



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

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

Trabajo Académico

Capacidad de afrontamiento - adaptación y su relación con el miedo a la
muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del
hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

Presentado por:

Autora: Cahuana Velásquez, Rosely Haymé

Asesor: Mg. Mori Castro, Jaime Alberto

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2570-0401>

Lima – Perú


2025

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

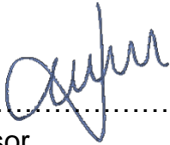
Yo, Cahuana Velásquez Rosely Haymé egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de academico “Capacidad de afrontamiento - adaptación y su relación con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima - 2024” Asesorado por el docente: Mori Castro Jaime Alberto DNI 07537045 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2570-0401> tiene un índice de similitud de 20% con código OID: 14912:471072171 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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



 Firma de autor
 Rosely Haymé Cahuana Velásquez
 DNI: 70237951



 Firma de asesor
 Jaime Alberto Mori Castro
 DNI: 07537045

Lima, 1 de julio de 2025

DEDICATORIA:

A mi madre Delia Velásquez Rojas, mi eterna guía y protectora, por tu bendición a lo largo de mi vida y de mi carrera. A mi querida hermana, por el apoyo, colaboración paciencia y comprensión que me brindaste a través de este viaje académico.

AGRADECIMIENTO:

A Dios por guiarme en el camino del servicio a la sociedad, por darme fortaleza para ayudar a dar una buena atención a los pacientes. A mis familiares, por depositar su confianza en mí por apoyarme incondicionalmente en este paso de crecimiento profesional A mi asesor del presente estudio, por la conducción del trabajo y por su confianza depositada en mí. A los docentes de la Universidad Norbert Wiener del post grado de la especialidad de enfermería en cuidados intensivos por sus conocimientos compartidos y enseñanza brindada en cada una de sus clases y talleres. A los jefes de prácticas y licenciados especialistas de cada sede hospitalaria por brindarme confianza y campo de estudio para desempeñarme y reforzar conocimientos.

JURADOS:

Presidente : Mg Cabrera Espezua, Paola
Secretario : Mg. Muñoz Pizarro, Rosa Maria
Vocal : Mg. Hidalgo Falcon, Maria Mercedes

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
1. EL PROBLEMA	7
1.1. Planteamiento del problema	7
1.2. Formulación del problema.....	10
1.2.1. Problema general	10
1.2.2. Problemas específicos	10
1.3. Objetivos de la investigación.....	11
1.3.1. Objetivo general	11
1.3.2. Objetivos específicos	11
1.4. Justificación de la investigación	11
1.4.1. Teórica	11
1.4.2. Metodológica	12
1.4.3. Práctica	13
1.5. Delimitaciones de la investigación	13
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes de la investigación	14
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Formulación de hipótesis	24
2.3.2. Hipótesis general	24
2.3.3. Hipótesis específicas.....	25
3. METODOLOGÍA	26
3.1. Método de la investigación.....	26
3.2. Enfoque investigativo	26
3.3. Tipo de investigación	26
3.4. Diseño de la investigación	26
3.5. Población, muestra y muestreo.....	27
3.6. Variables y operacionalización.....	29
3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos	31
3.7.1. Técnica	31
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	31

3.7.3. Validación	33
3.7.4. Confiabilidad	33
3.8. Procesamiento y análisis de datos	34
3.9. Aspectos éticos.....	34

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y el miedo a la muerte en los familiares de pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Arzobispo Loayza en Lima durante el año 2024. Metodología: Se llevará a cabo una investigación con un enfoque cuantitativo, de tipo básico y diseño no experimental, con un nivel descriptivo y correlacional. La muestra estará compuesta por 100 familiares de pacientes hospitalizados, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de datos se realizará a través de encuestas, utilizando como herramientas la versión en español de la "Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación" (ESCAP) y la "Escala de Miedo a la Muerte" (FODS). Una vez obtenidos los datos, se verificará la calidad de las respuestas antes de ingresarlas en una matriz de Excel. Posteriormente, se procesarán en el software estadístico SPSS versión 26, donde se asignarán etiquetas a las variables y sus categorías. Se calcularán los puntajes y niveles de cada variable y, mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov, se determinará si los datos siguen una distribución normal. Para evaluar las hipótesis del estudio, se utilizarán pruebas estadísticas como el coeficiente de correlación de Spearman o Pearson. Finalmente, los resultados se presentarán a través de tablas y figuras, acompañadas de su respectivo análisis e interpretación.

Palabras claves: “capacidad de afrontamiento”, “adaptación”, “miedo”, “familiares”

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the relationship between the ability to cope and adapt and the fear of death in the relatives of patients admitted to the intensive care unit of the Arzobispo Loayza Hospital in Lima during the year 2024. Methodology: An investigation will be carried out with a quantitative approach, basic type and non-experimental design, with a descriptive and correlational level. The sample will be made up of 100 relatives of hospitalized patients, selected through non-probabilistic convenience sampling. Data collection will be carried out through surveys, using as tools the Spanish version of the "Coping and Adaptation Process Measurement Scale" (ESCAP) and the "Fear of Death Scale" (FODS). Once the data is obtained, the quality of the responses will be verified before entering them into an Excel matrix. Subsequently, they will be processed in the statistical software SPSS version 26, where labels will be assigned to the variables and their categories. The scores and levels of each variable will be calculated and, using the Kolmogorov-Smirnov test, it will be determined whether the data follow a normal distribution. To evaluate the study hypotheses, statistical tests such as the Spearman or Pearson correlation coefficient will be used. Finally, the results will be presented through tables and figures, accompanied by their respective analysis and interpretation.

Class words: "coping ability", "adaptation", "fear", "family members"

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial, el número de pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos ha tenido un aumento; de acuerdo a estudios realizados se tiene el siguiente dato, acerca de las enfermedades que llevan a la UCI; como: insuficiencia respiratoria grave 33,3%; patologías neurológicas 33,3%, y sepsis de diverso origen, 21,6% (1).

La OMS (Organización Mundial de la Salud), informa el núcleo familiar como un “grupo de individuos que habitan en un mismo hogar y que mantienen un parentesco consanguíneo” En tal sentido, en el núcleo familiar, sus integrantes dialogan en cumplimiento de los papeles que están a cargo y otros que emergen de las necesidades particulares o del mismo conjunto dependiendo del caso que fue experimentado (2).

La OMS para el 2022 menciona que la ansiedad es un problema de salud mental, que viene incrementándose a nivel mundial en un 25 % por diferentes factores como la pandemia, también en los últimos meses se reportó que 1 de cada 3 personas sufre de ansiedad por el confinamiento social y más aún el tener un familiar en condiciones críticas (3).

La organización Panamericana de la Salud informa para los años 2020 al 2023 a nivel de América Latina una tasa de mortalidad de 56,9% por problemas isquémicos del corazón, seguido de un 41,1% por afecciones cerebrovasculares, 35,7% por diabetes mellitus y 18,4% por accidentes terrestres, considerando estas estadísticas los hospitales han incrementado cama en la Unidades de cuidados intensivos (4).

Los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos generalmente se encuentran

en estado crítico de salud, donde los familiares que están a la espera de saber cuál es el estado de salud del paciente; experimentan situaciones de angustia, dolor, crisis y ansiedad, como lo menciona Quispe en su artículo “Factores de la ansiedad en familiares de pacientes” menciona que el núcleo familiar, al experimentar la hospitalización de un familiar ocasiona miedo, temor, preocupación y estados de ansiedad (5).

Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), informó que en América latina; la ansiedad y la depresión aumentaron en 32% (%), así mismo Rodríguez menciona en su estudio que México, Argentina, el Salvador, Perú, Colombia y Paraguay el 43% de participantes evaluados presentaron ansiedad leve, 17% moderada y el 8% severa durante el 2020 (6).

Asimismo, de estar enfrentada a la muerte de su pariente, la familia del paciente en UCI deberá enfrentarse a otra serie de factores estresantes y que están estrechamente relacionados con el sufrimiento, el dolor físico que experimenta su pariente, el deterioro y el cambio en su imagen corporal, las malas noticias emitidas por los médicos, las características ambientales de la UCI, las restricciones en el horario de visitas, la dificultad para comunicarse verbalmente con su pariente y la dificultad para comprender la información que les proporcionan (7).

En relación con este último aspecto, Bouman (1984) indicó que la situación del paciente en UCI cambia rápidamente y la muerte es una constante en el tratamiento; por lo tanto se debe proveer a la familia de información sobre el estado del paciente, ya que por ser un componente significativo para el cuidado del familiar se ha encontrado que, entre otros, la percepción sobre la forma en que la información suministrada es significativa o apropiada, afecta la satisfacción de la familia con el cuidado (8).

Las familias de pacientes hospitalizados en las UCI también tienden a presentar alteraciones

emocionales, sentimientos de frustración, depresión y dolor. En el Perú cerca del 35% de los casos presentan ansiedad y 50 % depresión considerándose un problema de salud mental, donde Mejía encontró que la población de Lima para los años 2020 y 2021 el 36,4% presentaron ansiedad (9).

