



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Escala de ansiedad ante la muerte (DAS): Evidencias  
psicométricas en población adulta de Lima  
Metropolitana**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Licenciada en Psicología**

**AUTORA:**

Samaniego Capillo, Greysi Clorinda (orcid.org/0000-0002-7986-7154)

**ASESOR:**

Mg. Olivas Ugarte, Lincol Orlando (orcid.org/0000-0001-7781-7105)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicométrica

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

## **Dedicatoria**

A aquellas y aquellos que siguen  
creando y existiendo, singular y  
colectivamente, frente a lo adverso.

## **Agradecimiento**

A mi asesor Mg. Lincol Orlando Olivas Ugarte, por su acompañamiento profesional, reflexivo y motivacional.

A Pedro, John y Raúl, por el soporte, cariño y apoyo. Asimismo, agradezco principalmente a mi motor familiar, por el incansable impulso vital que me dan en la realización de todos mis propósitos.



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, LINCOL ORLANDO OLIVAS UGARTE, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Escala de ansiedad ante la muerte (DAS): evidencias psicométricas en población adulta de Lima Metropolitana", cuyo autor es SAMANIEGO CAPILLO GREYSI CLORINDA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 20.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

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

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

LIMA, 09 de Julio del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
LINCOL ORLANDO OLIVAS UGARTE <b>DNI:</b> 43102056 <b>ORCID:</b> 0000-0001-7781-7105	Firmado electrónicamente por: LOLIVAS el 09-07- 2023 22:55:33

Código documento Trilce: TRI - 0582531



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Declaratoria de Originalidad del Autor**

Yo, SAMANIEGO CAPILLO GREYSI CLORINDA estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Escala de ansiedad ante la muerte (DAS): evidencias psicométricas en población adulta de Lima Metropolitana", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Firma</b>
SAMANIEGO CAPILLO GREYSI CLORINDA <b>DNI:</b> 47856334 <b>ORCID:</b> 0000-0002-7986-7154	Firmado electrónicamente por: GSAMANIEGO el 09- 07-2023 23:07:05

Código documento Trilce: INV - 1359086

## Índice de contenidos

	Pág.
<b>Carátula</b>	<b>i</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>iii</b>
<b>Declaratoria de autenticidad del asesor</b>	<b>iv</b>
<b>Declaratoria de originalidad de la autora</b>	<b>v</b>
<b>Índice de contenidos</b>	<b>vi</b>
<b>Índice de tablas</b>	<b>vii</b>
<b>Índice de figuras</b>	<b>viii</b>
<b>Resumen</b>	<b>ix</b>
<b>Abstract</b>	<b>x</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>17</b>
3.1. Tipo y diseño de investigación	17
3.2. Variables y operacionalización	17
3.3. Población, muestra y muestreo	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
3.5. Procedimientos	22
3.6. Métodos de análisis de datos	23
3.7. Aspectos éticos	24
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>25</b>
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>33</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>37</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>39</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>52</b>

## Índice de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1</b> Distribución de la muestra final de acuerdo a las variables sociodemográficas	20
<b>Tabla 2</b> Evidencias de validez basada en contenido	25
<b>Tabla 3</b> Análisis estadístico de la calidad métrica de los ítems	26
<b>Tabla 4</b> Matriz de correlaciones policóricas	27
<b>Tabla 5</b> Análisis factorial confirmatorio de la escala DAS	28
<b>Tabla 6</b> Cargas factoriales e índices específicos para el modelo bifactorial	30
<b>Tabla 7</b> Análisis de invarianza factorial en función a la variable sexo	31
<b>Tabla 8</b> Análisis de relación con otra variable	32

