



Universidad
Norbert Wiener

Universidad Privada Norbert Wiener
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería

Miedo y actitudes frente a la muerte en adultos
mayores ingresados al servicio de emergencia del
hospital Ate Vitarte, Lima - 2021

Trabajo académico para optar el título de especialista en
Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres

Presentado Por:

De La Cruz Tasayco, Lucy Janet

Código ORCID: 0000-0002-1958-5905

Asesor: Mg. Fernández Rengifo, Werther Fernando

Código ORCID: 0000-0001-7845-9641

Lima - Perú
2022

DEDICATORIA:

A mi familia, que me ha impulsado y dado fuerza para no desmayar y seguir adelante, ha sido duro, pero ha valido la pena.

AGRADECIMIENTO:

A mis colegas del servicio de emergencias del Hospital de Ate Vitarte por su apoyo incondicional.

ASESOR:

MG. FERNÁNDEZ RENGIFO, WERTHER FERNANDO

ORCID: 0000-0001-7845-9641

JURADO

PRESIDENTE : Dra. Cardenas De Fernandez Maria Hilda

SECRETARIO : Dra. Gonzales Saldaña Susan Haydee

VOCAL : Dra. Uturnco Vera Milagros Lizbeth

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. EL PROBLEMA.....	11
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Formulación del problema.....	5
1.2.1. Problema general.....	5
1.2.2. Problemas específicos.....	5
1.3. Objetivos de la investigación.....	6
1.3.1. Objetivo general.....	6
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
1.4. Justificación de la investigación.....	7
1.4.1. Teórica.....	7
1.4.2. Metodológica.....	8
1.4.3. Práctica.....	8
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	9
1.5.1. Temporal.....	9
1.5.2. Espacial.....	9

1.5.3. Población o unidad de análisis	9
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes	10
2.1.1. Antecedentes internacionales	10
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	13
2.2. Bases teóricas.....	16
3. METODOLOGÍA	27
3.1. Método de la investigación	27
3.2. Enfoque de la investigación.....	27
3.3. Tipo de la investigación.....	27
3.4. Diseño de la investigación	27
3.5. Población, muestra y muestreo	28
3.6. Variables y operacionalización.....	30
3.7. Técnicas e instrumentos de medición	34
3.7.1. Técnicas	34
3.7.2. Descripción de instrumentos	34
3.7.3. Validación.....	35
3.7.4. Confiabilidad	35
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	36
3.9. Aspectos éticos	37
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	39
4.1. Cronograma de actividades.....	39
4.2. Presupuesto	41
REFERENCIAS	42

ANEXOS.....	52
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	53
Anexo 2: Instrumentos.....	55
Anexo 3: Consentimiento informado.....	61

RESUMEN

El miedo a la muerte y las actitudes que ella puede originar en la subjetividad se definen como reacciones emocionales a la percepción de señales de peligro o amenaza. Estas podrían ser ciertas o imaginadas respecto a la propia existencia y se desencadenan ante estímulos ambientales, situacionales, y también por estímulos internos de la persona, relacionados con la propia muerte o ajena. El objetivo de esta investigación es determinar la relación que existe entre el miedo a la muerte y las actitudes frente a la muerte en adultos mayores que ingresaron a Emergencias en un hospital de Lima Este. La investigación es aplicada, de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental de alcance correlacional y de corte transversal. La población estará constituida por 120 sujetos. Por conveniencia se asumirá una muestra no probabilística equivalente a esa cantidad. La técnica es la encuesta, mientras que el instrumento será el cuestionario. Se trata de la Escala de Miedo a la Muerte cuya autoría corresponde a Collet-Lester y el Cuestionario de Actitudes ante la Muerte elaborado por Martin y Salovey. Ambos instrumentos son estructurados y cuentan con validaciones publicadas como artículos científicos, mientras que su coeficiente de fiabilidad es 0.95 y 0.875, respectivamente de acuerdo con el estadígrafo alfa de Cronbach.

Palabras clave: actitud frente a la muerte, adulto mayor, miedo, muerte, urgencias médicas (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

The fear of death and the attitudes that it can originate in subjectivity are defined as emotional reactions to the perception of signs of danger or threat. These could be true or imagined regarding their own existence and are triggered by environmental, situational stimuli, and also by internal stimuli of the person, related to their own death or someone else's. The objective of this research is to determine the relationship between fear of death and attitudes towards death in older adults who were admitted to the Emergency Room in a hospital in Lima Este. The research is applied, with a quantitative approach, a non-experimental design with a correlational and cross-sectional scope. The population will consist of 120 subjects. For convenience, a non-probabilistic sample equivalent to that amount will be assumed. The technique is the survey, while the instrument will be the questionnaire. These are the Fear of Death Scale whose authorship corresponds to Collet-Lester and the Questionnaire of Attitudes towards Death prepared by Martin and Salovey. Both instruments are structured and have validations published as scientific articles, while their reliability coefficient is 0.95 and 0.875, respectively, according to Cronbach's alpha statistician.

Keywords: attitude towards death, elderly, fear, death, medical emergencies (source: DeCS BIREME).

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

En todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Todos los países del mundo están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población (1).

El fenómeno del envejecimiento se encuentra presente a nivel mundial. El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en los estilos de vida, que afectan tanto al aspecto biológico, psicológico y social (2). Los cambios que ocurren con el envejecimiento, así como los problemas físicos y/o mentales que son ocasionados por problemas de salud y experiencias de cercanía ante la muerte pueden ocasionar miedo ante la muerte y esta puede favorecer el deterioro de la calidad de vida (3). En los cambios que se presentan con el envejecimiento se encuentran las situaciones y actitudes respecto a la muerte y el proceso de morir causando miedo y confusión, ya que es una etapa en la que ha experimentado la pérdida de familiares cercanos, además de padecer enfermedades (1).

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. En 2020, el número de personas de 60 años o más superó al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. El ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar

que sus sistemas de salud y de asistencia social estén preparados para afrontar ese cambio demográfico (1).

Alrededor del mundo el 13% de los adultos de 70 años o más vivió con un trastorno mental en 2019, principalmente trastornos depresivos y de ansiedad. Diferencias de sexo en las tasas de trastornos mentales aumentan en esta categoría de edad como 14,2% de las mujeres y 11,7% de varones. Se estima que los hombres mayores de 70 años tienen un trastorno mental. Estimaciones de prevalencia para la esquizofrenia es menor en adultos mayores de 70 años (0,2%) en comparación con los adultos menores de 70 años (0,3%), lo que en parte puede explicarse por mortalidad prematura. En particular, estas estimaciones sobre los trastornos mentales no incluyen la demencia, que es una enfermedad de salud pública clave de preocupación que a menudo es abordada por la salud mental o Política y planes de envejecimiento (4).

En América Latina y el Caribe dos hechos resultan importantes de resaltar en cuanto al índice de envejecimiento. Primero, se puede observar que las subregiones de Latinoamérica y el Caribe por muchas décadas tuvieron menos de 50 personas mayores por cada 100 jóvenes, pero a partir de la década de 2010 el envejecimiento poblacional se intensifica, con algunas diferencias entre las distintas subregiones. Mientras que en Centroamérica el proceso se da de manera más lenta, se espera que el Caribe registre una desaceleración en relación con el promedio regional. América del Sur, por su parte, es la más populosa y liderará el proceso de envejecimiento poblacional en las próximas décadas. El otro hecho importante observado respecto del índice de envejecimiento se refiere a los distintos períodos y fechas en que las regiones pasarán a ser consideradas como envejecidas, es decir, con más personas mayores (60 años y más) que personas jóvenes (menores de 15

años), esto es, cuando el índice supera el valor 100. La fecha de ocurrencia de este fenómeno demográfico marca un hito a partir del cual se considera que la población se ha convertido en una población envejecida (5).

En cuanto a la salud mental en las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años (6). En pandemia los adultos mayores constituían uno de los grupos de mayor riesgo durante la actual crisis de COVID-19, especialmente aquellos que viven en los entornos de vida congregados y los centros de atención para personas mayores, son inmunocomprometidos y/o tienen otras enfermedades subyacentes (7) (8).

A nivel nacional, de acuerdo con las cifras estimadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el Perú ha experimentado en las últimas décadas grandes cambios significativos respecto a la población de 60 años a más. En este proceso de envejecimiento la proporción de la población adulta mayor aumenta de 5,7% en el año 1950 a 13,3% en el año 2022. En cuanto a estadísticas de salud para el periodo trimestral de abril a junio del 2022 el 86,8% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 74,3%, habiendo 12,5 puntos porcentuales de diferencia entre ambos sexos. Por otro lado, las mujeres residentes en el Resto urbano (87,7%) son las que más padecen de problemas de salud crónico, en tanto en Lima Metropolitana y en el Área rural, son el 86,6% y 85,5%, respectivamente. En todos los ámbitos geográficos, menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónico (9).

Las actividades de promoción y prevención de la salud mental son la base para lograr una mejor condición emocional de los adultos mayores. Esta concepción de salud pone al sujeto de estudio como un ser biopsicosocial. El cuidado de la salud mental es un tema de importancia para enfermería ya que se comprende aspectos de prevención y promoción de la salud sobre todo el épocas de pandemia y postpandemia (10).

