



**Universidad Michoacana de San Nicolás de  
Hidalgo  
Facultad de Enfermería**



**Miedo ante la muerte en adultos en el contexto de la pandemia por COVID-19**

**Tesis**

**Que para obtener el Título de  
Licenciada en Enfermería**

**Presenta**

**PLESS Betania Vargas Vergara**

**Asesora**

**Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz**

**Coasesora**

**L.E. Nora Madrigal Salguero**

**Revisora**

**Dra. Bárbara Mónica Lemus Loeza**

**Morelia, Michoacán**

**JULIO 2023**



**Universidad Michoacana de San Nicolás de  
Hidalgo  
Facultad de Enfermería**



**Miedo ante la muerte en adultos en el contexto de la pandemia por COVID-19**

**Tesis**

**Que para obtener el Título de**

**Licenciada en Enfermería**

**Presenta**

**PLESS Betania Vargas Vergara**

**Asesora**

**Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz**

**Coasesora**

**L.E. Nora Madrigal Salguero**

**Revisora**

**Dra. Bárbara Mónica Lemus Loeza**

**Morelia, Michoacán**

**julio 2023**

**Directivos**

**MSP. Julio César González Cabrera**

---

**Director**

**MIEN. Cecilia Castro Calderón**

---

**Secretaria Académica**

**ME Renato Hernández Campos**

---

**Secretario Administrativo**

**Mesa sinodal**

**Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz**

---

**Presidente**

**L.E. Nora Madrigal Salguero**

---

**Vocal 1**

**Dra. Bárbara Mónica Lemus Loeza**

---

**Vocal 2**

## **Dedicatoria**

PAgradezco a Dios en primer lugar por permitirme culminar mi carrera, por darme la fortaleza diariamente y brindarme esa sabiduría incondicional.

A mis padres por ser mis pilares más grandes, el Sr. Jorge Vargas Rosales y la Sra. Ilda Vergara Vázquez por enseñarme que no hay obstáculo alguno cuando hay ganas de superarte y salir adelante, por demostrarme siempre su cariño y su apoyo incondicional a distancia. Gracias por la confianza que me brindaron y por su motivación día tras día para lograr mi objetivo. Cabe destacar que el camino de estudiante, de persona independizada y lejos de mi familia fue difícil más no imposible, pero sin su ayuda no hubiese sido posible concluir esta etapa.

A mis hermanas Jeimy Michelle y Grecia Camila que siempre me brindaban palabras de aliento, fueron mi motor para lograrlo y ser un ejemplo para ellas.

Finalmente agradecer a mi esposo que también formó parte de mi etapa profesional y sin duda alguna siempre me apoyó a pesar de las circunstancias que se nos presentaban.

## **Agradecimientos**

Agradezco a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y a la Facultad de Enfermería, por haberme dado la gran oportunidad y la dicha de formar parte de ella. Destacando también a todos los docentes que formaron parte de mi vida profesional brindándome y compartiéndome todos sus conocimientos, gracias a todos ellos y su paciencia formaron buenos Licenciados en Enfermería.

A todo el personal del área de la salud de cada institución que nos brindaba la oportunidad de poder realizar nuestras prácticas clínicas, gracias a ello el temor iba disminuyendo y la experiencia iba aumentando.

Quiero agradecer infinitamente a una gran persona y profesionista, la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz mi asesora de tesis por darme el tiempo, dedicación y a mí la oportunidad de brindarme su apoyo incondicional en el proyecto de tesis para poder culminar mis estudios. Por ese apoyo y disposición que la caracteriza por ser un gran ser humano servicial para la sociedad estudiantil.

Por último agradecer al IMSS Bienestar No. 33 de Tuxpan, Michoacán estancia donde realice mi servicio social, a todos mis compañeros enfermeros, médicos, residentes, psicólogos etc., por apoyarme y sobre todo confiar en mí durante mi periodo, fue un año lleno de aprendizaje y experiencias para mi persona.

## Resumen

**Introducción.** La elevada prevalencia de la enfermedad COVID – 19 provocó miedo en la población, especialmente antes de la existencia de la vacuna. **Objetivo.** Evaluar el nivel de miedo ante la muerte en adultos de Morelia, Michoacán en el contexto de la pandemia por COVID-19. **Metodología.** Enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo y transversal. Muestra no probabilística de 197 adultos de Morelia. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis), programa SPSS v.25. **Resultados.** La mayoría de los participantes fueron mujeres (71.1 %), solteros (53.8%), católicos (86.8%), con nivel licenciatura (54.8%), nivel socioeconómico medio (62.4%) y  $\bar{x}$  =31.92 años de edad ( $DE=12.76$ ). Se identificó moderado miedo ante la muerte la escala total (32.5%) y en la sub – escala Miedo al proceso de morir propio (25.9%); con alto en las sub – escalas Miedo a la muerte de otros (36.5%) y Miedo al proceso de morir de otros (33.0%). Hubo diferencia estadísticamente significativa en la escala total y las sub – escalas con el género ( $p>.05$ ). **Conclusiones.** El miedo ante la muerte fue moderado en tres de cada 10 participantes y fue mayor en mujeres.

*Palabras clave:* infecciones por Coronavirus, miedo, COVID -19. (DeCS).

## Abstract

**Introduction.** The high prevalence of the COVID-19 disease caused fear in the population, especially before the existence of the vaccine. **Objective.** To evaluate the level of fear of death in adults from Morelia, Michoacán in the context of the COVID-19 pandemic. **Methodology.** Quantitative approach, non-experimental, descriptive, and cross-sectional design. Non-probabilistic sample of 197 adults from Morelia. Descriptive and inferential statistics (U of Mann-Whitney and H of Kruskal-Wallis) were used, SPSS v.25 program. **Results.** Most of the participants were women (71.1%), single (53.8%), catholic (86.8%), with a bachelor's degree (54.8%), medium socioeconomic level (62.4%) and  $\bar{x}=31.92$  years of age (SD=12.76 ). Moderate fear of death was identified in the total scale (32.5%) and in the sub-scale Fear of the process of dying itself (25.9%); with high in the sub-scales Fear of the death of others (36.5%) and Fear of the process of dying of others (33.0%). There was a statistically significant difference in the total scale and the sub-scales with gender ( $p>.05$ ). **conclusions.** Fear of death was moderate in three out of 10 participants and was higher in women.

*Keywords:* Coronavirus Infections, fear, COVID – 19. (DeCS).



## Índice

Directivos .....	i
Mesa sinodal.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Índice de tablas.....	ix
Introducción .....	1
Capítulo I.....	3
I.  Justificación.....	4
II. Planteamiento del problema .....	7
III.  Objetivos.....	9
3.1. General .....	9
3.2. Específicos.....	9
Capítulo II .....	10
IV.  Marco teórico.....	11
4.1. Miedo ante la muerte.....	11
4.1.1. Concepto.....	11
4.1.2.  Características.....	11
4.1.3. Consecuencias.....	12
4.2. Enfermedad COVID - 19 .....	14
4.2.1. Antecedentes .....	14
4.2.2. Mecanismos de transmisión .....	15
4.2.3. Agente etiológico.....	16
4.2.4. Epidemiología del SARS-CoV2 .....	16
4.2.5. Diagnóstico.....	17
4.2.6. Categorías de gravedad de la COVID-19 .....	19
4.2.7. Tratamiento de la COVID-19 .....	20
4.2.7. Factores de riesgo para COVID-19 grave.....	20
Capítulo III .....	22
V.  Material y métodos .....	23
5.1. Enfoque y diseño.....	23
5.2. Universo.....	23

5.3. Muestra y muestreo .....	23
5.4. Límites de tiempo y espacio .....	23
5.5. Variables .....	23
5.6. Criterios de selección .....	24
5.6.1. Criterios de inclusión.....	24
5.6.2. Criterios de exclusión.....	24
5.6.3. Criterios de eliminación.....	24
5.7 Instrumentos .....	24
5.8 Procedimiento .....	26
5.10 Análisis estadístico .....	26
5.13. Consideraciones éticas y legales .....	27
Capítulo IV .....	30
VI. Resultados.....	31
VII. Discusión .....	39
VIII. Conclusiones .....	43
IX. Sugerencias.....	45
X. Referencias bibliográficas .....	46
Anexos.....	50
Anexo 1. Escala de Miedo ante la muerte de Collette – Lester.....	50
Apéndices .....	52
Apéndice 1. Operacionalización de la variable Miedo ante la muerte.....	52
Apéndice 2. Operacionalización de las variables sociodemográficas .....	53
Apéndice 3. Cédula de colecta de datos.....	54
Apéndice 4. Carta de consentimiento informado .....	57
Apéndice 5. Cronograma de actividades .....	58
Apéndice 6. Dictamen del Comité de Investigación.....	59
Apéndice 7. Dictamen del Comité de Ética en Investigación .....	60

### Índice de tablas

No.	Título	página
1	Puntos de corte de la Escala Miedo ante la muerte	25
2	Datos sociodemográficos de los participantes (n=197)	31
3	Experiencias ante la muerte en el contexto de COVID – 19 (n=197)	32
4	Experiencias personales ante la muerte en el contexto de COVID – 19 (n=197)	32
5	Miedo ante la muerte en los participantes (n=197)	33
6	Diferencias del miedo ante la muerte en la escala total y las variables sociodemográficas	34
7	Diferencias de la sub – escala Miedo a la muerte propia y las variables sociodemográficas	35
8	Diferencias de la sub – escala Miedo al proceso de morir propio y las variables sociodemográficas	36
9	Diferencias de la sub – escala Miedo a la muerte de otros y las variables sociodemográficas	37
10	Diferencias de la sub – escala Miedo al proceso de morir de otros y las variables sociodemográficas	38

## Introducción

En diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China se identificaron 27 casos de síndrome respiratorio agudo de causa desconocida y el siete de enero de 2020 las autoridades de salud chinas informaron de la presencia de un nuevo coronavirus (2019-nCoV). Ya el 11 de febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó al nuevo coronavirus como SARS-CoV-2 y a la enfermedad como COVID-19 y para el 11 de marzo declaró oficialmente que la enfermedad era una pandemia. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020a)

Hacerlo significó que la enfermedad se había extendido por varios países, continentes o todo el mundo, por lo que afectó a un gran número de personas, lo que generó estrés en toda la población, muchas veces ocasionado por la existencia de un “flujo repentino y casi constante de noticias acerca de la epidemia” (OPS, 2020b), lo que provocó que las personas se sintieran preocupadas o ansiosas debido a los rumores y la información errónea que se transmitía.

