se hizo con el programa SPSS® v. 23. 0.

3.7. Aspectos éticos

Sobre la presente investigación se tomaron en cuenta a Helsinki (1964), este estudio contó con los consentimientos debidamente firmados, no existe relación directa entre investigador y los sujetos de la investigación, y se actuó para beneficio de las personas afectadas por esta enfermedad. Se requirió la aprobación del comité de ética debido a la naturaleza del estudio y la normativa aplicable. La información del paciente está disponible para fines científicos, se garantiza total privacidad. **(Anexo 9)**

IV. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los hallazgos más resaltantes de la investigación.

Resultados sobre el objetivo general

Se propuso en esta investigación, determinar el efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022. Para ello, se tomaron en cuenta los indicadores del duelo que se miden por la frecuencia alta o baja en la cual aparecen los síntomas en el comportamiento pasado y en los sentimientos actuales. Estas combinaciones generan cuatro tipos de niveles: ausente, prolongado, resuelto y retrasado, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3. Efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores grupo control y experimental antes y después de aplicar el programa

Grupos		Niveles de duelo				Valor de p*
		Ausente n (%)	Prolongado n (%)	Resuelto n (%)	Retrasado n (%)	
Grupo Control	Pre test	17 (12,9)	53 (40,2)	12 (9,1)	50 (37,9)	0,505
	Pos test	21 (15,9)	59 (44,7)	19 (14,4)	33 (25,0)	
Grupo Experimental	Pre test	30 (22,7)	45 (34,1)	16 (12,1)	41 (31,1)	0,000
	Pos test	22 (16,7)	38 (28,8)	54 (40,9)	18 (13,6)	

Tabla de frecuencias para medir efectos en el nivel de duelo de ambos grupos. Los valores son reportados en números absolutos y porcentuales. *p= valor de prueba Wilcoxon, diferencias de medias.

En la Tabla 3 se muestran los datos recopilados de ambos grupos antes y después de aplicar el programa psicoterapéutico, de igual forma indica el valor central para cada grupo. Ambos grupos presentan una distribución normal y se aplicó la prueba no paramétrica Wilcoxon para diferencias de medias de los valores de ambos grupos, antes y después de aplicar el programa.

El duelo ausente se observa cuando el paciente tiene un nivel bajo de síntomas de duelo en el comportamiento pasado y los mantiene bajo, en los sentimientos presentes. Como puede observarse, durante el pre test en el grupo control, el 12,9% tiene duelo ausente y para el pos test se incrementa al 15,9%, lo cual indica

q no existe mejoría en este grupo. Sin embargo, en el grupo experimental el 22,7% del grupo tiene un nivel de duelo ausente. En este nivel de duelo se encuentran pacientes que no manifiestan abiertamente su dolor por razones culturales, religiosas o represiones que ellas mismas se imponen. Se observa que en grupo experimental luego de aplicado el programa, el porcentaje de pacientes disminuyó a 16,7%, lo cual es positivo, ya que permanecer mucho tiempo en este nivel, puede desencadenar efectos de deterioro en la salud al reprimir sentimientos.

En el nivel de duelo prolongado el grupo control posee 40,2% y en el pos test 44,7%, esto significa que, durante el tiempo transcurrido, este grupo que no recibió el programa, incrementó la cantidad de pacientes afectados. Mientras en el grupo experimental, se observa que el 34,1% del grupo presenta un nivel de duelo prolongado durante el pre test, esto significa que el paciente tiene en el comportamiento pasado alto niveles de dolor y que se mantienen altos en los sentimientos actuales. Esto puede desencadenar duelos complicados con afectación de la salud física ya que supera los 6 meses normales de luto. Sin embargo, luego de haber participado en el programa, hay una disminución del porcentaje a 28,8%, por lo que algunas personas lograron canalizar sus emociones y superarla etapa por la que estaban pasando

El nivel alto en el pasado, pero bajo en los sentimientos actuales es indicativo de nivel de duelo resuelto y es aquel donde la persona logra manifestar sus sentimientos y drenar sus emociones que va controlando y superando conforme pasan los meses. En este caso, se observa para el grupo control, que 9,1% de los pacientes tienen un nivel de duelo resuelto y para el pos test alcanza un 14,4% lo cual evidencia una mejora pequeña en este nivel.

Al compararla con el grupo experimental se observa que en el pre test el 12,1% se encontraba en este nivel, siendo un porcentaje bajo, sin embargo, una vez aplicado el programa, hubo una diferencia de 28,8 puntos, ya que los datos del pos test muestran que el 40,9% alcanzó un nivel de duelo resuelto, de esta forma, aunque los recuerdos y las emociones sobrevienen, pueden ser controlados y aceptada la realidad de forma sana.

En el nivel de duelo retrasado para el grupo control se observa un 37,9% que

disminuye a 25% durante el pos test, esto significa que un importante grupo de pacientes tomaron consciencia de su realidad y han asumido sus sentimientos. En el caso del grupo experimental, se observa un 31,1% de la muestra en el pre test, sin embargo, puede notarse que hubo una disminución significativa de 17,5 puntos, ya que en el pos test el porcentaje fue de 13,6%. En el nivel de duelo retrasado, la persona no manifiesta síntomas al inicio de la muerte, pero cuando lo acepta, los síntomas se manifiestan de manera elevada, por tal este fue un efecto positivo acaecido luego de aplicado el programa porque el paciente ha logrado manifestar sus emociones y comenzar a trabajar en el control de las mismas.

De manera gráfica se puede ver de la siguiente forma.

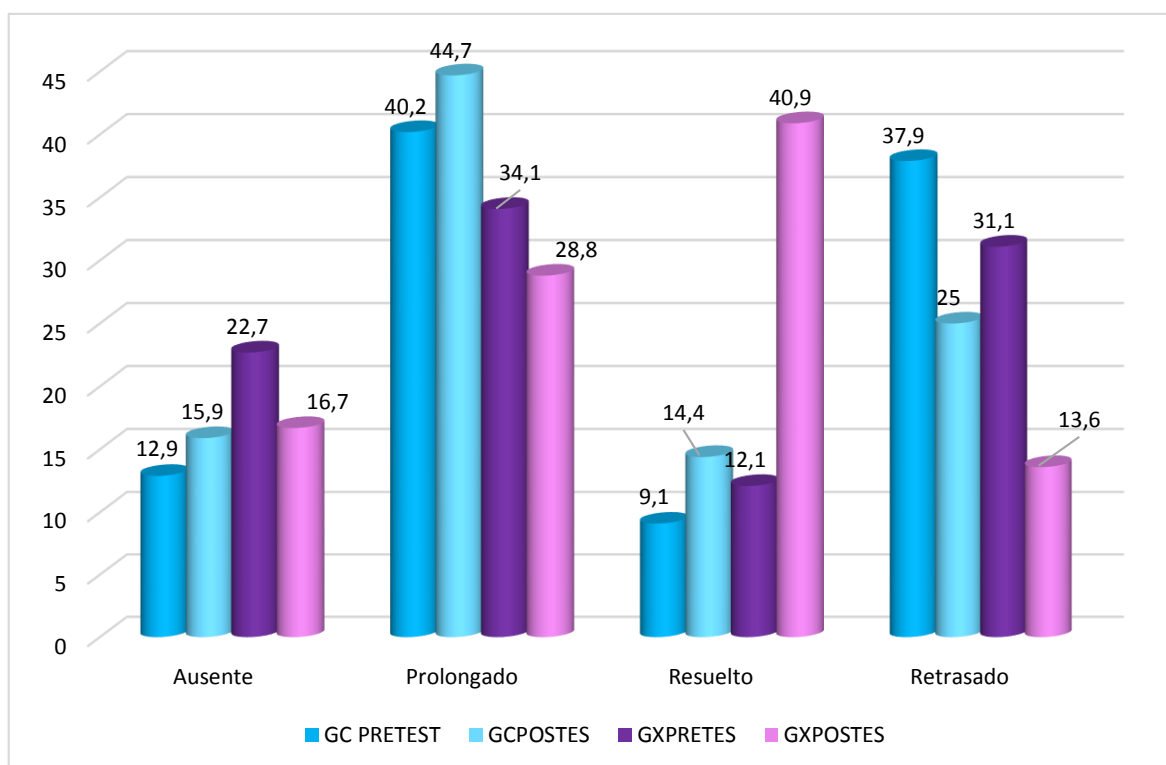


Figura 2. Niveles de duelo del grupo control y experimental antes y después de aplicar el programa

La Figura 2 refleja los datos de la muestra reportados en la Tabla 3 y puede observarse, cómo los porcentajes de pacientes del grupo control para niveles de duelo ausente, prolongado aumentan, mientras disminuye el nivel de duelo retrasado, con un ligero aumento del duelo resuelto. En el grupo experimental en cambio, en los niveles de duelo, ausente, prolongado y retrasado han disminuido,

por lo que se visualiza el efecto positivo en cuanto al manejo de duelo, asimismo, se observa claramente, que el porcentaje de pacientes con nivel de duelo resuelto ha aumentado.

Validez de la hipótesis

Se propuso validar la siguiente hipótesis de investigación: Existen efectos positivos significativos de la aplicación del programa psicoterapéutico, en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022, para lo cual se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon para comprobar si existe diferencia entre las Medias en ambos grupos. La hipótesis estadística señala que:

Ho: No existe diferencias de medias en el grupo experimental y grupo control

Hi: Existe diferencia de medias en el grupo experimental y grupo control

Con la premisa que si el valor p resultante es menor que 0,05 se rechaza la hipótesis nula. La prueba de diferencia de medias de ambos grupos se aplicó en los datos de pre test y pos test del grupo control y el valor fue $p=0.505$ que resulta mayor que 0,05 por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta que no existen diferencias significativas de las medias, por lo que sus cambios o son significativos. Sin embargo, para el grupo experimental presenta un valor $p=0,000$ que siendo menor que 0.05, se rechaza la hipótesis nula, por tanto, se acepta que existan diferencias estadísticamente significativas

De esta manera se verifica estadísticamente que, el nivel de duelo en el grupo experimental, fue modificado a partir de ser sometido al programa de intervención psicoterapéutica, presentando efectos positivos superiores a los presentados por el grupo control y queda demostrado que los cambios presentados por el grupo experimental son estadísticamente significativos.

Se observa claramente que los datos del pre test fueron modificados luego de aplicado el programa al compararlos con el pos test. Se acepta la validez de la hipótesis de la investigación por lo que se demuestra que existen efectos positivos significativos en el nivel de duelo de adultos mayores con la aplicación del programa psicoterapéutico.

Resultados del primer objetivo específico

Tabla 4. Características sociodemográficas de adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador

Características	Mujer n (%)	Varón n (%)	Total N (%)
	201 (76,1%)	63 (23,9%)	264 (100%)
Edad	73 ± 5,75	74 ± 5,60	73 ± 5,71
Grado de Instrucción			
No lee ni escribe	23 (11,4)	6 (9,5)	29 (11,0)
Primaria	36 (17,9)	3 (4,8)	39 (14,8)
Secundaria	42 (20,9)	19 (30,2)	61 (23,1)
Universitaria	100 (49,8)	35 (55,6)	135 (51,1)
Ocupación			
Desocupado	53 (26,4)	22 (34,9)	75 (28,4)
Ocupado	28 (13,9)	8 (12,7)	36 (13,6)
Jubilado	120 (59,7)	33 (52,4)	153 (58,0)
Parentesco			
Esposo/a	82 (40,8)	26 (41,3)	108 (40,9)
Hijo/a	86 (42,8)	21 (33,3)	107 (40,5)
Madre/padres	26 (12,9)	1 (1,6)	27 (10,2)
Familiar/amigo	7 (3,5)	15 (23,8)	22 (8,3)
Tiempo de duelo			
6 meses o menos	65 (32,3)	19 (30,2)	84 (31,8)
De 6 a 12 meses	104 (51,7)	29 (46,0)	133 (50,4)
Más de 12 meses	32 (15,9)	15 (23,8)	47 (17,8)

Todos los valores son reportados en números absolutos y porcentuales; excepto con las variables edad, donde se presentan la media ± desviación estándar.

El primer objetivo específico fue evaluar las características sociodemográficas en la muestra de adultos mayores de un hospital público de Ecuador, cuyos resultados se presentan en la siguiente tabla de frecuencias, según la dimensión conocer al paciente en sus indicadores sexo, edad, ocupación y grado de instrucción y la dimensión conocer el duelo

Este grupo de pacientes presenta cierta tranquilidad y control cuando ocurre el evento, pero los niveles de ansiedad y depresión aumentan con los meses y los síntomas pasan a niveles altos. Por tal, un paciente que presenta niveles bajos al inicio del proceso, no significa que tienen resuelto el duelo, sino que puede experimentar cambios y aumentar los niveles más adelante.

La Tabla 4 muestra los resultados de los datos sociodemográficos de los pacientes por cada una de las dimensiones: conocer el paciente y conocer el duelo. Sobre la

primera dimensión, conocer el paciente, se observa que el 76,1% de la muestra es femenino y el 23,9% es masculino, lo cual concuerda con las estadísticas que señalan que las mujeres tienden a expresar mejor sus sentimientos y a buscar ayuda ante situaciones traumáticas. La edad promedio es de 73 años, aunque el rango que concentra la mayor cantidad de pacientes es de 65 a 69 años con 37,5% del total.