El Hospital de Emergencia Ate Vitarte (HEAV) es una unidad ejecutora, creada a través del Decreto de Urgencia N° 032-2020, especializada en la atención de pacientes con Covid-19. Ejecuta la prestación de servicios de salud, con calidad y oportunidad, según su nivel de complejidad, dentro del marco de los lineamientos del Ministerio de Salud (Minsa). El 8 de abril del 2020 fue categorizado como “Hospital de Atención Especializada II” con Resolución Directoral N.º 031-2020-DMGS-DIRIS LE/MINSA por el Comité Técnico de Categorización de la Dirección de Redes Integradas de Salud (Diris) Lima Este. En el marco de su competencia el Hospital Emergencia Ate Vitarte cumple las siguiente funciones generales: ejecutar la prestación de servicios de salud, con calidad y oportunidad, según su nivel de complejidad, dentro del marco de los lineamientos del Minsa; elaborar, implementar y evaluar el Plan de Organización y gestión de los servicios asistenciales en el campo de su especialidad; ejecutar en el marco de lo dispuesto por el Minsa los procesos de promoción y prevención en salud, conforme a las normas vigentes; formular, proponer y ejecutar los protocolos para la prestación de los servicios de salud, dentro del marco normativo del Minsa; ejecutar planes y programas de atención móvil de urgencia y emergencia, según corresponda, entre otras (11).

De acuerdo con las disposiciones generales de la Norma técnica de Salud N. ° 186-2022 del Minsa se define la emergencia médica y/o quirúrgica como toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridades I y II, gravedad súbita extrema y urgencia mayor, respectivamente (12).

Conociendo que los avances médicos y tecnológicos han producido el aumento de la expectativa de vida y una mayor tasa de recuperación de los pacientes en los servicios de emergencias, cabe preguntarse cómo es la percepción de sus emociones y actitudes frente a la muerte por parte de estas personas que ingresan al servicio de emergencia con una enfermedad o alguna otra patología terminal de extrema fragilidad, a fin de mejorar el cuidado de enfermería en estas situaciones.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo el miedo a la muerte se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de Emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2022?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cómo la dimensión miedo a la propia muerte se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores?

¿Cómo la dimensión miedo al propio proceso de morir se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores?

¿Cómo la dimensión miedo a la muerte de otros se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores?

¿Cómo la dimensión miedo al proceso de morir de otros se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar cómo el miedo a la muerte se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de Emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar cómo la dimensión miedo a la propia muerte se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.

Identificar cómo la dimensión miedo al propio proceso de morir se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.

Identificar cómo la dimensión miedo a la muerte de otros se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores

Identificar cómo la dimensión miedo al proceso de morir de otros se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Se ha determinado que los eventos vivenciales relacionados con la muerte y el morir pueden comprenderse mejor si son abordados multifactorialmente, comprendiendo la muerte como un fenómeno multidimensional. Por el impacto que la muerte tiene en la calidad de vida de las personas y las actitudes que ello produzca, se debe tratar de averiguar cómo la condición de un ingreso hospitalario al servicio de emergencia por una patología asociada a una enfermedad crónica no transmisible puede alterar el estado de salud mental del paciente comprometiendo su bienestar físico, a fin de que como profesionales de la salud como nosotros los enfermeros que estamos llamados a brindar un cuidado holístico y humanizado podamos abordar con mayor eficiencia ese afrontamiento del miedo a la muerte del paciente deteriorado.

Debido a la gran importancia que tiene la muerte como evento de alta probabilidad de ocurrencia en la población enferma que ingresa a un servicio de emergencia hospitalaria, así como la relevancia de la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, y, verificando el impacto que los diversos equipos sanitarios vinculados a esta situación generan, es de suma importancia conocer las percepciones que de ella tiene esta población enferma. Por otro lado, debido a la escasez de este tipo de estudios en el Perú, es que surge la necesidad de abordar este tema.

En mérito a la fase exploratoria que se desarrolló a través de la búsqueda de información científica en las principales bases académicas de América Latina y el Caribe indizadas en la Biblioteca Virtual en Salud de la Organización Panamericana de la Salud, se pudo evidenciar que los estudios correlacionales con las dos variables (miedo ante la muerte y actitudes frente a la muerte) son insuficientes.

1.4.2. Metodológica

La investigación que se planea llevar a cabo tendrá utilidad metodológica, por dos motivos: A) se seguirá de modo estricto los lineamientos prescritos en el método científico en general; para ser más específico el método hipotético deductivo, B) en base al tamaño muestral se evaluará la factibilidad de generalizar los resultados a poblaciones o contextos socioculturales similares, C) los instrumentos empleados para medir las variables cuentan con validación nacional e internacional, además su confiabilidad es fuerte, porque es igual o mayor que 0.70 de acuerdo al alfa de Cronbach.

1.4.3. Práctica

Por regla general, todo paciente que llega a los servicios de emergencia en mal estado de salud se plantea una sarta de inseguridades y sospechas sobre su condición de vivir y su relación con la posibilidad de morir. En general, este menoscabo en la comprensión de su miedo a la muerte y al proceso que este implica puede generarle un alto grado de angustia que viene acompañado de ansiedad que menoscaba su salud mental y limita sus capacidades biopsicosociales

En estas situaciones el enfermero de emergencias también debe cumplir un papel o un rol preponderante y no debe limitarse a la atención mecánica y protocolar que muchas veces es fría e incomprensible, sino que debe valorar los diferentes aspectos que se deben tener presentes para el abordaje de la parte afectiva que constituye la salud mental de este paciente ingresado en la emergencia. Todo esto forma parte del cuidado humano que el Licenciado en Enfermería nunca lo debe perder.

Lo que hace necesario conocer este constructo a fin de poder tener el conocimiento suficiente a la hora de atender a un paciente ingresado al servicio de emergencia de un

hospital nacional, para entender y comprender mejor el abordaje y acompañamiento que se debe hacer al sufrimiento emocional que atraviesa esa persona.

Por eso, este trabajo dejará una huella y una evidencia empírica para la integración y desarrollo de proyectos y programas de intervención de enfermería que busquen promover una atención holística e integrativa del cuidado con calidad y seguridad en los servicios de emergencia. En síntesis, el problema planteado en nuestro trabajo académico es importante, se justifica metodológicamente y en la práctica va a significar un avance en el conocimiento de enfermería. Sus resultados serán útiles para la toma de decisiones que ayuden a concretar una gestión de salud humanizada.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La investigación se realizará desde marzo 2022 a diciembre 2022. Es decir, su realización contempla nueve meses lo que incluye la elaboración del proyecto, su revisión a cargo del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener y su posterior aprobación.

1.5.2. Espacial

Los instrumentos serán administrados en el servicio de emergencia del Hospital de Ate Vitarte, ubicado en la zona este de Lima Metropolitana. Para ser más precisos, en el distrito de Ate Vitarte.

1.5.3. Población o unidad de análisis

Cada uno de los adultos mayores que ingresó a Emergencia del nosocomio en mención, durante los meses de noviembre y diciembre.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Parco (13), 2022, Ecuador, el objetivo de la investigación fue “Describir el nivel de calidad de vida y miedo a la muerte de los Adultos Mayores del Programa Universidad del Adulto Mayor de la Ciudad de Quito en época de Covid-19”. El enfoque fue cuantitativo, diseño no experimental- transversal – descriptivo; estuvo conformada por 78 adultos mayores, el instrumento utilizado para la variable miedo a la muerte fue la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Los resultados mostraron en relación con el miedo a la muerte presenta niveles moderados; las variables edad, sexo, religión y grado de instrucción no influyen en la calidad de vida y miedo a la muerte. En conclusión, la mayoría de los participantes presentan niveles moderados de miedo a la muerte, seguido de niveles bajos y altos, lo cual significa que en general la percepción de la muerte no representa dificultades que impidan que los adultos mayores se desenvuelvan de una manera funcional.

Figuroa et al. (14), 2021, México. Objetivo: “Analizar la asociación que existe entre deterioro cognitivo, depresión, relaciones sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores”. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño de tipo transversal y de alcance correlacional. Muestra de 63 adultos mayores. Instrumentos: Mini Mental de Folstein, Escala de Yesavage, Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer y Escala de Miedo a la muerte de Collet Lester. Resultados: prevalencia de deterioro cognitivo de 9.5 %; 17 % de mujeres reporta depresión; hay asociación entre continuar laborando y miedo a la muerte, así entre ansiedad a la muerte y tener enfermedad crónica-degenerativa, asimismo, existe correlación entre depresión y miedo al término de la vida, y al proceso y ocurrencia de la muerte de un

familiar, que son los indicadores más altos de ansiedad. Conclusión: las personas viudas tienden a tener mayores síntomas de depresión, las mujeres resultaron con mayores índices de deterioro cognitivo, aquellas que tienen un empleo informal presentan más miedo a la muerte y quienes padecen una enfermedad crónico-degenerativa tienen puntajes más altos de ansiedad a la muerte. Hay una correlación positiva significativa entre tener síntomas de depresión con el miedo al término de la vida especialmente de sus familiares y con el miedo a la agonía. También se registra una correlación positiva entre quienes tienen miedo a la muerte con el presentar ansiedad ante la muerte al pensar en la posibilidad del término de la vida.

Duran-Badillo et al. (15), 2020, México, realizaron un estudio con el objetivo de “Conocer la relación entre el miedo a la muerte y calidad de vida de los adultos mayores”. El método fue correlacional, la muestra fue de 99 adultos mayores, se utilizó la Escala original de Collet-Lester de Miedo a la Muerte y al Proceso de Morir. Los resultados respecto a la variable miedo a la muerte fue que en la escala global el 87.9% resultó con algo de miedo y el 12.1% con mucho miedo. En el análisis por dimensiones, el Miedo a la propia muerte, el 98.0% manifestó algo de miedo y el 2% manifestó algo de miedo; en el Miedo a la muerte de otros el 50.5% con algo de miedo y el 49.5% con mucho miedo; en el Miedo al propio proceso de morir el 50.5% obtuvo algo de miedo y el 49.5% presentó mucho miedo y en el Miedo al proceso de morir de otros el 87.9% alcanzó algo de miedo y el 12.1% tuvo mucho miedo. Se concluyó que, en relación con el miedo ante la muerte y el proceso de morir, los hombres resultaron con mayor miedo ante la muerte de otras personas y los que no tienen empleo remunerado presentaron mayor miedo ante la muerte de los otros y al propio proceso de morir.