Adicionalmente, la pandemia provocó una gran mortandad, ya que hubo muertes vinculadas directamente a la COVID-19 pero también se registraron “muertes indirectas a que fueron atribuidas a otras condiciones de salud para las que las personas no pudieron acceder a la prevención y el tratamiento porque los sistemas de salud estaban sobrecargados por la pandemia”. (OPS, 2022a).

Lo anterior, aunado a la falta de una vacuna, provocó un miedo ante la muerte en todos los grupos poblacionales, principalmente en quienes tenían factores de riesgo para la enfermedad. Por ello, se planteó esta investigación que evaluó el nivel de miedo ante la muerte en adultos en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Este documento se organizó en capítulos. El capítulo I está conformado por la justificación, el planteamiento del problema y los objetivos. En el capítulo II se muestra el

marco teórico y en capítulo III se describe material y métodos que incluye el enfoque y diseño de investigación; universo, muestra y muestreo; variables; instrumento; criterios de selección; análisis estadístico; procedimiento, recursos humanos, materiales y financieros; y consideraciones éticas y legales. Además, se incluyen las referencias bibliográficas, anexos, apéndices y resultados.

## Capítulo I

## I. Justificación

La OMS (2023a) tuvo noticia por primera vez de la existencia de un nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2 el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de “neumonía vírica” que se habían declarado en Wuhan (República Popular China).

Rápidamente la enfermedad se extendió y provocó una gran mortalidad en el mundo. Las cifras de la OMS señalan que 14.9 millones de personas murieron en el mundo a causa de la pandemia de COVID-19 entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 (Organización de las Naciones Unidas, 2023).

En el caso de la Región de las Américas, ha sufrido mayores efectos a consecuencia de la pandemia, con 29% y 44% de los casos y las muertes confirmados, respectivamente, en comparación con 13% de la población mundial. Hasta el 31 de agosto del 2022, se registraron 175 771 144 de casos de COVID-19 en la Región (52%, mujeres; 48%, hombres). Por otro lado, América del Norte registró 55% de todos los casos en la Región de las Américas, pero 62% del total de las muertes ocurrió en América Latina y el Caribe. (OPS, 2022b, p. 6)

En el informe de la OPS (2022b, p. 7), se reporta que México registró 7 044 444 casos o 4.0% y 329 643 muertes por COVID-19 (o 11.7%) hasta el 31 de agosto de 2022.

De igual manera, en cuanto al exceso de muertes debidas a la COVID-19, se estima que en la Región de las Américas hubo 3.23 millones de muertes, es decir, 430 000 muertes más que las notificadas. Del exceso de mortalidad, 83.5% se concentraba en cinco países: Brasil, Colombia, Estados Unidos de América, México y Perú. (OPS, 2022b, p. 8).

A partir del momento que la OMS declaró la pandemia por COVID-19, los gobiernos vieron la necesidad de mantener el distanciamiento físico para evitar el contagio. Por tanto,

y como sucede en las crisis epidemiológicas, se incrementa el riesgo de problemas de salud mental a causa de las medidas de aislamiento, restricción de movilidad y disminución en el contacto físico directo. Las personas que pasan tiempo en aislamiento pueden mostrar síntomas de depresión grave y síntomas relacionados con el estrés postraumático hasta 3 años después (Brooks et al, 2020, como se citó en Secretaría de Salud, 2020a, p. 2).

Es importante reconocer que durante la pandemia, la población general se encontraba en riesgo de contraer COVID-19, lo que aumentó la carga de ansiedad debido a sentirse más vulnerables, además de que en muchos casos las personas no tenían claro el motivo de la cuarentena, tenían poca información sobre las medidas tomadas por parte de la autoridad y la que tenían llegó a “ser mal interpretada, ocasionando frustración y miedo a contraer la infección, presentando preocupación excesiva al desarrollo de síntomas potencialmente relacionados a COVID-19” (Secretaría de Salud, 2020b, p.2), lo que llevó a las personas a experimentar miedo ante la muerte.

Adicionalmente, las personas se enfrentaron a la muerte de familiares y amigos a causa del coronavirus, lo que ocasionó que el duelo, desde la dimensión social de las despedidas, tales como velatorios, ceremonias religiosas o rituales familiares, fue eliminado, de forma justificada, para evitar contagios. Lamentablemente, muchas personas no recibieron apoyo social ante la ausencia de estos rituales por lo que el proceso de duelo no se vivió de manera normal. (Secretaría de Salud, 2020c, p.2),

Ante este panorama, fue inevitable que la pandemia por COVID19 tuviera un impacto mental en la población, incluyendo el miedo ante la muerte y el estrés. Para evaluar el estado mental de su población, China generó la primera encuesta de impacto psicológico y salud mental en las dos primeras semanas del brote de COVID-19 y “53.8% de los encuestados calificó el impacto psicológico del brote como moderado o severo y 28.8% reportó síntomas de ansiedad moderada a severa”. (Secretaría de Salud, 2020d, p.2).



Debido a que el bienestar de sociedades enteras se vieron gravemente afectadas por la pandemia, se convierte en una prioridad que debe abordarse con urgencia, ya que, aunque en México la pandemia se encuentra en la quinta ola, los efectos del aislamiento en la población, tales como miedo o angustia ante la convivencia prolongada con otras personas fuera del núcleo familiar por el riesgo de contagio, se pueden extender hasta por tres años. (Secretaría de Salud, 2020a, p.4).

Debido a que actualmente la vacunación ha permitido disminuir el número de casos y de mortalidad, la situación actual de la pandemia requiere que “las necesidades emocionales de las personas reciban atención o, de lo contrario, esto puede resultar en una epidemia silenciosa, causando graves daños a las personas, a la sociedad y a la economía”. Esto puede suceder porque, en algunos casos, en una pequeña proporción de la población, el miedo, la tristeza, la ansiedad, la preocupación y el miedo ante la muerte “pueden llegar a prolongarse y tornarse más graves e incapacitantes, lo que conduce a un aumento de los trastornos mentales entre hombres y mujeres adultos, niñas y niños” (OPS, 2020c, p. 4).

Como puede apreciarse, la pandemia mundial de COVID-19 no sólo provocó enfermedad y muerte por el coronavirus, sino que produjo un efecto psicológico y en la salud mental de las personas. Un estudio de Gagliardi (2022) concluyó que el miedo a la muerte y la ansiedad están sumamente vinculadas.

El grado de ansiedad ante la muerte fue de tendencia alcista en el respectivo contexto, ya que la pandemia, de naturaleza incontrolable e impredecible, causó un mayor impacto negativo a nivel psicológico en los individuos. La alta letalidad del virus, y el colapso del sistema sanitario, ocasionaron gran incertidumbre y temor hacia la muerte, y esto generó mayor ansiedad hacia ella. (Gagliardi, 2022)

## II. Planteamiento del problema

Al 2 de abril de 2023 a nivel mundial se han reportado 762, 128, 709 casos confirmados (72, 292 casos nuevos) y 6, 892, 741 defunciones (188 nuevas defunciones), con una letalidad global de 0.9% (Dirección General de Epidemiología, 2023, p.1). En tanto que para México se han confirmado 7, 553, 847 casos totales y 333, 603 defunciones totales por COVID-19, con una tasa de incidencia de casos acumulados de 5, 756.2 por cada 100,000 habitantes (Dirección General de Epidemiología, 2023, p. 2). En cuanto a Michoacán, el reporte de casos confirmados acumulados fue de 117, 402. (Dirección General de Epidemiología, 2023, p. 3).

En la Región de las Américas, México se ubicó en la posición 2 en cuanto a cantidad de muertes por COVID-19 en el 2020, en tanto que para 2021 ocupó la posición 17, con una cifra acumulada para ambos años de 2398 muertes por millón de habitantes (OPS, 2021).

Debido a la gravedad de la enfermedad, y ante la inexistencia de una vacuna, los gobiernos tomaron la decisión de dictar medidas de aislamiento para evitar la propagación del virus. En el caso de México, como parte de la respuesta sanitaria ante el brote de la enfermedad por la COVID-19, se implementó la Jornada Nacional de Sana Distancia, misma que fue conocida, indistintamente, como distanciamiento social o cuarentena y que incluyó diferentes medidas, entre ellas el llamado específico denominado “Quédate en Casa” para reducir la probabilidad de contagio. Estas medidas tuvieron implicaciones individuales y colectivas, pues redujeron la movilidad y el contacto físico entre las personas. (Secretaría de Salud, 2020a, p. 5).

Aunque las medidas de distanciamiento social que se toman para frenar la transmisión persona-persona del COVID-19 y proteger la población es efectiva, puede llegar a ser particularmente difícil, ya que la pandemia es una amenaza de gran proporción

tanto para la salud física como para la salud mental. La adversidad asociada con las consecuencias socioeconómicas, el miedo al virus y su propagación, así como las preocupaciones asociadas, tienen un impacto indudable en la salud mental de la población.

Algunos factores que afectan la salud mental de las personas pueden ser la separación de los seres queridos, la pérdida de la libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento; pueden causar efectos psicológicos adversos, conductas de evitación, de confusión, de frustración y de enojo; incluidos los síntomas de estrés postraumático que podrían escalar hasta el suicidio; de hecho, algunos investigadores han sugerido que, a mayor duración de la cuarentena, se intensifican los temores, mismos que pueden provocar efectos negativos duraderos. (Brooks, 2020, como se citó en Secretaría de Salud, 2020a, p. 2).

En ese sentido, aunque la muerte es parte de la vida e ineludible, en el mundo contemporáneo, la muerte no es asumida como un suceso natural, de modo que puede generar profundas crisis a nivel personal, social o familiar. (Vásquez, 2017, como se citó en Buscovich – La Rosa et al., 2022).

Frente a esta situación se ha propuesto dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿cuál es el nivel del miedo ante la muerte en adultos de Michoacán en el contexto de la pandemia por COVID-19?

### **III. Objetivos**

#### **3.1. General**

Evaluar el nivel de miedo ante la muerte en adultos de Michoacán en el contexto de la pandemia por COVID-19.