El profesional de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales, pasan muchas horas al lado de sus pacientes y juntamente con la familia son pilares fundamentales para su recuperación. Los cuidados de enfermería se orientan a evitar, prevenir y controlar problemas mentales como la depresión, miedo y culpa.

El familiar tiene que recibir información precisa y clara del estado de salud del paciente, así mismo soporte emocional, donde la enfermera desempeña una función muy importante al brindar confianza y disponibilidad de responder a inquietudes haciéndoles partícipe del cuidado de su familiar hospitalizado, promoviendo la comunicación fluida y satisfacción de los requerimientos de la familia. Por último, Roy, con su modelo de adaptación y afrontamiento, sostiene que el rol de la enfermera es propiciar la adaptación del hombre a cada uno de los modelos adaptativos durante el continuum salud y enfermedad; también conceptualiza el proceso de afrontamiento y adaptación como “los patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y los periodos críticos mediante algunos comportamientos” (10).

En las Unidades de Cuidados Intensivos, los familiares se ven expuestos a situaciones de sufrimiento por la gravedad de su paciente. También estos sentimientos de sufrimiento se ven agravadas por algunas políticas del servicio como acceso y horarios de visita restringidos. Todo esto limita al familiar a no integrarse en los planes de cuidado de su paciente, no existe una comunicación fluida entre enfermera- familia. También la condición de gravedad del paciente se

asocia con la muerte por lo que la familia busca soporte emocional para afrontar esta situación. El personal de enfermería se encuentra en una posición estratégica y de responsabilidad para brindar ayuda al familiar.

La enfermera cumple la función de traducir el lenguaje técnico médico a un lenguaje accesible para los familiares, permitiéndoles comprender el estado del paciente y lo que pueden esperar. Esta claridad reduce el temor a lo desconocido y permite que los familiares enfrenten la situación con mayor serenidad. En momentos críticos, la enfermera también puede ser el canal por el cual se transmiten mensajes entre la familia y el equipo médico, o entre la familia y el paciente, cuando este no puede comunicarse.

Cuando el pronóstico es reservado o se vislumbra la posibilidad del fallecimiento, la enfermera también tiene el rol de preparar emocionalmente a los familiares, ayudándoles a identificar recursos de afrontamiento y reforzar sus redes de apoyo. Esto forma parte de un proceso conocido como duelo anticipado, que consiste en comenzar a aceptar emocionalmente la posible pérdida antes de que ocurra.

Por estas razones este proyecto de investigación está dirigida a demostrar como la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en los familiares de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos, nos ayudara a conocer el nivel de adaptación y el miedo a la muerte ante situaciones críticas.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación con el miedo a la muerte en

familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación en su dimensión factor recursivo con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024?
- ¿Cuál es la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación en su dimensión factor reacciones físicas y enfocadas con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024?
- ¿Cuál es la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación en su dimensión factor proceso de alerta con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024?
- ¿Cuál es la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación en su dimensión factor procesamiento sistemático con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024?
- ¿Cuál es la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación en su dimensión factor conocer y relacionar con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Analizar la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación en su dimensión factor recursivo con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024
- Determinar la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación en su dimensión factor reacciones físicas y enfocadas con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024
- Determinar la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación en su dimensión factor proceso de alerta con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024
- Determinar la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación en su dimensión factor procesamiento sistemático con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024
- Determinar la relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación en su dimensión factor conocer y relacionar con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

En múltiples investigaciones se han hallado relación significativa entre la capacidad de afrontamiento – adaptación y miedo a la muerte en diferentes poblaciones, incluyendo los familiares de los pacientes hospitalizados en diferentes áreas. La familia de los pacientes internados en las UCI se ven sometidos a un conjunto de factores estresantes, como el estado de salud de su familiar hospitalizado y la incertidumbre de lo que pasara con el familiar en estado crítico. El miedo a la muerte es parte de un factor estresante que puede sentir el familiar de un paciente y la capacidad que ellos tienen para afrontar o adaptarse a esta situación ayudara en su estado emocional, anímico y salud mental. En este escenario se pretende fortalecer y actualizar la base teórica de las variables estudiadas, respondiendo al vacío del conocimiento existe en el ámbito donde se ejecutará la investigación. Por tanto, la investigación se sostiene en el Modelo Teórico de Callista Roy, quien sostiene que la persona responde de manera activa frente a cambios en el entorno y mejorar el afrontamiento y adaptación de los familiares en las Unidades de Cuidado Intensivos.

1.4.2. Metodológica

En la presente investigación hace uso de la Guía de investigación de la Universidad donde contempla los procedimientos metodológicos y técnicos con el objetivo de cumplir con las exigencias del rigor científico y obtener nuevos conocimientos válidos. Para el estudio se usará el enfoque cuantitativo, método hipotético-deductivo, con el objetivo de alcanzar resultados valederos sobre la relación entre las variables capacidad de afrontamiento – adaptación y miedo a la muerte en familiares internados en las UCI, la recopilación de los datos se hará con instrumentos validados y confiables. Los resultados del estudio estarán al alcance de toda la

comunidad científica con el propósito de continuar investigando sobre estos hechos.

1.4.3. Práctica

El presente estudio arrojará resultados y recomendaciones que promoverá las aplicaciones de nuevas intervenciones orientadas a la familia para brindar apoyo oportuno, seguro y efectivo, proporcionando herramientas que puedan mejorar mecanismos de adaptación – afrontamiento ante el miedo a la muerte de familiares hospitalizados de manera más segura y efectiva.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Durante los meses de diciembre 2023 a marzo del 2024.

1.5.2. Espacial

El presente estudio tiene como ámbito el Hospital Arzobispo de Lima, Perú, en la Unidad de Cuidados Intensivos.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población estará conformada por un familiar que tenga internado un paciente en la UCI. El número de pacientes hospitalizados en la UCI en el Hospital Arzobispo Loayza Lima. En promedio 100 pacientes por mes, se trabajará con toda la población, muestra

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Frota et al., (11), en el año 2019, en Brasil, realizaron un estudio cuyo objetivo fue: “Analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares de pacientes ingresados en la UCI”. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño transversal. La muestra lo conformo 70 familiares de pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos para adultos de un hospital universitario en Brasil. Método, se empleó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Folkman y Lazarus. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente para explorar asociaciones con variables sociodemográficas de los familiares (como género, nivel educativo, ingresos, grado de parentesco, y religiosidad), así como con variables clínicas de los pacientes (duración de internamiento en UCI). Los resultados indicaron que las estrategias de afrontamiento orientadas en la emoción fueron las más empleadas, destacando especialmente la estrategia de escape-avoidance. Asimismo, se hallaron asociaciones significativas ($p < 0.05$): Las mujeres tendieron a usar más estrategias adaptativas centradas en el problema. Los familiares con menor nivel educativo y bajos ingresos optaron con mayor frecuencia por estrategias desadaptativas centradas en la emoción. Los familiares de segundo grado mostraron una mayor tendencia hacia la reevaluación positiva. La práctica religiosa se asoció con un mayor uso del apoyo social. Cuando los pacientes llevaban más de siete días hospitalizados, se incrementaba también el uso del apoyo social como recurso de afrontamiento. Se concluye que, en situaciones críticas como la hospitalización en UCI, los familiares recurren predominantemente a

estrategias centradas en la emoción. Sin embargo, las condiciones sociales y culturales, como el nivel educativo, el ingreso económico y el entorno religioso, influyen significativamente en el tipo de estrategias adoptadas.

Hauché et al., (12), en el año 2024, en Argentina, realizaron un estudio con el objetivo de: “Analizar la relación entre la sobrecarga, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios, además de explorar diferencias en estas variables según el género y el estado civil de los cuidadores”. Estudio con enfoque cuantitativo, nivel correlacional. La muestra estuvo compuesta por 64 cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas. Método, se utilizó un cuestionario sociodemográfico ad-hoc, la Escala de Sobrecarga de Zarit para medir el nivel de carga percibida, el Cuestionario COPE-28 para evaluar estrategias de afrontamiento, y la Escala SF-8 para valorar la calidad de vida. En cuanto a los resultados, se observó que el 79,7% de los cuidadores no presentaba sobrecarga significativa, el 18,8% mostraba sobrecarga moderada y un pequeño porcentaje (1,6%) presentaba sobrecarga intensa. Se halló que las estrategias de afrontamiento activas (como la planificación, la búsqueda de apoyo y la reinterpretación positiva) estaban asociadas a menor sobrecarga y mayor calidad de vida. Por otro lado, no se hallaron diferencias significativas en las variables principales según el género o el estado civil de los participantes. Este estudio concluyó la relevancia de fomentar el uso de estrategias activas de afrontamiento para proteger la salud mental y emocional de los cuidadores primarios, independientemente de sus características demográficas.