Rosero (16), 2020, Ecuador, la investigación tuvo como objetivo “Describir los niveles de miedo a la muerte y al proceso de morir que presentan los adultos mayores del Programa de Atención Integral para el Adulto Mayor “Canas de Vida en el del Distrito Metropolitano de Quito según”. Es de enfoque cuantitativo, tipo no experimental y diseño transversal-descriptivo, con una muestra de 138 adultos mayores, el instrumento fue la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (EMMCL). Los resultados evidenciaron que el 50% de los adultos mayores presentan un nivel de miedo moderado a la muerte y al proceso de morir, mientras que el 48,6% de los participantes indican un nivel de miedo bajo y se evidencia un mínimo porcentaje de adultos mayores (1,4%) que presentan un nivel de miedo alto. Se concluye que el nivel de miedo moderado a la muerte y al proceso de morir propio y ajeno, es el que predomina en la población de adultos mayores investigados.

Sanchís (17), 2018, España. Objetivo: “Elaborar un estudio exploratorio sobre el miedo a la muerte, en adultos mayores”. Estudio ex-post-facto; muestra de 152 personas de 65 a 90 años; instrumentos, Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R), Escala de Miedo a la Muerte (EMMCL), entre otros. Resultados: Tanto el sexo femenino como el masculino han obtenido las puntuaciones medias más altas en las actitudes: en las dimensiones Aceptación Neutral (5,08) y Escape (4,09), mientras que la actitud que menos puntuación media ha alcanzado en ambos sexos es Acercamiento. En la variable Miedo a la muerte la mujer alcanza una mayor puntuación media en el Miedo a la Muerte Ajena con 3,27 mientras que el hombre, por su parte consigue una puntuación de 3,17 en el Miedo a la Muerte Ajena, por encima del 2,99 puntuación media alcanzada en el Miedo a la Muerte Propia. Al correlacionar el Miedo a la Muerte Propia con las cinco dimensiones de Actitudes ante la muerte, se encontró correlación significativa, con un coeficiente de correlación de

Spearman 0,336 y un nivel de significación de $p = 0,000$ ($p < 0,01$), por lo que se puede afirmar que cuanto más Miedo a la Muerte Propia tienen las personas mayores, mayor es la actitud de Miedo a la Muerte. Además, existe correlación significativa entre el Miedo a la Muerte Propia y la actitud de Evitación a la Muerte, con un coeficiente de correlación de Spearman 0,170 y un nivel de significación de $p = 0,036$ ($p < 0,05$), pudiendo afirmar que cuanto más Miedo a la Muerte Propia tienen las personas mayores, mayor es la Evitación a la Muerte. Se concluye la importancia de contribuir desde la psicología y la pedagogía a cambiar las actitudes negativas, el miedo ante la muerte, garantizando bienestar a las personas que se encuentran en la última etapa de su vida.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Carbajal y Vega (18), 2021, Cerro de Pasco, realizaron una investigación cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre el temor a la muerte y estrategias de afrontamiento en adultos mayores atendidos por consulta externa en un Hospital de Tarma”. El tipo de investigación fue descriptivo, diseño correlacional, de corte trasversal; se trabajó con la poblacional muestral de 47 ancianos, como instrumentos se utilizó la Escala de miedo a la muerte de Collett y Lester y el Inventario de estrategias de afrontamiento. Como resultados: en relación con la variable Miedo a la muerte, el 53.19% tienen mucho temor a la muerte, seguido de 38,5% tienen poco temor a la muerte, y finalmente un 8,3% no tiene temor. Respecto a la estrategia de afrontamiento el 59.57%, tienen malas estrategias de afrontamiento, seguido de 29,79% con regular y, finalmente un 10,65% tienen buenas estrategias. De acuerdo con los resultados concluyeron que existe relación estadística significativa entre el temor a la muerte y las estrategias de afrontamiento.

Tapia (19), 2021, Chiclayo, realizó un estudio con la finalidad de “Determinar la relación entre el estrés y miedo a la muerte en adultos mayores, víctimas de abandono familiar”. El enfoque fue cuantitativo de tipo básico, correlacional; población fue de 98 adultos mayores entre los 60 a 90 años, los instrumentos utilizados fueron Escala de Estrés Percibido (SPP 14) y la Escala de Miedo a la Muerte (EMMCL). Los resultados evidenciaron que, en cuanto a la variable Miedo a la Muerte el nivel de miedo a la muerte en los adultos mayores predomina el nivel alto de miedo a la muerte con el 89,6% seguido del nivel medio con el 9,4% y finalmente el nivel bajo con un 0%. Se concluyó que Existe relación positiva altamente significativa entre estrés y miedo a la muerte en adultos mayores y que la gran mayoría de adultos mayores tienen un alto nivel de temor frente a la muerte.

Arapa y Arce (20), 2019, Arequipa, realizaron un estudio con la finalidad de “Determinar la relación entre la inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte en adultos mayores”. El tipo de investigación fue descriptiva correlacional, diseño no experimental transversal; la muestra estuvo conformada por 155 adultos mayores de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 60 y 90 años; para la recolección de datos, se aplicaron dos instrumentos: Trait Meta Mood Scale TMMS-24 (Salovey y Mayer 1995, adaptado por: Fernández- Berrocal y Ramos 2004) y la Escala de Actitudes Hacia la Muerte (Yesenia Monroy Yari 2000). Los resultados mostraron en cuanto a la Actitud hacia la muerte que predominó la Indiferencia hacia la muerte con un 67.7 %. Las investigadoras concluyeron que la gran mayoría de los adultos mayores presenta una actitud de indiferencia hacia la muerte, evita referirse a la muerte debido a que no tiene una opinión definida sobre el tema, debido a que les genera angustia, miedo, tristeza y preocupación.

Díaz (21), 2019, Pimentel, llevó a cabo una investigación cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre espiritualidad y actitud ante la muerte en adultos mayores pertenecientes a un centro de salud”. La investigación fue cuantitativa y de diseño correlacional contó con una muestra de 90 adultos mayores de centros de salud, a estos se les aplicó la “Escala de Experiencia Espiritual Diaria (DSES)” y el “Perfil de Actitudes ante la Muerte (DAP-R). Los resultados demuestran que existe relación positiva débil entre la espiritualidad con la evitación de la muerte ($p < .01$); respecto a la variable Actitud frente a la Muerte se puede identificar que en la actitud de acercamiento predomina el nivel alto con el 77.8%, en la actitud de evitación de la muerte predomina el nivel alto con el 86.7%, en la actitud de aceptación de escape predomina el nivel medio con el 72.2%, en la actitud de miedo a la muerte predomina el nivel medio con el 54.4% y en la actitud de aceptación neutral predomina el nivel alto con el 51.1%. De acuerdo con los resultados se evidenció que existe relación positiva débil entre la espiritualidad con la evitación de la muerte de las actitudes ante la muerte con una significancia de $p < .01$. La actitud más usada, serían la actitud de evitación y acercamiento las que más predominan en la muestra de estudio.

Rivarola (22), 2016, Lima, La presente investigación tuvo como objetivo “Analizar la relación entre las dimensiones del miedo hacia la muerte: miedo hacia la propia muerte, miedo hacia el propio proceso de morir, miedo hacia la muerte de terceros, miedo hacia el proceso de morir de terceros y la espiritualidad y florecimiento”. La investigación fue correlacional, la muestra fue de 65 adultos mayores, se empleó la escala EMMCL (CL-FODS) de miedo hacia la muerte (Collett & Lester, 2003), el SBI-15R de espiritualidad (Holland et al, 1998) y la escala de Florecimiento (Diener, 2010). Los resultados evidenciaron una relación inversa entre el miedo hacia la propia muerte y la espiritualidad y

el miedo hacia la propia muerte y el florecimiento, en cuanto a la variable Miedo a la muerte el tipo de miedo más reportado es el de la dimensión Miedo hacia el proceso de morir de otros (25.11%), que es casi el doble del Miedo hacia la propia muerte (13.44%), luego le sigue Miedo de muerte por otros (22.52%) y Miedo propio al proceso (22.08%). Se concluyó que el proceso de la muerte (tanto de terceros como propia) es lo que más angustia produce a los adultos mayores. Específicamente, los atemoriza la posibilidad de sufrir o sentirse solos.

2.2. Bases teóricas

Miedo a la muerte

Uno de los sentimientos que suscita el deceso con más frecuencia es el temor. El temor por fallecer se muestra durante la vida, sin que tenga que estar referente con una muerte real. El temor al deceso a partir del punto de vista Estímulo-Respuesta se presenta cuando existe una amenaza que vulnera nuestra salud y nos pone en riesgo de extinción, lo cual produce emociones y actitudes aversivas o dañinas (23). La ansiedad ante la muerte es un estado emocional desagradable producido por la propia contemplación ante la muerte. La muerte es un elemento al cual es difícil dar sentido por lo que la dificultad para concebir la propia muerte se acompaña de un alto nivel de ansiedad (24).

Las evaluaciones cualitativas ponen de manifiesto que el temor al deceso puede variar en magnitud, de tal forma que cierto temor podría ser común e inclusive primordial, de lo opuesto la vida estaría en un constante riesgo y la misma supervivencia expuesta a mil peligros. Lo que caracteriza al temor patológico es su permanencia: el tanatofobo vive una y otra vez con el terror de su muerte; sin embargo, las incidencias de este estado tienen la posibilidad de ser diferentes según los casos (25).