#### **3.2. Específicos**

1. Describir las características sociodemográficas de los adultos de Michoacán.
2. Identificar el nivel de miedo ante la muerte en adultos de Michoacán en el contexto de la pandemia por COVID-19.
3. Describir las diferencias del nivel de miedo ante la muerte en adultos de Michoacán en el contexto de la pandemia por COVID-19 de acuerdo con las variables género, estado civil, religión, escolaridad y localidad.

## Capítulo II

## **IV. Marco teórico**

En este capítulo del protocolo se describe la variable miedo ante la muerte y la enfermedad COVID-19.

### **4.1. Miedo ante la muerte**

La conceptualización de muerte es abstracto, complejo y tiene múltiples acepciones, de manera que su abordaje y comprensión dependen de muchos factores; así mismo, “el concepto de muerte que poseen las personas es relativo y temporal y varía con el desarrollo del individuo, durante las diferentes etapas de la vida”. (Becerra C y Becerra H., 2020, p. 3).

#### **4.1.1. Concepto**

Para Collett & Lester (1969, como se citó en Gil, 2021) el miedo a la muerte es un “concepto multidimensional que puede tener diversas causas, que puede conducir a una persona a reaccionar de manera diferente a la idea de muerte como un estado y/o como proceso”.

De acuerdo con Tomás -Sábado (2020) el miedo a la muerte

constituye una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, reales o imaginados, a la propia existencia, que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales como cadáveres, cementerios, etc.; estímulos situacionales que se hayan condicionado por asociación con los anteriores y sean capaces de provocar una respuesta condicionada; y también por estímulos internos de la persona, como pensamientos o evocación de imágenes relacionadas con la muerte propia o ajena. (Tomás -Sábado, 2020)

#### **4.1.2. Características**

Lonetto & Templer () señalan que el miedo ante la muerte tiene dos determinantes fundamentales: el estado de salud psicológica y las experiencias personales relacionadas con la muerte, aunque posteriormente, añaden un tercer factor, de tipo existencial, que estaría relacionado con la idea de cómo encaja uno en el mundo y el significado que se atribuye a la vida y la muerte.

El miedo ante la muerte puede estar condicionada tanto por generadores internos como externos. Los generadores internos (por ejemplo, los pensamientos sobre la muerte) estarían relacionados con componentes obsesivos, mientras que los generadores externos (cementeros, ataúdes, etc.) estarían más asociados a componentes fóbicos.

Pese a que la idea de morir es un temor transversal, las actitudes hacia la muerte varían según los diferentes grupos etarios, dependiendo de su proximidad y exposición a la mortalidad. Al respecto, adultos jóvenes presentarían un mayor miedo a la muerte, en relación a que éstos aún no han cumplido sus objetivos de vida, y, por lo tanto, temen que la muerte pueda arrebatarles la vida que les pertenece (Buscovich – La Rosa et al., 2022, p. 35).

Se ha señalado que la preocupación por la muerte es una característica distintiva de los pacientes con alto riesgo suicida, quienes presentan actitudes de acercamiento y búsqueda de la muerte, que pueden ser expresadas en deseos de descanso, no despertar, desaparecer, carencia de proyecto de vida, entre otras.

También se ha identificado que el miedo exacerbado a enfermarse o morir, junto con la incertidumbre sobre lo que les acontecerá en el futuro, podrían impactar en las motivaciones actuales de los adultos jóvenes, y, por lo tanto, influir en su conducta posterior a la crisis sanitaria.

#### **4.1.3. Consecuencias**

Todo brote epidémico o pandémico tiene impacto devastador; no solamente, a nivel sanitario, económico y social sino también a nivel psicológico. Aspecto no siempre valorado ni tomado en cuenta en los planes y estrategias de afrontamiento e intervención gubernamental para la prevención, contención y tratamiento.

En ese sentido, de acuerdo con la OPS (2020 como se citó en Rodríguez et al., 2020), los estudios realizados sometidos a una amenaza que genera miedo o terror han identificado que hasta más del 80% de las personas, en circunstancias de cercanía evidente al peligro, expresan manifestaciones sintomáticas de miedo o pánico.

Desde el inicio de la pandemia se han reportado múltiples trabajos que abordan la variable psicológica a partir de sus consecuencias emocionales tanto en China, como Europa y Latinoamérica. En general, concluyen que el miedo o temor al contagio y a la incertidumbre incrementan los niveles de estrés, ansiedad, preocupación, somatización y depresión con tendencia a desarrollar enfermedades mentales, así como, comportamientos adictivos al alcohol y al tabaco. (OPS, 2020b).

Por otra parte, se ha reportado el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos, entre ellos, irritabilidad, tristeza, malestar e impotencia; pérdida de interés en realizar actividades que antes disfrutaban; preocupación excesiva y constante; olvidos frecuentes; dificultad para iniciar o mantener el sueño y pesadillas constantes. (Secretaría de Salud, 2020b).

También se han identificado diferentes manifestaciones psicológicas y psicosociales en la población (OPS/OMS, 2016 como se citó en Secretaría de Salud. (2020a), entre ellas:

- Según las tres "F" (en inglés) de Walter Cannon: huida (Flight), lucha (Fight), y parálisis (Freeze). Huir de la amenaza, es buscar salir corriendo de la situación, pero, si huir no es una opción o está agotada como estrategia, se activa la respuesta de lucha o confrontación de la amenaza y en un tercer plano, se activa



la reacción de parálisis, en donde las personas pueden sentir que la situación las tiene atrapadas y no pueden hacer nada.

- El procesamiento de información en contextos de alto estrés se torna muy simple y básico, el sistema de memoria falla y la capacidad de razonamiento se ve ligada a la sobrevivencia, por esto las personas tienden a perder parte de los mensajes, no pueden procesar toda la información que requieren atender.
- Ansiedad, depresión, duelos, estrés agudo, crisis emocionales y de pánico, reacciones colectivas de agitación, descompensación de trastornos psíquicos preexistentes, trastornos somáticos de origen psíquico.
- Miedo a nuevas epidemias.
- Conductas agresivas y de protesta contra autoridades e instituciones con actos de rebeldía y/o delincuenciales.
- Incremento en el consumo y/o abuso de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas. (Secretaría de Salud. (2020a)

También se resalta que el temor y la ansiedad con respecto a una nueva enfermedad y lo que podría suceder ante ésta, pueden resultar abrumadores y generar emociones fuertes, tanto en adultos, como en niños. Las medidas de salud pública, como el distanciamiento social, han causado que las personas se sientan aisladas y en soledad y es posible que aumente el estrés, la ansiedad y su miedo ante los brotes de enfermedades. (Valero et al., 2020).

## **4.2. Enfermedad COVID - 19**

COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2. La denominación viene de la frase en inglés coronavirus disease of 2019 (enfermedad del coronavirus de 2019).

### **4.2.1. Antecedentes**

La situación epidemiológica de la enfermedad COVID – 19 se desarrolló de la siguiente manera.

El 31 de diciembre de 2019, autoridades de salud de la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China informaron sobre la presencia de un conglomerado de 27 casos de Síndrome Respiratorio Agudo de etiología desconocida, estableciendo un vínculo con un mercado de mariscos y animales.

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas informaron la presencia de un Nuevo Coronavirus (2019-nCoV) identificado como posible etiología de dicho síndrome.

El 21 de enero, los CDC de EE. UU. informan del primer caso confirmado en la Región de las Américas. El paciente cuenta con antecedente de viaje a Wuhan, China.

El día 30 de enero del presente año, la OMS declaró Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), por el brote de 2019-nCoV.

El 11 de febrero, la Organización Mundial de la Salud, en conjunto con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), anunció el nombre de la enfermedad como COVID-19, por sus siglas en inglés, "enfermedad por coronavirus 2019".

El 28 de febrero, se confirmó el primer caso en México, en un masculino de 35 años de la Ciudad de México, que contaba con antecedente de viaje a Italia. (Gobierno de México, 2020).

El 11 de marzo, la OMS emite la declaratoria de pandemia.

#### **4.2.2. Mecanismos de transmisión**

El modo principal de transmisión es a través de las microgotas que genera una persona afectada al toser, hablar o estornudar. También puede generarse la transmisión

por contacto, a través de las manos o superficies contaminadas. Finalmente, mediante la generación de aerosoles a menos de dos metros de distancia. (OPS, 2023).

#### **4.2.3. Agente etiológico**

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia *Coronaviridae*. Esta familia se subdivide en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Muchos coronavirus de los cuatro géneros mencionados son causantes de enfermedades en animales domésticos, y por lo tanto son principalmente de interés veterinario. Los coronavirus de importancia médica conocidos hasta hoy son siete, y pertenecen a uno de los dos primeros géneros mencionados. Desde el punto de vista ecoepidemiológico se pueden clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad (o coronavirus humanos, HCoV) y coronavirus zoonóticos.

Los coronavirus humanos circulan libremente en la población de todos los continentes, suelen causar enfermedad respiratoria leve. Se estima que producen entre el 10% y el 30% de los casos de resfriado común. Por el contrario, los coronavirus zoonóticos circulan transitoriamente, pero pueden generar grandes epidemias de enfermedad respiratoria grave. (Díaz - Castrillón y Toro – Montoya, 2020).

En enero del 2020, el agente etiológico responsable de un grupo de casos de neumonía grave en Wuhan (China) fue identificado como un nuevo betacoronavirus, distinto del SARS-CoV y el MERS-CoV. El 11 de febrero del 2020, el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus (ICTV) anunció la denominación del virus como coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave 2 (SARS-CoV-2), mientras que, el mismo día, la OMS nombró la enfermedad como enfermedad por coronavirus (COVID-19). (OPS; 2020c).

#### **4.2.4. Epidemiología del SARS-CoV2**

El período de incubación es de 0 a 14 días, con una media de 5.1 días. La transmisión desde personas a / presintomáticas es posible (24 – 48 horas). El virus puede vivir en superficies contaminadas por lo que puede propagarse, a veces de manera explosiva y se calcula que la duración del virus en superficies puede ser de 24 a 48 horas en una temperatura ambiente.

#### **4.2.5. Diagnóstico**

Inicialmente, en el año 2020, para el diagnóstico de la enfermedad COVID -19 se consideraban casos sospechosos y casos confirmados.