Camacho at al., (13), en el año 2022, en Colombia, investigaron con el objetivo, “Implementar una estrategia de enfermería para favorecer la modulación de la incertidumbre en pacientes familiares y/o cuidadores, al ingreso a la unidad de cuidado

intensivo adultos, de la clínica universitaria Colombia”. Estudio. Enfoque cuantitativo, diseño experimental. Muestra, se consideró 5 pacientes de la UCI. Método, se ejecutó a través del marco lógico, procedimiento que permite abordar el problema considerando recursos, actividades y alternativas de solución. Resultados, se diseñó una estrategia educativa utilizando la plataforma WIX basado en la Teoría de la Incertidumbre de Mishel Merle, se obtuvo un índice de aprobación del 90% debido a la información clara y precisa que se usó. Conclusiones, la aplicación de la estrategia educativa permitió una la modulación de la incertidumbre tanto en pacientes como familiares, disminuyendo y contralando el miedo, estrés y ansiedad.

Donaire y Ruiz (14), en el año 2023, en España, desarrollaron un estudio con el objetivo de “Determinar la percepción de los familiares respecto a la comunicación brindada por el profesional de enfermería en la UCI”. Estudio de enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo y transversal. La muestra incluyó a 40 familiares adultos responsables de pacientes hospitalizados en la UCI, durante los meses de junio a septiembre del año 2023. Para la recolección de datos, se utilizó el cuestionario titulado “Percepción de los familiares de los pacientes críticos respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional”, instrumento validado por Franco Canales (2003), que permite evaluar aspectos de la comunicación no verbal, verbal y el apoyo emocional. Entre los resultados, se destaca que la percepción global de los familiares fue favorable, señalando que la comunicación verbal, la no verbal y el apoyo emocional del profesional de enfermería fueron valorados positivamente. Estos hallazgos evidencian la importancia de una comunicación empática y profesional, que humanice el cuidado en contextos de alta complejidad emocional. Se concluye la relevancia de robustecer las capacidades comunicativas y emocionales del

profesional de enfermería, ya que su intervención no solo impacta en el bienestar del paciente, sino también en la tranquilidad y confianza de sus familiares en momentos de incertidumbre crítica.

Tipán y Rojas (15), en el año 2023, Ecuador, realizaron un estudio cuyo objetivo fue: “Determinar cómo enfrentan las familias el proceso de duelo ante la pérdida de un ser querido”. La muestra estuvo compuesta por 10 familiares de pacientes fallecidos. En cuanto a la metodología, el estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, descriptivo y transversal. Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Texas Revisado del Duelo (RTGI), adaptado al español por García García (2005), el cual considero 2 dimensiones fundamentales del proceso de duelo: los comportamientos en el pasado y los sentimientos actuales. Los resultados revelaron que, en la dimensión de comportamientos pasados, la ausencia de un ser querido deja profundas cicatrices emocionales, que pueden repercutir negativamente en el ámbito familiar, laboral y personal, especialmente cuando no se gestionan con recursos adecuados. En la dimensión de sentimientos actuales, el estudio evidenció que el dolor emocional tiende a intensificarse cuando el entorno social no brinda apoyo suficiente, lo que puede llevar a los dolientes a buscar estrategias de afrontamiento inapropiadas o disfuncionales. El estudio concluye que el afrontamiento del duelo en el entorno familiar conlleva altos niveles de ansiedad y depresión, especialmente cuando no existen mecanismos efectivos de apoyo. Esta situación subraya la necesidad de intervenciones psicosociales y redes de contención familiar y comunitaria, que faciliten el proceso de recuperación emocional y prevengan consecuencias a largo plazo.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Huamán et al., (16), en el año 2022, investigaron con el objetivo de “Determinar la relación que existe entre el nivel de afrontamiento y el grado de ansiedad de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en un hospital nacional”. Estudio, descriptiva correlacional y de diseño transversal. Muestra, 50 familiares. Método, se utilizó la escala de medición del nivel de afrontamiento familiar cuidador, validado por Rudolf H. Moos y B. Moos (1993), reformada por Mikulic I. (2007), adecuada por Mauricio (2013) y la Escala de Hamilton para medir la ansiedad. Resultados, la mayoría de los familiares, un 72%, muestran un nivel medio de afrontamiento. Dentro de este grupo, más de la mitad (56%) experimenta ansiedad moderada, mientras que un 10% presenta ansiedad leve y un 6% sufre ansiedad grave. Por otro lado, un 16% de los familiares demuestra un alto nivel de afrontamiento, de los cuales un 12% tiene ansiedad leve y un 4% ansiedad moderada. Finalmente, un 12% de los familiares presenta un afrontamiento bajo y, en este grupo, la ansiedad grave es predominante. Al aplicar la prueba estadística de la Chi Cuadrada, se obtuvo un nivel de significancia de $p = 0,000$, lo que permitió aceptar la hipótesis general. Se concluye que el nivel de ansiedad de los familiares está directamente relacionado con su capacidad de afrontamiento ante el internamiento de su ser querido en la UCI.

Chaca y Moreno (17), en el año 2024, en Lima, realizaron un estudio con el objetivo de: “Establecer la relación entre la percepción del rol del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en una UCI de un hospital nacional”. La muestra del estudio estuvo conformada por 85 familiares de pacientes críticos, quienes fueron evaluados mientras sus seres queridos se encontraban hospitalizados en la UCI. En cuanto a la metodología, se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y de

corte transversal. Para el acopio de datos se usó dos instrumentos: un cuestionario sobre la percepción del rol del profesional de enfermería y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE), ampliamente utilizado para medir los niveles de ansiedad. Los resultados mostraron que la mayoría de los familiares percibieron de forma positiva la comunicación verbal (49,4%), la comunicación no verbal (44,7%) y el apoyo emocional (49,4%) proporcionados por el personal de enfermería. A pesar de esta percepción favorable, los participantes presentaron niveles de ansiedad estado moderados en las tres dimensiones evaluadas. Además, se identificó una correlación negativa moderada ($r_s = -0,37$) entre la percepción del rol de enfermería y el nivel de ansiedad, lo cual sugiere que una mejor percepción del cuidado profesional se asocia con menores niveles de ansiedad en los familiares. Conclusión: El estudio evidencia que el rol del profesional de enfermería, especialmente en términos de comunicación efectiva y apoyo emocional, influye positivamente en la percepción de los familiares y contribuye a reducir la ansiedad durante la hospitalización crítica de un ser querido.

Gálvez (18), en el año 2020, en Chiclayo, investigo con el objetivo de: Evaluar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en un hospital público de Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 93 familiares de pacientes en estado crítico, atendidos en las UCI, intermedios y sala de observaciones de emergencia. Se trató de una investigación de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo y transversal. La técnica de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, es decir, se incluyeron los familiares disponibles y dispuestos a participar durante el período de estudio. Método, para recolectar los datos se empleó un cuestionario validado y diseñado por Franco, con una confiabilidad de $\alpha =$

0.926 (calculada mediante una prueba piloto con el 25% de la muestra). Los hallazgos mostraron que la percepción general de la intervención de enfermería fue indiferente para el 52.7% de los familiares. En la dimensión de comunicación verbal, el 47.3% también expresó una percepción indiferente; en la comunicación no verbal, el 55.9% mantuvo la misma valoración; y en cuanto al apoyo emocional, el 66.7% se mantuvo en una percepción indiferente, seguido de un 17.2% que la consideró desfavorable. La investigación concluyó que, si bien la intervención de enfermería es técnicamente adecuada, la interacción con los familiares carece de calidez y contención emocional, lo que genera una percepción indiferente sobre su rol durante la crisis. Estos resultados subrayan la necesidad de reforzar el componente humanizado y holístico en la atención de enfermería, promoviendo una mejor comunicación y vínculo terapéutico con los familiares, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad emocional.

Quispe et al., (19), en el año 2021, en Callao, investigaron con el objetivo de: determinar las estrategias de afrontamiento que utilizan los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Arzobispo Loayza. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y prospectivo. La muestra fue no probabilística por conveniencia, e incluyó a 60 familiares responsables de pacientes críticos internados en la UCI del Hospital “Arzobispo Loayza”. Estos participantes fueron seleccionados por su disposición y accesibilidad durante el periodo del estudio. Método, para el acopio de datos, se usó la encuesta, aplicando el instrumento COPE-28, una lista de estrategias de afrontamiento desarrollada por Carver (1997). La estadística descriptiva se usó para el análisis de datos, permitiendo identificar las estrategias más frecuentes utilizadas por los familiares. Los resultados mostraron que: El 41% de los familiares utiliza poco las estrategias de

afrontamiento centradas en la evitación del problema. El 37% emplea mucho las estrategias centradas en el problema, lo cual podría estar relacionado con su nivel de conocimiento previo o capacidad para hacer frente a situaciones de alta tensión emocional. El 33% utiliza poco las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, lo que indica cierta dificultad en la regulación emocional frente al estrés de tener un familiar hospitalizado en UCI. Los hallazgos permiten comprender que, frente a la hospitalización de un ser querido en una unidad crítica, los familiares recurren principalmente a estrategias centradas en el problema, aunque no siempre de forma intensiva. También se evidencia una tendencia moderada al uso de estrategias centradas en la emoción y evitación, lo que sugiere la necesidad de brindar orientación emocional y acompañamiento profesional que les ayude a fortalecer su capacidad de afrontamiento y reducir los niveles de estrés y ansiedad.