Se han distinguido diferentes tipos de miedo a la muerte de las muchas creencias y situaciones asociadas con ellos. Para Tomas-Sábado y Gómez-Benito (26), el carácter unidireccional y multidimensional del miedo a la muerte es un aspecto ampliamente debatido por muchos autores. Por eso, es importante distinguir tres niveles en la muerte y el miedo a la muerte:

1) *Miedo a la muerte personal*. Tiene que ver con el proceso de su propia muerte, al castigo postmuerte, el miedo a dejar solas a las personas amadas, a la corrupción del cuerpo, al colapso del proyecto de vida y al sufrimiento o dolor.

2) *Miedo a la muerte del otro*. Como resultado de la separación forzada e inesperada de la gente que muere y desaparece, pueden desarrollarse ciertas obsesiones. Uno es la no aceptación de la muerte de familiares y amigos, miedo al sufrimiento y la enfermedad, miedo al desahuciado, al funeral y al duelo.

3) *Miedo a los objetos de los muertos*. Básicamente a los sitios que evoquen a la muerte y el morir como son los camposantos, exequias, hospitales, el color negro de luto, los ataúdes, las mortajas, los sarcófagos y las tumbas.

El miedo a la muerte es el sentimiento que ha creado más averiguaciones y sobre las que se ha desarrollado el más grande número de herramientas de medida y técnicas de mediación a partir de todos los espacios de la psicología, ya que es el sentimiento que más grandes efectos negativos puede ocasionar en el individuo, como, por ejemplo, hipocondría, somatización, ansiedad y estrés. Es el temor de ser acabado, temor de muerte prematura, el

temor de muerte consciente (p.ej., “espero a más de un médico que me revise para ser declarado muerto”), el temor a lo desconocido (p.ej., "tengo temor de que el deceso sea el final de todo", “miedo del cadáver luego de la muerte”), etc. (27).

Los instrumentos de medición relacionadas con la muerte son muy variados y provienen de diversas áreas, es así como el miedo a la muerte es la variable más estudiada a través de diferentes escalas en los últimos 20 años, entre las que destacan Fear of Death Scale -FODS (Boyar,1964), Death Anxiety Scale-DAS (Templer, 1970) y la Fear of Death and Dying Scale-FODD (Collet-Lester, 1969-1998-2003), siendo la escala de Collet-Lester el instrumento de mayor difusión en Latinoamérica (28).

Miedo a la muerte de Collet-Lester

Generalmente se piensa que el miedo a la muerte es universal; sin embargo, cabe resaltar que este se da por múltiples razones por lo cual no debiera tratarse como una sola entidad. El miedo a lo desconocido, el dolor padecido durante la misma o el bienestar de los seres que sobrevivan son algunas de las causas de este miedo. Para conocer el nivel del miedo a la muerte Collett - Lester diseñó una herramienta psicométrica para valorar la actitud ante la muerte que diferencia la muerte y el proceso de morir concerniente a la propia muerte y a la ajena (29).

Esta es una de las técnicas e instrumentos más utilizados para poder medir el miedo a la muerte, esta escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (EMMCL) que fue creada en 1969 en su versión original en inglés (CL-FODS), presenta cuatro vías o subescalas o también

denominadas dimensiones: Miedo a la muerte propia, Miedo a la muerte de otros, El miedo a su propio proceso de morir, El miedo al proceso de morir de otros (30).

Es importante destacar que los términos miedo a la muerte y ansiedad ante la muerte se utilizan a menudo en la literatura médica como si fueran sinónimos, pero, el miedo es específico y consciente, mientras que la ansiedad es más general e inaccesible con la conciencia. El miedo a la muerte es común y su ausencia puede reflejarse en la negación de esta.

Atención de emergencia

Algunos conceptos al respecto se definen de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que precisa la noción de urgencia y emergencia como: “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que los sufre o de su familia”. Y, el de la Sociedad Médica Americana (AMA) que define una emergencia como “toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien desee que asuma la responsabilidad de la demanda, necesita una ayuda sanitaria inmediata” (31).

El Servicio de Emergencia se define como una composición donde permanecen organizados los expertos sanitarios para dar una ayuda multidisciplinar, ubicada en un área específica del nosocomio cumpliendo funciones estructurales y organizativas, que respaldan condiciones de estabilidad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y las emergencias. La finalidad primordial de este servicio es atender a cualquier persona que demanda ayuda sanitaria urgente, en el período de tiempo más corto que se pueda y con la

más grande eficiencia. El diez por ciento de los pacientes ingresados a emergencia de un hospital especializado tienen una enfermedad crónica terminal, la mayoría no son recurrentes y una quinta parte tiene un tratamiento innecesario (32).

Actitudes frente a la muerte

Según la Real Academia Española, la actitud puede poseer diversos conceptos: a) se sugiere que deriva del latín y consiste en representar el ánimo que evidencia cada individuo, del mismo modo significa la postura que sostiene el cuerpo al momento de manifestar la posición de un sujeto (33). Suele estar compuesta por 3 factores: el cognitivo, el afectivo y el conductual; el primero hace referencia a lo que la persona tiene conocimiento acerca de lo que posiciona su actitud, el segundo sugiere a las sensaciones que causa el objeto en la persona y el tercero indica las acciones, intenciones o tendencias a las que será involucrado el sujeto con respecto al objeto en cuestión (34).

Suelen existir diferentes niveles que componen el comportamiento de una persona en función de lo que sucede en la vida. Las personas tenemos una visión diferente en cada evento sucedido a lo largo de la vida, también se sostienen ciertas posturas alrededor de un tema en específico (a favor o en contra de la pena de muerte, veganismo, religión, fútbol, separación, matrimonio con bienes mancomunados o no, etc.), estas posturas fueron adquiridas después de conocer ciertos significados, la interacción social o diversas formas de sociabilización del conocimiento (35).

Por otro lado, en psicología, la actitud significa al conjunto de creencias, comportamientos y emociones que se dirigen en pro o en contra hacia un evento, persona u objeto en específico. Estas actitudes pueden estar relacionadas con la experiencia previa, la

enseñanza y la inmersión de la sociedad, ello suele tener una influencia considerable en la conducta del individuo. Por lo tanto, la actitud es una postura que se adquiere para una evaluación con respecto a todos los eventos, temas y áreas de la vida (36).

Las dimensiones de las actitudes suelen denominarse en CAB o ABC. Es por ello que la estructura cognitiva refiere a las creencias y sugerencias referente a un área de estudio, mientras que la estructura afectiva consiste en como hace sentir el objeto, el sujeto, el suceso, y por último la estructura conductual que se sostiene en la influencia que tienen eventos, sucesos, temas, etc., en la vida de una persona y en las acciones que poseen influencia en su vida (37).

El concepto de la muerte es diverso, no solamente por la variación que se tiene de persona en persona, sino también dentro de ella misma. Adicional a ello, la muerte tiene características que pueden ser psicológicas y sociales, separándolo del suceso natural. Cuando son etapas finales de una enfermedad, el paciente frente al dolor suele reflexionar acerca de su vida, suele intentar resolver intrínsecamente conflictos personales con sus familiares, lo que se puede relacionar a la despedida con su familia y también con la vida. El conocimiento del individuo y actitud de éste frente a la muerte y lo que se espera después de ella influye en la manera en la que se manejan el tránsito de la enfermedad (38).

El término actitud, entonces, es la capacidad que tiene una persona para lograr enfrentar las vicisitudes de su entorno y de las eventualidades de la vida. Es importante señalar que la muerte para toda persona viene cargada de dolor y pesar por lo que se conceptualiza a la ausencia del sujeto, es por ello que la vida misma ya es un riesgo, lo que hacer frente a una situación de dolor conlleva la generación de actitudes positivas o negativas

en estas ocasiones. Wang y otros participantes, aseveran que las actitudes denominadas como positivas conforman 3 aspectos con referencia a la aceptación de la muerte, en contraposición con las negativas que son el miedo y el escape. En la aceptación neutral se encuentra la aceptación de escape y de aproximación. En este último la visión de la persona consiste en relacionar a la muerte como parte del proceso de la vida por lo que no se le teme a la conclusión de ella, por el contrario, se acepta como una realidad esperada como parte del viaje. En la de aproximación, se logra relacionar a la muerte con el inicio de una vida posterior a la muerte, en el de escape, la muerte sugiere una relación de separación del individuo con el dolor físico o psicológico de alguna enfermedad (39).

La ansiedad causada por la muerte de alguien es un estado negativo de emociones que es valorado por la relevancia con la que se maneja la mortalidad. Esta ansiedad suele presentarse no solamente en los familiares de la persona fallecida, sino también en las enfermeras y personal de salud que se exponen a estos aspectos en relación con las enfermedades, traumas y muertes dentro de un nosocomio. Se ha observado que la actitud del personal de salud frente a la muerte suele tener implicancia en la manera en la que otorgan los servicios de atención y en la que enfrentas los aspectos ligados al estrés como lo supone la muerte de los pacientes (40).

En contextos relacionados a la muerte, la actitud de los enfermeros aparece como una postura que se refleja a pesar de los aspectos formales y de los procedimientos indicados, la introspección que este realiza suele estar relacionado con intranquilidad, estrés, angustia (9). Las situaciones difíciles causan en el personal de salud diferentes estados de ánimo que se suelen producir de forma involuntaria con respecto a actitudes cargadas de estrés,

oponiéndose a su acto de servir al paciente, en ocasiones suelen afectar su ámbito de desempeño (41). Si por otro lado el personal de salud ha estrechado vínculos estrechos con el paciente, el dolor y la angustia por parte de ellos, se incrementa, por lo que cabe recordar que el trabajo de este personal no solamente es momentáneo en muchas ocasiones puede tener relación con el paciente de semanas, meses e incluso años (42).