Con respecto a la ocupación de los pacientes, el 58% es jubilado y un 13,6% aún permanece ocupado a pesar de ser adultos mayores, lo cual es un aspecto positivo, ya que realizar actividades diarias, despeja la mente de pensamientos recurrentes, no obstante, un 28,4% se encuentra desocupado, en cuyo caso es importante hacer seguimiento a este grupo, puesto que la inactividad puede acrecentar la depresión.

Sobre el grado de instrucción se observa que el 51,1 % de los pacientes tiene nivel universitario, seguido de un 23,1% que tienen nivel secundario. Por tanto, esta muestra posee una base formativa que puede ser aprovechada para desarrollar las estrategias.

La segunda dimensión está referida a conocer el duelo, para ello los datos son de los indicadores, parentesco con el difunto y el tiempo del duelo, lo cual es un elemento importante para evaluar la cercanía y profundidad del sentimiento y el tiempo que ha invertido el paciente en trabajar el duelo. Con respecto al parentesco, mayormente se reporta como fallecido al esposo(a) con un 40,9% o el hijo o hija, con un 40,5%, con una diferencia muy baja. Es lógico que, a las edades de estos pacientes, estos sean los deudos más recurrentes, en especial, debido a la situación de pandemia. Un 10,2% manifiesta haber perdido a la madre o padre y un 8,3% se refiere a un amigo o familiar cercanos.

Sobre el tiempo de fallecido, se observa que el 31,8 % hace menos de 6 meses, que estaría ubicados en un período lógico de duelo, sin embargo, el 50,4% tuvo la pérdida entre 6 y 12 meses y el 15,9% tiene luto desde hace más de un año, por lo que requieren intervención para ayudarlos a sobreponerse ante la situación. La etapa de duelo normal es de 6 meses, donde se presentan lo mayores síntomas, lo cual también dependerá de lo inesperado o violento de la muerte, por lo tanto, si un

paciente mantiene síntomas de depresión aguda luego de este tiempo, entonces requiere la intervención para ayudarlo en su proceso.

De forma gráfica se observa como sigue:

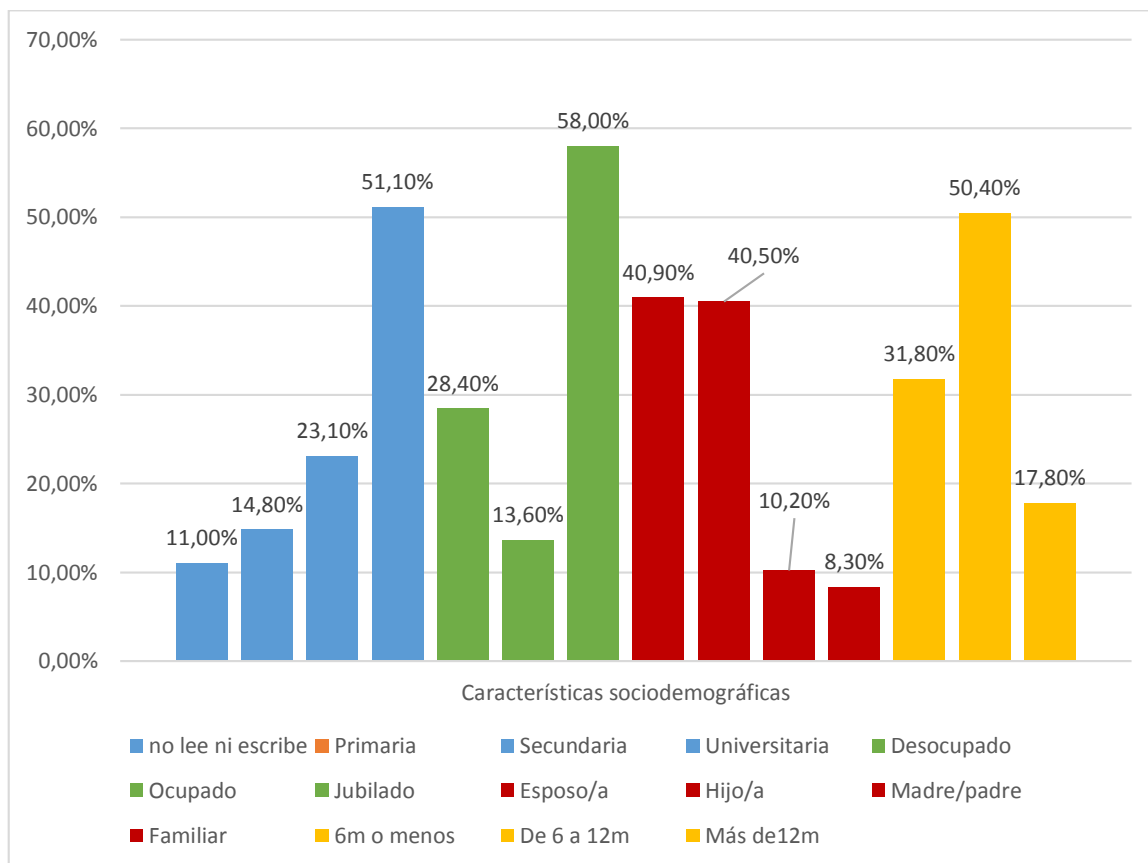


Figura 3. Características Sociodemográficas de los adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador

Resultados del segundo objetivo específico

Con respecto a este objetivo específico, evaluar los indicadores del nivel de duelo antes de aplicar el programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador, el análisis se hizo tomando en consideración el pre test aplicado a ambos grupos. Los datos arrojaron los resultados mostrados en la siguiente tabla.

Tabla 5. Nivel de duelo del grupo control por sexo y edad en el pre test.

Nivel de los indicadores de duelo						
Edad	Sexo	Ausente	Prolongado	Resuelto	Retrasado	total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
65 a 69 ^a	Mujer	5 (29,4)	16 (30,2)	4 (33,3)	25 (50,0)	50 (37,9)
	Hombre	0 (0,0)	5 (9,4)	0 (0,0)	4 (8,0)	9 (6,8)
70 a 74 ^a	Mujer	2 (11,7)	9 (17,0)	4 (33,3)	5 (10,0)	20 (15,2)
	Hombre	1 (5,6)	3 (5,7)	0 (0,0)	6 (12,0)	10 (7,6)
75 a 79 ^a	Mujer	6 (35,2)	9 (17,0)	4 (33,3)	4 (8,0)	23 (17,4)
	Hombre	0 (0,0)	5 (9,4)	0 (0,0)	2 (4,0)	7 (5,3)
80 o más	Mujer	2 (11,7)	5 (9,4)	0 (0,0)	3 (6,0)	10 (7,6)
	Hombre	1 (5,6)	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (2,0)	3 (2,3)
	total	17 (12,8)	53 (40,1)	12 (9,1)	50 (37,9)	132 (100)

Tabla de frecuencias para medir tipo de duelo por sexo y edad en los sujetos de la muestra. Los valores son reportados en números absolutos y porcentuales. El 76,1% son mujeres y el 23,9% son hombres. La edad con mayor porcentaje para mujeres es 65 a 69^a con 37,9% y 70 a 74^a para hombres con 7,6

La Tabla 5, presenta los resultados del nivel de duelo que poseen los pacientes del grupo control antes de aplicarles el programa de intervención, clasificados por edad y sexo. Para este grupo, según la tabla el 12,8% de los pacientes se ubican en el nivel de duelo ausente. El porcentaje de este nivel de duelo lo presentan mujeres entre 75 y 79 años con un 35,2%, seguido por mujeres de 65 a 69 años con un 29,4%.

El duelo prolongado es el más alto del grupo. con un 40,1% siendo más representativas las mujeres entre 65 y 69 años de edad con un 30,2% de este total. Esto quiere decir, que este grupo tiene un nivel de afectación alto que se mantiene a pesar del tiempo transcurrido y el apoyo recibido, por tanto, este grupo de pacientes ha permanecido más tiempo con los síntomas de duelo. El 9,1% de pacientes se encuentra en duelo resuelto, representado por el grupo de pacientes femeninas en las diferentes edades. Esto muestra que las mujeres del grupo control, han logrado resolver el duelo de manera más efectiva. Mientras que ninguno de los hombres se encuentra en este nivel.

Finalmente, se encuentra el nivel de duelo retrasado, donde los pacientes señalan experimentar un nivel de afectación al pasar de los meses. Se observa que el 37,9% de los pacientes se encuentra en este nivel, siendo el segundo más alto del grupo. De este grupo el 50,0% se encuentra en mujeres con edades entre 65 y 69 años.

En este nivel, la no aceptación de la muerte y el saber lidiar con el sentimiento puede generar en duelos complicados.

Gráficamente se presenta de esta forma:

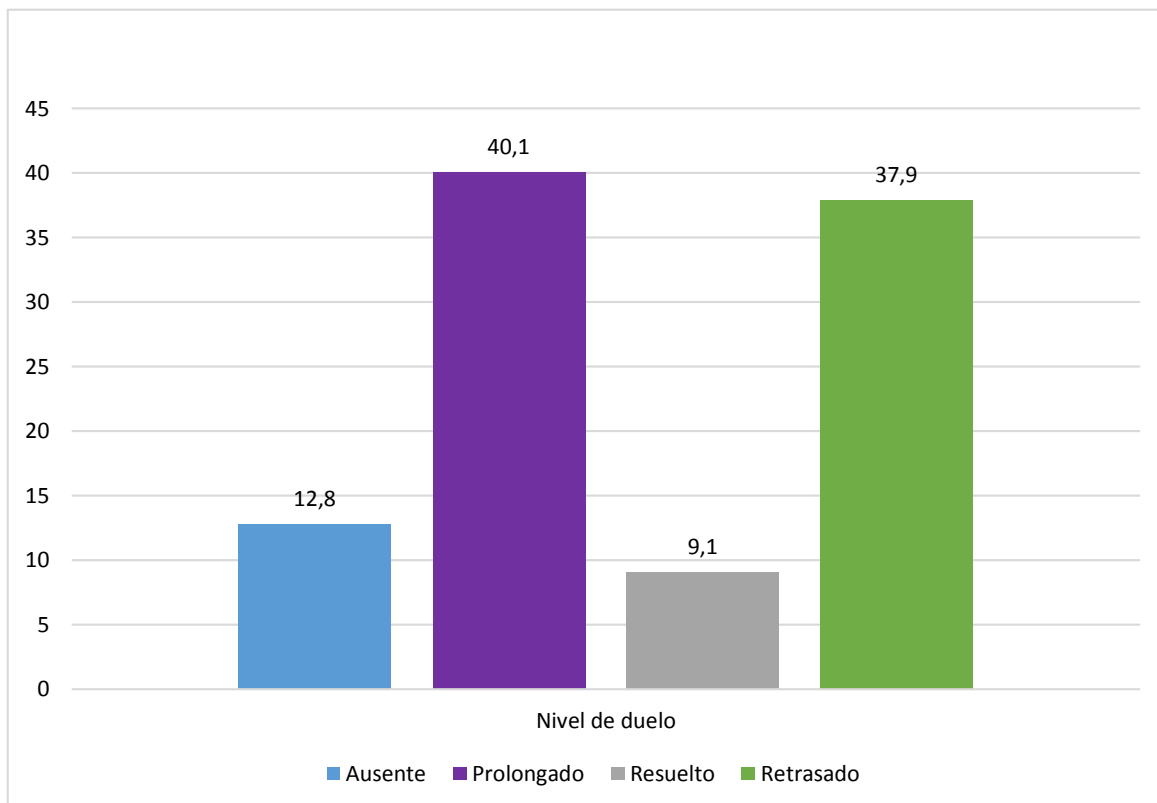


Figura 4. Nivel de duelo del grupo control en el pre test

Para el grupo experimental, los niveles de duelo son como se presentan en la siguiente Tabla 6 donde se observan los niveles de duelo según el sexo del paciente y la edad

Tabla 6. Nivel de duelo del grupo experimental por sexo y edad en el pre test

Nivel de los indicadores de duelo						
Edad	Sexo	Ausente	Prolongado	Resuelto	Retrasado	total
65 a 69 ^a	Femenino	9 (30,0)	16 (36,4)	5 (29,4)	20 (48,8)	50 (37,9)
	Masculino	1 (3,3)	4 (9,1)	2 (11,8)	2 (4,9)	9 (6,8)
70 a 74 ^a	Femenino	5 (16,7)	4 (9,1)	5 (29,4)	6 (14,6)	20 (15,2)

	Masculino	2 (6,7)	4 (9,1)	1 (5,9)	3 (7,3)	10 (7,6)
75 a 79 ^a	Femenino	9 (30,0)	9 (20,5)	1 (5,9)	4 (9,8)	23 (17,4)
	Masculino	1 (3,3)	4 (9,1)	1 (5,9)	1 (2,4)	7 (5,3)
80 ^o más	Femenino	2 (6,7)	3 (6,8)	1 (5,9)	4 (9,8)	10 (7,6)
	Masculino	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (2,4)	3 (2,3)
	total	30 (22,7)	44 (33,3)	17 (12,9)	41 (31,1)	132 (100)

Tabla de frecuencias para medir tipo de duelo por sexo y edad en los sujetos de la muestra. Los valores son reportados en números absolutos y porcentuales. El 76,1% son mujeres y el 23,9% son hombres. La edad con mayor porcentaje para mujeres es 65 a 69^a con 37,9% y 70 a 74^a para hombres con 7,6

El duelo ausente se caracteriza porque el paciente no manifiesta muestras elevadas de indicadores de duelo, ni en el comportamiento pasado ni en los sentimientos actuales. En este nivel se ubican 22,7% de la muestra estando concentrado la mayor cantidad de pacientes en mujeres de 65 a 69 años y 70 a 74 con 30%. En el caso de los hombres, el porcentaje más elevado se encuentra en edades de 70 a 74 años con un 6,7%. Las personas que no expresan sus emociones oportunamente, pudieran presentar recaídas o deterioro silencioso de la salud, cuyos efectos se ven posteriormente.