Los casos sospechosos se refieren a las personas de cualquier edad que en los últimos siete días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: disnea (dato de gravedad), artralgias, mialgias, odinofagia / ardor faríngeo, rinorrea, conjuntivitis y dolor torácico. Es importante señalar que, en el caso de menores de cinco años, en lugar de dolor de cabeza (cefalea) se puede presentar irritabilidad. (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2020)

Los casos confirmados son aquellas personas que cumplan con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE). (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2020)

El 19 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó su guía provisional sobre las pruebas de laboratorio para la enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19) en casos humanos sospechosos que incluye información sobre la toma y envío de muestras, pruebas de laboratorio, e informes de casos y resultados. La OMS también actualiza las definiciones de casos sospechosos de COVID-19 según sea necesario. (OPS; 2020c).

El diagnóstico puede realizarse por los siguientes métodos:

- Métodos moleculares. La confirmación habitual de los casos de COVID-19 se basa en la detección del ácido nucleico (ARN) del virus mediante ensayos de RT-PCR inmediata. En ese sentido, la extracción de ARN se realiza de la siguiente manera: el ARN se puede extraer de las muestras mencionadas anteriormente utilizando cualquier protocolo estándar o estuche de obtención de muestras. En general, la etapa de lisis de la muestra en la extracción de ARN inactiva cualquier virus. Por lo tanto, las muestras después de la lisis se consideran generalmente no infecciosas. La inactivación del virus de la COVID-19 a través de la lisis de la muestra se ha verificado para algunos kits comerciales. (OPS; 2020c).
- Detección de antígenos. Durante los primeros días tras el inicio de los síntomas (de 1 a 5 días aproximadamente), se generan proteínas virales (antígenos) que pueden ser detectadas mediante diferentes ensayos (ELISA, inmunofluorescencia, o incluso pruebas rápidas). Sin embargo, no se ha caracterizado totalmente la dinámica de producción y excreción de estas proteínas. En general, la detección de antígenos presenta una especificidad aceptable (dependiendo del ensayo), por lo cual su detección puede ser usada como criterio de confirmación (en conjunto con la definición de caso, la historia clínica y los antecedentes epidemiológicos) y para tomar decisiones en el ámbito de la salud pública (p. ej., aislamiento). Sin embargo, un resultado negativo (en cualquier estadio de la infección) no debe ser usado como criterio para descartar un caso, y por lo tanto se recomiendan pruebas adicionales con ensayos moleculares. (OPS; 2020c).

- Métodos serológicos. Los ensayos serológicos son aquellos que permiten detectar los anticuerpos (IgM, IgG o IgA) generados como parte de la respuesta inmunitaria del individuo contra el virus de la COVID-19. En general, la mayor proporción de anticuerpos son producidos contra la proteína más abundante del virus, que es la de la nucleocápside (N). Por ello, los ensayos que detectan anticuerpos contra esta proteína podrían ser más sensibles. Sin embargo, los anticuerpos dirigidos contra la proteína de unión a los receptores celulares (proteína S) suelen ser más específicos. Por esto, utilizar ensayos que detecten anticuerpos IgG o IgM dirigidos contra los dos antígenos pueden tener un mejor desempeño. En cualquier caso, estos anticuerpos pueden presentar reactividad cruzada con SARS-CoV e incluso con otros coronavirus humanos. (OPS; 2020c).

#### **4.2.6. Categorías de gravedad de la COVID-19**

La OMS estableció categoría de gravedad de la COVID – 19 que se mencionan a continuación.

- COVID-19 crítica: se define por los criterios de síndrome de dificultad respiratoria aguda, septicemia, choque séptico u otras afecciones que normalmente requieren cuidados intensivos, como ventilación mecánica (invasiva o no) o administración de vasopresores.
- COVID-19 grave: se define por cualquiera de los siguientes criterios: saturación de oxígeno <90% respirando aire ambiente; signos de neumonía; signos de dificultad respiratoria grave (en adultos, uso de músculos accesorios, incapacidad de terminar las frases al hablar, frecuencia respiratoria >30 respiraciones por minuto; en niños, tiraje muy acentuado, quejido espiratorio,

cianosis central o cualquier otro signo general de alarma, como incapacidad de mamar o beber, letargo, convulsiones o disminución del nivel de conciencia).

- COVID-19 no grave: se define por la ausencia de todo criterio de COVID-19 grave o crítica. (OMS, 2023b, p. 9).

#### **4.2.7. Tratamiento de la COVID-19**

La OMS ha establecido recomendaciones para el tratamiento de la COVID – 19 de acuerdo con los criterios de gravedad. Existen varias opciones terapéuticas para los pacientes con COVID-19, tanto si presentan un cuadro no grave como si presentan un cuadro grave o crítico. La elección dependerá de la facilidad para conseguir los fármacos, de su vía de administración (por ejemplo, por vía parenteral solo en el caso del remdesivir y de los anticuerpos monoclonales), de la medicación concomitante, de la duración de tratamiento y del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la instauración del tratamiento. (OMS, 2023b, p. 10).

- Para la enfermedad no grave la OMS recomienda sin reserva a favor nirmatrelvir a a pacientes con mayor riesgo de hospitalización. Y sugiere que puede ofrecerse nirmatrelvir y ritonavir a las embarazadas y madres lactantes, aunque resalta que las decisiones se adoptarán conjuntamente con las pacientes. Una recomendación grave débil o condicionada es remdesivir.
- Para la enfermedad no grave sugiere el uso de corticoesteroides, IL-6 receptor blockers y tofacitinib en asociación. Una recomendación grave débil o condicionada es remdesivir.
- Para la enfermedad grave la OMS recomienda uso de corticoesteroides, IL-6 receptor blockers y tofacitinib en asociación.

#### **4.2.7. Factores de riesgo para COVID-19 grave**

Existen algunos factores de riesgo para COVID -19 grave.

Las comorbilidades identificadas por metaanálisis y revisiones sistemáticas como asociadas significativamente con el riesgo de COVID-19 grave son las siguientes: enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes tipo 1 y 2, afecciones cardíacas (como insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial coronaria o cardiomiopatías), obesidad (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), embarazo y embarazo reciente y tabaquismo, actual o previo.

También existen comorbilidades identificadas en estudios observacionales (por ejemplo, de cohortes, de casos y controles o transversales) o en metaanálisis y revisiones sistemáticas que aborda un factor dentro de un grupo más grande de otros factores de riesgo: niños con determinadas enfermedades subyacentes (complejidad médica, afecciones genéticas, neurológicas o metabólicas, cardiopatía congénita, obesidad, diabetes, asma u otra enfermedad pulmonar crónica, anemia falciforme o inmunosupresión); síndrome de Down; virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); afecciones neurológicas, incluida la demencia; sobrepeso (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, pero  $< 30$  kg/m<sup>2</sup>); otras enfermedades pulmonares (incluida la enfermedad pulmonar intersticial, fibrosis e hipertensión pulmonares); enfermedad de células falciformes; trasplante de órganos sólidos o de células madre sanguíneas; trastornos por consumo de sustancias; uso de corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores. (Gobierno de México, 2021).



## Capítulo III

## **V. Material y métodos**

### **5.1. Enfoque y diseño**

El enfoque de este estudio fue cuantitativo (Grove y Gray, 2019, p. 90) y el diseño descriptivo (Grove y Gray, 2019, p. 92), transversal (Guevara et al, 2017, p. 119) y no experimental (Hernández- Sampieri, 2018, p. 175)

### **5.2. Universo**

El universo de esta investigación estuvo constituido por adultos de Morelia, Michoacán en el contexto de la pandemia por COVID-19.

### **5.3. Muestra y muestreo**

Para esta investigación se utilizó una muestra de 200 adultos residentes de Morelia, Michoacán, que serán seleccionados con un muestreo a conveniencia.

### **5.4. Límites de tiempo y espacio**

Esta investigación se realizó de agosto 2022 a julio 2023. El lugar donde se efectuó esta investigación fue la localidad de Morelia, Michoacán.

### **5.5. Variables**

La variable dependiente miedo ante la muerte se definió como “una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, reales o imaginados, a la propia existencia, que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales como cadáveres, cementerios, etc.” (Collett y Lester, 1969, como se citó en Gil, 2021)

La operacionalización de la variable miedo ante la muerte se muestra en el anexo 1.

Las variables sociodemográficas que se midieron fueron edad, género, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico. Además, se preguntó sobre las experiencias ante la muerte en el contexto de la enfermedad COVID – 19 (muerte de un familiar, amigos, compañeros de trabajo y vecinos). La operacionalización de las variables sociodemográficas se presenta en el apéndice 2.

## **5.6. Criterios de selección**

Los criterios de elegibilidad del proyecto de investigación que se consideran para esta investigación fueron los siguientes.

### **5.6.1. Criterios de inclusión**

Se incluyeron en el estudio a personas adultas con edad de 18 a 60 años, sin distinción de género, escolaridad y religión, residentes de Morelia, Michoacán en el contexto de la pandemia por COVID – 19, que acepten participar y firmen la carta de consentimiento informado.

### **5.6.2. Criterios de exclusión**

Se excluyeron del estudio a niños, adolescentes y personas adultas mayores.

### **5.6.3. Criterios de eliminación**

Se eliminaron del estudio a los participantes que cambien de residencia y dejen sin contestar más del 10% de la cédula de colecta de datos.

## **5.7 Instrumentos**

Para medir la variable independiente miedo ante la muerte se empleó la escala Escala Miedo a la Muerte de Collett Lester, versión española conformado por cuatro sub-escalas, de siete ítems cada una, que consultan sobre el miedo a la muerte propia (ítems 1 – 7), el miedo al proceso de morir propio (ítems 1 – 7), miedo a la muerte de otros (ítems 1

– 7) y el miedo al proceso de morir de otros (ítems 1 – 7). Las respuestas de la escala son tipo Likert de 1 (nada) a 5 (mucho); se obtiene un puntaje total sumando todos los ítems y uno por cada sub-escala sumando los ítems correspondientes. Las puntuaciones más altas indican mayor miedo a la muerte como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Puntos de corte de la Escala Miedo ante la muerte*

Miedo ante la muerte		Puntaje
Escala total		
	Bajo	28 – 62
	Moderado – bajo	63 – 95
	Moderado	96 – 129
	Moderado – alto	130 – 162
	Alto	163 - 196
Sub – escalas		
Miedo a la muerte propia		
	Bajo	7 – 13
	Moderado – bajo	14 – 18
	Moderado	19 – 24
	Moderado – alto	25 – 29
	Alto	30 - 35
Miedo al proceso de morir propio		
	Bajo	7 – 13
	Moderado – bajo	14 – 18
	Moderado	19 – 24
	Moderado – alto	25 – 29
	Alto	30 - 35
Miedo a la muerte de otros		
	Bajo	7 – 13
	Moderado – bajo	14 – 18
	Moderado	19 – 24
	Moderado – alto	25 – 29
	Alto	30 - 35
Miedo al proceso de morir de otros		
	Bajo	7 – 13
	Moderado – bajo	14 – 18
	Moderado	19 – 24
	Moderado – alto	25 – 29
	Alto	30 - 35

Además, se elaboró una cédula de colecta de datos que incluyó la escala que mide la variable de estudio y las variables sociodemográficas (ver el apéndice 3).