## Índice de figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.....</b>	<b>29</b>



## Resumen

La ansiedad ante la muerte además de ser un hecho natural, supone también, en gran medida, un riesgo para el desarrollo y la calidad de vida de las personas. Tras haberse vivenciado un contexto de crisis exponencial, aún son escasos los estudios que validen instrumentos de medición de dicha variable en el contexto peruano. Por ende, este estudio de tipo aplicado y diseño instrumental analizó las evidencias psicométricas de la Escala DAS en población adulta de Lima Metropolitana. De este modo, se conformó una muestra de 389 participantes (H=220; M=169), que respondieron a tres cuestionarios: escala DAS, escala de miedo a la muerte y un cuestionario sociodemográfico. Así, en validez de contenido mediante juicio de expertos (5) se determinó al instrumento como aceptable. También, se analizó por medio del AFC la estructura del instrumento, según supuestos teóricos, en la cual el modelo bifactor de tres dimensiones fue la más adecuada, con valores:  $[\chi^2/gl = 2.291, CFI = .970, TLI = .957, SRMR = .053, RMSEA = .058 [.046; .069] [I.C. 90\%]$ . En el análisis de consistencia interna se obtuvo evidencias de confiabilidad de  $[(\omega): FG=.92, F1=.86, F2= .76 \text{ y } F3= .74]$ . Asimismo, se presentaron evidencias de equidad respecto a la variable sexo. ( $\Delta CFI < .01, \Delta RMSEA < .015 \text{ y } \Delta SRMR < .03$ ). Y, se confirmó la validez convergente entre la Escala de ansiedad ante la muerte y la Escala de Miedo a la muerte ( $r = .68; r^2 = .46; p < .001$ ). Sin embargo, es importante tener en consideración ciertos ítems que, si bien contribuyen a la medición de la variable, no cargarían lo suficiente para considerarse en la estructura (ítem 2 y 14). En conclusión, en conjunto se concluye que dichos resultados indican un alto grado de evidencias psicométricas favorables para la administración de la escala de ansiedad ante la muerte en adultos de Lima Metropolitana.

**Palabras clave:** ansiedad ante la muerte, escala, evidencias psicométricas, población adulta.

## Abstract

Anxiety in the face of death, in addition to being a natural fact, also supposes, to a great extent, a risk for the development and quality of life of people. After having experienced a context of exponential crisis, there are still few studies that validate measurement instruments for this variable in the Peruvian context. Therefore, this study of applied type and instrumental design analyzed the psychometric evidence of the DAS Scale in the adult population of Metropolitan Lima. Thus, a sample of 389 participants (H=220; M=169) was formed, who answered three questionnaires: DAS scale, fear of death scale, and a sociodemographic questionnaire. Thus, in content validity through expert judgment (5) the instrument was determined as acceptable. Also, the structure of the instrument was analyzed through the AFC, according to theoretical assumptions, in which the three-dimensional bifactor model was the most appropriate, with values:  $[\chi^2/df = 2.291, CFI = .970, TLI = .957, SRMR = .053, RMSEA = .058 [.046; .069] [C.I. 90\%]$ . In the internal consistency analysis, reliability evidence of  $[(\omega): FG = .92, F1 = .86, F2 = .76 \text{ and } F3 = .74]$  was obtained. Likewise, evidence of equity was presented regarding the gender variable. ( $\Delta CFI < .01, \Delta RMSEA < .015 \text{ and } \Delta SRMR < .03$ ). And, the convergent validity between the Death Anxiety Scale and the Fear of Death Scale was confirmed ( $r = .68; r^2 = .46; p < .001$ ). However, it is important to take into account certain items that, although they contribute to the measurement of the variable, would not load enough to be considered in the structure (items 2 and 14). In conclusion, as a whole it is concluded that these results indicate a high degree of favorable psychometric evidence for the administration of the death anxiety scale in adults in Metropolitan Lima.

Keywords: death anxiety, adaptation, psychometric evidence, adult population.

## I. INTRODUCCIÓN

Desde el 2020 se vivió una situación de pandemia provocada por el coronavirus, denominada COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). De manera que, a partir de ello se consideraron medidas de emergencia en todos los territorios geográficos que persisten hasta la actualidad, pese a que recientemente se declaró el fin de la emergencia internacional (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020, 2023). Sin embargo, las consecuencias mortales fueron notables, registrándose grandes números de fallecimientos en los lugares afectados. Al día de hoy las cifras más altas se presentan en Estados Unidos ascendiendo a 939 427, seguido Brasil con 636 111, India con 507 208, Rusia con 338 813 y México con 311 554 (Statista, 2022).

En esa línea, continuó en la lista Perú, que fue uno de los países más afectados de Sudamérica (Statista, 2022), registrando hasta la fecha un total de 217 080 fallecidos por coronavirus (Ministerio de Salud [MINSA], 2022). Ello, a causa también de la crisis sanitaria regional y multisectorial generada por la situación crítica que ya presentaba el sistema de salud peruano, que se dieron a relucir, igual que en otras regiones geográficas del mundo (Maguiña, 2020).