El duelo prolongado tiene el nivel más alto para este grupo experimental con un 33,3% del total. Los pacientes con este nivel no presentan mejoría en cuanto a los síntomas desde que se produjo el evento a la fecha del test. El porcentaje más alto se ubica en mujeres de 65 a 69 años con 36,4%. El porcentaje más alto para los hombres es de 9,1 presente en los rangos menores de 80 años.

El duelo resuelto aparece en un 12,9% del total en especial en mujeres en los rangos de 65 a 69 y de 70 a 75 años de edad con un 29,4% y en hombres de 65 a 69 años con un 11,8% del total. Destaca que los hombres con menor edad, sean los que han logrado controlar su nivel de duelo.

El nivel duelo retrasado se encuentra en un 31,1% del total de pacientes del grupo experimental ocupando el segundo lugar de mayor precia en la muestra. El grupo de pacientes en este nivel con mayor porcentaje son mujeres entre 65 y 69 años con 37,9% y en el caso de los hombres de 70 a 74 años alcanzan un 7,3%. Este grupo de pacientes presenta cierta tranquilidad y control cuando ocurre el evento, pero los niveles de ansiedad y depresión aumentan con los meses y los síntomas

pasan a niveles altos. Por tal, un paciente que presenta niveles bajos al inicio del proceso, no significa que tienen resuelto el duelo, sino que puede experimentar cambios y aumentar los niveles más adelante.

Gráficamente puede observarse de esta manera para el sector femenino:

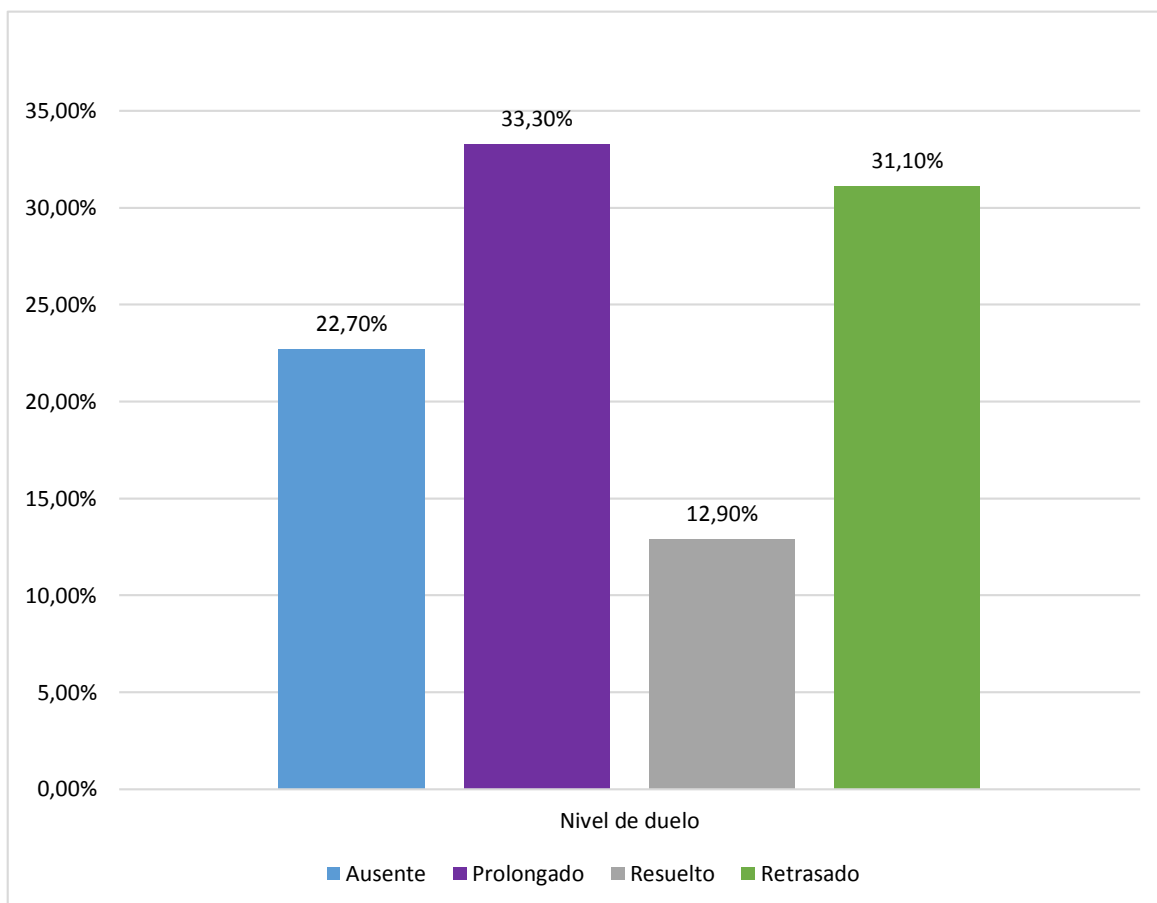


Figura 5. Nivel de duelo del grupo experimental por sexo y edad en el pre test

Resultados del tercer objetivo específico.

Con respecto a este objetivo, evaluar los indicadores del proceso de duelo después del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador, el análisis se hizo tomando en consideración el pos test aplicado a ambos grupos.

Los datos arrojaron los resultados mostrados en la siguiente tabla.

Tabla 7. Nivel de duelo del grupo control por sexo y edad en el pos test.

Nivel de los indicadores de duelo						
Edad	Sexo	Ausente	Prolongado	Resuelto	Retrasado	total
65 a 69 ^a	Mujer	7 (33,3)	21 (34,4)	7 (38,9)	15 (46,9)	50 (37,9)
	Hombre	1 (4,8)	6 (9,8)	0 (0,0)	2 (6,3)	9 (6,8)
70 a 74 ^a	Mujer	3 (14,3)	5 (8,2)	6 (33,3)	6 (18,8)	20 (15,2)
	Hombre	1 (4,8)	6 (9,8)	0 (0,0)	3 (9,4)	10 (7,6)
75 a 79 ^a	Mujer	8 (38,1)	11 (18,0)	1 (5,6)	3 (9,4)	23 (17,4)
	Hombre	0 (0,0)	5 (8,2)	2 (11,1)	0 (0,0)	7 (5,3)
80 ^o más	Mujer	1 (4,8)	6 (9,8)	1 (5,6)	2 (6,3)	10 (7,6)
	Hombre	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (5,6)	1 (3,1)	3 (2,3)
	total	21 (15,9)	61 (46,2)	18 (13,6)	32 (24,2)	132 (100)

Tabla de frecuencias para medir tipo de duelo por sexo y edad en los sujetos de la muestra. Los valores son reportados en números absolutos y porcentuales. El 74,2% son mujeres y el 25,75 son hombres, El mayor grupo se concentra en la edad de 65 a 69 años para mujeres y de 70 a 74 para hombres con 7,6%

La Tabla 7, presenta los resultados del nivel de duelo de los pacientes luego de aplicarles el programa de intervención, clasificados por edad y sexo. Los indicadores del duelo se miden en el comportamiento pasado y en los sentimientos actuales. Para el grupo control el 15,9% de los pacientes se encuentra en duelo ausente, siendo el más significativo el grupo de pacientes femeninas con edades entre 75 y 79 años con 38,1%. Esto muestra que este grupo de mujeres no manifiesta los sentimientos que les provoca a muerte, mostrándose indiferentes o discretas.

El duelo prolongado tiene altos niveles de dolor en el pasado y en los sentimientos actuales. Este es el nivel más alto con 46,2%. Según los datos es más significativo en mujeres de 65 a 69 años con 34,4% por lo que este grupo de pacientes ha permanecido más tiempo con los síntomas de duelo. Entre los hombres, los niveles más altos están en las edades de 65 a 69 y de 70 a 75 años con 9,8%

En el duelo resuelto el paciente tiene un nivel alto de síntomas de duelo en el comportamiento pasado y los mantiene bajo, en los sentimientos presentes. Según la tabla el 13,6% de los pacientes se ubican en este nivel, siendo el porcentaje más alto de nivel de duelo ausente en mujeres entre 65 y 69 años con un 38,9% seguido de mujeres entre 70 a 75 años con 33,3%.

El nivel de duelo retrasado es donde la presencia de los síntomas es baja en el pasado, pero luego se acrecientan y aparecen en los sentimientos actuales de

manera alta. Se observa que el 24,2% de pacientes se encuentra en este nivel. De este grupo el 46,9% se encuentra en mujeres con edades entre 65 y 69 años. En este nivel la persona puede haber asumido los sentimientos que le genera la muerte al haberla aceptado.

Se presenta así de manera gráfica:

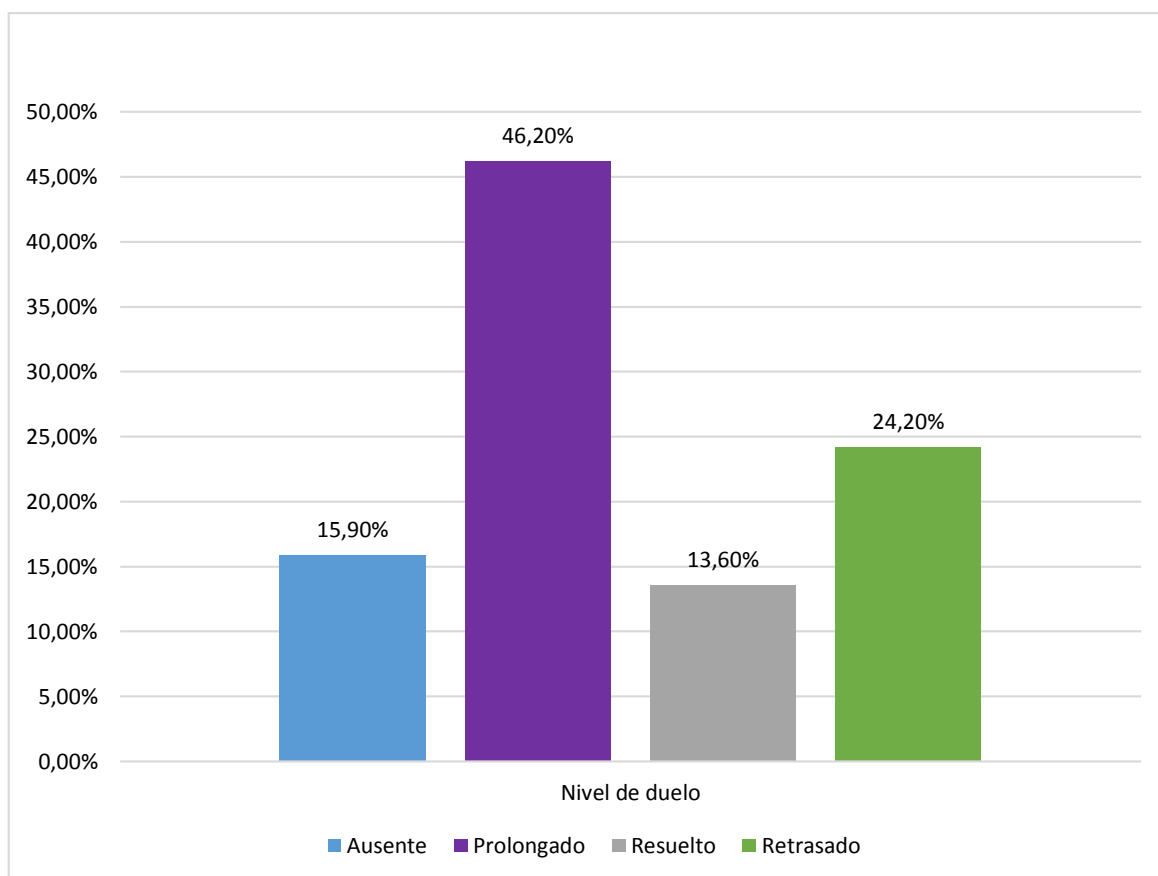


Figura 6. Nivel de duelo del grupo control en el pos test.