Cabe indicar que es vital la capacitación acerca de estos tópicos en los centros de salud, debido a que los enfermeros bajo este tipo de presiones suelen tener repercusiones afectivas, cognitivas y conductuales. Es importante ampliar acciones que faciliten la apertura al conocimiento de estos temas, el apoyo que se le debe brindar a los familiares, la calidad humana, la empatía con respecto a estos temas son piezas fundamentales en el entrenamiento por parte del personal de salud (43).

En la teoría de los dos factores de Templer identifica en actitudes que se relacionan con la ansiedad frente a la muerte. El primero se vincula con la salud psicológica y el segundo se relaciona con las experiencias vividas en estos procesos. Esta teoría afronta el concepto que tiene la persona hacia su propia existencia, es decir la persona externa a la situación dolora hace suyo este episodio de dolor y lo coloca como un evento que le puede ocurrir a ella misma o alguien cercano, de este modo el individuo no solamente visualiza la situación de forma externa, sino que siente parte de ese proceso. También postula que se puede experimentar actitudes de evitación, es decir, de indiferencia. Las formas neutrales frente a este tipo de contextos dolorosos son las mayormente recomendadas, en otras palabras, se acepta la defunción como una situación natural de la misma profesión (44).

Con respecto a la misma línea, se puede mencionar la teoría de Dorothea Orem denominado déficit de autocuidado, que identificó 7 grupos en referencia al cuidado que debe de tener el profesional de salud. A propósito del tema en cuestión, se mencionará el último grupo que involucra a otorgarle calidad de vida al paciente cuando se encuentra en la etapa final, evitando que sufra y tenga dolores adicionales. Este modelo fomenta una serie de cuidados que conforman dos etapas: la primera que se relaciona con la demanda parcial del personal de enfermería y la segunda que es la etapa en la que compone con una dependencia absoluta de la enfermera. En esta última etapa sucede, frecuentemente, el fallecimiento del paciente y es clave la posición del enfermero para con los familiares, ya que se puede otorgar mediante sus palabras un apoyo, consejo y la transmisión de calor humano y soporte emocional. La muerte no es un proceso sencillo de atravesar, por lo que el enfermero debe otorgar a las familias la tranquilidad para evitar la ansiedad por parte de algún familiar (45).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que los enfermeros que trabajan en alguna unidad de emergencia deben entregar al paciente o familiares toda la información que ayude a salvaguardar los últimos minutos de vida, es sumamente importante los cuidados participes de esta eventualidad (46). El Ministerio de Salud señala que los profesionales de enfermería de emergencias viven constantemente en sobresaltos e impresiones con respecto al contacto cercano con la muerte, lo que suele influir en sus actitudes con falta de tacto y sensibilidad, ha señalado también cifras del personal de salud involucrados en procesos de duelo, el 10% indica no sentir nada, 5% señala que varios días después sí manifiesta algún tipo de síntoma, 5% en ese mismo momento solamente, 70% siempre y el 10% muy a menudo en sus turnos de trabajo (47).

El profesional de enfermería lleva el término muerte como una parte de su labor diaria. Entre sus acciones diarias evidencia situaciones que se relacionan con dolor, agonía, sufrimiento, entre otros. El personal posee conocimientos para atender los requerimientos elementales y específicos del paciente, por lo que se vincula estrechamente con el compromiso que tiene el personal en relación con los servicios que otorga (48). La actitud con la que enfrenta el profesional de enfermería marca la vivencia del paciente en este último periodo, debido a que, al otorgar paz y cierto confort, los familiares involucrados bajan sus síntomas de ansiedad y temores (49).

Los enfermeros tienen una labor importante y preponderante en el desarrollo de esta instancia final por lo que esta situación marca la actitud con referencia a la carrera y también en los aspectos importantes, aquí suele visibilizarse cuan capacitado se encuentra el personal de enfermería frente a este tipo de situaciones (50). Cabe tener presente que en todos los hospitales deberían tener un área psicológica pero para el personal de salud, puesto que no solo se trata de abordar estas actitudes en el mismo momento en que ocurre el deceso, sino promover una formación especializada con prácticas que sumen actitudes neutrales o positivas frente a la muerte de un paciente, con la finalidad de entregar a los deudos un ambiente propicio para su duelo y colaborar con el otro en aceptar la pérdida mediante un trato humanizado por parte de los profesionales de enfermería.

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H_i Existe relación estadísticamente significativa entre miedo a la muerte y actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de Emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2022.

H₀ No existe relación estadísticamente significativa entre miedo a la muerte y actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de Emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2022.

2.3.2 Hipótesis específicas

Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión miedo a la propia muerte y las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.

Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión miedo al propio proceso de morir y las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.

Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión miedo a la muerte de otros y las actitudes frente a la muerte en adultos mayores

Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión miedo al proceso de morir de otros y las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método será hipotético deductivo, porque las respuestas preliminares al problema de investigación se someterán a contrastación empleando una ruta deductiva, es decir, de lo particular a lo general (51).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque será cuantitativo, ya que se asume que la realidad observable es medible, además de que los datos de interés científico son los numéricos que, a su vez, serán procesados mediante el análisis matemático y las técnicas estadísticas (52).

3.3. Tipo de la investigación

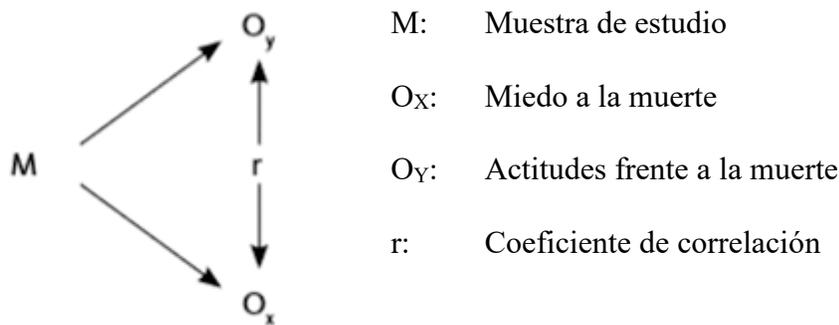
El tipo de investigación será aplicada, puesto que la contextualización de las teorías y su análisis respecto a la realidad tiene un fin práctico inmediato, aunque no necesariamente se desarrolle un nuevo procedimiento o sistema productivo (53). En tal sentido, el conocimiento científico que se generará se orienta a resolver un problema.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño será no experimental, pues el acopio de datos se hace de forma observacional sistemática, sin el propósito de intervenir o modificar las variables estudiadas (54). Las cualidades o las manifestaciones que se aprecian serán motivo de una descripción exhaustiva para contribuir al análisis de la correlación. Precisamente, el nivel o alcance del diseño será correlacional, porque se busca establecer el grado de relación entre las dos

variables (55). Finalmente, la recolección de datos será transeccional, porque se realizará en un solo momento y lugar (56).

Figura 1. Representación gráfica del diseño correlacional.



3.5. Población, muestra y muestreo

La población estará constituida por los adultos mayores ingresados al servicio de emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, durante noviembre y diciembre 2022.

Por conveniencia de la investigadora y dado el acceso limitado al muestreo por los considerandos propios de la situación descrita en el marco teórico se tomará de forma intencional una muestra no probabilística de 120 sujetos.

Los pacientes participantes serán elegidos conforme a los criterios de inclusión y exclusión, además deben encontrarse en pleno uso de sus facultades y cognitivamente lúcidos.

Criterios de inclusión

- Paciente adulto mayor ingresado al servicio de emergencia del Hospital de Emergencia Ate Vitarte.
- Paciente adulto mayor que acepten formar parte de la muestra.
- Paciente adulto mayor que haya firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Paciente ingresado al servicio de emergencia del Hospital de Emergencia Ate Vitarte.
- Paciente que muestre deterioro temporal cognitivo y no esté en el pleno uso de sus facultades mentales.
- Paciente adulto que se nieguen a participar del estudio.
- Pacientes que mostraron disposición de colaborar con la encuesta, pero que no firmaron a tiempo el consentimiento informado.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Variable 1: Miedo a la muerte y al proceso de morir.	Se define la muerte como la interrupción de todas las funciones vitales y la pérdida total de la conciencia por parte del organismo humano que genera una serie de reacciones y respuestas psicoemocionales debido a la posibilidad de una paralización y pérdida de la vida misma, concibiéndose como una respuesta consciente que tiene la persona ante la muerte, tanto al proceso de morir, a lo	Se define como una reacción emocional a la percepción de señales de peligro o amenaza, ciertas o imaginadas de la propia existencia, que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales, situacionales, y también por estímulos internos de la persona, relacionados con la propia muerte o ajena y que puede ser valorada usando la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester (EMMCL).	Miedo a la propia muerte	<ul style="list-style-type: none"> - Morir solo - Vida breve - Perder todas las cosas al morir - Morir joven - Cómo será estar muerto - No experimentar nada nunca más - Desintegración del cuerpo después de morir 	7 (1-2-3-4-5-6-7)	Nivel bajo de miedo a la muerte = < 2 puntos.
			Miedo al proceso de morir propio	<ul style="list-style-type: none"> - Degeneración física - Dolor en el proceso de morir - Degeneración mental - Pérdida de facultades - Incertidumbre sobre la valentía con que afrontará el proceso 	7 (8-9-10-11-12-13-14)	Nivel alto de miedo a la muerte = > 4 puntos.

desconocido y al dolor, y a lo que existe ulterior a la muerte.