### **5.8 Procedimiento.**

Se elaboró el protocolo de investigación con base en los pasos definidos por Grove y Gray (2019, p. 106) y una vez elaborado el protocolo se solicitó la evaluación del Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Una vez obtenidos los dictámenes de los comités, se acudió a las plazas públicas del centro histórico (Plaza de Armas, Plaza Melchor Ocampo, Plaza Capuchinas, Plaza San José, Plaza Las Rosas y Plaza del Carmen de la ciudad de Morelia, Michoacán. Ahí se abordó a los participantes a quienes se invitó a participar en el proyecto, se les informó del objetivo de la investigación y en qué consistiría su participación; cuando las personas aceptaran participar se les solicitó la firma de la carta de consentimiento informado (ver el apéndice 4) para proceder al llenado de la cédula de colecta de datos (ver el apéndice 5) que fue autoadministrada, aunque la investigadora se mantuvo atenta a resolver dudas o preguntas de los participantes.

Posteriormente los investigadores realizaron la matriz de datos donde capturaron los datos de la cédula y efectuaron el análisis estadístico para generar tablas. En seguida se elaboró el capítulo IV de la tesis.

### **5.10 Análisis estadístico**

Para efectuar el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva; para el caso de las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, desviación estándar); y para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes.

Para determinar las diferencias se empleó estadística inferencial mediante las pruebas no paramétricas U de Mann – Whitney para las variables cualitativas con dos grupos y la prueba H de Kruskal – Wallis para las variables cualitativas con tres grupos.

El procesamiento de los datos se realizó en el programa SPSS versión 25 para Windows en su versión libre de 15 días disponible en la página web oficial de IBM.

Para determinar la confiabilidad de la escala Miedo ante la muerte se realizó una prueba piloto en una población de 30 personas de Morelia y se obtuvo  $\alpha=0.95$ .

### **5.13. Consideraciones éticas y legales**

Para esta investigación se consideró la siguiente normatividad. A nivel internacional se contemplaron los principios éticos (Grove y Gray, 2019), las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación relacionada con la Salud con Seres Humanos (Organización Panamericana de la Salud, 2017) y la Declaración de Helsinki (2013). En el ámbito nacional se respetó la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (2012) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014).

En cuanto al valor social y científico que solicitan las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (2017), esta investigación está justificada debido a que la pandemia por la enfermedad COVID – 19 no sólo generó mortalidad directa y exceso de mortalidad, sino que ha provocado múltiples complicaciones físicas y psicológicas, entre ellas el miedo ante la muerte, especialmente cuando las personas vivieron la muerte de personas cercana a ella, como familia, amigos o compañeros de trabajo. En ese sentido, las personas, por su miedo ante la muerte, experimentan alteraciones de salud mental como ansiedad, estrés, etc., y el profesional de

enfermería debe ser capaz de identificar en las personas que atiende estas manifestaciones.

Por otra parte, esta investigación respetó los principios éticos de respeto por la persona, beneficencia y justicia (Grove y Gray, 2019, p. 227). Para el caso del respeto por la persona o la autonomía, en este protocolo se respetó la autonomía de los participantes, debido a que se les permitirá a los sujetos de investigación la posibilidad de abandonar el proyecto, se les solicitó la firma de la hoja del consentimiento informado y se les garantizó la confidencialidad de la información que proporcionen al investigador.

En relación con el segundo principio de beneficencia, se promovió el bien a los participantes y el investigador ya que redujo los riesgos del participante porque las preguntas de la escala pueden generar emociones como tristeza o miedo y, en ese caso, se les informó a los participantes que pueden acudir al servicio de Psicología del Hospital de la Mujer. Finalmente, para el tercer principio, que se refiere a la justicia, se respetaron los criterios de inclusión y exclusión para los sujetos de estudio.

En cuanto a la Declaración de Helsinki (Asamblea Médica Mundial, 2013), se respetaron las normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

En esta investigación se mantuvo el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los participantes, se obtuvo la firma del participante en la hoja del consentimiento informado y se solicitó la aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo previo a la coleta de datos, de acuerdo con lo que establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014).

Esta investigación se consideró con riesgo mínimo debido a que sólo se emplearon técnicas y métodos de investigación documental con la aplicación de encuestas a las personas adultas, aunque, al tratarse una variable que puede generar emociones como miedo y tristeza, la investigadora se mantuvo atenta a la verbalización de los participantes para orientarles sobre los hospitales de la Secretaría de Salud que ofrecen servicios de psicología o psiquiatría. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014).



## Capítulo IV

## VI. Resultados

El objetivo de esta investigación fue evaluar el nivel de miedo ante la muerte en adultos de Michoacán en el contexto de la pandemia por COVID-19 y en este apartado se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos específicos.

En el caso del objetivo específico 1, en la tabla 2 se aprecia que 71.1% fueron mujeres, 53.8% solteros, 86.8% profesan la religión católica, 54.8% tenían el grado académico de licenciatura y 62.4% referían tener nivel socioeconómico medio. La media de edad de los participantes fue de 31.92 años ( $DE=12.76$ ), con rangos de 17 a 76 años.

**Tabla 2**

*Datos sociodemográficos de los participantes (n=197)*

Variable	<i>f</i>	%	
Género	Femenino	140	<b>71.1</b>
	Masculino	57	28.9
Estado civil	Soltero	106	<b>53.8</b>
	union libre	21	10.7
	Casado	60	30.5
	Divorciado	6	3.0
	Viudo	4	2.0
Religión	Católica	171	<b>86.8</b>
	Cristiana	7	3.6
	Otro	19	9.6
Escolaridad	Primaria	5	2.5
	Secundaria	21	10.7
	Preparatoria	38	19.3
	Técnico	15	7.6
	Licenciatura	108	54.8
	Posgrado	10	5.1
Nivel socioeconómico	Alto	2	1.0
	Medio alto	20	10.2
	Medio	123	<b>62.4</b>
	Medio bajo	47	23.9
	Bajo	5	2.5

Respecto a las experiencias ante la muerte en el contexto de la enfermedad COVID – 19, se identificó que 52.8% vivió la muerte de un familiar y 51.8% de vecinos (tabla 3).

**Tabla 3**

*Experiencias ante la muerte en el contexto de COVID – 19 (n=197)*

Muerte durante la pandemia		<i>f</i>	%
De un familiar	Sí	104	<b>52.8</b>
	No	93	47.2
De amigos	Sí	78	39.6
	No	119	<b>60.4</b>
Compañeros de trabajo	Sí	38	19.3
	No	159	<b>80.7</b>
Vecinos	Sí	102	<b>51.8</b>
	No	95	48.2

Al cuestionar sobre experiencias personales ante la muerte en el contexto de la pandemia por COVID – 19, 33.0% señalaron que estuvieron a punto de morir por la enfermedad y 70.1% reportó que algún familiar también lo estuvo (tabla 4).

**Tabla 4**

*Experiencias personales ante la muerte en el contexto de COVID – 19 (n=197)*

Experiencia ante la muerte		<i>f</i>	%
La persona estuvo a punto de morir	Sí	65	33.0
	No	132	<b>67.0</b>
Algún familiar estuvo a punto de morir	Sí	138	<b>70.1</b>
	No	59	29.9

En cuanto al objetivo específico 2, se identificó miedo ante la muerte moderado en la escala total (32.5%) y en la sub – escala Miedo al proceso de morir propio (25.9%), en tanto que fue alto en las sub – escalas Miedo a la muerte de otros (36.5%) y Miedo al proceso de morir de otros (33.0%); sólo en la sub – escala Miedo a la muerte propia el nivel fue moderado – alto (25.9%), como se observa en la tabla 5.

**Tabla 5**

*Miedo ante la muerte en los participantes (n=197)*

Miedo ante la muerte		<i>f</i>	%
Escala total			
	Bajo	10	5.1
	Moderado – bajo	25	12.7
	Moderado	64	<b>32.5</b>
	Moderado – alto	49	24.9
	Alto	49	24.9
Sub – escalas			
Miedo a la muerte propia			
	Bajo	37	18.8
	Moderado – bajo	38	19.3
	Moderado	37	18.8
	Moderado – alto	48	<b>24.4</b>
	Alto	37	18.8
Miedo al proceso de morir propio			
	Bajo	26	13.2
	Moderado – bajo	35	17.8
	Moderado	51	<b>25.9</b>
	Moderado – alto	49	24.9
	Alto	36	18.3
Miedo a la muerte de otros			
	Bajo	10	5.1
	Moderado – bajo	18	9.1
	Moderado	32	16.2
	Moderado – alto	65	33.0
	Alto	72	<b>36.5</b>
Miedo al proceso de morir de otros			
	Bajo	12	6.1
	Moderado – bajo	22	11.2
	Moderado	46	23.4
	Moderado – alto	52	26.4
	Alto	65	<b>33.0</b>

En cuanto al objetivo específico 4, en la tabla 6 se advierte que en sólo la variable género se identificó una diferencia estadísticamente significativa con la escala total del miedo ante la muerte ( $U = 2861.000$ ,  $p < .05$ ), con lo que las mujeres presentaron mayor miedo ante la muerte en la escala total.