Se observa en la Figura 7, que los pacientes del grupo control, mantienen el nivel de duelo prolongado en un porcentaje elevado, por lo que no fue sometido a las terapias grupales que fueron diseñadas.

Para el grupo experimental, los niveles de duelo luego de haberles aplicado el programa de intervención, son como se presentan en la siguiente tabla.

En la Tabla 8 se observan los niveles de duelo según el sexo del paciente y la edad. El duelo ausente aparece en un 15,9% del total en especial en mujeres de 75 a 79

años de edad con 33,3%, seguido por mujeres de 65 a 69 años con un 23,8%. Este grupo experimental manifestó poca afectación de los síntomas cuando se le consultó acerca de su comportamiento pasado y sentimientos actuales.

Tabla 8. Nivel de duelo del grupo experimental por sexo y edad pos test

Nivel de los indicadores de duelo						
Edad	Sexo	Ausente	Prolongado	Resuelto	Retrasado	total
65 a 69 ^a	Femenino	5 (23,8)	9 (21,4)	12 (23,5)	3 (16,7)	29 (22,0)
	Masculino	2 (9,5)	2 (4,8)	4 (3,9)	3 (16,7)	11 (8,3)
70 a 74 ^a	Femenino	3 (14,3)	3 (7,1)	9 (17,6)	4 (22,2)	19 (14,4)
	Masculino	0 (0,0)	2 (4,8)	3 (5,9)	1 (5,6)	6 (4,5)
75 a 79 ^a	Femenino	7 (33,3)	12 (28,6)	13 (23,5)	3 (16,7)	35 (26,5)
	Masculino	2 (9,5)	5 (11,9)	7 (13,7)	1 (5,6)	15 (11,4)
80 ó más	Femenino	1 (4,8)	6 (14,3)	5 (9,8)	3 (16,7)	15 (11,4)
	Masculino	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	2 (1,5)
		21 (15,9)	42 (29,5)	54 (40,9)	18 (13,6)	132 (100)

Tabla de frecuencias para medir tipo de duelo por sexo y edad en los sujetos de la muestra. Los valores son reportados en números absolutos y porcentuales. El 74,2% son mujeres y el 25,75 son hombres, El mayor grupo se concentra en la edad de 76 a 80 años

En la Tabla 8 se observan los niveles de duelo para el grupo experimental según el sexo del paciente y la edad luego de aplicarles el programa. El duelo ausente aparece en un 15,9% del total en especial en mujeres de 75 a 79 años de edad con 33,3%, seguido por mujeres de 65 a 69 años con un 23,8%. Este grupo experimental manifestó poca afectación de los síntomas cuando se le consultó acerca de su comportamiento pasado y sentimientos actuales.

El duelo prolongado se presenta evaluando los síntomas desde que se produjo el evento a la fecha del test. El nivel se presenta en el 29,5% de la muestra siendo el mayor porcentaje más alto el de mujeres de 75 a 79 años con 28,6% y en mujeres de 65 a 69 años con 21,4%. El porcentaje más alto para los hombres es para aquellos que se encuentran entre 75 y 79 años con 11,9%.

El duelo resuelto se caracteriza porque el paciente no manifiesta muestras elevadas de indicadores de duelo al compararlas con el comportamiento pasado. En este nivel se ubica el 40,9% del grupo experimental después de aplicado el programa,

lo cual muestra indicios de control de los síntomas de duelo. El porcentaje más alto lo tienen mujeres de 70 a 74 años con 23,5% y hombres en esas mismas edades con 13,7%. Por tal, se infiere que pudo haber sido positivo la aplicación de este programa para este grupo.

El nivel duelo retrasado se encuentra en un 13,6% del total de pacientes del grupo experimental. El mayor grupo de pacientes en este nivel son mujeres entre 70 y 74 años y en hombres de 65 a 69 años con 16,7%. Este grupo, a pesar de haber participado en el programa, no logró expresar sus sentimientos por lo que deben continuar en terapia.

Gráficamente puede observarse de esta manera:

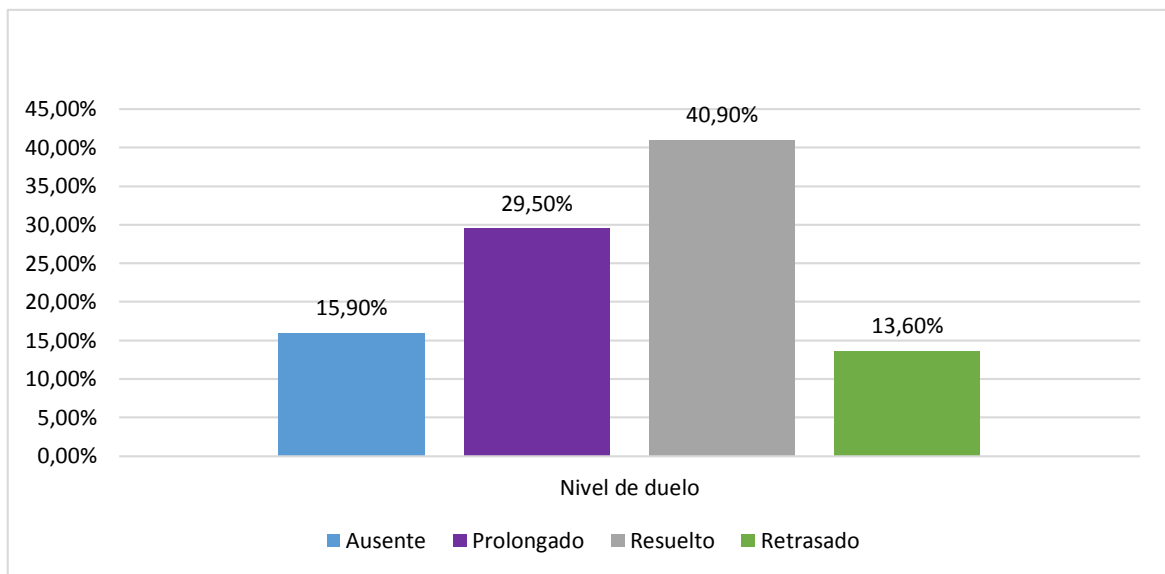


Figura 7. Nivel de duelo del grupo experimental en el pos test

V. DISCUSIÓN

Esta investigación se propuso como objetivo general determinar el efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022, con la finalidad de demostrar que existen efectos positivos significativos de la aplicación del programa. Para ello, se evaluaron las características sociodemográficas en la muestra de adultos mayores, así como, los indicadores del nivel de duelo antes y después de la aplicación del programa.

Esta investigación tuvo como artículo científico principal el trabajo presentado por Meichsner et al., (2020) llevado a cabo en Alemania, quienes desarrollaron una investigación cuasiexperimental con la finalidad de probar la aplicación de un programa sicoterapéutico. Esta metodología permite comparar resultados en un grupo control y uno experimental. De este modo la metodología, aunque resultó compleja dado el tiempo y los recursos disponibles, resultó efectiva para obtener una base de datos confiable y completa donde participaron 264 adultos mayores de dos centros hospitalarios. Este tipo de estudio se corresponde al utilizado por Chow et at (2019) quienes comprobaron la efectividad de la propuesta de intervención del proceso dual-chino (DPBGI-C) comparando resultados de dos grupos.

La muestra de esta investigación fue probabilística y suficiente para la población disponible. Uno de los hallazgos del estudio fue que los adultos mayores que tenían duelo ausente, quizás por represión de los sentimientos, cuando se enfrentaron al test, recordaron esa etapa y el nivel pasó a duelo retrasado. Esta situación pudo ser atendida en los pacientes del grupo experimental a través del programa de intervención.

Sobre el objetivo general, se determinó el efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022, ya que los resultados mostraron que el grupo control aumentó los niveles de duelo ausente y prolongado del pre test al pos test, mientras disminuyeron los nivel de duelo retrasado, con un ligero aumento del duelo resuelto. En el grupo experimental en cambio, los niveles de duelo, ausente, prolongado y retrasado han disminuido, por

lo que se visualiza el efecto positivo en cuanto al manejo de duelo, asimismo, se observa claramente, que el porcentaje de pacientes con nivel de duelo resuelto ha aumentado.

Esto significa que con la estadística descriptiva pueden observarse los cambios positivos medidos en porcentajes, y al utilizar la estadística inferencial, se validó la hipótesis de investigación a través de la prueba de Wilcoxon, ya que el valor resultante fue menor que 0,05. Al calcular la diferencia de medias de ambos grupos presentaron un valor de $p=0,001$ y cuando se aplicó en los datos de pre test y pos test de ambos grupos, el valor fue $p=0.006$. Esto significa que se probó diferencias significativas en los resultados de ambos grupos y adicional, el grupo experimental mostró efectos positivos en el pos test, diferentes a los pacientes del grupo control quienes no recibieron el programa terapéutico.

Estos hallazgos coinciden con Na, P.J. et al., (2021) y Meichsner et al., (2020), quienes señalan haber encontrado efectos positivos en los niveles de duelo de los pacientes, una vez aplicado los programas de intervención diseñados para tal fin. Coinciden, además, en el respeto de los 6 meses de duelo “normal” que puede experimentar el paciente y a partir de esa fecha, pueden aplicarse programas que contribuyan a la superación oportuna de la pérdida. Estas investigaciones contradicen la propuesta de Domínguez (2022) quien en México desarrolló una investigación con 5224 pacientes, concluyendo que, aunque es positivo el programa de intervención, la mayoría de los pacientes requiere ansiolíticos o antidepresivos.

Sobre este debate, Morales et al., (2000, citados en Pimentel 2013) han señalado que el propósito fundamental de las intervenciones o terapias grupales es satisfacer las necesidades de los involucrados. Es decir, en esta participa un profesional de la salud mental que brinda apoyo cuando la alteración emocional es una barrera para el manejo del duelo, incentivando la reeducación y el procesamiento natural de la pérdida con la finalidad de que la persona encuentre la solución o alivio a su condición fundamentalmente por intervenciones psicológicas, pero en ciertas condiciones debe agregarse tratamientos orgánicos como la administración de fármacos. Sin embargo, esta investigación promueve la psicoterapia educativa

como alternativa, en la cual se comparten emociones, recomendaciones y apoyo, alimentadas por elementos educativos, conductuales, cognitivos, a fin de que puedan socializar como parte de la terapia.

De igual forma, se acude a Solaimani et al., (2017), quienes realizaron un estudio en Irak donde demostraron la efectividad de la terapia cognitiva –conductual, coincidiendo con estos resultados. Utilizando el mismo diseño metodológico, aplicaron un cuestionario a 30 adultos mayores, evidenciando mejoras considerables en los niveles de duelo a raíz de las terapias grupales de control anímico.

Sobre el objetivo específico¹ los resultados demostraron que más del 70% fueron mujeres con edad promedio de 73 años, de los cuales el 58% del total está jubilado y un 13,6% aún permanece ocupado. El 51,1 % de los pacientes tiene nivel universitario, por tanto, esta muestra posee una base formativa que puede ser aprovechada para desarrollar las estrategias. La población en estudio, ante el proceso de duelo, decide acudir a especialistas a buscar apoyo psicológico para controlar las emociones, siendo las mujeres mayoría.

Estos resultados coinciden con la investigación de Cayhco et al., (2021) quienes identificaron que, a raíz de la pandemia, aumentó el número de pacientes afectados por duelo, en especial mujeres. Climent et al., (2019) hicieron una investigación en Ecuador, donde demostraron que existe relación entre los síntomas de duelo y la pérdida del empleo, por lo que sería interesante indagar sobre la afectación que sobre este grupo de pacientes tuvo el hecho de pasar de la ocupación laboral de ocupado a jubilado. La población, además, tiene un nivel universitario en su mayoría, lo cual pudo haber ocasionado cierto sesgo en cuanto a la efectividad del programa, por lo que sería interesante aplicarlo a una población con nivel educativo diverso.

Sobre el objetivo específico 2, fueron evaluados los indicadores del nivel de duelo antes del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador. A propósito, se encontró que la mayoría de pacientes tanto en el grupo control como en el grupo experimental, se encontraban en un nivel de duelo prolongado, seguido del nivel de duelo retrasado,

es decir, los pacientes mantenían unos síntomas de depresión alta desde el inicio del proceso hasta la actualidad o mantenían los sentimientos controlados al inicio de la muerte, pero los sentimientos se han hecho más frecuentes en la actualidad.

Estos resultados coinciden con los presentados por Calderón (2018) donde estudió la depresión en adulto mayores demostrando que están asociado a la pérdida de familiares cercanos o cambios drásticos de hábitos, condición laboral o habitabilidad, lo cual ha necesitado en muchos casos de ayuda profesional. Esto se presentan tanto en el grupo control como en el grupo experimental. Asimismo, coinciden con los presentados por Na, P.J. et al., (2021) quienes sostienen que independientemente del tipo de duelo o razón de la muerte, todos los pacientes tienen los mismos niveles iniciales de duelo o síntomas de stress postraumático.