Bamberger (20), en el año 2024, en Lima, investigo con el objetivo de: “Determinar la relación entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento empleadas por los familiares cuidadores de pacientes adultos hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana”. El estudio fue de tipo básico, con un diseño descriptivo-correlacional en un primer momento y descriptivo-comparativo en una segunda etapa. En la muestra participaron 85 familiares cuidadores, quienes se encontraban al cuidado de pacientes adultos internados en un hospital general. Método, Se utilizaron dos instrumentos validados: Escala de Estrés Percibido (EEP-14), para evaluar el nivel de estrés y Cuestionario COPE-28, que mide estrategias de afrontamiento centradas en el problema, la emoción y la evitación. Los hallazgos indican que: El 87,1% de los cuidadores presentaron un nivel de estrés medio. En cuanto a las estrategias de afrontamiento,

predominó un nivel de uso medio: Centradas en el problema: 71,8%, centradas en la emoción: 62,4% y centradas en la evitación: 52,9%. Así mismo se evidenció relación negativa y significativa entre el estrés percibido y las estrategias centradas en el problema ($r = -0.39$; $p < .001$), lo que sugiere que a mayor uso de afrontamiento activo, menor nivel de estrés. En la dimensión centrada en la emoción, la relación fue negativa pero no significativa ($r = -0.02$; $p = .838$). En la dimensión de evitación, se encontró una relación positiva no significativa ($r = 0.09$; $p = .422$). En las estrategias de afrontamiento: Hubo diferencias significativas por género en las dimensiones dirigidas al problema y a la evitación. Por edad, se hallaron diferencias solo en la dimensión emocional. No hubo diferencias significativas entre tipos de cuidadores. Se concluyó que el uso de estrategias centradas en el problema se relaciona con menor nivel de estrés, lo que sugiere que promover recursos de afrontamiento activo podría beneficiar el bienestar emocional de los cuidadores. Aunque el estrés fue predominantemente moderado, se destaca la importancia de brindar apoyo psicológico y acompañamiento a los cuidadores, teniendo en cuenta sus características individuales.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Primera variable: Capacidad de afrontamiento - adaptación

1.2.1.1 Conceptos del afrontamiento y adaptación

Los procesos de afrontamiento y adaptación son fenómenos dinámicos muy trascendentales para garantizar la calidad de vida de la persona, estos procesos permiten la incorporación del individuo y su entorno generando diferentes estilos y estrategias de afrontamiento para hacer frente al hecho que se está presentando. Para los autores Lazarus y Folkman el afrontamiento es un suceso de

carácter cognitivo-conductual dinámico que emergen cuando hay que enfrentar y abordar situaciones internas y externas que sobrepasan los recursos de la persona. Es un conjunto de actividades adaptativas que requiere mucho trabajo y que desborda todo lo conocido con el entorno (21).

Peplau afirma sobre la adaptación que, el comportamiento de la persona es moldeado por momentos en el campo interpersonal, para lograr la integración armoniosa del comportamiento con otros estímulos, en los diversos campos psicosociales, con esto introduce la perspectiva de que una mala adaptación lleva a la aparición de los estados de enfermedad (21).

Para Roy son nociones muy importantes el afrontamiento y adaptación para garantizar la calidad de vida del ser humano, ya que son procesos fundamentales que ayuda a la interacción de la persona con su entorno y que genera un conjunto de estrategias para hacer frente a la situación problemática. El fenómeno de afrontamiento presenta varios conceptos, ya que su enfoque en distintas asignaturas, pero el fenómeno de afrontamiento y habituación se ha planteado por medio de la posición de enfermería del estilo de habituación de Callista Roy (22).

Callista Roy conceptualiza la habituación como un fenómeno y producto a través del cual el individuo que posee conocimiento y emociones ya sea personal o en conjunto, optan en desarrollar una unión humana con el ambiente. Roy valora al individuo como sistema dinámico que se ajusta y está en regular conexión con el entorno y que hace usos de estrategias. Asimismo, el congénito y el logro de dos importantes subsistemas para el enfrentamiento de las situaciones (23).

Modelos Teóricos de afrontamiento

Modelo Transaccional del Estrés y el Afrontamiento. El modelo transaccional de Lazarus y

Folkman es uno de los más influyentes y establece que el afrontamiento es un proceso dinámico que depende de la evaluación cognitiva de la situación. Este modelo plantea dos tipos principales de estrategias de afrontamiento: Afrontamiento centrado en el problema: Se busca modificar la situación que genera el estrés y afrontamiento centrado en la emoción: Se intenta manejar las emociones relacionadas con la situación estresante (24).

La eficacia de cada tipo de afrontamiento depende del contexto y de las características personales del individuo, destacándose la importancia de la flexibilidad en el uso de estas estrategias.

Teoría de la Conservación de Recursos. La teoría de Hobfoll propone que las personas intentan adquirir, mantener y proteger sus recursos, como el tiempo, la energía o el apoyo social. Según esta teoría, el estrés ocurre cuando hay una amenaza de pérdida de recursos, cuando se pierden recursos o cuando no se produce la ganancia esperada de recursos después de haber invertido esfuerzos (25).

Modelo de Afrontamiento Proactivo. Este modelo, propuesto por Aspinwall y Taylor (1997), se centra en las acciones preventivas para evitar el estrés futuro. A diferencia del afrontamiento reactivo, el proactivo busca fortalecer los recursos personales y prevenir la aparición de eventos estresantes (26).

Perspectiva de la Psicología Positiva. La psicología positiva ha aportado una nueva perspectiva al estudio del afrontamiento, destacando el uso de estrategias de afrontamiento basadas en el crecimiento personal, el optimismo y la resiliencia. Estas estrategias incluyen el establecimiento de metas, la búsqueda de significado y el desarrollo de la gratitud (27).

Importancia del Afrontamiento en la Salud Mental

El afrontamiento es esencial para la salud mental, ya que influye directamente en la manera en que las personas responden y se adaptan a situaciones adversas. La aplicación de estrategias de afrontamiento adaptativas, como la resolución de problemas, el apoyo social y la reestructuración cognitiva, se ha asociado con un mejor nivel de salud mental y bienestar. Por el contrario, las estrategias de evitación o negación pueden aumentar la vulnerabilidad al estrés y trastornos emocionales (28).

Modelo Teórico de Adaptación

La adaptación es un proceso dinámico mediante el cual los individuos ajustan sus respuestas físicas, emocionales y conductuales para mantener un estado de equilibrio frente a demandas internas y externas. Desde diversas disciplinas como la psicología, la sociología y la enfermería, se han propuesto modelos teóricos para explicar este proceso (29).

Teoría de la Adaptación de Roy

Uno de los modelos más relevantes es la Teoría de la Adaptación de Callista Roy, ampliamente utilizada en el ámbito de la enfermería. Este modelo conceptualiza la persona como un sistema adaptativo que interactúa constantemente con el entorno y responde mediante mecanismos regulatorios y cognitivos. Según Roy, el proceso de adaptación ocurre en cuatro modos principales: Fisiológico-físico: Respuestas biológicas necesarias para la supervivencia. Autoconcepto: Percepción que el individuo tiene de sí mismo. Función de rol: Conductas relacionadas con la posición social de la persona. Interdependencia: Relaciones de apoyo y cuidado mutuo. Cuando las respuestas adaptativas son efectivas, el individuo logra mantener la integridad y el equilibrio (30).

Modelo de Adaptación Psicológica

En psicología, la adaptación es descrita como la capacidad de ajustarse a cambios y situaciones adversas, preservando la salud mental y el bienestar. Este proceso implica la regulación emocional, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y la reestructuración cognitiva. Las teorías de adaptación psicológica destacan el papel del apoyo social, el optimismo y la resiliencia como factores clave para una adaptación positiva (31).

Teoría de la Resiliencia

La teoría de la resiliencia complementa el estudio de la adaptación al centrarse en la competencia del individuo para recuperarse frente a la fatalidad y transformar experiencias negativas en oportunidades de crecimiento. La resiliencia es considerada una forma de adaptación efectiva, especialmente en contextos de crisis o eventos traumáticos (32).

Adaptación en la Salud y la Enfermedad

En el contexto de la salud, la adaptación es fundamental para enfrentar enfermedades crónicas o situaciones de discapacidad. Según la Teoría de la Adaptación al Estrés y la Enfermedad Crónica de Taylor, las personas utilizan recursos personales y externos para manejar el impacto emocional y funcional de la enfermedad. Estrategias como la reestructuración cognitiva, el apoyo social y el manejo del dolor han demostrado ser eficaces para mejorar la calidad de vida y el ajuste psicológico en estos pacientes (33).

El proceso de adaptación es esencial para el desarrollo humano y el bienestar general. Una adaptación efectiva permite a las personas afrontar cambios y desafíos de manera saludable, mientras que una adaptación deficiente puede generar problemas de salud física y mental, como ansiedad, depresión o enfermedades psicosomáticas. Los modelos teóricos de adaptación

proporcionan herramientas valiosas para el diseño de intervenciones psicosociales y estrategias de promoción de la salud (34).

Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS).