- Falta de control sobre el proceso
- Posibilidad de morir en un hospital lejos de la familia y amigos.

- Pérdida de una persona querida
- Ver un cadáver
- No poder comunicarse nunca más con esa persona

Miedo a la muerte de otros

- Lamentar no haberse llevado mejor con esa persona cuando estaba viva
- Envejecer solo/a sin esa persona
- Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte
- Sentirse solo/a sin esa persona

7
(15-16-17-18-19-20-21)

Miedo al proceso de

- Estar con alguien que está muriendo

7
(22-23-24-25-26-27-28)

				morir de otros	<ul style="list-style-type: none"> – Estar con alguien que quiere hablar de la muerte – Ver cómo sufre dolor – Observar la degeneración física – No saber gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida – Asistir el deterioro de sus facultades mentales – Ser consciente de que algún día vivirás esta experiencia 	
Variable 2: Actitudes frente a la muerte.	Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones	Son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables		Estructura cognoscitiva	Actitud Positiva, el conocimiento que la persona tiene acerca de lo que es verdadero o falso, bueno o malo deseables o indeseables.	(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)

<p>favorables o desfavorables hacia la muerte, resultado de la experiencia o la educación y pueden tener una poderosa influencia sobre el comportamiento.</p>	<p>o desfavorables hacia la muerte, en los profesionales de enfermería de un hospital de Lima, resultado de la experiencia o la educación y pueden tener una poderosa influencia sobre el comportamiento, el cual será medido con el cuestionario de actitud hacia la muerte (CAM – 1) elaborado por Martin y Salovey</p>	<p>Estructura afectiva</p>	<p>Actitud Indiferente, reacciones subjetivas positivas y negativas.</p>	<p>(13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23)</p>
		<p>Estructura conductual</p>	<p>Actitud Negativa, expresiones de acción o intención.</p>	<p>(24,25,26,27,28,29,30,31,32,33)</p>

3.7. Técnicas e instrumentos de medición

3.7.1. Técnicas

La técnica será la encuesta, gracias a la que se gestionará un considerable volumen de información (57). Por ese motivo, este procedimiento estructurado es uno de los más empleados en investigación social (57).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1: miedo a la muerte

Para medir los niveles de miedo a la muerte se usará la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester (EMMCL o CL-FODS, por sus siglas en inglés) cuya adaptación a la lengua castellana fuese ejecutada por Tomás-Sábado et al. (26).

Cuenta con 28 preguntas repartidas en 4 subescalas o dimensiones de 7 preguntas cada una. Estas subescalas hacen referencia al temor auto percibido con relación a la propia muerte, al propio proceso de morir, a la muerte de otros y al proceso de morir de otros. A menor puntuación, menor temor. Las respuestas son tipo Likert, con 5 opciones de respuesta cada una. El puntaje mínimo posible de obtener es 28 puntos, y el máximo 140.

Luego de aplicar un procedimiento matemático, se obtiene los puntajes o valores finales para analizar el nivel de miedo a la muerte y que están en el orden ascendente de < 2 para un miedo bajo a la muerte, de 2 – 4 para un miedo moderado a la muerte y >4 para un miedo alto a la muerte.

Instrumento 2: actitudes frente a la muerte

Se trata del cuestionario elaborado en inglés por Martin y Salovey (58) en 1996. Luego, fue adaptado y validado para el contexto latinoamericano por Hernández en Cuba y en el año 2002, siendo denominado “Cuestionario de Actitudes ante la Muerte CAM-1” (59). Dicho cuestionario consta de 33 ítems cuyo sistema de puntuación es:

Ítems positivos (2, 4, 5, 7, 10, 14, 15, 16, 18, 21, 23, 25, 27, 29, 31) para los que se otorga un punto si se responde “de acuerdo”.

Ítems negativos (1, 3, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 17, 19, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 33) que reciben cero puntos cuando se responde “en desacuerdo”.

Al final, se realiza la suma de los puntajes determinándose el tipo de actitudes de acuerdo a la siguiente clasificación:

18-33	:	actitud positiva
17 puntos	:	actitud indiferente
0-16	:	actitud negativa

3.7.3. Validación

La validez del instrumento se ha obtenido en el proceso de traducción y adaptación a la lengua española realizada por Tomás-Sábado et al. (26). En ese proceso se instituyó que el instrumento tenía una validez de criterio muy aceptable para España.

Posteriormente se hicieron retro traducciones en varios países latinoamericanos para su proceso de adecuación cultural y se sometieron a diversos juicios de expertos que concluyeron que el instrumento tiene propiedades adecuadas con una buena consistencia interna y es sumamente válido para medir este constructo de miedo a la muerte (60, 61).

Para la realidad peruana, Vizcarra (62) realizó el proceso de validación mediante juicio de expertos. Esto permitió también que otras investigaciones disponibles en el repositorio digital de la Universidad Norbert Wiener utilicen dicha validación (63, 64).

3.7.4. Confiabilidad

Tomás-Sábado et al. (26) consiguieron determinar que la versión traducida y adaptada de la CL-FODS cuenta con un buen nivel de consistencia interna (Alpha de Cronbach = 0.72) y estabilidad temporal (0.89).

Quintero y Simkin (60) y Mondragón-Sánchez et al. (61) realizaron recientemente en Argentina y México respectivamente estudios de confiabilidad de la EMMCL y obtuvieron un estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach basada en los 28 elementos tipificados en la escala un coeficiente de 0,95.

Esto demuestra que el instrumento EMMCL es muy confiable (95%) para identificar y medir los miedos más frecuentes y evaluar los cambios subsecuentes con respecto al miedo a la muerte en nuestra población de estudio.

A su vez, Vizcarra (62) obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.803. De forma similar, García (61) reportó en su artículo de investigación un coeficiente de 0.875 como evidencia de su consistencia interna. Así lo corroboran varias investigaciones sustentadas en la U. Norbert Wiener (63, 64).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La recolección de datos se iniciará con las gestiones concernientes a obtener las respectivas autorizaciones para el desarrollo del trabajo en el servicio de Emergencias. Desde luego, previamente se tramita la carta de autorización de UNW, con la que se acudirá al nosocomio y allí se coordinará con el Departamento de Investigación y la Jefatura del Servicio de Emergencias. Con la anuencia y aprobación correspondiente de estas instancias, recién se comienza con las diligencias posteriores.

Los encuestadores en el presente estudio serán los colegas licenciados de enfermería que laboran juntamente con la investigadora en el servicio de Emergencias. Se aplicará la encuesta los lunes, miércoles y viernes principalmente, que son los días de mayor afluencia sanitaria. Los pacientes serán elegidos conforme a los criterios de inclusión y exclusión.

La data recolectada será ingresada a una base de datos en Excel para posteriormente ser trasladada al software estadístico SPSS 25.0 para el análisis de los datos. Dicho

procedimiento se realizará escrupulosamente para no cometer errores y no tener valores perdidos a la hora de realizar el procesamiento estadístico.

Dado que es un estudio correlacional se usará la estadística descriptiva para la obtención de la distribución de frecuencias y la estadística inferencial para el análisis de normalidad y la prueba de hipótesis.

3.9. Aspectos éticos

Es fundamental para el desarrollo de la presente investigación cumplir responsablemente el código de ética de las investigaciones en salud, en donde se pone por sobre todas las cosas a la persona humana, por ello el consentimiento informado será un requisito insoslayable para aplicar la encuesta. Del mismo modo, se respetarán estrictamente los principios bioéticos:

Principio de autonomía

La soberanía de la persona será aplicada estrictamente en este proyecto; debido a que se darán a conocer a los familiares los fines del análisis, ya que solo el consentimiento los va a hacer ser parte de la investigación.

Principio de beneficencia

El proyecto buscará fomentar la construcción de un equipo pluridisciplinario responsable de velar por las necesidades a favor del familiar del paciente internado en una unidad de cuidados intensivos; dichas necesidades ya sean emocionales, espirituales, informativas y comunicativas serán puestas en su beneficio.

Principio de no maleficencia

El proyecto no va a ser usado para dar a conocer hechos confidenciales que atenten contra la identidad y privacidad de los miembros, prevaleciendo la estabilidad y confort del individuo durante el análisis.