Con respecto al objetivo específico 3, fueron evaluados los indicadores del proceso de duelo después del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador. Los resultados demostraron que el grupo control en el pos test se mantienen en un duelo prolongado la mayoría de ellos ya que estos pacientes no recibieron el programa psicoterapéutico. Asimismo, se observa que hay un leve incremento de duelo resuelto en este grupo. Mientras en el grupo experimental, se incrementaron los niveles de duelo resuelto como producto de la aplicación del programa psicoterapéutico, además, disminuyeron los niveles de duelo ausente, ya que tuvieron la oportunidad de expresarse y enfrentarse a ellos.

Estos resultados coinciden con los presentados por Kealy et al., (2019) quienes estudiaron la mentalidad del paciente y demostraron que se evidencian efectos positivos en los grupos que son intervenidos con programas de terapias grupales de apoyo a duelo complicado o prolongado, lográndose mejorías sustanciales en los sentimientos de los pacientes.

Asimismo, Meichsner et al., (2020), en su estudio demostraron que los pacientes evaluados con un pre test y que fueron intervenidos con un programa de psicoterapia, basado en el contenido para manejo del dolor, expresar emociones y aceptar las pérdidas, mostraron efectos positivos en el manejo de duelo tanto porque incrementaron los porcentajes de duelo resuelto como por la disminución

del duelo ausente y retrasado.

Las teorías relacionadas al tema han servido de base para el análisis de los resultados. En primer lugar, se asumió la definición de adulto mayor a partir de los 60 años según la consideración de la OMS (citado en Rodríguez 2019) para países subdesarrollado como es el caso de Ecuador, ya que, en países con niveles de calidad de vida alto, se considera adulto mayor a partir de 65 años. La muestra también se corresponde con pacientes plenos y auto sostenibles que su condición de salud personal, ha afectado no sólo su estado emocional, sino que ha traído como consecuencia afectaciones familiares.

Encuentra base teórica en los postulados de Freud (1917) quien considera el duelo como estado normal ante la pérdida de un ser por quien se siente afecto, por lo que es normal que, durante los 6 primeros meses, el doliente exprese emociones de depresión, desánimo y aislamiento, sin embargo, cuando este estado se convierte en patológico que aísla al paciente del mundo y lo sumerge en una desazón, lo llama melancolía, lo cual puede convertirse en duelo prolongado o complicado que requiera intervención médica.

Esta investigación coincide con los aportes de Van Grieken et al., (2021) quienes afirman que el duelo complicado se da por la falta de enfrentar la pérdida, por tanto, el paciente deja de realizar las tareas o actividades que usualmente realizaba y puede estar afectado tanto por la pérdida física de un familiar o allegado, pero también pudiera estar relacionado con el cambio de ocupación, de condición civil o de habitabilidad.

La investigación presenta límites en cuanto a predecir el tiempo que pueda perdurar el estado emocional favorable del paciente, ya que las emociones pueden cambiar sobre todo si el paciente es sometido estresores. Boumparis et al., (2016) señala que la terapia debe adaptarse a las necesidades del paciente y aunque se manifiesten beneficios a raíz de la intervención, lo necesario es que el impacto psicológico sea perdurable en el tiempo de manera de normalizar los síntomas. Esto supone, que el grupo experimental, debería someterse a un seguimiento de sus síntomas para poder evidenciar si el cambio favorable es permanente lo cual sería más efectivo si el número de pacientes fuera más pequeño.

No obstante, pudo demostrarse que las fases identificadas por el trabajo de Meichsner et al (2020) acompañadas por los siete temas que forman parte del plan de trabajo, da resultados y pueden ser aplicados favorablemente, por lo cual, la investigación reafirma la utilidad de la propuesta presentada la cual puede aplicarse en otros espacios de salud y a poblaciones con diferentes características sociodemográficas.

Por tal, la investigación tiene importancia comprobada al presentar un plan de intervención ajustado a adultos mayores que puede contribuir con la resolución efectiva de los síntomas de duelo prolongado y a la socialización de los pacientes aislados.

VI. CONCLUSIONES

Se demostró el efecto positivo del programa psicoterapéutico en adultos mayores de un hospital público de Ecuador. La hipótesis fue validada con un valor de $p=0,000$ en el grupo experimental lo que demuestra una diferencia estadísticamente significativa de los resultados entre el pre test y pos test, lo cual no ocurrió en el grupo control.

1.- La mayoría de pacientes estudiados son mujeres universitarias y jubiladas, que sufrieron la pérdida de su familiar hace 6 meses a 1 año, que mantenían niveles de duelo altos, habiendo superado el período de tiempo considerado “normal”

2.- Durante el pre test, los indicadores de duelo resultaron desfavorables tanto en el grupo control como el experimental, con duelo prolongado y poco duelo resuelto.

3.- Se encontró en el pos test, que en el grupo control no se manifestaron cambios estadísticamente significativos, sin embargo, en el grupo experimental si se manifestaron cambios disminuyendo el duelo prolongado y aumentando el duelo resuelto.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda que las autoridades del Hospital General y del Seguro Social aprueben como política sanitaria, el uso del programa psicoterapéutico aquí validado, para mejorar los niveles de duelo en los pacientes adultos mayores.

Primera: Acciones en las familias a través de campañas informativas, volantes o carteleras, respecto a la necesidad de que los adultos mayores, hombres o mujeres, sean escuchados en el hogar y si han pasado 6 meses de la pérdida y aún continúan los síntomas de duelo elevados, deben acudir a consulta psicológica.

Segunda: Acciones informativas en los pacientes para sensibilizarlos, respecto a la necesidad de expresar sus sentimientos y emociones desde el inicio de la pérdida, de manera de disminuir los niveles de duelo retrasado o ausente.

Tercera: Sensibilizar a los pacientes respecto a la oportunidad de participar en programas de intervención de terapia grupal para ayudar en la recuperación efectiva de los niveles de duelo aumentando el número de pacientes en nivel de duelo resuelto.

REFERENCIAS

Adimando A. (2018), Preventing and Alleviating Compassion Fatigue Through Self-Care: An Educational Workshop for Nurses. *J Holist Nurs.* 36(4):304-317. doi: 10.1177/0898010117721581. Epub 2017 Aug 2. PMID: 28766396. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28766396/>

Alomoto Mera, M., Calero Morales, S. & Vaca García, M. (2018). Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 47-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000100005&lng=es&tlng=es

Bamporad JR, Vasile RG. (1990) *Psychotherapy*. New York: Wiley. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0034-74502006000500006&caller=www.scielo.org.co&lang=en>

Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H, Jüni P, Cuijpers P. (2013) Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med.* 10(5):e1001454. journal.pmed.1001454. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23723742/>

Boumparis N, Karyotaki E, Kleiboer A, Hofmann SG, Cuijpers P. (2017). The effect of psychotherapeutic interventions on positive and negative affect in depression: A systematic review and meta-analysis. Erratum in: *J Affect Disord.* 15;213:223. PMID: 27262 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262637/>

Bruinsma SM, Tiemeier HW, Verkroost-van Heemst J, van der Heide A, Rietjens JA. (2014) Risk factors for complicated grief in older adults. *J Palliat . Med.* (5):438-46. PMID: 25671395. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25671395/>

Calderón M, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009

Carusi, T. & Slapak, S. (2010). Las intervenciones del psicoterapeuta. Estudio comparativo en un grupo psicoterapéutico psicoanalítico de niños y en un grupo de orientación a sus respectivos padres o adultos responsables. Anuario de Investigaciones, vol. XVII, pp. 25-32. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946002.pdf>

Caycho-Rodríguez T, Valencia PD, Vilca LW, Lee SA, Carbajal-León C, Vivanco-Vidal A, Saroli-Aranibar D, Reyes-Bossio M, White M, Rojas-Jara C, Polanco-Carrasco R, Gallegos M, Cervigni M, Martino P, Palacios DA, Moreta-Herrera R, Samaniego-Pinho A, Rivera MEL, Figares AB, Puerta-Cortés DX, Corrales-Reyes IE, Calderón R, Tapia BP, Ferrari IF, Flores-Mendoza C, Gallegos WLA. COVID-19 (2021). Bereavement in Ten Latin American Countries: Measurement Invariance of the Pandemic Grief Scale and Its Relation to Suicidal Ideation. Omega (Westport). 19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34666552/#affiliation-1>

Chen C, Tang S. (2021). Profiles of grief, post-traumatic stress, and post-traumatic growth among people bereaved due to COVID-19. Eur J Psychotraumatol. 12(1):1947563. PMID: 34367528; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34367528/>

Chow AYM, Caserta M, Lund D, Suen MHP, Xiu D, Chan IKN, Chu KSM. (2019) Dual-Process Bereavement Group Intervention (DPBGI) for Widowed Older Adults. Gerontologist. 17;59(5):983-994. PMID: 30137473. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30137473/>

Climent-Rodríguez JA, Navarro-Abal Y, López-López MJ, Gómez-Salgado J, García MEA. (2019) Grieving for Job Loss and Its Relation to the Employability of Older Jobseekers. Front Psychol. ;10:366. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30863343/>

Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. (2007). The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. J Clin Child Adolesc Psychol. 36(2):253-9. PMID: 17484697. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17484697/>

Departamento de apoyo psicológico. (2022). Registros de consulta del Hospital IESS Babahoyo.

Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>

Domínguez Rodríguez A, Herdoiza Arroyo, P., Martínez Arriaga, R., Bautista Valerio, E., Mateu Mollá, J., De la Rosa Gómez, A., Farfallini, L., Hernández Jiménez, M., Esquivel Santoveña, E., Ramírez Martínez, F., Castellanos Vargas, R., Arzola Sánchez C., Arenas Landgrave, P. & Martínez Luna, S. (2022) Prevalence of Anxiety Symptoms and Associated Clinical and Sociodemographic Factors in Mexican Adults Seeking Psychological Support for Grief During the COVID-19 Pandemic: *A Cross-Sectional Study. Front Psychiatry.* 14(13). PMID: 35370841. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35370841/>

Faschingbauer TR, De Vul RA, Zissok S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *Am J Psychiatry* 134: 696-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/869041/>

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Obras completas, 2, 2091-2101. Disponible en: <https://usal-psicopatoinfanto.webnode.com.ar/files/200000162-b8ac3b98dd/freud.%20Duelo%20y%20Melancolia.pdf>

García García, J., Landa Petralanda, V., Trigueros Manzano, M. & Idoia Gaminde, I. (2021). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. Adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Elsevier.* 27(2). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-inventario-texas-revisado-duelo-itrd--13074293>

García Rivera, B., Maldonado Radillo, S., & Barón, M.. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa psicológica UST* (En línea), 11(1), 65-72. Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2014000100006&lng=pt&tlng=es

Giménez Llor, L. (2021) An Ethnography Study of a Viral YouTube Educational Video in Ecuador: Dealing With Death and Grief in Times of COVID-19. *Front Psychiatry*. 12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34305667/>

Golden, A.M. & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry research*, 178(2), 336-341. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20493535/>

González Caro, CH., Valencia Upegui, H. & Bersh Toros, S. (2006). Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico-quirúrgica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(Suppl. 1), 72-91. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000500006&lng=en&tlng=es.

Grunauer M, Mikesell C, Bustamante G, Aronowitz D, Zambrano K, Icaza-Freire AP, Gavilanes AWD, Barrera R; PICU-MIC Research Group. Availability and Quality of Grief and Bereavement Care in Pediatric Intensive Care Units Around the World, Opportunities for Improvement. *Front Pediatr*. 2021 Nov 15(9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34869100/#affiliation-1>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Kealy D, Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Weideman R. (2019). Individual goal achievement in group psychotherapy: The roles of psychological mindedness and group process in interpretive and supportive therapy for complicated grief. *Clin Psychol Psychother*. (2):241-251. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30511363/>

Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 187. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384447/>

Larrotta Castillo, R., Méndez Ferreira, A., Mora Jaimes, C. Córdova Castañeda, Duque Moreno, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud UIS* 52(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n2/2145-8464-suis-52-02-179.pdf>

Meichsner, F., O'Connor, M., Skritskaya, N. & Shear, M. (2020). Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care. *Geriatr Psychiatry*. 28(5):560-569. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32037292/#affiliation-1>

Miller MD. (2012). Complicated grief in late life. *Dialogues Clin Neurosci*. 4(2):195-202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22754292/>

Moscoso, M. & Reheiser, E. (2014) Construct validity of the emotional distress inventory in patients with cáncer. *SemanticScholar*. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/CONSTRUCT-VALIDITY-OF-THE-EMOTIONAL-DISTRESS-IN-Moscoso-Reheiser/118f61eb87b82c55813a75c7f8381e6a31fe2edf>

Murillo, J. (2014). Nuevos paradigmas de la bioética, *Revista producción Limpia* (2), pp.1-3. Corporación Universitaria Lasallista (Colombia). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-04552014000200001

Na, P., Adhikari, S., Szuhany, K., Chen, A., Suzuki, R., Malgaroli, M., Robinaugh, D. Bui, E., Mauro, C., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Zisook, S., Reynolds, C., Shear, M. & Simon, N. (2021) Posttraumatic Distress Symptoms and Their Response to Treatment in Adults With Prolonged Grief Disorder. *J Clin Psychiatry*. 82(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34000119/>