Para entender mejor cómo las personas enfrentan y se adaptan a situaciones difíciles, Roy desarrolló la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS). Esta herramienta favorece la evaluación de la competencia de afrontamiento de una persona, su estilo y las estrategias que emplea para hacer frente al hecho y favorecer su adecuación. El instrumento consta de 47 reactivos organizados en 5 categorías que Roy denomina factores. Cada ítem describe una respuesta ante una situación problemática y se pondera en una escala Likert de 4 niveles: 1-nunca, 2-rara vez, 3-casi siempre y 4-siempre. Una consideración especial es que, el afrontamiento en sí mismo es un indicador de cierto nivel de adaptación independientemente de las respuestas que deriven de la actuación, por la cual todas las personas afrontan y su respuesta frente a una situación parte de uno {1} y no de cero {0}(35).

2.2.2. Segunda variable: Miedo a la muerte

2.2.2.1 Conceptualización de Miedo a la muerte

Se puede definir a la muerte como un proceso biológico, en la actualidad se vive en una cultura donde no se la acepta y más aun no se sabe cómo afrontarla. Todos estos hechos no permiten a la persona enfrentar la muerte de manera adaptativa. Ante la muerte la persona responde con sentimientos de preocupación, miedo y ansiedad. Dependiendo de la experiencia propia, las personas pueden asumir distintas actitudes, por ejemplo, se pueden generar actitudes de aceptación, de negación y/o de evitación (36).

En el año 1981 la Teórica Mishel Merle desarrolla y define la Teoría de la Incertidumbre durante la enfermedad, esta teórica conceptualizo la incertidumbre en la enfermedad y la conmoción que esta supone en el ser humano ante la enfermedad. Desde entonces, el concepto fue desarrollado por varias teóricas cuya aplicación se ajustó a las condiciones de diagnóstico, edad del individuo, entre otras variables relacionadas con las condiciones de salud de la población estudiada (37).

Proceso de duelo ante la muerte

Las etapas formuladas por Kübler-Ross también suelen aparecer en familiares y allegados, pero no al mismo tiempo que en el paciente terminal; más aún, por razones obvias las fases finalizan en el paciente al acabar su vida, sin embargo, el proceso en los familiares y allegados continúa más allá de este momento, generándose un proceso de duelo, con las siguientes etapas: Embotamiento mental: caracterizado por la presencia de conductas automáticas y por la incapacidad de aceptar la realidad (38).

Anhelo y búsqueda del referente perdido: se caracteriza porque se presentan emociones de depresión, ansiedad, culpa e injusticia (si estos síntomas son crónicos pasaría al duelo patológico).

Desorganización y desesperación: suele aparecer una tendencia a abandonarse y a romper los esquemas del estilo de vida personal (39).

Reorganización: Se presenta cuando se supera las fases del duelo y emerge el afrontamiento y se reorganiza la propia existencia. Pero si no se llega a esta fase el duelo se cronifica de forma patológica (cuando la depresión/distimia supera el año tras la pérdida), aunque manifestaciones patológicas pueden ser la ausencia de aflicción consciente (exceso de autocontrol que pospone el duelo y no lo permite drenar) y la presencia de euforia, casi maníaca, unida a veces a una negación de la muerte (40).

Teoría de la Gestión del Terror (Terror Management Theory)

Una de las principales teorías para explicar el miedo a la muerte es la Teoría de la Gestión del Terror, desarrollada por Greenberg, Pyszczynski y Solomon. Según esta teoría, la conciencia de la inevitabilidad de la muerte genera un conflicto psicológico que las personas manejan mediante mecanismos de defensa, como la búsqueda de significado y la afiliación a sistemas culturales o religiosos que prometen trascendencia o continuidad. La TMT propone que el miedo a la muerte está en la base de muchas conductas humanas y motiva la necesidad de construir un sentido de permanencia y valor simbólico (41).

Dimensiones del Miedo a la Muerte

El miedo a la muerte es un constructo multidimensional. Según Wong et al., se puede clasificar en varias dimensiones: Miedo al proceso de morir: Temor al sufrimiento físico o emocional durante la muerte. Miedo a lo desconocido: Ansiedad que se presenta posterior a la muerte. Miedo a la pérdida de uno mismo: Sensación de desaparición o aniquilación del yo. Miedo a las consecuencias para los demás: Preocupación por el impacto de la muerte en familiares y seres queridos (42).

Estrategias de Afrontamiento Específicas ante la Muerte

Wong y Tomer identificaron varias estrategias específicas para afrontar la muerte, tanto en pacientes con enfermedades terminales como en personas que han sufrido pérdidas significativas. Estas estrategias incluyen: **Búsqueda de significado:** Las personas intentan encontrar un propósito en la experiencia de la muerte, lo que puede ayudar a disminuir el miedo y la ansiedad. **Aceptación de la muerte:** Puede ser una aceptación neutral (la muerte es parte de la vida), una

aceptación orientada a la lucha (enfrentar la muerte con valentía) o una aceptación basada en la creencia en la trascendencia (43).

Espiritualidad y religiosidad: Estas estrategias ayudan a proporcionar consuelo y esperanza. Las prácticas religiosas o espirituales pueden ayudar a reinterpretar la muerte como una transición en lugar de un final definitivo. **Apoyo social:** La búsqueda de apoyo en familiares, amigos o grupos de ayuda es clave para aliviar la carga emocional y fomentar el proceso de duelo saludable (44).

Rol del profesional de enfermería

El fallecimiento de un paciente es un momento crítico no solo para el equipo de salud, sino especialmente para los familiares, quienes atraviesan una experiencia de profundo impacto emocional. En este contexto, la enfermera desempeña un papel esencial como facilitadora del proceso de duelo, ofreciendo acompañamiento, apoyo emocional y orientación para ayudar a los familiares a afrontar la pérdida (45).

Acompañamiento y Apoyo Emocional. El primer y más importante rol de la enfermera es brindar apoyo emocional inmediato a los familiares, ayudándolos a procesar el impacto inicial del fallecimiento. Esto implica la capacidad de estar presente y ofrecer una comunicación empática, evitando juicios y proporcionando un espacio seguro para la expresión de emociones. La enfermera debe ser capaz de identificar las diferentes reacciones emocionales de los familiares, que pueden incluir llanto, negación, ira o desconcierto, y responder de manera calmada y respetuosa (46).

Comunicación Clara y Sensible. La comunicación es clave en estos momentos. La enfermera debe informar sobre el fallecimiento del paciente de manera clara, directa y sensible, utilizando un

lenguaje comprensible y evitando términos técnicos que puedan causar confusión o aumentar el sufrimiento. La forma en que se comunica la noticia influye en la respuesta emocional y en el proceso de duelo posterior. Además, es esencial evitar la prisa y dar a los familiares el tiempo necesario para asimilar la información y expresar sus emociones (47).

Facilitar el Proceso de Despedida. Otro aspecto fundamental es facilitar el proceso de despedida del paciente. La enfermera debe asegurarse de que los familiares tengan la oportunidad de despedirse del ser querido en un entorno tranquilo y respetuoso. En este momento, es crucial respetar las creencias culturales y religiosas de la familia, adaptando las intervenciones para cumplir con sus necesidades y rituales particulares (48).

Cuidado de la Familia y de Sí Misma. El cuidado no termina con la muerte del paciente. Es importante realizar un seguimiento, especialmente si la familia ha mostrado signos de duelo complicado o dificultades para afrontar la pérdida. Al mismo tiempo, la enfermera debe cuidar su propio bienestar emocional, ya que el contacto frecuente con la muerte y el sufrimiento puede generar desgaste emocional o síndrome de burnout (49).

La enfermería reconoce que el miedo a la muerte no es solo biológico o psicológico, sino también espiritual y cultural. La enfermera debe estar atenta a las creencias religiosas o espirituales de la familia y promover espacios o intervenciones que las respeten y fortalezcan. A veces, esto implica contactar al consejero espiritual, facilitar rituales religiosos, o simplemente respetar momentos de silencio y recogimiento.

En todo momento, la enfermera vela por que tanto el paciente como sus familiares sean tratados con dignidad, respeto y compasión. Esto incluye garantizar un ambiente íntimo para despedidas, preservar la privacidad, y acompañar el proceso de muerte como parte natural de la vida (49).

El miedo a la muerte de un ser querido es una vivencia profundamente humana. En ese umbral entre la vida y la muerte, la enfermera no solo cuida cuerpos, sino que también sostiene corazones. Su rol frente al sufrimiento de los familiares no está hecho solo de técnicas o protocolos, sino de presencia, humanidad y compromiso ético con el cuidado integral. Reconocer este rol y fortalecerlo desde la investigación y la formación continua es fundamental para garantizar un cuidado verdaderamente humanizado en las UCI.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.2. Hipótesis general

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa de la capacidad de afrontamiento - adaptación con el miedo a la muerte en los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza – Lima – 2024.

H0: No hay relación de la capacidad de afrontamiento - adaptación con el miedo a la muerte en los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza – Lima – 2024.

2.3.3. Hipótesis específicas

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión factor recursivo de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza – Lima – 2024.

H2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión factor reacciones físicas y

enfocadas de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza – Lima – 2024.

H3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión factor proceso de alerta de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza – Lima – 2024.

H4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión factor procesamiento sistemático de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza – Lima – 2024.