**Tabla 6**

*Diferencias del miedo ante la muerte en la escala total y las variables sociodemográficas*

Variab es		<i>M</i>	Mediana	<i>p</i>
Género <sup>a</sup>	Femenino	100.44	<b>99.50</b>	.002*
	Masculino	87.67	84.00	
Escolaridad <sup>b</sup>	Primaria	97.20	94.00	.798
	Secundaria	94.24	92.00	
	Preparatoria	100.13	97.50	
	Técnico	102.93	100.00	
	Licenciatura	95.62	96.00	
	Posgrado	91.80	90.00	
Religión <sup>b</sup>	Católica	96.79	97.00	.950
	Cristiana	97.00	87.00	
	Otro	96.26	92.00	
Estado civil <sup>b</sup>	Soltero	96.63	96.00	.954
	Unión libre	99.48	95.00	
	Casado	96.35	97.50	
	Divorciado	94.50	91.50	
	Viudo	94.71	91.50	
Nivel socioeconómico <sup>b</sup>	Alto	96.50	96.50	.162
	Medio alto	104.65	118.00	
	Medio	96.20	95.00	
	Medio bajo	92.77	92.00	
	Bajo	116.20	121.00	

*Nota:* <sup>a</sup> U de Mann – Whitney, <sup>b</sup> H de Kruskal – Wallis

\* $p < .05$

Respecto a la dimensión Miedo a la muerte propia, la tabla 7 muestra que hubo una diferencia estadísticamente significativa con la variable género ( $U = 3119.000$ ,  $p < .05$ ), lo que se interpreta como que las mujeres perciben mayor miedo a la muerte propia. En el

resto de las variables sociodemográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 7**

*Diferencias de la sub – escala Miedo a la muerte propia y las variables sociodemográficas*

Variab es		<i>M</i>	Mediana	<i>p</i>
Género <sup>a</sup>	Femenino	22.59	<b>24.50</b>	.016
	Masculino	19.51	19.00	
Escolaridad <sup>b</sup>	Primaria	19.80	17.00	.899
	Secundaria	21.52	24.00	
	Preparatoria	22.24	24.00	
	Técnico	23.60	25.00	
	Licenciatura	21.53	22.00	
	Posgrado	19.90	19.00	
Religión <sup>b</sup>	Católica	21.84	23.00	.792
	Cristiana	21.29	21.00	
	Otro	20.53	20.00	
Estado civil <sup>b</sup>	Soltero	21.55	21.50	.848
	Unión libre	23.00	25.00	
	Casado	21.55	23.50	
	Divorciado	19.83	18.00	
	Viudo	23.75	24.50	
Nivel socioeconómico <sup>b</sup>	Alto	21.00	21.00	.065
	Medio alto	24.10	26.00	
	Medio	21.20	22.00	
	Medio bajo	21.09	20.00	
	Bajo	30.40	34.00	

Nota: <sup>a</sup> U de Mann – Whitney, <sup>b</sup> H de Kruskal – Wallis

\**p* < .05

En la sub – escala Miedo al proceso de morir propio, es posible apreciar en la tabla 8 que existe una diferencia estadísticamente significativa con la variable género ( $U = 3011.500$ ,  $p < .05$ ), por tanto, las mujeres consideran que es mayor el miedo al proceso de morir propio. En el resto de las variables sociodemográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 8**

*Diferencias de la sub – escala Miedo al proceso de morir propio y las variables sociodemográficas*

Variables		<i>M</i>	Mediana	<i>p</i>
Género <sup>a</sup>	Femenino	23.85	<b>24.00</b>	.007
	Masculino	20.47	19.00	
Escolaridad <sup>b</sup>	Primaria	22.60	23.00	.876
	Secundaria	22.10	23.00	
	Preparatoria	23.89	23.00	
	Técnico	24.67	25.00	
	Licenciatura	22.47	22.00	
	Posgrado	22.40	24.00	
Religión <sup>b</sup>	Católica	22.94	23.00	.964
	Cristiana	22.29	23.00	
	Otro	22.53	24.00	
Estado civil <sup>b</sup>	Soltero	23.47	24.00	.553
	Unión libre	23.38	21.00	
	Casado	22.15	23.00	
	Divorciado	20.67	20.00	
	Viudo	18.50	18.50	
	Nivel socioeconómico <sup>b</sup>	Alto	22.00	
Medio alto	25.30	29.00		
Medio	22.53	22.00		
Medio bajo	22.38	24.00		
Bajo	26.60	25.00		

Nota: <sup>a</sup> U de Mann – Whitney, <sup>b</sup> H de Kruskal – Wallis

\**p* < .05

Al analizar la sub - escala Miedo a la muerte de otros, en la tabla 9 se reporta una diferencia estadísticamente significativa con la variable género ( $U = 3117.000$ ,  $p < .05$ ) y este dato corresponde a un mayor miedo a la muerte de otros en el caso de las mujeres. En el resto de las variables sociodemográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 9***Diferencias de la sub – escala Miedo a la muerte de otros y las variables sociodemográficas*

Variables		<i>M</i>	Mediana	<i>p</i>
Género <sup>a</sup>	Femenino	27.72	<b>28.00</b>	.016
	Masculino	24.40	27.00	
Escolaridad <sup>b</sup>	Primaria	30.60	30.00	.386
	Secundaria	25.90	27.00	
	Preparatoria	27.84	28.50	
	Técnico	28.13	29.00	
	Licenciatura	26.31	28.00	
	Posgrado	25.30	23.50	
Religión <sup>b</sup>	Católica	26.70	28.00	.714
	Cristiana	28.71	28.00	
	Otro	26.63	28.00	
Estado civil <sup>b</sup>	Soltero	26.41	28.00	.739
	Unión libre	27.10	29.00	
	Casado	26.78	29.00	
	Divorciado	30.83	32.50	
	Viudo	28.00	27.50	
Nivel socioeconómico <sup>b</sup>	Alto	28.50	28.50	.260
	Medio alto	28.25	31.50	
	Medio	26.76	28.00	
	Medio bajo	25.60	28.00	
	Bajo	31.00	34.00	

Nota: <sup>a</sup> U de Mann – Whitney, <sup>b</sup> H de Kruskal – Wallis

\**p* < .05

Por otra parte, en la tabla 10 la sub – escala Miedo al proceso de morir de otros se observa una diferencia estadísticamente significativa con la variable género ( $U = 3050.000$ ,  $p < .05$ ), esto puede interpretarse como que el miedo al proceso de morir de otros es mayor en las mujeres. En el resto de las variables sociodemográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.



**Tabla 10**

*Diferencias de la sub – escala Miedo al proceso de morir de otros y las variables sociodemográficas*

Variables		<i>M</i>	Mediana	<i>p</i>
Género <sup>a</sup>	Femenino	26.29	<b>28.00</b>	.009
	Masculino	23.28	25.00	
Escolaridad <sup>b</sup>	Primaria	24.20	23.00	.908
	Secundaria	242.71	25.00	
	Preparatoria	26.16	28.00	
	Técnico	26.53	25.00	
	Licenciatura	25.31	25.00	
	Posgrado	24.20	23.00	
Religión <sup>b</sup>	Católica	25.32	27.00	.821
	Cristiana	24.71	25.00	
	Otro	26.58	28.00	
Estado civil <sup>b</sup>	Soltero	25.21	27.00	.718
	Unión libre	26.00	28.00	
	Casado	25.87	27.50	
	Divorciado	23.17	21.50	
	Viudo	24.50	22.00	
Nivel socioeconómico <sup>b</sup>	Alto	25.00	25.00	.227
	Medio alto	27.00	28.00	
	Medio	25.71	27.00	
	Medio bajo	23.70	24.00	
	Bajo	28.20	33.00	

Nota: <sup>a</sup> U de Mann – Whitney, <sup>b</sup> H de Kruskal – Wallis

\**p* < .05

## VII. Discusión

Esta investigación buscó evaluar el nivel de miedo ante la muerte en adultos de Michoacán en el contexto de la pandemia por COVID-19 y en este estudio se identificó que siete de cada 10 participantes fueron mujeres, casi seis de cada 10 eran solteros, cinco de cada 10 poseían el nivel licenciatura, seis de cada 10 referían tener nivel socioeconómico medio y la mayoría se ubicaban en la tercera década de la vida.

En cuanto a la edad, este estudio coincide con otros resultados y puede deberse a que “este grupo etario se encuentra relacionado con la responsabilidad del sustento económico del hogar y por lo tanto la necesidad del trabajo fuera del mismo, situación que lo podría exponer al contagio”, lo que justificaría su mayor miedo. (Becerra – Canales y Becerra – Huamán, 2020, p. 10)

También se encontró que casi nueve de cada 10 de los sujetos de investigación profesaban la religión católica y algunos estudios concuerdan que la religiosidad vivida de forma intrínseca puede no influir o proteger contra la ansiedad ante la muerte y la vivida de forma extrínseca la incrementa, ya que la realidad de las experiencias que las personas viven están asociadas a la muerte, la esperanza de vida y a las creencias religiosas.

En esta investigación se encontró que tres de cada 10 participantes señalaron que estuvieron a punto de morir por la enfermedad y siete de cada 10 reportaron que algún familiar contrajo la enfermedad y murió por la enfermedad por COVID – 19 parecido a Becerra – Canales y Becerra – Huamán (2020, p. 7). y aunque la muerte es un fenómeno natural y esperable desde que se nace, la muerte suele asociarse a la tristeza y al dolor, pero también suele ser un tema tabú, o un “personaje incómodo” como diría Tomás-Sábado (como se citó en Idacochea – Cáceda et al (2021, p. 51).

Por otra parte, también se identificó que cinco de cada 10 sujetos de la investigación vivieron la muerte de un familiar y de sus vecinos debido a la enfermedad por COVID – 19,

semejante a Becerra – Canales y Becerra – Huamán (2020, p. 7). Cabe señalar que “la muerte es una experiencia traumática que conlleva temores, miedos, angustias, sufrimiento y dolor a quienes lo enfrentan y a los sobrevivientes” (Idacochea – Cáceda et al (2021, p. 56) y esta situación es más notoria al enfrentarse a crisis de seguridad de salud como la provocada por la pandemia por la COVID -19. A este respecto, habría que reconocer que la pandemia trajo consigo no sólo el miedo ante la muerte, sino también el miedo al contacto físico, a los espacios cerrados, a salir a la calle, a enfermarse y a estar solos. (García, 2022, p. 57).

En ese sentido, quienes han tenido que vivir la experiencia traumática de un familiar enfermo y fallecido por COVID-19, sienten mayor ansiedad al considerarse más consciente de su propia vulnerabilidad, como aquellos que aún no enfermaron de COVID-19, “la incertidumbre y miedo a lo desconocido, ocasiona mayor ansiedad ante la muerte, temor a la muerte, a la enfermedad y al paso del tiempo”. (Becerra – Canales y Becerra – Huamán, 2020, p. 10)

Respecto al miedo ante la muerte, fue moderado en la escala total en tres de cada 10 participantes y en la sub – escala Miedo al proceso de morir propio también fue moderado pero en dos cada 10 sujetos de investigación. Es importante señalar que la actitud ante la muerte se genera de manera individual con en base en la interpretación e interacción de la persona con su entorno, y por tanto, la actitud ante la muerte se encuentra vinculada a la visión personal del mundo y el lugar que la persona ocupa en él.