Obaid FP, Albagli RF. (2020). A critical analysis of debates on grief and depressive disorder in the age of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Salud Colect.* 24;15: e2319. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32022133/>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Generalidades del duelo. OPS-OMS120. [Blog]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/generalidades-duelo-psi-giselle-hoz>

Orozco Guzmán, M & Soria Escalante, H. (2017) La gravedad del duelo como acontecimiento. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam* 20 (3). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/V9G3PGwrX9q7d6gyJmXwfyC/?lang=es>

Prigerson HG, Kakarala S, Gang J, Maciejewski PK. (2021). History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annu Rev Clin Psychol.* 7(17): 109-126. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33524263/>

Pimentel Nieto, D., Morales Carmona, F., Sánchez Bravo, C. & Meza Rodríguez, P. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus. *Perinatología y reproducción humana*, 27(2), 98-105. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000200005#:~:text=La%20intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20en%20las,y%20prevenci%C3%B3n%20de%20reacciones%20emocionales

Posada López, A. Palacio Correa, MA, & Agudelo Suárez, AA.. (2018). Características Sociodemográficas y Clínicas de los Pacientes Tratados por primera vez por Cáncer Escamocelular Oral. Medellín, Colombia. *International journal of odontostomatology*, 12(3), 237-245. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2018000300237&script=sci_arttext

Quispe Juli, CU, Navarro Navides, RY, Velásquez Chahuares, LG, Pinto Martínez, F. & Olivares Alegría, E. (2016). Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú. *Horizonte Médico* (Lima), 16(4), 48-54. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000400008&lng=es&tlng=es

Real Academia de la Lengua. (2021). Psicoterapia. <https://dle.rae.es/psicoterapia>

Robbins Welty G, Stahl S, Zhang J, Anderson S, Schenker Y, Shear MK, Simon NM, Zisook S, Skritskaya N, Mauro C, Lebowitz BD, Reynolds CF (2018). Medical comorbidity in complicated grief: Results from the HEAL collaborative trial. *J Psychiatr Res.* 96:94-99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28987981/>

Rodríguez Quintana, T., Ayala Chauvin, MA, Ortiz Rosero, MF, Ordoñez Paccha, MB, Fabelo Roche, JR, & Iglesias Moré, S. (2019). Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(1), 138-149. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000100138&lng=es&tlng=es.

Sánchez Fuentes, J. (2015). *Eficacia de un protocolo de intervención psicológica en procesos de duelo patológico*. [Tesis de grado. Doctorado] Universidad de Salamanca, España. Disponible en el repositorio de la gredos USAL. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128812/DPETP_S%E1nchezFuente_sJM_Eficaciaprotocolointervenci%F3n.pdf?sequence=1

Simon, N. M. (2013). Treating complicated grief. *JAMA*, 310(4), 416-423. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23917292/>

Simon NM, Shear MK, Reynolds CF, Cozza SJ, Mauro C, Zisook S, Skritskaya N, Robinaugh DJ, Malgaroli M, Spandorfer J, Lebowitz B. (2020). Commentary on evidence in support of a grief-related condition as a DSM diagnosis. *Depress Anxiety.* 37(1):9-16. Erratum: p;37(9):945. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31916663/>

Soysal P, Veronese N, Thompson T, Kahl KG, Fernandes BS, Prina AM, Solmi M, Schofield P, Koyanagi A, Tseng PT, Lin PY, Chu CS, Cosco TD, Cesari M, Carvalho

AF, Stubbs B. (2017) Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res* 36:78-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28366616/>

Tsai WI, Kuo SC, Wen FH, Prigerson HG, Tang ST. (2018). Prolonged grief disorder and depression are distinct for caregivers across their first bereavement year. *Psychooncology*. (3):1027-1034. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29314437/>

UNICEF (2020). Duelo. Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo. Fundasil y UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Prospects The 2015 Revision. 2015. Report No. ESA/P/WP.241. New York: United Nations. [citado 15/04/2016]. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-2015-revision.html>

Van Marle, S. & Holmes, J. (2002) Supportive psychotherapy as an integrative psychotherapy. *New York: Oxford University Press*. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0034-7450200600050000600041&lng=en&pid=S0034-74502006000500006>

Van Grieken, RA., Tijdink, JK. & Philipszoon, HD. (2021) Psychotherapeutische kennis en vaardigheden: essentieel in het werk als psychiater [Psychotherapeutic knowledge and skills: essential in working as a psychiatrist]. *Tijdschr Psychiatr*. 63(5):374-378. Dutch. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34043227/>

Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*.23 (1):CD004853. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18254062/>

Solaimani Khashab A, Ghamari Kivi H, Fathi D. (2017) Iran. [Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Spiritual Well-Being and Emotional Intelligence of the Elderly Mourners]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28659981/>

Zambrano Zambrano, C. (2021). Los procesos de duelo ante la pérdida de un ser querido durante la pandemia por el COVID-19. [Tesis de posgrado]. Universidad Politécnica Salesiana. Disponible en el repositorio de la Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20443>

Zung Ww. (1965) A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 12:63-70...
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14221692/>

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297–334

Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13].
Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>

Fernández P. Determinación del tamaño muestral [Monografía en internet]. A Coruña: Fistera; 1996. [Consultado 10 mayo 2020]. [aprox 10 pantallas]. Disponible en: <https://www.fistera.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/>

Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ª ed. ed. México: McGraw-Hill Education; 2018.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MÉTODO
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Tipo de Investigación: cuantitativa, aplicada y descriptiva Diseño de Investigación: experimental Población: 435 adultos mayores Muestra: 264 adultos Muestreo: probabilístico, aleatorio simple Técnicas: Encuesta Instrumentos: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD), de Faschinbager, et al (1977-1981, citado en García (2021)
¿Cuál es el efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022?	Determinar el efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022	Existen efectos positivos significativos de la aplicación del programa psicoterapéutico, en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022	
Problemas Específicos	Objetivos Específicos		
1) ¿ Cuáles son las características sociodemográficas en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador?	1) Evaluar las características sociodemográficas en la muestra de adultos mayores de un hospital público de Ecuador		
2) ¿Cómo están los indicadores del nivel de duelo antes del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador?	2) Evaluar los indicadores del proceso de duelo antes del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador	Hipótesis alterna	
3) ¿ Cómo están los indicadores del nivel de duelo después del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador?	3) Evaluar los indicadores del nivel de duelo después del programa psicoterapéutico según datos sociodemográficos en adultos mayores de un hospital público de Ecuador	No existen efectos positivos significativos de la aplicación del programa psicoterapéutico, en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022	

Anexo 2. Matriz de Operacionlización

VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	Categoría	Nivel y Rango	ESCALA DE MEDICIÓN
Duelo en adultos mayores	Características sociodemográficas del paciente	Conocer al paciente	Edad	cuantitativa	70 ó menos (1) 71 a 75(2) 75 o más (3)	Ordinal
			Sexo	cualitativa	Masculino(1) Femenino (2)	Nominal
			Grado de instrucción	cualitativa	No lee ni escribe(1) Primaria (2) Secundaria(3) Universitaria(4)	Ordinal
			Ocupación	cualitativa	Desocupado(1) Ocupado(2) Jubilado(3)	Nominal
		Conocer el duelo	Parentesco	cualitativa	Esposo/a (1) Hijo/a(2) Madre/padre (3) Familiar o amigo (4)	Nominal
			Tiempo de duelo	Cuantitativa	6 meses o menos (1) De 6 a 12 meses (2) Más de 12 meses (3)	nominal
	Comportamiento en el pasado	Aislamiento	1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas	cualitativa	Duelo prolongado (1) Duelo resuelto (2) Duelo ausente (3) duelo retrasado (4)	ordinal
			3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa	cualitativa		
		Falta de concentración	2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo	cualitativa		
		Nostalgia	4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer	cualitativa		
		Desánimo	6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales	cualitativa		
		Irritabilidad	5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal	cualitativa		
			7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado	cualitativa		

		Insomnio	8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir	cualitativa	
Sentimientos actuales	Llanto		1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella	cualitativa	
			7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella	Cualitativa	
	Tristeza		2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella	Cualitativa	
			5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo	Cualitativa	
	Negación		3. No puedo aceptar su muerte	Cualitativa	
			10. Creo que no es justo que haya muerto	Cualitativa	
	Pensamiento recurrente		4. A veces la/le echo mucho de menos	Cualitativa	
			6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella	cualitativa	
	Evocación		11. las cosas y las personas que me rodean, todavía me hacen recordarle	cualitativa	
			13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo	cualitativa	

VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	Categoría	Nivel y rango	ESCALA DE MEDICIÓN	
Programa psicoterapéutico	Fase de Introducción	Comprender el duelo	¿Establecen el mecanismo de diagnóstico físico y mental?	cuantitativa	Si ____ NO ____	nominal	
			¿presenta actividades donde se explique el objetivo de la terapia?	cuantitativa			
			¿explica el procedimiento, actividades y estrategias a desarrollar?	cuantitativa			
		Manejar el dolor emocional	¿Tiene técnicas para comprender el dolor?	cuantitativa			
			¿Presenta estrategias para manejar el dolor?	cuantitativa			
	Fase Intermedia	Contar la historia	¿promueve actividades empáticas?	cuantitativa			
			¿facilita el Intercambio de emociones y sentimientos?	cuantitativa			
			¿establece actividades donde se cuenten las historias?	cuantitativa			
		Aprender a vivir con los recuerdos del difunto	¿promueve formas de aceptar la partida del difunto?	cuantitativa			
			Conectarse con los recuerdos	¿facilita que los miembros establezcan conexión con los recuerdos?			cuantitativa
				¿Promueve variados medios para comunicar los recuerdos?			cuantitativa
	Fase de Terminación	Pensar en el futuro	¿Promueve elaborar cronogramas de actividades?	cuantitativa			
		Fortalecer las relaciones	¿Presenta estrategias para fortalecer relaciones con los demás?.	cuantitativa			
			¿Promueve actividades físicas y de intercambio?	cuantitativa			

Anexo 3. Cálculo de tamaño de la muestra

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)} =$$

Donde.

n = muestra

N = tamaño del universo, que en este caso es 198

Z² = valor de la tabla según nivel de confianza al 95%, es de 1,96

p =: % que se considera tiene el atributo, en este caso se considera el 50%

q = % que se considera no posee el atributo, 50%

e = error de estimación máximo aceptado, que sería de 5%

$$N = \frac{435 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(35-1) \times 0,052 + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} = 264$$

Calculadora de muestra

Nivel de
Confianza : ? 95% 99%

Margen de Error: ?

Población: ?

Limpiar

Calcular Muestra

Tamaño de
Muestra:

Anexo 4(a). Instrumento de recolección de datos

INVENTARIO TEXAS REVISADO DE DUELO

Edad	Sexo	Grado de instrucción	Ocupación	Parentesco	Tiempo del familiar fallecido

Población diaria: adultos mayores en situación de duelo

PARTE I: COMPORTAMIENTO EN EL PASADO

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la época en que murió su familiar	Completamente verdadero	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera Ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas.					
2. Tras su muerte me costaba concentrarse 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 el/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.					

PARTE II: SENTIMIENTOS ACTUALES

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la época en que murió su familiar y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo.	Completamente verdadero	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera Ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en el/ella.					
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en el/ella.					
3. No puedo aceptar su muerte.					
4. A veces la/le echo mucho de menos.					
5. Todavía me resuelta doloroso traer a la memoria su recuerdo					
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en el/ella.					
7. Llora a escondidas cuando pienso en el/ella.					
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que el/ella ha dejado en mi vida.					
9. No puedo dejar de pensar en el/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 el/ella este conmigo.					

Las puntuaciones que corresponden a cada opción de respuesta son:

Completamente verdadera:	5
Verdadera en su mayor parte:	4
Ni verdadera ni falsa:	3

Falsa en su mayor parte:	2
Completamente falsa:	1

Puntuación (parte I): comportamiento en el pasado	
Puntuación (parte II): sentimientos actuales	

Duelo agudo P50	Duelo actual P50	Resultado
Alto	Alto	D. prolongado
Alto	Bajo	D. RESUELTO
Bajo	Bajo	D.AUSENTE
Bajo	Alto	D RETRASADO

Anexo 4 (a). Programa Psicoterapéutico

Programa psicoterapéutico para adultos mayores en proceso de duelo de un hospital público de Ecuador, 2022

Objetivo: Mejorar los indicadores del proceso de duelo de los adultos mayores de un hospital público del Ecuador

Participantes: Grupo experimental constituido por 11 adultos mayores

Duración: Desde el ... hasta el... 2022

Responsable: Psic. Ortega Elizondo, Johanna Patricia

Fundamentación: Se diseñó un programa psicoterapéutico para mejorar los indicadores del proceso de duelo en adultos mayores de un hospital público de Ecuador., sustentado en los criterios de Inventario de Texas de Faschinbager, et al., (1977-1981). García (2021). Versión adaptada al castellano y el estudio alemán de los autores Meichsner, F., O'Connor, M., Skritskaya, N. & Shear, M. (2020) que incluye siete temas a desarrollar. Las estrategias se desarrollarán en quince (15) talleres de terapia grupal debidamente organizados y detallados.