H5: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión factor conocer y relacionar de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivo del hospital Arzobispo Loayza – Lima – 2024.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Para el presente estudio se usará el método hipotético-deductivo con el objetivo de medir las particularidades de los hechos, para lo cual se partirá de un escenario conceptual referente a las variables estudiadas, se harán razonamientos de relación y se concluirá a partir de estas premisas. Este método tiende a generalizar y normalizar resultados (50).

3.2. Enfoque investigativo

El enfoque que guiará la investigación será cuantitativo, se seguirá un proceso sistematizado y ordenado, esta rigurosidad de los procesos permitirá garantizar la validez del nuevo conocimiento. El proceso que se sigue es la formulación de las preguntas, objetivos, revisión de la literatura y construcción de la base teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones (51).

3.3. Tipo de investigación

De tipo básica porque se pretende incrementar los conocimientos científicos, pero sin compararlo con ningún hecho práctico. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad (52).

3.4. Diseño de la investigación

La investigación por su intervención es de diseño no experimental por cuanto se hará una observación, medición y análisis de las variables sin alterarlas (53). Por otro lado, la investigación es de corte transversal ya que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, la investigación es alcance correlacional debido a que se establece la asociación o relación entre las variables (54).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

En este estudio la población lo conformaran familiares de pacientes hospitalizados en la UCI de un Hospital de Lima, durante el lapso de enero y febrero 2024, en promedio de 50 pacientes por mes, se trabajará con toda la población muestral seleccionándolo con el método aleatorio simple.

3.5.2. Muestra

La muestra lo constituirán 100 familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza de Lima, 2024.

Criterios de Inclusión:

- Personas que tienen internado a un familiar en la UCI del Hospital Arzobispo Loayza de Lima - 2024
- Familiares que deseen incluirse en el estudio y que autoricen el consentimiento.

Criterios de Exclusión:

- Personas que no tengan hospitalizado a un familiar en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Arzobispo Loayza Lima - 2024
- Familiares que no deseen participar en el estudio y no firman el consentimiento informado.

3.5.3. Muestreo

La técnica de muestreo será el aleatorio simple, se recopilarán los datos hasta agotar el tamaño de la muestra. También se hará uso de una balota y previamente se contará con el consentimiento informado y los instrumentos para la recolección de los datos.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Niveles o Rangos
V1: Capacidad de Afrontamiento y adaptación	Conjunto de patrones innatos o adquiridos para hacer frente al ambiente dinámico en situaciones problemáticas y de la vida diaria. (24)	Se medirá con la Escala del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS - versión en español). Se ponderará de la siguiente manera: 1- rara vez, 2-algunas veces, 3-siempre [1] rara vez [2] algunas veces [3] casi siempre, 4-siempre	Factor recursivo y centrado Factor reacciones físicas y enfocadas. Factor proceso de alerta Factor procesamiento sistemático. Factor conocer y relacionar.	<ul style="list-style-type: none"> • Acopio de datos • Busca resultados con creatividad • Muestra reacciones físicas. • Control de hechos. • Reacciones de alerta ante hechos • Control ordenado de la situación. • Se guía de experiencias previas. • Proyección al futuro 	Cualitativa ordinal	<p>Baja capacidad de 47 a 82 puntos</p> <p>Mediana capacidad de 83 a 118 puntos</p> <p>Alta capacidad de 119 a 153 puntos.</p> <p>Muy alta capacidad de 154 a 188 puntos.</p>

V2: Miedo a lamuerte	Emoción de angustia por un daño real o imaginario, se presentan ante hechos trágicos. La persona se mostrará con preocupación, tristeza, soledad y angustia. Las emociones se agudizan más cuando el problema impacta a un familiar muy cercano (25).	Se medirá con la Escala de Miedo a la Muerte de Collett Lester (EMMCL), la cual se creó en 1969, las respuestas siguen la escala Lickert que va de los rangos de nada (1) hasta mucho (5).	Miedo a la Muerte propia Miedo al Proceso de Morir propio. Miedo a la Muerte de otros. Miedo al Proceso de Morir de otros.	<ul style="list-style-type: none"> • 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 • 8,9,10,11,12,13 y 14 • 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21 • 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28 	Cualitativa ordinal	Muy bajo (28 – 64) Bajo (65 – 88) Promedio (89 – 108) Alto (109 – 119) Muy alto (120-140)
-----------------------------	---	--	---	--	---------------------	---

3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Para el acopio de los datos se hará uso de la técnica de encuesta para las dos variables estudiadas.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1: Capacidad de Afrontamiento y adaptación

Se empleará la versión en idioma español de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAP), originalmente creada por Roy en 2004. Esta versión fue validada en 2010 por la Universidad de La Sabana, la Facultad de enfermería en Chía, Colombia.

El instrumento consta de 47 reactivos organizados en 5 factores y se califica mediante una escala Likert de 4 niveles: 1-nunca, 2-rara vez, 3-algunas veces y 4-siempre. Los factores evaluados incluyen: Recursivo y centrado, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistemático y conocer y relacionar. El puntaje total varía entre 47 y 188 puntos, y los resultados se interpretan en diferentes niveles de competencias gerenciales: baja, mediana, alta y muy alta

El cuestionario puede ser autoadministrada durante un tiempo de 20 minutos. Para los resultados se aplicará la tabla: “Distribución de los intervalos para evaluar grado de capacidad de afrontamiento y adaptación por factores y global” propuesta por Gutiérrez y López de Mesa (2009) cuyo diseño es el siguiente:

GRADO DE CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	PUNTAJE GLOBAL
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

Instrumento 2: Miedo a la muerte

Escala de Miedo a la Muerte (en inglés llamado Fear of Death Scale (FODS)) creada originalmente por Collett y Lester (1969), corregida por Lester y Abdel-Khalek (2003) y traducida por Tomas, Limonero y Abdel-Khalek (2007), (55).

El instrumento incluye 4 dimensiones: relación con la propia muerte, relación al proceso de la propia muerte, relación a la muerte de otros y relación al proceso de la muerte de otros.

Se cuenta con 28 reactivos organizados en la escala tipo Lickert que incluye las escalas de nunca (1) a mucho (5). El tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente. El puntaje final se hallará del promedio general de la sumatoria de las respuestas y por dimensiones.

3.7.3. Validación

Instrumento 1: Capacidad de Afrontamiento y adaptación

La validación se realizó bajo la mirada de 6 especialistas, quienes dictaminaron que se abarca todas las dimensiones de la variable capacidad de afrontamiento y adaptación. Los

especialistas evaluaron todos los reactivos teniendo en cuenta los criterios de: esencial, útil pero no esencial y no esencial. Cada reactivo tuvo la validez de contenido (RVC) de acuerdo a la propuesta de Lawshe y posteriormente modificada por Tristán, cuyo resultado fue inferior a 0,5.

Instrumento 2: Miedo a la muerte

El instrumento fue sometido a la validez de contenido, se utilizó el método de Waltz, Strickland y Lenz (2016), quienes consideraron 15 especialistas a partir de un efecto de atrición del 50%.

3.7.4. Confiabilidad

Instrumento 1: Capacidad de Afrontamiento y adaptación

El estadístico Alfa de Cronbach dio una fiabilidad de consistencia interna con una confiabilidad de 0,70.

Instrumento 2: Miedo a la muerte

Los resultados de fiabilidad de Alfa de Cronbach demuestran que el instrumento es confiable por cada dimensión. Subescalas: entre 0.72 y 0.86. Escala total: entre 0.88 y 0.91

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se llevará a cabo de manera organizada y estructurada.

Antes de aplicar el cuestionario y analizar los datos, se gestionarán los permisos necesarios ante la institución de salud correspondiente. Una vez aprobada el acopio de información, se explicarán a los integrantes los objetivos y alcances del estudio, asegurando que comprendan el proceso antes de firmar la autorización.

El tratamiento de los datos comenzará con un control de calidad de los instrumentos completados, revisando si hay respuestas faltantes o preguntas sin contestar. Cuando se haya recopilado la muestra completa, los datos serán ingresados en formato de Excel y posteriormente transferidos al software estadístico SPSS en su última versión (28), donde se etiquetarán las variables estudiadas y sus categorías.

Para el análisis, se valorarán los puntajes y rangos de las variables del estudio. Además, se aplicará la herramienta estadística Kolmogórov-Smirnov para definir si los datos tienen una distribución normal. Para probar las hipótesis de investigación, se utilizarán las pruebas estadísticas Rho de Spearman o Pearson, según corresponda. Finalmente, se presentarán los resultados en tablas y gráficos con su respectivo análisis e interpretación.

3.9. Aspectos éticos

Los aspectos éticos son esenciales en cualquier proyecto de investigación, ya que garantizan el respeto por los derechos, la dignidad y el bienestar de los integrantes. Para ello, es importante considerar los siguientes principios:

Principio de autonomía

Este principio se basa en el respeto por la competencia de cada ser humano para tomar decisiones y actuar según su propia decisión. En el estudio, esto se reflejó en la presentación

del consentimiento informado, donde cada participante tuvo la libertad de decidir si quería formar parte de la investigación.