Entre las respuestas emocionales más frecuentes que se reportan durante las epidemias se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión y durante la pandemia por COVID – 19 se percibía una amenaza real a la vida que activó todos los miedos existenciales, ya que todo aquello que recuerde a la enfermedad y la muerte despierta en la persona los temores reprimidos más íntimos y provoca reacciones de desesperación y

temor (Tomás -Sábado, 2020, p. 27), especialmente si se han tenido experiencias personales o familiares con la muerte durante la pandemia.

Pese a años de intentos por responder a la interrogante de la muerte, Meza y Guinot (como se citó en Idacochea – Cáceda et al (2021, p. 51) precisan que el individuo aún no ha logrado superar el miedo universal a la muerte, por lo que se mantiene la incertidumbre, la ruptura con lo real y la angustia existencial respecto al final de los días, situación que se agrava con el paso de los años, o al enfrentarse a una enfermedad de cuidado.

El miedo ante la muerte fue alto en tres de cada 10 participantes en las sub – escalas Miedo a la muerte de otros y Miedo al proceso de morir de otros y sólo fue moderado – alto en dos de cada 10 participantes en la sub – escala Miedo a la muerte propia. Estos sentimientos se exacerbaron durante la pandemia, ya que la alta letalidad del virus y el colapso de los sistemas de salud ocasionaron gran incertidumbre ante la muerte. A esto habría que agregar que el proceso de duelo se detuvo porque las personas se enfrentaron a la muerte de familiares y amigos en soledad, ya que los rituales fúnebres se suspendieron para evitar los contagios, lo que provocó duelos disfuncionales.

Por otra parte, se identificó que las mujeres presentan mayor miedo ante la muerte en la escala total y en todas las dimensiones. Estos resultados son semejantes a los encontrados por Becerra – Canales y Becerra – Huamán (2020, p. 2) y estos datos son consistentes con la revisión de la literatura, que sugieren una mayor vulnerabilidad de la mujer a padecer miedos y fobias, independientemente al tipo de miedo que se trate.

Debido a su alta mortalidad, las personas en todo el mundo se percibían vulnerables, especialmente al inicio de la pandemia ante el desconocimiento de la propia enfermedad y la ausencia de una vacuna, ya que recibir el diagnóstico de este padecimiento provocaba la sensación de muerte inevitable. Nadie se sentía bien “delante de personas contagiadas

por este virus o en riesgo de morir a causa de complicaciones a su salud” (Becerra – Canales y Becerra – Huamán, 2020, p. 3).

## VIII. Conclusiones

En este estudio se evaluó el miedo ante la muerte en adultos de Michoacán en el contexto de la pandemia. La mayoría de los participantes fueron mujeres, solteros, se refieren como católicos, con grado académico de licenciatura y con nivel socioeconómico medio.

También se identificó que cinco de cada 10 sujetos de la investigación vivieron la muerte de un familiar y de sus vecinos debido a la enfermedad por COVID – 19, en tanto que tres de cada 10 participantes señalaron que estuvieron a punto de morir por la enfermedad y siete de cada 10 reportaron que algún familiar contrajo la enfermedad y murió por este padecimiento.

Respecto al miedo ante la muerte, fue moderado en la escala total en tres de cada 10 participantes y en la sub – escala Miedo al proceso de morir propio también fue moderado pero en dos cada 10 sujetos de investigación. Debido a su propia naturaleza adversa, “la conceptualización de muerte es abstracto, complejo y tiene múltiples acepciones, de manera que su abordaje y comprensión dependen de muchos factores” (Becerra – Canales y Becerra – Huamán, 2020, p. 2).

El miedo ante la muerte fue alto en tres de cada 10 participantes en las sub – escalas Miedo a la muerte de otros y Miedo al proceso de morir de otros y sólo fue moderado – alto en dos de cada 10 participantes en la sub – escala Miedo a la muerte propia. así mismo, el concepto de muerte que poseen las personas es relativo y temporal y varía con el desarrollo del individuo, durante las diferentes etapas de la vida.

Por otra parte, se identificó que las mujeres presentan mayor miedo ante la muerte en la escala total y en todas las dimensiones, debido a que, en general, las mujeres son más sensibles ante el miedo que los hombres ya que, como señalan Gesser et al (Becerra

– Canales y Becerra – Huamán, 2020, p. 10), los hombres tienden a evitar con mayor intensidad los pensamientos relacionados con la muerte que las mujeres.

Esta investigación tuvo como principal limitación el tener una muestra no probabilística y un muestreo a conveniencia, por lo que se sugiere en futuros trabajos aumentar el tamaño de la muestra y seleccionar población de zonas rurales.

## **IX. Sugerencias**

Una vez concluida la investigación se sugiere lo siguiente. Primero es importante que los profesionales de enfermería se preparen de manera física y psicológica para atender a todas las personas a las que cuidan pensando que siempre existe la posibilidad de morir. Así que es importante que se participe en cursos o diplomados sobre tanatología que proporcionen herramientas para afrontar la muerte propia y de otros, de los familiares y pacientes.

También es necesario que durante la práctica de enfermería se utilicen instrumentos o escalas que faciliten la identificación de personas que sufrieron la pérdida de uno o varios de sus familiares durante la pandemia y canalizar a los servicios de salud mental y / o psiquiátricos para que se les brinden apoyo tanatológico o atención a problemas de salud mental o psiquiátricos.



## X. Referencias bibliográficas

- Asamblea Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki. <https://bit.ly/43QNcRM>
- Becerra, B.D. y Becerra, D. (2020). Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos, durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36, e3999.
- Buscovich – La Rosa, L. Avaria -Ramírez, F. y Parra – Gutiérrez, P. (2022). Actitudes hacia la muerte expresadas por jóvenes en contexto COVID-19 en la región de Tarapacá. *RIP*, 27, 33 – 62. <https://doi.org/10.53287/10.53287/devr4986ox84p>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Díaz – Castrillón, F.J. y Toro – Montoya, A. I. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y laboratorio*, 24(3), 183 – 205. <https://doi.org/10.36384/01232576.268>
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2020). *Triage respiratorio en atención primaria. COVID – 19*. <http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/triage.html>
- Dirección General de Epidemiología. (2023). *Coronavirus COVID19 Informe Técnico Semanal*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid19-informe-tecnico-semanal>
- Gagliardi, L. (2022). Miedo a la muerte y ansiedad en el contexto de Covid-19. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7 (304), 1 - 8. <https://doi.org/10.32351/rca.v7.304>
- García, I.Y. (2022). Duelo, miedo a la muerte y al COVID – 19 en habitantes del Valle del Mezquital, Hidalgo. [Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Tesis de Licenciatura]. <https://bit.ly/3D6TOPW>

- Gil, J.M. (2021). *Análisis de casos de cambio en frecuencia cardíaca, por efectos del miedo a la muerte (tanatofobia) en estudiantes universitarios de la Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.* <https://bit.ly/3MOIEGK>
- Gobierno de México. (2020). *Aviso epidemiológico.* <https://bit.ly/3N4H2Yq>
- Gobierno de México. (2021). *Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. Consenso interinstitucional. Actualización: 2 de agosto de 2021.* <https://bit.ly/3N7prPI>
- Idacochea – Cáceda, S., Torres – Malca, J.R., Vera – Ponce, V.J. y De la Cruz – Vargas, J.A. (2021). El Miedo y la Ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la pandemia del Covid-19. *Rev. Urug. Med. Interna*, 3, 49 – 58. <https://doi.org/10.26445/06.03.5>
- Organización de las Naciones Unidas. (2023). *Las muertes por COVID-19 sumarían 15 millones entre 2020 y 2021.* <https://bit.ly/3oqlqLw>
- Organización Mundial de la Salud. (2023a). *Información básica sobre la COVID-19.* <https://bit.ly/3L1Xiqe>
- Organización Mundial de la Salud. (2023b). *Opciones terapéuticas y COVID-19. Orientaciones evolutivas. 13 de enero de 2023.* <https://bit.ly/3AjBdhZ>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020a). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia.* <https://bit.ly/3H55MM3>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020b). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19.* <https://bit.ly/3H8Qp5l>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020c). *Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por el virus responsable de la COVID-19. 8 de julio de 2020.* <https://bit.ly/3AIXTOy>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud en las Américas. Perfil de país. México*. <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-mexico>

Organización Panamericana de la Salud. (2022a). *El exceso de mortalidad asociada a la pandemia de la COVID-19 fue de 14,9 millones de muertes en 2020 y 2021*. <https://bit.ly/3LviDKp>

Organización Panamericana de la Salud. (2022b). *Salud en las Américas 2022. Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19*. <http://bitly.ws/Dmg5>

Organización Panamericana de la Salud. (2022c). COVID-19. Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia. <http://bitly.ws/Dmg7>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Curso de vacunación COVID – 19*. <https://cursospaises.campusvirtualesp.org/mod/resource/view.php?id=66000>

Rodríguez, L., Gutiérrez, R., Quivio, R. y Carbajal, Y.M. (2020). COVID-19: Frecuencia de temores en condiciones de cuarentena y aislamiento social, en una muestra de adultos de la ciudad de Lima, 2020. *Revista EDUCA – UMCH*, 15, 117 – 134. <https://doi.org/10.35756/educaumch.202015.136>

Secretaría de Salud. (2020a). *Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19 en México*. <http://bitly.ws/Dmggh>

Secretaría de Salud. (2020b). *Recomendaciones para cuidar la salud mental de adultos mayores durante la pandemia COVID-19*. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/SaludMental\\_AdultosMayores.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/SaludMental_AdultosMayores.pdf)

Secretaría de Salud. (2020c). *Recomendaciones para familiares en duelo durante la pandemia de COVID-19.* [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/SaludMental\\_FamiliaresEnDuelo.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/SaludMental_FamiliaresEnDuelo.pdf)

Secretaría de Salud. (2020d). *Recomendación sobre actividad física para personas con discapacidad psicosocial (trastornos de ansiedad) durante la pandemia COVID-19.* <http://bitly.ws/Dmgr>

Tomás -Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID – 19. *Rev Enferm Salud Ment*, 16, 26 – 30. <https://doi.org.10.5538/2385-703X.2020.16.26>

Valero, N.J., Vélez, M.F., Durán, A.A. y Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enferm Inv.*, 5(3), 63-70. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.2020>

## Anexos

### Anexo 1. Escala de Miedo ante la muerte de Collette – Lester

#### Introducción

Solicito a Usted que responda con sinceridad a las preguntas que se le presenta, dándole a conocer que es de carácter ANÓNIMO y CONFIDENCIAL ya que sus respuestas sólo se van a utilizar para el trabajo de investigación.