Las sesiones serán llevadas a cabo en grupo. A excepción de la primera sesión que es individual. En esta sesión se realizará el diagnóstico de entrada de cada paciente, además de la evaluación física.

Se firmará el consentimiento informado y se precisarán los datos personales del instrumento para la caracterización posterior del paciente a través de una Ficha de Historia del Paciente.

Las actividades se desarrollarán de manera presencial en las instalaciones del hospital de Babahoyos, Ecuador. Se desarrollarán martes, miércoles y jueves, con una duración aproximada de 1 hora 30 min.

Plan de trabajo:

Dimensión	indicador	Sesión	Nombre de la sesión o terapia	Objetivos	Actividades
Fase de introducción	Comprender el duelo	2 y 3	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es el duelo? - El Duelo complicado 	Definir el estado actual del paciente. Evidenciar los estados de ánimo de un duelo complicado	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar Diapositivas - Juego de roles
	Manejar el dolor emocional	4,5 y 6	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir el dolor y la pena - Consecuencias de la pena - Comprender el dolor 	Que el paciente pueda expresar sus sentimientos y ponerse en lugar del otro	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar láminas - Narra tu historia - Mostrar videos - Definir la empatía - Manifestar el pésame al otro
Fase Intermedia	Contar la historia de la muerte	7,8 y 9	<ul style="list-style-type: none"> - La silla vacía - La comunicación asertiva - Técnicas de autocontrol 	Aceptar la pérdida. Hablar del difunto de forma controlada.	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar con empatía - Imitar al difunto. Psicodramas
	Aprender a vivir con los recuerdos del difunto	10	<ul style="list-style-type: none"> - Recordar es vivir. 	Rememorar al difunto como parte importante de sus vidas, aceptando que su paso por este plano ha terminado	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar fotografías - Compartir anécdotas - Mostrar recuerdos
	Conectarse con los recuerdos	11	<ul style="list-style-type: none"> - Despedirse de forma imaginaria 	Cerrar el duelo complicado. Aceptar la partida como una acto normal	<ul style="list-style-type: none"> - Escribir y leer una carta despedida
Fase de Terminación	Pensar en el futuro	12	<ul style="list-style-type: none"> - Estoy aquí y estos son mis planes 	Pensar en el futuro como una etapa por vivir	<ul style="list-style-type: none"> - Escribir las cosas que les gustaría hacer y aún no hacen
	Fortalecer sus relaciones	13,14 y 15	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo te veo? - ¿Quién es mi apoyo? - Puedo avanzar junto a los demás 	Recuperar el deseo por socializar e intercambiar con otros	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una evaluación del otro - Presentar un apoyo en la sesión - Realizar ejercicios físicos, taichí - Mostrar opciones de actividades por compartir - Realizar un plan de apoyo conjunto

Presupuesto: costo en materiales: 80 dólares

Anexo 5 Validación de la propuesta

LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LA PERTINENCIA DEL PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO

Fecha: _____

Estimados evaluado, a continuación, se presenta unos criterios para evaluar la propuesta que será aplicada para mejorar el proceso de duelo de adultos mayores en un hospital público del Ecuador. Por favor, evalúe y determine su validez.

2 = Si 1= NO

Nº	ITEMS	2	1	observaciones
		si	no	
Dimensión: Fase de introducción				
1	¿Establecen el mecanismo de diagnóstico físico y mental?			
2	¿presenta actividades donde se explique el objetivo de la terapia?			
3	¿explica el procedimiento, actividades y estrategias a desarrollar?			
4	¿Tiene técnicas para comprender el dolor?			
5	¿Presenta estrategias para manejar el dolor?			
Dimensión: Fase Intermedia				
6	¿promueve actividades empáticas?			
7	¿facilita el Intercambio de emociones y sentimientos?			
8	¿establece actividades donde se cuenten las historias?			
9	¿promueve formas de aceptar la partida del difunto?			
10	¿facilita que los miembros establezcan conexión con los recuerdos?			
11	¿Promueve variados medios para comunicar los recuerdos?			
Dimensión: Fase de terminación				
12	¿Promueve elaborar cronogramas de actividades?			
13	¿Presenta estrategias para fortalecer relaciones con los demás?.			
14	¿Promueve actividades físicas y de intercambio?			

¡Muchas Gracias!

ANEXO 5 (a). Validación de la propuesta

DATOS DE LOS JUECES

JUEZ 1: Mónica Trinidad Caballero Burgos

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magister en gerencia de servicios de salud

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Diploma superior en gestión de desarrollo de los servicios de salud.

JUEZ 2: Juan Carlos León Alemán

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magister En Salud Publica

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Magister En Salud Publica actualmente auditor medico en el Hospital General IESS Babahoyo

JUEZ 3: MOREIRA PEÑAFIEL DANIELA IRENE

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: MAGISTER EN PSICOLOGIA CLINICA

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Magister en Psicología Clínica con 9 experiencia en atención a niños, adolescente y adultos y 4 años como psicólogo perito.

JUEZ 4: Fuentes Cortez America

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magister en Gerencia De Servicios de la Salud.

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Magister en gerencia con 7 años de experiencia en el departamento de Pie Diabético del Hospital General IESS Babahoyo.

JUEZ 5: NOMBRES Y APELLIDOS: MONSERRATE ROMERO ANGELA GERMANIA

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE LA SALUD



ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Magister en Psicología en gerencia de los servicios de la salud 3 experiencia en atención a niños, adolescente y adultos.



LOS JURADOS DECLARAN QUE SUS GRADOS ACADÉMICOS PUEDEN SER VERIFICADOS EN LAS PÁGINAS DE:

I. **SUNEDU (PERÚ):** <https://www.sunedu.gob.pe/registro-nacional-de-grados-y-titulos/>

II. **SENESCYT (ECUADOR):** <https://www.senescyt.gob.ec/web/guest/consultas>

FIRMAN LA REVISIÓN EN FECHA: Mes de ... de 2021

JUEZ 1	 Firmado electrónicamente por: MONICA TRINIDAD CABALLERO BURGOS
Mónica Trinidad Caballero Burgos	
DNI: 1204438004	
JUEZ 2	 firmado electrónicamente por: JUAN CARLOS LEON ALEMAN
Juan Carlos León Alemán	
CI: 1204345753	
JUEZ 3	DANIELA IRENE MOREIRA PEÑAFIEL Firmado digitalmente por DANIELA IRENE MOREIRA PEÑAFIEL Fecha: 2022.04.29 11:37:53 -05'00'
MOREIRA PEÑAFIEL DANIELA IRENE	
DNI: 0503412389	

JUEZ 4	 <p>firmado electrónicamente por: AMERICA FABIOLA FUENTES CORTEZ</p>
FUENTES CORTEZ AMERICA	
DNI: 1207112317	
JUEZ 5	 <p>firmado electrónicamente por: ANGELA GERMANIA MONSERRATE ROMERO</p>
MONSERRATE ROMERO ANGELA GERMANIA	
DNI: 0950363168	

Anexo 6. Autorización de la aplicación del instrumento

Memorando Nro. IESS-HG-BA-DA-2022-3501-M

Babahoyo, 29 de abril de 2022

PARA: Sr. Dr. Alex Omar Posligua Moreno
Responsable de Docencia Hospitalaria Hospital General - Babahoyo

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

De mi consideración:

Estimado, **ATENDER, VERIFICAR Y PROCEDER** con la solicitud expuestas mediante Memorando de referencia IESS-HG-BA-DTHA-2022-1249-M suscrito por la Psic. Johanna Ortega, para el cual solicita:

Me dirijo a usted para solicitarle muy respetuosamente que mi persona JOHANNA PATRICIA ORTEGA ELIZONDO portadora de CI. 1206052852 estudiante de la Universidad Cesar Vallejos quien me encuentro cursando el último ciclo de la MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD pueda tener el debido permiso para realizar mi tesis denominada, Efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022, por lo que deseo realizarlo en esta noble institución, y me permita el acceso a la misma con fines de obtener información y realizar actividades que permita desarrollar mi tesis.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Liliana Paola Junco Vaca

**DIRECTORA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL GENERAL BABAHOYO,
ENCARGADA**

Referencias:

- IESS-HG-BA-DTHA-2022-1249-M

Anexos:

- iess-hg-ba-dtha-2022-1249-m_(1).pdf

Copia:

Sra. Mgs. Alba Cecilia Ovaco Rodríguez

Licenciada en Enfermería Hospital General - Babahoyo

CONSENTIMIENTO INFORMADO «TEST INVENTARIO DE TEXAS»

INTRODUCCIÓN:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación para conocer los «los indicadores del proceso de duelo de adultos mayores en proceso de duelo». Este estudio es desarrollado por investigadores de la Universidad César Vallejo de Piura en Perú como parte del Posgrado en Gestión de los servicios de la Salud. A continuación, le brindaré información e le invitaré a ser parte de este estudio. Antes de que decida participar, puede hablar conmigo sobre esta investigación.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

En la actualidad, pueden existir problemas en la atención sanitaria y esto se ha convertido en una preocupación en las organizaciones. Por tanto, consideramos importante conocer los resultados de cómo funcionan y cómo perciben esto sus usuarios. Sin duda, será un punto de partida para tomar las medidas necesarias para mejorar su calidad de atención.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted decide participar en este estudio se le compartirá un cuestionario físico de 21 preguntas. El número de preguntas queda distribuido en dos bloques: 8 preguntas sobre comportamiento en el pasado, antes del duelo y 13 preguntas sobre Situación actual, durante el duelo. El instrumento de cuestionario fue validado por expertos para fines del estudio. Ante cualquier duda o pregunta, usted puede solicitar apoyo para responder las preguntas al investigador(a).

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES:

Invitamos a todos los adultos mayores en proceso de duelo que asistan a consultas en el Hospital General de Babahoyos, durante el mes de junio 2022, a participar de este estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted decide si participa del estudio. Asimismo, aunque haya aceptado, puede cambiar de opinión y retirarse de éste en cualquier momento, no habrá reacción alguna por ello. Cual fuese su decisión, todas sus actividades continuarán.

DURACIÓN:

La duración para responder a esta encuesta tomará aproximadamente 15 minutos.

RIESGOS Y BENEFICIOS:

No existe riesgo por participar de la encuesta. Asimismo, no tendrá que hacer gasto y no recibirá pago por participar del mismo. Al finalizar el estudio, recibirá información sobre salud preventiva.

CONFIDENCIALIDAD:

Brindamos la garantía que la información que proporcione es confidencial, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales. Asimismo, el estudio podría ser publicado, en ese caso, no se mostrará información que permita la identificación de los participantes.

RESULTADOS:

Los conocimientos que se obtengan de la realización de este estudio se compartirán con ustedes si es que lo deseen antes de poner a disposición del público en general. Los resultados agrupados de este estudio serán publicados en documentos o eventos científicos, guardando estricta confidencialidad.

DERECHO A NEGARSE O RETIRARSE:

No es necesario que participe usted si no desea hacerlo y el hecho de negarse a participar no afectará en absoluto de sus actividades diarias. También, puede cambiar de opinión más tarde y dejar de participar, aunque haya aceptado antes. Es su elección y todos los derechos de usted seguirán siendo respetados.

PERSONA DE CONTACTO:

Si tiene dudas adicionales, le responderemos gustosamente. Puede ponerse en contacto con el(la) investigador(a) al correo jortegael@ucvvirtual.edu.pe Esta propuesta ha sido revisada por la Universidad César Vallejo, entidad cuya actividad es asegurarse de que los participantes en la investigación estén protegidos durante el desarrollo de la investigación. Si tiene preguntas sobre la verificación del estudio, puede ponerse en contacto con el Programa de Posgrado de la Universidad César Vallejo al teléfono 0051-9446559951 o también dirigirse al correo electrónico upg.piura@ucv.edu.pe.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas para entender todo el contenido de forma clara. Luego de esto, acepto participar de esta investigación. También entiendo que puedo decidir no participar del estudio en cualquier momento. Reconozco que mi conformidad se da al firmar el consentimiento. La utilización de los datos se dará en los términos detallados antes.

Nombres y apellidos del participante: _____

Firma del participante: _____

Declaración de la investigadora:

Yo, Ortega Elizondo, Johanna Patricia, declaro que el participante ha leído y comprendido la información anterior, asimismo, he aclarado sus dudas respondiendo sus preguntas de forma satisfactoria, y ha decidido participar voluntariamente de esta investigación. Se le ha informado que los datos obtenidos son anónimos y ha entendido que pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Asimismo, se ha proporcionado una copia de este consentimiento informado a la participante.