Principio de justicia

Los sujetos de estudio van a ser tratados con respeto y cordialidad, de igual manera se tratará a todos igualmente, sin discriminaciones ni preferencias.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Actividades	2022																			
	Junio				Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Problematización de la idea de investigación			X	X																
Fase exploratoria de averiguación bibliográfica			X	X	X	X	X	X												
Formular el capítulo de introducción: planteamiento del problema, antecedentes y argumentación teórica			X	X	X	X	X	X												
Determinar en la asesoría la relevancia teórica, práctica y epistemológica de la investigación.			X	X	X	X	X	X												
Delimitar en la asesoría los objetivos e hipótesis de la investigación			X	X	X	X	X	X	X											
Formulación del capítulo materiales y métodos: enfoque, tipo y diseño del trabajo académico			X	X	X	X	X	X	X	X										
Determinar los criterios de inclusión y exclusión de la población de estudio, recoger la muestra y				X	X	X	X	X	X	X										

4.2. Presupuesto

(Presupuesto y Recursos Humanos)

Materiales	2022				Total
	agosto	septiembre	octubre	noviembre	S/.
Equipos					
Computadora Portátil	1000				1000
Tarjeta de Memoria	30				30
Útiles					
Bolígrafos	3				3
Papelería		10			10
Material					
Material de consulta	60	60			120
Copias fotostáticas	30	30		10	70
Ediciones	50	10		30	90
Espiral	7	20		20	30
Varios					
Transporte	100	50	50	50	120
Comestibles	60	60			60
Comunicación	60	60	60		60
Recursos Humanos					
Digitador	300				300
Contratiempos*		100		100	200
TOTAL	1500	500	60	200	2000

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. World Health Organization. Mental health: strengthening our response [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Aranda RM. Physical activity and quality of life in the elderly. A narrative review. *Rev Habanera Ciencias Medicas*. 2018;17(5):813–25.
4. Organization WH. Transforming mental health report [Internet]. Washington D.C; 2022. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>
5. Naciones Unidas. Etapas del proceso de envejecimiento demográfico de los países de América Latina y el Caribe y desafíos respecto del cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo [Internet]. 2021. Available from: <https://www.cepal.org/es/enfoques/etapas-proceso-envejecimiento-demografico-paises-america-latina-caribe-desafios-respecto>
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
7. Ramanathan K, Antognini D, Combes A, Paden M, Zakhary B, Ogino M, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(20):497–506.
8. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan,

- China. JAMA [Internet]. 2020 Mar 17;323(11):1061. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761044>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Situación de la población Adulta Mayor Abril-Mayo-Junio 2022. Lima; 2022.
 10. Guerrero Castañeda RF, Luna Ruiz TG, Páramo Ramírez SV, Razo Moreno LA, Vega Vázquez IE, Chávez Palmerín S. Experiencia vivida del cuidado de la salud mental en el adulto mayor durante el aislamiento por COVID-19. ACC CIETNA Rev la Esc Enfermería [Internet]. 2022 Jul 22;9(1):68–82. Available from: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/723>
 11. Plataforma digital única del Estado Peruano. Hospital Emergencia Ate Vitarte: Información Institucional [Internet]. 2022. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/heav/institucional>
 12. Ministerio de Salud-Perú. Norma Técnica de Salud N.º 186-MINSA-DIGTEL-2022. Lima; 2022.
 13. Parco J. Calidad de vida y Miedo a la muerte en Adultos Mayores que participan en un Programa de atención integral de la Ciudad de Quito en época de Covid-19. Universidad Central del Ecuador; 2022.
 14. Figueroa M, Aguirre D, Hernández R. Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. Psicumex [Internet]. 2021 Sep 24;11. Available from: <https://psicumex.unison.mx/index.php/psicumex/article/view/397>
 15. Duran-Badillo T, Maldonado M, Martínez M, Gutiérrez G, Ávila H, López SJ. Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. Enfermería Glob [Internet]. 2020 Mar 14;19(2):287–304. Available from:

<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/364291>

16. Rosero D. Miedo a la muerte y al proceso de morir en un Programa de Atención Integral en Adultos Mayores del Distrito Metropolitano de Quito. Universidad Central del Ecuador; 2020.
17. Sanchís L. Afrontamiento del miedo a la muerte [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2018. Available from: <https://eprints.ucm.es/49449/1/T40309.pdf>
18. Carbajal J, Vega J. Temor a la muerte y estrategias de afrontamiento en adultos mayores atendidos por consulta externa en el hospital Félix Mayorca Soto. Tarma – 2019. Universidad Nacional Alcides Carrión; 2021.
19. Tapia C. Estrés y miedo a la muerte en adultos mayores, víctimas de abandono familiar, 2021 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2021. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/75192>
20. Arapa M, Arce Y. Inteligencia Emocional y Actitudes hacia la Muerte en Adultos Mayores [Internet]. 2019. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8604/PSarmamj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Díaz L. Espiritualidad y actitud ante la muerte en adultos mayores pertenecientes a un centro de salud - Chiclayo, 2018 [Internet]. Universidad Señor de Sipán; 2019. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/6194>
22. Rivarola L. Temor hacia la muerte, espiritualidad y florecimiento en adultos mayores de Lima Metropolitana [Internet]. Universidad Pontificia Católica del Perú; 2016. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7710>
23. Abalo J, Llantá M, Massip C, Chacón M, Reyes M, Infante O, et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de

- profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*. 2008 Julio; 4(10).
24. Sanchís L. Afrontamiento del miedo a la muerte. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación; 2018. Report No.: Código ID: 49449.
 25. Uribe-Rodríguez A, Valderrama L, Durán D, Galeano C, Gamboa K. Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología*. 2008 Mayo; 11(1).
 26. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 2003 Junio; 56(3).
 27. González S. Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y podología; 2015. Report No.: Repositorio Institucional.
 28. Espinoza M, Sanhueza O, Barriga O. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Revista Latino America de Enfermagem*. 2011 Sep-Oct; 19(5).
 29. Miranda B, Copaja C, Rivarola M, Taype A. Fear of Death in Medical Students from a Peruvian during the COVID-19 Pandemic. *Behavioral Sciences* [Internet]. 2022; 12(5): 142-149. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/bs12050142>
 30. Hosseini S, Naseri-Salahshour V, Farsi Z, Esmaili M, Sajadi M, Maddah Z, Fournier A. The effect of spiritually-oriented psychological counseling on the fear of death among patients undergoing chronic hemodialysis: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine* [Internet]. 2022; 49(11): 103-112. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102103>

31. Editorial Médica AWWE (Alliance for World Wide Editing). AWWE. Emergencias / Urgencias. [Online].; 2021 [cited 2021 Junio 1. Available from: http://www.emawwe.com/mexico/libros/emergencias_urgencias.
32. Amado-Tineo J, Taype-Huamaní W, Vasquez-Alva R, Siccha-Del Campo F, Oscanoa-Espinoza T. Pacientes con enfermedad crónica terminal en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2019 Julio; 19(3).
33. Espinoza B. Definición de actitud. Madrid: Elsevier; 2017. [Internet] [Fecha de acceso: 12 de noviembre del 2022]. Disponible en <http://webcache.googleusercontent.com>.
34. Baron R., Byrne D. Componentes de las actitudes. Sevilla: Prentice Hall; 2016. [Internet] [Fecha de acceso: 12 de noviembre del 2022]. Disponible en:
34. Eiser J. Teorías de las actitudes. Madrid: Paidós; 2018. [Internet] [Fecha de acceso: 12 de noviembre del 2022].
35. Estrada A. La actitud del individuo y su interacción con la sociedad entrevista con la Dra. Maria Teresa Esquivias Serrano. Revista Digital Universitaria [Internet] 2012 [Fecha de acceso: 12 de noviembre del 2022]; 13(7):1-12. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/>
36. Pacheco R F. Actitudes. Eúphoros [Internet] 2002[Fecha de acceso: 12 de noviembre del 2022]; 173-86. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1181505&info=resumen&idoma=SPA>
37. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez MAC, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y

- el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense [Internet] 2002 [Fecha de acceso 12 de noviembre de 2022]; 30(3):39-50. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn30/original4.pdf>
38. Nozari M, Dousti Y. Attitude toward death in healthy people and patients with diabetes and cancer. Iranian Journal of Cancer Prevention [Internet] 2013 [Fecha de acceso: 12 de noviembre de 2022]; 6(2):95-100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4142918/pdf/IJCP-06-095.pdf>
39. Cabrera MM, Gutiérrez MZ, Escobar JMM, et al. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Ciencia y Enfermería [Internet] 2009 [Fecha de acceso: 12 de noviembre de 2022]; 15(1):39-48. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf>
40. García DJ, Ochoa MC, Briceño II. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. Duazari [internet] 2018 [Fecha de acceso: 12 de noviembre de 2022]; 15(3) 281-293. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5121/512157124001/html/index.html>
41. García B, Araujo E, García V, García ML. Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. Revista Horizontes [Revista de Internet] 2014 [Fecha de acceso: 12 de noviembre]; 5(5); 47-59. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5_SENTIMIENTOS.pdf
42. Maza M, Zavala M, Merino JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Cienc. Enferm. [Revista internet]. 2008. [Fecha de acceso: 12 de noviembre de 2022]; 15(1); 39-48. Disponible en:

95532009000100006

43. Condori E. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en los servicios de medicina y cuidados intensivos del Hospital Hipólito 22 Unanue Tacna 2016. Revista médica. [Revista internet]. 2018. [Fecha de acceso: 12 de noviembre de 2022]; (2); 6 - 13. Disponible en: <https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/65/41>
44. Blanco TM, Salazar M. Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS-1 de Templer. [Internet] 2014. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/79312/EscalaAnsMuertecuumet6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Figueredo N, Ramírez M, Nurczyk S, Diaz V. Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento Para los Cuidados Paliativos. Enfermería [Revista internet] 2019 [Fecha de acceso: 12 de noviembre de 2022] 8(2); 33-43. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n2/2393-6606-ech-8-02-22.pdf>
46. Organización Panamericana de la Salud. Atención de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia en la asistencia del ser humano en sus últimos momentos de su vida. Washington: OPS; 2018.
47. Ministerio de Salud del Perú. Convivencia de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia con la muerte de pacientes. Lima: MINSA; 2018.
48. Rodríguez A. Clasificación de las actitudes. Distrito Federal: Trillas; 2016 [Internet] [Fecha de acceso: 12 de noviembre de 2022].
49. Friedrich N. El pensamiento de la muerte. [Internet] 2012 [Fecha de acceso: 12 de noviembre 2022]; 53(2): [aproximadamente 3pp.]. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1652->