#### Instrucciones

A continuación, se le presenta una serie de preguntas con sus respectivas alternativas. Elija para cada una de ellas una sola respuesta que crea conveniente y marque con una x según corresponda; no deje de marca en ninguna de las preguntas.

Pregunta	Mucho	Moderado			Nada
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tiene en relación a tu propia muerte en...	5	4	3	2	1
1. Morir solo					
2. La vida breve					
3. Todas las cosas que perderás al morir					
4. Morir joven					
5. Cómo será el estar muerto / a					
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca mas					
7. La desintegración del cuerpo después de morir					
¿ Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a tu propio proceso de morir en ...?					
1. La degeneración física que supone el proceso de morir					
2. El dolor que comporta el proceso de morir					
3. La degeneración mental del envejecimiento					
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir					
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarán el proceso de morir					
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir					
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares					
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a la muerte de otros en....?					
1. La pérdida de una persona querida					
2. Tener que ver su cadáver					
3. No poder comunicarte nunca más con ella					
4. Lamenta no haberse llevado mejor con ella cuando aún estaba viva					
5. Envejecer solo / a, sin la persona querida					

6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte					
7. Sentirse solo / a sin ella.					
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al proceso de morir de otros en.....?					
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo					
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo					
3. Ver como sufre de dolor					
4. Observar la degeneración física de su cuerpo					
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida					
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales					
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia					

Gracias por su colaboración.

## Apéndices

### Apéndice 1. Operacionalización de la variable Miedo ante la muerte

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores empíricos (ítems)	Medición / clasificación	Estadístico
Es una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, reales o imaginados, a la propia existencia, que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales como cadáveres, cementerios, etc.” (Collett y Lester, 1969, como se citó en Gil, 2021)	El miedo ante la muerte se medirá a través de las sub – escalas miedo a la muerte propia, miedo al proceso de morir propio, miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros.	Miedo a la muerte propia	Ítems 1 – 7	Bajo 7 – 13 Moderado – bajo 14 – 18 Moderado 19 – 24 Moderado – alto 25 – 29 Alto 30 - 35	<i>f</i> , %
		Miedo al proceso de morir propio	Ítems 1 – 7		<i>f</i> , %
		Miedo a la muerte de otros	Ítems 1 – 7		<i>f</i> , %
		Miedo al proceso de morir de otros	Ítems 1 – 7		<i>f</i> , %

## Apéndice 2. Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Medición / clasificación	Estadístico
Género	- Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (Real Academia de la Lengua Española, 2020)	1. Masculino 2. Femenino	<i>f, %</i>
Edad	- Cuantitativa - Discreta	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos	Media, <i>DE</i>
Escolaridad	- Cualitativa - Politémica - Ordinal	Período de asistencia a un centro escolar (Real Academia de la Lengua Española, 2020)	1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico 4. Preparatoria 5. Universidad 6. Maestría 7. Doctorado	<i>f, %</i>
Estado civil	-Cualitativa -Nominal	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2020)	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo	<i>f, %</i>
Religión	-Cualitativa -Nominal -Categorica	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. Real Academia de la Lengua Española, 2020)	1. Católica 2. Otra 3. Cristiana	<i>f, %</i>
Experiencia previa a la muerte	-Cualitativa -Nominal -Categorica	Son eventos lúcidos que ocurren cuando una persona está tan comprometida físicamente que moriría si su condición no lograra mejorar (Bonilla, 2020)	1. Sí 2. No	<i>f, %</i>



### Apéndice 3. Cédula de colecta de datos



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Cédula de colecta de datos



Objetivo. Evaluar el nivel de miedo ante la muerte en adultos de Morelia Michoacán

Instrucciones. A continuación, se le presenta una serie de preguntas con sus respectivas alternativas. Elija para cada una de ellas una sola respuesta que crea conveniente y marque con una x según corresponda; no deje de marca en ninguna de las preguntas. Por favor conteste lo que se le solicite en cada uno de los apartados. Esto no es un examen. Gracias.

#### Parte I. Datos sociodemográficos

1. **Edad** \_\_\_\_\_ años. 2. **Género** Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_. 3. **Escolaridad** primaria\_\_\_\_, secundaria\_\_\_\_, escuela técnica\_\_\_\_, preparatoria\_\_\_\_, universidad\_\_\_\_, maestría\_\_\_\_, doctorado\_\_\_\_

4. **Estado civil** soltero (a)\_\_\_\_, casado (a)\_\_\_\_, unión libre\_\_\_\_, viudo (a)\_\_\_\_, divorciado (a)\_\_\_\_

5. **Religión** católico(a)\_\_\_\_, cristiano(a)\_\_\_\_, otro\_\_\_\_.

6. **Experiencias cercanas a la muerte** personal\_\_\_\_, familiar \_\_\_\_\_, familiares \_\_\_\_\_, compañeros de trabajo \_\_\_\_\_, vecinos \_\_\_\_\_

#### Parte II. Escala de miedo ante la muerte

Introducción

Solicito a Usted que responda con sinceridad a las preguntas que se le presenta, dándole a conocer que es de carácter ANÓNIMO y CONFIDENCIAL ya que sus respuestas sólo se van a utilizar para el trabajo de investigación.

Instrucciones

A continuación, se le presenta una serie de preguntas con sus respectivas alternativas. Elija para cada una de ellas una sola respuesta que crea conveniente y marque con una x según corresponda; no deje de marca en ninguna de las preguntas.

Pregunta	Mucho	Moderado			Nada
	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tiene en relación a tu propia muerte en...					
1. Morir solo					
2. La vida breve					
3. Todas las cosas que perderás al morir					
4. Morir joven					
5. Cómo será el estar muerto / a					
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca mas					
7. La desintegración del cuerpo después de morir					
¿ Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a tu propio proceso de morir en ...?					
1. La degeneración física que supone el proceso de morir					
2. El dolor que comporta el proceso de morir					
3. La degeneración mental del envejecimiento					
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir					
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarán el proceso de morir					
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir					
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares					
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a la muerte de otros en....?					
1. La pérdida de una persona querida					
2. Tener que ver su cadáver					
3. No poder comunicarte nunca más con ella					
4. Lamenta no haberse llevado mejor con ella cuando aún estaba viva					
5. Envejecer solo / a, sin la persona querida					
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte					
7. Sentirse solo / a sin ella.					
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al proceso de morir de otros en.....?					
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo					
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo					
3. Ver como sufre de dolor					
4. Observar la degeneración física de su cuerpo					
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida					
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales					
7. Ser consciente de que algun día también vivirás esta experiencia					

Gracias por su tiempo para ayudarme a contestar este cuestionario. Sus respuestas son importantes para mejorar el cuidado de enfermería.

**Apéndice 4. Carta de consentimiento informado**

Mi nombre es Betania Vargas Vergara y estoy interesada en conocer si Usted ha tenido miedo a la muerte desde que inició la pandemia por COVID – 19.

Se le invita a participar porque Usted cumple los criterios de inclusión que es ser adulto mayor de 18 años, ser residente de Morelia y haber vivido la experiencia de la pandemia de COVID-19.

Su participación consistirá en contestar una encuesta que medirá el miedo ante la muerte y que le tomará 10 minutos de su tiempo.

Una vez que usted decida aceptar este estudio, su contribución no implica riesgo físico para usted porque sólo contestará una serie de preguntas.

Aunque usted no recibirá ningún pago o beneficio directo por colaborar en esta investigación, los resultados que se obtengan me permitirán como pasante en servicio social de enfermería identificar el miedo ante la muerte de las personas a quienes cuida y con esa información proponer cuidados en enfermería específicos.

---

Nombre y firma del participante

---

Nombre y firma del testigo

### Apéndice 5. Cronograma de actividades

Mes / Actividad	2022					2023							
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A
Elaboración del protocolo	x	x	x	x	x	x	x	x					
Aprobación por lo0s Comités de la Facultad de Enfermería								x	x				
Prueba piloto									x				
Colecta de datos									x	x			
Captura de datos									x	x			
Elaboración de tablas										x	x		
Análisis de resultados, discusión, conclusiones y sugerencias										x	x		
Trámites administrativos											x	x	
Defensa de tesis												x	x

Nota: A= Agosto, S= Septiembre, O=Octubre, N=Noviembre, D=Diciembre, E=Enero,

F=Febrero, M=Marzo, A=Abril, M=Mayo, J=Junio, J=Julio

## Apéndice 6. Dictamen del Comité de Investigación



Universidad Michoacana  
de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



Morelia, Michoacán a 26 de abril de 2023

**C. Betania Vargas Vergara**  
**Pasante en Servicio Social de Enfermería**  
**Facultad de Enfermería**  
**Presente.**

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado *Miedo ante la muerte en adultos en el contexto de la pandemia por COVID-19* y acordó que está **Aprobado** con el **dictamen CI/FacEnf/013/2023** por lo que puede realizar lo conducente.

También se le informa que este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario se requerirá solicitar la reaprobación de este Comité al término de la vigencia de éste.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

**Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz**  
**Coordinadora del Comité de Investigación**

## Apéndice 7. Dictamen del Comité de Ética en Investigación



Universidad Michoacana  
de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



Morelia, Michoacán a 2 de mayo del 2023

**PLESS. Betania Vargas Vergara**

**Pasante en servicio social**

**Facultad de Enfermería**

**Presente.**

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado *Miedo ante la muerte en adultos en el contexto de la pandemia por COVID-19* y acordó **Aprobarlo** con el **dictamen CEI/013/2023** por lo que puede realizar lo conducente.

También se le informa que este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario se requerirá solicitar la reaprobación de este Comité al término de la vigencia de éste.

Sin más por el momento envió cordial saludo

Atentamente

María Magdalena  
Lozano Z.

**Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga**  
**Coordinadora del Comité de Ética en Investigación**