Nombre del investigador(a) que ha tomado el consentimiento:

Ortega Elizondo, Johanna Patricia

Fecha (16/05/2022): _____

Anexo 8. Solicitud a institución para utilizar las bases de datos



Memorando Nro. IESS-HG-BA-DTMC-2022-0752-M

Babahoyo, 09 de mayo de 2022

PARA: Sr. Dr. Alex Omar Posligua Moreno
Responsable de Docencia Hospitalaria Hospital General - Babahoyo

Sra. Mgs. Alba Cecilia Ovaco Rodríguez
Licenciada en Enfermería Hospital General - Babahoyo

Sr. Dr. Alex Omar Posligua Moreno
Medico/a Especialista en Cuidados Intensivos I

Sra. Dra. Ninfa Lisset Henríquez Acosta
Medico/a General en Funciones Hospitalarias

Sra. Dra. Cynthia Katuska Bajaría Huilcapí
Medico Especialista en Cuidados Intensivos

Sr. Abg. Fabian Antonio Rivera Bonilla
Asesor Jurídico Hospital General Babahoyo

Sra. Dra. Monica Honorata Briones Claudett
Neumóloga Intensivista Hospital General - Babahoyo

Sr. Mgs. Francisco Javier Cordova Loor
Director Técnico de Auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN: "EFECTO DEL PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO EN ADULTOS MAYORES EN DUELO DE UN HOSPITAL PUBLICO DE ECUADOR, 2022" SIGNADO CON EL CÓDIGO IESS-HG-BA-CEISH-2022/010.

De mis consideraciones.

Luego de haber analizado la solicitud realizada al COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIONES EN SERES HUMANOS DEL HOSPITAL GENERAL BABAHOYO, y como Presidente del mismo; facultado mediante Resolución Administrativa No. IESS-HG-BA-001-2022, suscrita por la Máxima Autoridad de esta Unidad Hospitalaria; AUTORIZO el tema de investigación titulado: "EFECTO DEL PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO EN ADULTOS MAYORES EN DUELO DE UN HOSPITAL PUBLICO DE ECUADOR, 2022"; para lo cual se asigna el Código IESS-HG-BA-CEISH-2022/010 y se designa a los siguientes Médicos como reedores o árbitros en la verificación y control de la recolección de los datos.

Anexo 9. Compromiso del Investigador

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

INVESTIGADOR

Título: Efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022

Investigador(a) principal: Ortega Elizondo, Johanna Patricia

Declaración de la Investigadora:

Yo, Ortega Elizondo, Johanna Patricia, en mi propio nombre, me comprometo en todo momento a guardar el anonimato de los individuos estudiados, al estricto cumplimiento de la confidencialidad de los datos obtenidos, y al uso exclusivo de los mismos con fines estadísticos y científicos, tanto en la recogida como en el tratamiento y utilización final de los datos de usuarios correspondientes a historias clínicas y/o base datos institucionales autorizadas con motivos del estudio de investigación. Solo haré usos de estos datos y en caso requiera disponer de datos adicionales deberé contar con su consentimiento informado. Asimismo, mantendré seguridad de ellos y no serán accesibles a otras personas o investigadores. Garantizo el derecho de los usuarios, del respeto de valores éticos de sus datos, su anonimato y el respeto de la institución de salud involucrada, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales.

Ecuador, 16 de mayo de 2022



Firmado electrónicamente por:
JOHANNA PATRICIA
ORTEGA ELIZONDO

Firma de la Investigadora

Anexo 10. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos

*Resultado35 [Documento35] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

SansSerif 13,5

Resultado
 Registro
 Tablas cruzadas
 Tabla
 Notas
 Resumen de pro
 Tabla cruzada SE

CROSSTABS
 /TABLES=SEXOM BY EDADMUEST
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /CELLS=COUNT TOTAL
 /COUNT ROUND CELL.

➤ **Tablas cruzadas. OBJ1 EDAD Y SEXO MUESTRAL. JOHANNA ORTEGA**

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
SEXO MUESTRA * EDAD DE LA MUESTRA	264	100,0%	0	0,0%	264	100,0%

Tabla cruzada SEXO MUESTRA * EDAD DE LA MUESTRA

		EDAD DE LA MUESTRA				Total
		65 A 70 AÑOS	70 A 74 AÑOS	75 A 79 AÑOS	80 AÑOS O MAS	
SEXO MUESTRA FEMENINO	Recuento	79	39	58	25	201
	% del total	29,9%	14,8%	22,0%	9,5%	76,1%
MASCULINO	Recuento	20	18	22	5	63
	% del total	7,6%	6,1%	8,3%	1,9%	23,9%
Total	Recuento	99	55	80	30	264
	% del total	37,5%	20,8%	30,3%	11,4%	100,0%

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Utilizado 2M | H: 26, W: 1097,4

16°C Nublado | ESP | 12:05 | 14/06/2022

*Resultado18 [Documento18] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

SansSerif 13,5

Resultado
 Registro
 Tablas cruzadas
 Tabla
 Notas
 Resumen de pro
 Tabla cruzada OC

/TABLES=OCUPAMUE BY GINSTRM
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /CELLS=COUNT TOTAL
 /COUNT ROUND CELL.

➤ **Tablas cruzadas.OB1 OCUPACIÓN / GRADO DE INST MUESTRA. JOHANNA ORTEGA**

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
OCUPAC MUEST * GINSTR MUESTR	264	100,0%	0	0,0%	264	100,0%

Tabla cruzada OCUPAC MUEST * GINSTR MUESTR

		GINSTR MUESTR				Total
		NO LEE NI ESCRIBE	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSITARIA	
OCUPAC MUEST DESOCUPADO	Recuento	20	4	15	36	75
	% del total	7,6%	1,5%	5,7%	13,6%	28,4%
OCUPADO	Recuento	4	1	6	25	36
	% del total	1,5%	0,4%	2,3%	9,5%	13,6%
JUBILADO	Recuento	5	34	40	74	153
	% del total	1,9%	12,9%	15,2%	28,0%	58,0%
Total	Recuento	29	39	61	135	264
	% del total	11,0%	14,8%	23,1%	51,1%	100,0%

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Utilizado 2M | H: 26, W: 1097,4

16°C Nublado | ESP | 09:40 | 14/06/2022

* Tablas personalizadas.

```

CTABLES
/VLABELS VARIABLES=EDADCONTROL SEXOCON NDUEGCON DISPLAY=LABEL
/TABLE EDADCONTROL [C] > SEXOCON [C][COUNT F40.0] BY NDUEGCON
/CATEGORIES VARIABLES=EDADCONTROL SEXOCON ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE
/CATEGORIES VARIABLES=NDUEGCON ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=EXCLUDE
/CRITERIA CILEVEL=95.

```

Tablas personalizadas. OBJ. NIVEL DE DUELO GCONTR. JOHANNA ORTEGA

				NIVEL DE DUELO GCONTR			
				Ausente	Prolonga	Resuelto	Retasad
				Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
EDAD GCONTR	65 A 69 AÑOS	SEXO GCONTR	FEMENINO	5	16	4	25
			MASCULINO	0	5	0	4
70 A 74 AÑOS	SEXO GCONTR	FEMENINO	2	9	4	5	
		MASCULINO	1	3	0	6	
75 A 79 AÑOS	SEXO GCONTR	FEMENINO	6	9	4	4	
		MASCULINO	0	5	0	2	
80 AÑOS O MÁS	SEXO GCONTR	FEMENINO	2	5	0	3	
		MASCULINO	1	1	0	1	

* Tablas personalizadas.

```

CTABLES
/VLABELS VARIABLES=EDADCONTROL SEXOCON NDUEGEXPER DISPLAY=LABEL
/TABLE EDADCONTROL [C] > SEXOCON [C][COUNT F40.0] BY NDUEGEXPER [C]
/CATEGORIES VARIABLES=EDADCONTROL SEXOCON ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE
/CATEGORIES VARIABLES=NDUEGEXPER ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=EXCLUDE
/CRITERIA CILEVEL=95.

```

Tablas personalizadas. OBJ. NIVEL DE DUELO GEXPER. JOHANNA ORTEGA

				NIVEL DE DUELO GEXPER			
				Ausente	Prolonga	Resuelto	Retasad
				Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
EDAD GCONTR	65 A 69 AÑOS	SEXO GCONTR	FEMENINO	9	16	5	20
			MASCULINO	1	4	2	2
70 A 74 AÑOS	SEXO GCONTR	FEMENINO	5	4	5	6	
		MASCULINO	2	4	1	3	
75 A 79 AÑOS	SEXO GCONTR	FEMENINO	9	9	1	4	
		MASCULINO	1	4	1	1	
80 AÑOS O MÁS	SEXO GCONTR	FEMENINO	2	3	1	4	
		MASCULINO	1	0	1	1	

* Tablas personalizadas.

```

CTABLES
/VLABELS VARIABLES=EDADCONTROL SEXOCON NDGCPOST DISPLAY=LABEL
/TABLE EDADCONTROL [C] > SEXOCON [C][COUNT F40.0] BY NDGCPOST
/CATEGORIES VARIABLES=EDADCONTROL SEXOCON ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE
/CATEGORIES VARIABLES=NDGCPOST ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=EXCLUDE
/CRITERIA CILEVEL=95.

```

Tablas personalizadas. OBJ. NIVEL DE DUELO GCONT POSTEST. JOHANNA ORTEGA

				NIVEL DE DUELO GCONT POST				
				AUSENTE	PROLONGAD	RE	RESUELTO	RETRASADO
				Recuento	O	Recuento	Recuento	Recuento
				Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
EDAD GCONTR	65 A 69 AÑOS	SEXO GCONTR	FEMENINO	7	21	0	7	15
			MASCULINO	1	4	0	2	2
70 A 74 AÑOS	SEXO GCONTR	FEMENINO	4	5	1	5	5	
		MASCULINO	2	5	0	1	2	
75 A 79 AÑOS	SEXO GCONTR	FEMENINO	8	10	0	2	3	
		MASCULINO	0	5	0	2	0	
80 AÑOS O MÁS	SEXO GCONTR	FEMENINO	1	7	0	0	2	
		MASCULINO	1	1	0	1	0	

*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Vísor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado

- Registro
- Pruebas no paramétricas
- Título
- Notas
- Conjunto de datos
- Visor de modelos

```

GET
  FILE='C:\Users\user\Desktop\TESIS\JOHANA Y AYDA\SPSS DUELO. JOHANNA ORTEGA.sav'.
DATASET NAME conjuntodatos1 WINDOW=FRONT.
*Nonparametric Tests: Related Samples.
WPTTESTS
  /RELATED TEST(PRETEST POSTES) WILCOXON
  /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
  /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
  
```

→ Pruebas no paramétricas

[ConjuntoDatos1] C:\Users\user\Desktop\TESIS\JOHANA Y AYDA\SPSS DUELO. JOHANNA ORTEGA.sav

Resumen de prueba de hipótesis

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1 La mediana de las diferencias entre PRETEST AMBOS GRUPOS y POSTEST AMBOS GRUPOS es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.001	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asíntóticas. El nivel de significación es de .05.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | 09:31 | 21/06/2022

*Resultado2 [Documento2] - IBM SPSS Statistics Vísor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado

- Registro
- Pruebas no paramétricas
- Título
- Notas
- Visor de modelos

```

*Nonparametric Tests: Related Samples.
WPTTESTS
  /RELATED TEST(GCONTROL GEXPER) WILCOXON
  /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
  /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
  
```

→ Pruebas no paramétricas

Resumen de prueba de hipótesis

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1 La mediana de las diferencias entre NIVEL DE DUELO GCONTROL y NIVEL DE DUELO GEXPERIMENT es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.006	Rechazar la hipótesis nula.


Se muestran significaciones asíntóticas. El nivel de significación es de .05.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | 09:33 | 21/06/2022

Anexo 11. Fotos del trabajo de campo



ANEXO 12. TURNITIN





🔍
💬
🔔
👤

Título	Fecha de inicio	Fecha límite de entrega	Fecha de publicación	Correcciones disponibles
● Verificación de control antiplagio turnitin - Sección 1	4 abr 2022 - 01:48	15 jul 2022 - 23:59	4 abr 2022 - 01:48	100

Resumen:

- Actividad para que pueda verificar el resultado de control antiplagio.
- Ingresar únicamente la carátula, introducción hasta aspectos administrativos.
- NO ingresar índices, ni referencias, ni anexos.

🔄 Actualizar entregas

	Título de la Entrega	Identificador del trabajo de Turnitin	Entregado	Similitud	Calificación		
 Ver recibo digital	Efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022	1871028285	15/07/2022 18:12	13% <div style="width: 13px; height: 13px; background-color: #444; display: inline-block;"></div>	--/100	Entregar Trabajo 	--

↑



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CARRANZA SAMANEZ KILDER MAYNOR, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Efecto del programa psicoterapéutico en adultos mayores en duelo de un hospital público de Ecuador, 2022", cuyo autor es ORTEGA ELIZONDO JOHANNA PATRICIA, constato que la investigación cumple con el índice de similitud de 14.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

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

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

PIURA, 14 de Agosto del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CARRANZA SAMANEZ KILDER MAYNOR DNI: 40320045 ORCID 0000-0002-6891-0065	Firmado digitalmente por: KILDERMAYNOR el 15- 08-2022 15:19:51

Código documento Trilce: TRI - 0414635