67762008000200012&script=sci_arttext

50. Alzamora L. Revisión crítica: Actitud de la enfermera emergencista frente a la muerte en una institución hospitalaria [Internet, trabajo académico de segunda especialidad en emergencia y desastres]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1536/1/TL_AlzamoraSilvaLidia.pdf
51. Carhuancho M, Nolzco F, Sicheri L, Guerrero M, Casana. Metodología para la investigación holística [Internet]. Guayaquil: Universidad Internacional del Ecuador; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/3893>
52. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw Hill Interamericana; 2018.
53. Cohen N, Gómez G. Metodología de la investigación, ¿para qué? La producción de los datos y los diseños [Internet]. Buenos Aires: Teseo; 2019. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190823024606/Metodologia_para_que.pdf
54. Sánchez H, Reyes C, Mejía A. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística [Internet]. Lima: Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
55. Gallardo E. Metodología de la investigación: manual autoformativo interactivo [Internet]. Huancayo: Fondo Editorial de la Universidad Continental; 2017. Disponible en:

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf

56. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6ª Ed. México DF: McGraw Hill Interamericana; 2014. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
57. Escudero C, Cortez L. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica [Internet]. Machala: Ediciones Universidad Técnica de Machala, 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3oiR1uM>
58. Martin Ch, Salovey P. Death Attitudes and Self-reported Health-relevant Behaviors. Journal of Health Psychology [Internet]. 1996; 1(4): 441-453. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/135910539600100403>
59. Hernández G, González V, Fernández L, Infante O. Actitud ante la muerte en los médicos de familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002; 18(1): 22-32. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v18n1/mgi04102.pdf>
60. Simkin H, Quintero S. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte Abreviada al contexto argentino. Poscial [Internet]. 2017; 3(1): 53-59. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/2340/1985>
61. Mondragon-Sanchez E, Landeros-Olvera E, Pérez-Noriega E. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en estudiantes universitarios de enfermería de México. MedUNAB [Internet]. 2020; 23(1): 11-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/719/71965088002/html/>
62. Vizcarra A. Factores asociados a la actitud del personal de enfermería ante la muerte de los pacientes en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2012 [Internet, tesis para

- titulación]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/327>
63. García M. Factores asociados a la actitud del profesional de enfermería ante la muerte del paciente terminal. Cuidado y salud [Internet]. 2017; 3(1): 277-287. Disponible en: https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v3i1.1424
64. Villegas M. Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte del paciente en los servicios críticos en época de pandemia de un hospital de Lima, 2020 [Internet, trabajo académico para optar el Título de Especialista en enfermería en cuidados intensivos]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/20.500.13053/4322>
65. Rodríguez C. Actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte del paciente en el Hospital de Emergencia Villa El Salvador, 2020 [Internet, trabajo académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/20.500.13053/4568>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Miedo y actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de emergencia del hospital Ate Vitarte,

Lima-2021

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿Cómo el miedo a la muerte se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de Emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2022?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar cómo el miedo a la muerte se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de Emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2022.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre miedo a la muerte y actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de Emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2022.</p> <p>Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre miedo a la muerte y actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de Emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2022.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Miedo a la muerte y al proceso de morir.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Miedo a la propia muerte – Miedo al proceso de morir propio – Miedo a la muerte de otros – Miedo al proceso de morir de otros 	<p>Tipo de investigación: Aplicada</p> <p>Método y diseño de la investigación: hipotético deductivo</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Población muestra: Constituida por los adultos mayores ingresados al servicio de emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, durante noviembre y diciembre 2022.</p> <p>Muestra: 120 sujetos.</p>
<p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿Cómo la dimensión miedo a la propia muerte se relaciona 	<p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identificar cómo la dimensión miedo a la propia muerte se 	<p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Existe relación estadísticamente significativa entre la 	<p>Variable 2:</p> <p>Actitudes frente a la muerte</p>	

con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores?	relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.	dimensión miedo a la propia muerte y las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.	Dimensiones:
– ¿Cómo la dimensión miedo al propio proceso de morir se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores?	– Identificar cómo la dimensión miedo al propio proceso de morir se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.	– Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión miedo al propio proceso de morir y las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.	– Estructura cognoscitiva – Estructura afectiva – Estructura conductual
– ¿Cómo la dimensión miedo a la muerte de otros se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores?	– Identificar cómo la dimensión miedo a la muerte de otros se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores	– Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión miedo a la muerte de otros y las actitudes frente a la muerte en adultos mayores	
– ¿Cómo la dimensión miedo al proceso de morir de otros se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores?	– Identificar cómo la dimensión miedo al proceso de morir de otros se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.	– Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión miedo al proceso de morir de otros y las actitudes frente a la muerte en adultos mayores.	

Anexo 2: Instrumentos

ESCALA DE MEDICIÓN DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT- LESTER

(EMMCL)

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes por los siguientes aspectos de la muerte y del proceso de morir?

Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento.

	Mucho	Moderado			Nada
<i>I. En relación con tu propia muerte (Miedo a la propia muerte – MMP)</i>					
1. La total soledad de la muerte	5	4	3	2	1
2. La brevedad de la vida	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo será el estar muerto	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
<i>II. En relación con tu propio proceso de morir (Miedo al proceso de morir propio – MPMP)</i>					
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2. El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir.	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1
<i>III. En relación con la muerte de otros (miedo a la muerte de otros – MMO)</i>					
1. La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2. Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1

3. No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo sin ella	5	4	3	2	1
IV. En relación con el proceso de morir de otros (Miedo al proceso de morir de otros – MPMO)					
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo.	5	4	3	2	1
3. Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también	5	4	3	2	1

Interpretación

Se debe hacer un promedio de todas las respuestas de cada subescala, utilizando la fórmula:

$$X = \frac{RP1 + RP2 + RP3 + RP4 + RP5 + RP7}{7}$$

Sean:

×= Promedio de cada subescala

P= Pregunta de la subescala (1-2-3...7)

Una vez que se computó el promedio de cada subescala se debe obtener el promedio total:

$$X = \frac{SMMP + SMPMP + SMMO + SMPMO}{4}$$

Donde:

SMMP = Subescala de muerte propia

SMPMP = Subescala de proceso de muerte propia

SMMO = Subescala de muerte de otros

SMPMO = Subescala de proceso de muerte de otros

ANÁLISIS	
PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
< 2	Miedo bajo a la muerte
2-4	Miedo moderado a la muerte
>4	Miedo alto a la muerte

CUESTIONARIO DE ACTITUDES FRENTE A LA MUERTE

PRESENTACIÓN:

A continuación, se le presenta el siguiente cuestionario cuyo objetivo es determinar cómo el miedo a la muerte se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de Emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2022. Lo cual será exclusivamente para fines de la investigación; es de carácter anónimo, solicitándole por lo tanto veracidad en sus respuestas.

INSTRUCCIONES: A continuación, se le presenta una serie de interrogantes, marque con una X la respuesta que Ud. considere correcta.

Datos Sociodemográficos

1.- Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

2.- Edad:

3.- Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Separada
- d) Viuda
- e) Divorciada

4.- Religión:

- a) Católica

b) Evangélica

c) Otros

I. ESTRUCTURA COGNOSCITIVA

Ítem	En desacuerdo	De acuerdo
1. Pensar en la muerte es perder el tiempo.		
2. Después de la muerte habrá un lugar mejor.		
3. Viviré después de mi muerte.		
4. Las personas solo pueden pensar en la muerte cuando son viejos.		
5. Percibo a la muerte como un paso a la eternidad.		
6. Mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi muerte.		
7. Vale la pena vivir.		
8. Reconozco mi muerte como un hecho inevitable, que cada día me ayuda a mi crecimiento personal.		
9. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.		
10. He pensado en mi muerte como un hecho imposible		
11. No he pensado en la muerte como una posibilidad real		
12. Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo		

II. ESTRUCTURA AFECTIVA

Ítem	En desacuerdo	De acuerdo
13. Después de la muerte voy a encontrar la felicidad.		
14. Prefiero morir a vivir sin calidad de vida.		
15. La muerte puede ser una salida a la carga de mi vida.		
16. Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio ante el sufrimiento.		
17. Veo con placer la vida después de mi muerte.		
18. Pensar deliberadamente en mi muerte es un hecho morboso.		
19. No puedo evitar pensar en mi familia cuando tengo a mi cuidado un paciente que se va a morir.		
20. Me siento perturbada(o) cuando pienso en la corta que es la vida.		

21. Cuando asisto a un paciente en fase terminal entra en mi pensamiento la probabilidad de mi muerte.		
22. Me conmueve enfrentar a la familia de los pacientes moribundos.		
23. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente		

III. ESTRUCTURA CONDUCTUAL

Ítem	En desacuerdo	De acuerdo
24. Temo la posibilidad de contraer una enfermedad, que conlleve inevitablemente a la muerte.		
25. Pensar en la posibilidad de mi propia muerte me genera ansiedad.		
26. Me siento más cómodo(a), si la petición de cuidar a un paciente moribundo proviene de alguien conocido.		
27. La muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante mi vida.		
28. La muerte de un paciente me conlleva a un fracaso profesional.		
29. El sentido de mi trabajo es salvar la vida de los pacientes.		
30. Ya no hay nada que ver en este mundo		
31. Temo morir		
32. Prefiero no pensar en la muerte.		
33. Encuentro difícil encarar la muerte		

Gracias por su colaboración

Anexo 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Miedo y actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de emergencia del hospital Ate Vitarte, Lima-2021.

Nombre de la investigadora:

LIC. LUCY JANET DE LA CRUZ TASAYCO,

Propósito del estudio: Determinar cómo el miedo a la muerte se relaciona con las actitudes frente a la muerte en adultos mayores ingresados al servicio de Emergencias del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2022.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a, coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al, Presidente del Comité de Ética de la, ubicada en la 4, correo electrónico:

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N° de DNI:	
N° de teléfono: fijo o móvil	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
N° de DNI	
N° teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
N° de DNI	
N° teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, 14 de noviembre de 2022

“Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado”

.....

Firma del participante