Principio de beneficencia

La beneficencia implica el deber moral de procurar el bienestar de los demás y contribuir a mejorar sus condiciones de vida. En este caso, se aplicó al asegurar que los participantes del estudio fueran tratados con cuidado y respeto, buscando siempre su beneficio.

Principio de no maleficencia

Este principio se enfoca en la obligación de no causar daño a los participantes. En la investigación, esto significó garantizar que ninguna acción pusiera en riesgo su salud física o emocional, evitando cualquier tipo de perjuicio.

Principio de justicia

La justicia en la investigación comprende tratar al ser humano de forma equitativa y sin discriminación. En este estudio, se garantizó que todos los integrantes recibieran una consideración justa, imparcial y educado, sin distinciones de ningún tipo.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2024- 2025					
	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
Inmersión al escenario problemático	X					
Selección de bibliografía	X					
Formulación del problema y construcción del marco teórico.		X				
Justificación del estudio		X				
Formulación de objetivos		X				
Tipo y diseño del estudio			X			
Población y muestra			X			
Instrumentos y técnicas de recolección de datos			X			
Contexto ético del estudio			X			
Análisis de los datos				X		
Procesos administrativos de la investigación				X		
Anexos				X		
admisión del estudio						X
Defensa de la investigación						X

4.1 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO	PRECIO
-------------	----------	--------	--------

		UNITARIO	TOTAL
A. Materiales			
-Manuscritos: fotocopias, libros.			80.00
- Papelería diversa	2 millares	40.00	80.00
- Materiales de escritorio			50.00
B. Servicios			
- Laptop			1200.00
- Impresión	500	0.50	250.00
- Fotocopias	1200	0.05	120.00
- Anillados	02 ejemp.	10.0	20.00
- Empastados	03 ejemp.	30.00	90.00
c. Viáticos			
- Pasajes			2460.00
		TOTAL	

REFERENCIAS

1. Abaunza M. Interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de dos instituciones de salud en las ciudades de Pitalito y Neiva. BS thesis. Universidad de La Sabana, 2013. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/661363?show=full>
2. Quispe C., Mamani M. Factores relacionados con la ansiedad en familiares de pacientes críticos en un hospital regional de Perú, 2022. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1365>
3. Bautista L., Arias M., Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista cuidarte*, 2016, vol. 7, no 2, p. 1297-1309. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S221609732016000200007&script=sci_art_text
4. De León M. Capacidad de afrontamiento de familiares de los pacientes durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos adultos. 2021. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RPCH_826efc775b944a59e95f5921f2ecf680
5. Viana D. Calidad de vida y satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. *cogitare enfermagem*, 2023, vol. 28, p. e91079. <https://www.scielo.br/j/cef/a/G3rpdXfyJvP4pwwDwcP8ZSM/?lang=es>
6. Pinheiro I., Kohlsdorf M., Pérez R. Análisis del Estrés y Afrontamiento en Familias de Pacientes Ingresados en UCI. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 32, e3204. 2022. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/gwTsHbxRHCgQ8DNFghhLbCR/abstract/?format=html&lang=es&stop=previous>
7. Hernández R., López A., Rodríguez C., Almenara B., Pérez A., Quintero M. Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados

- Intensivos (UCI) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias con un nuevo protocolo de visitas e información. *ENE Revista de Enfermería*, 16(1), 8. 2022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8562134>
8. Lozano M., y col. Validación de intervención psicoeducativa para mejorar el afrontamiento y adaptación de familiares en la UCI: Resumen. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2023, vol. 25. Disponible: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/25\(2023\)/6582525006/index.html](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/25(2023)/6582525006/index.html)
 9. Berrocal M. Capacidad de afrontamiento y adaptación y su nivel educativo del familiar ante la agonía del adulto mayor en el Hospital Policial Geriátrico “San José”– Lima 2023. 2023. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/f2f305b3-1aac-462d-a90c-5f30c197551f>
 10. Benancio A. Estrategias de afrontamiento de la familia del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RPCH_aa497cd1899ba3a22550cb636a41f83d
 11. Frota OP, de Sene AG, Ferreira-Júnior MA, Giacon-Arruda BCC, Teston ÉF, Pompeo DA, Martins de Paula F. Estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes de la unidad de cuidados intensivos [estudio transversal]. Universidad de Brasil; 2019. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102980>
 12. Hauché R, Chiaramonte A, Gago-Galvagno LG, Dran GI. Sobrecarga, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes crónicos. *Rev Iberoam ConCiencia*. 2024;10(1):42–60. <https://doi.org/10.32654/ConCiencia.10-1.5>
 13. Camacho K. y col. Estrategia de enfermería para favorecer la modulación de la incertidumbre en pacientes, familiares y/o cuidadores, al ingreso a la unidad de cuidado intensivo adulto, en una institución de salud de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá en el periodo 2022-1. BS thesis. Universidad de La Sabana. Disponible en:

https://redcol.minciencias.gov.co/Record/REPOUSABA2_f4b730342076ed5ba90a9907c542410a

14. Donaire M, Ruiz V. Percepción de los familiares de pacientes críticos en relación a la comunicación que le brinda el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos. Rev Cient Fac Cienc Salud UNSE. 2023;25(43). <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v25.n43.45418>

15. Tipán Pérez DL, Rojas Conde LG. Afrontamiento de la familia frente al duelo. Salud Cienc Tecnol. 2023;3:526. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023526>

16. Huamán A. Nivel de afrontamiento y grado de ansiedad de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital Nacional Lima - 2022. Informe Tecnico. Lima: Universidad Nacional del Callao, Lima; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7799>

17. Chaca Sánchez RR, Moreno Garrido ZR. Percepción del rol del profesional de enfermería y nivel de ansiedad en familiares de pacientes de la UCI. 2024. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/388533522_Sobrecarga_calidad_de_vida_y_estrategias_de_afrontamiento_en_cuidadores_primarios_de_pacientes_cronicos

18. Gálvez Cerdán SR. Percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en un hospital público, Chiclayo 2019 [tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2890/1/TL_GalvezCerdanSilvia.pdf?utm_source=chatgpt.com

19. Quispe Cadillo T, Santisteban Cajo JA, Torres Salas YV. Estrategias de afrontamiento que utilizan los familiares de pacientes hospitalizados en el servicio

- de cuidados intensivos del Hospital Arzobispo Loayza [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Peruana; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6249>
20. Bamberger Pizarro MG. Estrés y estrategias de afrontamiento en familiares cuidadores de pacientes adultos internados en un Hospital General de Lima Metropolitana [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Peruana; 2024. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/58c6e035-4b3d-4755-aada-ae36dcd73793>
 21. Peplau H. Relacion enfermera paciente. El cuidado. 2012 junio.
 22. Roy C. Modelo de adaptacion. El cuidado. 2012.
 23. Roy C. The Roy adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson; 2009.
 24. Lazarus R., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer; 1984.
 25. Hobfoll S. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989;44(3):513–24.
 26. Aspinwall L., Taylor S. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*. 1997;121(3):417–36.
 27. Taylor S. Health psychology. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2006.
 28. Seligman M. Positive psychology: Fundamental assumptions. *Psychologist*. 2005;16(3):126–7.
 29. Piaget J. The mechanisms of perception. London: Routledge & Kegan Paul; 1969.
 30. Roy C. The Roy adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2009.
 31. Moos R., Schaefer J. The crisis of physical illness: An overview. In: Moos RH, editor. Coping with physical illness. New York: Plenum Press; 1984. p. 3–25.
 32. Masten A. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American*

- Psychologist*. 2001;56(3):227–38.
33. Taylor S. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983;38(11):1161–73.
34. Roy C. Adaptation Association. The Roy Adaptation Model: A Framework for Clinical Practice. 2020. Disponible en: <https://www.royadaptationassociation.com>
35. Sarmiento P., Botero J., Carvajal G. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español. *Index Enferm* [Internet]. 2013;22(4):233–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962013000300009> Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
36. Ballester R., Gil B., Dolores M., Gómez S. Afrontamiento de la muerte en familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: Valoración diferencial en función de variables sociodemográficas. *Medicina paliativa*, 18 (2), 46–53. 2011. [https://doi.org/10.1016/s1134-248x\(11\)70009-x](https://doi.org/10.1016/s1134-248x(11)70009-x) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134248X1170009X?via%3Dihub>
37. Mezquita M. Revisión de la literatura sobre la ansiedad y el estrés en familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos [Universitat Internacional de Catalunya]. (2016). <http://hdl.handle.net/20.500.12328/900>. Disponible en: <https://repositori.uic.es/handle/20.500.12328/900>
38. Kübler E. On death and dying. New York: Scribner; 1969.
39. Kübler E., Kessler D. On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss. New York: Scribner; 2005.
40. Corr C., Nabe C., Corr D. Death and dying, life and living. 8th ed. Boston: Cengage Learning; 2019.

41. Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In: Baumeister RF, editor. Public self and private self. New York: Springer; 1986. p. 189–212.
42. Koenig H., McCullough M., Larson D. Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press; 2001.
43. Wong T., Reker T., Gesser G. Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: Neimeyer RA, editor. Death anxiety handbook. New York: Taylor & Francis; 1994. p. 121–48.
44. Puchalski C., Vitillo R., Hull S., Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* 2014;17(6):642-56
45. Murga O., Pacahuala K., Rodriguez J. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares de pacientes críticos en el servicio de emergencia de un hospital de salud, enero – febrero de 2017 [internet]. [lima]: universidad peruana cayetano heredia; 2017. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Documents/REPOSITORIO/Capacidad_MurgaAranda_Oskar.pff
46. Kubler E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Nueva York: Scribner; 1969.
47. Costello J. Dying well: Nurses' experiences of "good and bad" deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing.* 2006;54(5):594-601.
48. Kagawa M., Blackhall L. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: "You got to go where he lives". *JAMA.* 2001;286(23):2993-3001.
49. Peters L., Cant R., Sellick K., O'Connor M., Lee S., Burney S. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *International Journal of Palliative Nursing.* 2012;18(11):561-7
50. Torres C. Metodología de la investigación. Tercera ed. Palma OF, editor. La sabana:

- Pearson; 2010.
51. Hernández R. Metodología de la investigación. Sexta ed. Obregón DÁ, editor. Mexico: McGRAW-HILL / interamericana editores, S.A. DE C.V; 2014.
52. Cordero R. La investigación aplicada: una forma de conocer. Educación. 2009; 33(1).
53. Torres M. metodología de la investigación y estadística. Barking, Inglaterra: Lulu.com; 2011.
54. Hernández R. Metodologia de la investigación. McGraw-Hill Companies; 2006.
55. Mondragon E., Landeros E., Pérez 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: <http://dx.doi.org/10.29375/01237047.3723>. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3723>
56. Vargas Z. La Investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Rev Educ [Internet]. 2009;33(1):155. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revedu.v33i1.538>

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: “Capacidad de afrontamiento - adaptación y miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza Lima – 2024”

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿Cómo la capacidad de afrontamiento y adaptación se relaciona con el miedo a la muerte de familiares en pacientes hospitalizados en cuidados intensivos?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>a. ¿Cómo la dimensión factor recursivo de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos?</p> <p>b. ¿Cómo la dimensión factor reacciones físicas y enfocadas de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en</p>	<p>Objetivo general</p> <p>“Determinar la relación entre la capacidad de afrontamiento - adaptación y el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos”.</p> <p>Objetivo Específicos</p> <p>a. Identificar como la dimensión factor recursivo de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.</p> <p>b. Identificar como la dimensión factor reacciones físicas y enfocadas de la capacidad</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Ha: La capacidad de afrontamiento - adaptación tienen relación significativa con el miedo a la muerte en los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza – Lima.</p> <p>Ho: La capacidad de afrontamiento – adaptación no tienen relación significativa con el miedo a la muerte en los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza – Lima.</p> <p>Hipótesis Especificas</p> <p>HaE1: Existe relación entre la dimensión factor recursivo de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.</p> <p>HaE2: Existe relación entre la dimensión factor reacciones físicas y enfocadas de la capacidad</p>	<p>Variable 1: Capacidad afrontamiento adaptación</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factor Recursivo y centrado. • Factor Reacciones físicas y enfocadas. • Factor Proceso de alerta • Factor Procesamiento sistemático. • Factor Conocer y relacionar. <p>Variable 2: Miedo a la muerte</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo a la Muerte propia 	<p>1: Tipo de investigación Aplicada</p> <p>Método, enfoque, diseño, corte y nivel de la investigación Hipotético-deductivo, no experimental, corte transversal y diseño correlacional.</p> <p>Población y muestra</p> <p>La muestra estará compuesta por 100 familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital Arzobispo Loayza – Lima,</p>

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos?</p> <p>c. ¿Cómo la dimensión factor proceso de alerta de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos?</p> <p>d. ¿Cómo la dimensión factor procesamiento sistemático de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos?</p> <p>e. ¿Cómo la dimensión factor conocer y relacionar de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivo?</p>	<p>de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.</p> <p>c. Identificar cómo la dimensión factor proceso de alerta de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.</p> <p>d. Identificar como la dimensión factor procesamiento sistemático de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.</p> <p>e. Identificar como la dimensión factor conocer y relacionar de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes</p>	<p>de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.</p> <p>HaE3: Existe relación entre la dimensión factor proceso de alerta de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.</p> <p>HaE4: Existe relación entre la dimensión factor procesamiento sistemático de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.</p> <p>HaE5: Existe relación entre la dimensión factor conocer y relacionar de la capacidad de afrontamiento – adaptación se relaciona con el miedo a la muerte en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivo</p>	<p>Miedo al Proceso de Morir propio.</p> <p>Miedo a la Muerte de otros.</p> <p>Miedo al Proceso de Morir de otros.</p>	2024.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
	hospitalizados en cuidados intensivo.			

Anexo 2: Instrumentos

Instrumento 1.

“Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” (ESCAPS - versión en español)

INTRODUCCIÓN: ¡Buen Día!, El siguiente cuestionario tiene por objetivo determinar la capacidad de adaptación y afrontamiento del familiar de paciente en estado crítico en el área de Emergencia del Hospital.

INDICACIONES: Marca con un X solo una alterativa. No existen respuestas incorrectas y tu honestidad es crucial para este estudio.

Primero queremos conocer algunos datos sobre ti.

- a. ¿Cuántos años tienes? _____
- b. Masculino _____ Femenino _____
- c. Grado de instrucción:
- Primaria
- Secundaria
- Técnico
- Superior

A continuación, usted encontrará un conjunto de ítems relacionados al estrés laboral, marque una sola alternativa según la escala siguiente:

ÍTEMS	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
1. Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez, incluso en una crisis o problema.				
2. Propongo una solución nueva para una situación nueva.				
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad.				
4. Reúno la mayor cantidad de información posible para aumentar mis opciones a fin de solucionar el problema.				
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para completar tareas, actividades o proyectos.				
6. Trato de recordar las estrategias o soluciones que me han servido en el pasado.				
7. Trato de hacer que todo funcione a mi favor.				
8. Solo puedo pensar en lo que me preocupa.				
9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.				
10. Identifico como quiero que resulte la situación luego miro como lo puedo lograr.				
11. Soy menos efectivo bajo estrés.				
12. Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que				

tenga una buena comprensión de la situación.				
13. Encuentro el problema o crisis demasiado complejo, con más elementos de los que yo puedo manejar.				
14. Pienso en todo el problema paso a paso.				
15. Parece que soy más lento al actuar sin razón aparente.				
16. Me empeño en redirigir mis sentimientos para reenfoarlos constructivamente.				
17. Cuando estoy en una crisis o un problema me siento abierto y activo durante todo el día.				
18. Cuando dejo mis sentimientos a un lado soy muy objetivo a cerca de lo que sucede.				
19. Estoy atento a cualquier cosa relacionado con la situación.				
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo.				
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones.				
22. Analizo la situación y lo miro como realmente es.				
23. Cuando se me presenta un problema tiendo a paralizarme y a confundirme por un rato.				
24. Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema.				
25. Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos y complicados.				
26. Trato de obtener más recursos para enfrentar la situación.				
27. Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos.				
28. Utilizo el sentido del humor para manejar la situación.				
29. Con tal de salir del problema o situación estoy dispuesto a cambiar mi vida radicalmente.				
30. Trato de mantener el equilibrio entre mis actividades y el descanso.				
31. Soy más efectivo bajo estrés.				
32. Puedo relatar lo que sucede con mis experiencias pasadas o planes futuros.				
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.				
34. Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones.				
35. Por alguna razón no saco beneficio de mis experiencias pasadas.				
36. Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros.				
37. Miro la situación positivamente como una oportunidad/desafío.				

38. Me planteo muchas ideas como soluciones posibles a la situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar.				
39. Experimento cambios en la actividad física.				
40. Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como sucedieron.				
41. Trato de aclarar las dudas antes de actuar.				
42. Tiendo a hacer frente a las situaciones desde el principio.				
43. Esta situación me está enfermando.				
44. Adopto rápidamente un nuevo recurso cuando este puede resolver mi problema o situación.				
45. Me rindo fácilmente.				
46. Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación.				
47. Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas.				

Fuente: murga, o. et al. (2017). capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares de pacientes críticos en el servicio de emergencia de un hospital de Es salud, enero – febrero de 2017. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Instrumento 2.

Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester

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

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en?	Mucho	Moderado			Nada
1. El morir solo.	5	4	3	2	1
2. La vida breve	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/a.	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
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en	Mucho	Moderado			Nada
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
1. La degeneración física que supone el proceso de morir.	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en	Mucho	Moderado			Nada
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/a, 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/a sin ella	5	4	3	2	1
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

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en.....	Mucho	Moderado			Nada
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 vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1

Fuente:

Colell R, Limonero G. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología; 2005.

● 20% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	hdl.handle.net Internet	2%
3	uwiener on 2023-04-15 Submitted works	<1%
4	repositorio.unac.edu.pe Internet	<1%
5	uwiener on 2024-05-26 Submitted works	<1%
6	uwiener on 2023-11-03 Submitted works	<1%
7	uwiener on 2023-04-14 Submitted works	<1%
8	repositorio.urp.edu.pe Internet	<1%