Además de ese efecto, otra de las consecuencias importantes fue el impacto en la salud mental (Ribot et al., 2020). China, primer país afectado, presentó evidencias al respecto (Shigemura et al., 2020). En sus estudios manifiestan consecuencias en la población a nivel emocional, como ansiedad, depresión, indignación e insatisfacción vital (Becerra & Becerra, 2020). Además, otros estudios identifican que sucesos que producen daños exponenciales colaboran directamente con la activación de ansiedad asociado a la muerte (Tomás-Sábado, 2020), lo cual podría derivar en trastornos mentales, dada la incertidumbre, el miedo a lo desconocido y la proximidad a la muerte (Shigemura et al., 2020).

Pese a que el ser humano tiene conciencia sobre la muerte, este es un hecho que todavía genera grados considerables de incertidumbre, miedo, y ansiedad (Grau et al., 2008). Más aún, considerando el contexto individual y social en el que se esté (Ascencio et al., 2014). Ello, debido a que la muerte es un proceso tanto biológico, psíquico, social y cultural (López & Calle, 2008), en la cual las condiciones

cercanas a la muerte y las representaciones mentales que se tengan sobre ella influirán en el nivel de respuestas emocionales ante la misma (Alonso et al., 2001), siendo las más frecuentes, según Limonero (1997): la depresión y la ansiedad.

De manera precisa, la ansiedad ante la muerte es una reacción emocional que surge ante aquello que se percibe como amenaza o peligro de la existencia misma (Boceta et al., 2016). Y se presenta física, motora y cognitivamente, dando lugar a estados emocionales y pensamientos angustiantes producto de la idea de muerte o la aproximación que se tenga a ella (Limonero, 1997).

Además, diversos estudios señalan que las consecuencias de presentar un alto nivel de ese tipo de ansiedad, pueden provocar una degradación en la calidad de vida cotidiana (Resett et al., 2021), así como provocar expresiones patológicas que perjudican el ajuste psicoemocional en las personas afectadas (Vila, 1984). Asimismo, afecta el sentido de vida en personas con condición clínica, acarreando en alteraciones psicológicas, sociales y fisiológicas que precipiten su muerte (Osadolor, 2005).

A su vez, Sáez et al. (2019), a partir de una revisión de literatura, detectaron que la ansiedad ante la muerte y el suicidio potencial están estrecha y significativamente relacionados en población adolescente. Por lo cual, se llegó a la conclusión que un aumento de ansiedad ante la muerte provocaría un mayor riesgo de suicidios en este grupo etario.

Ahora bien, estudios actuales comenzaron a revelar que existe una alta frecuencia de ansiedad ante la muerte en la etapa de pandemia. En particular, un estudio con médicos de distintos países latinoamericanos encontró una prevalencia de 56.2, 79.5, 90.4, 90 y 80.8% en miedo a la propia muerte, al proceso de morir, miedo a la muerte de otro, al proceso de morir del otro y en la ansiedad, respectivamente (Indacochea et al., 2021). Por otra parte, un estudio a nivel nacional, afirmó que el escenario actual ha incrementado el grado de ansiedad ante la muerte en pobladores de Ica, con niveles superiores en la escala de valoración (62% y 77.20%) (Becerra & Becerra, 2020). No obstante, los estudios de medición acerca de dicha siguen siendo escasos pese a su importancia.

Sobre este punto, Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1990) sostienen que la forma más frecuente de evaluar la ansiedad ante la muerte es por medio del método de autoinforme o cuestionarios autoadministrados. Los cuales se dan mediante instrumentos de recolección de datos e información, completados por las mismas personas en evaluación (Del Valle & Zamora, 2022).

Desde la década de los 70, se dieron los primeros diseños de escalas para medir la ansiedad ante la muerte: Escala revisada de ansiedad ante la muerte de Thorson y Powell (1997), la Arabic Scale of Death Anxiety de Abdel-Khaleh (2004), sus traducciones al inglés y español por parte de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2008), el Inventario de ansiedad ante la muerte revisada DAIR-R por Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2005), y, resaltando sobre todas, la Escala de ansiedad ante la muerte de Templer DAS (1970) (Moya-Faz et al., 2010), puesto que ha demostrado óptimas evidencias psicométricas en distintos lugares del mundo, siendo útil tanto para población clínica como general, que generó el interés por mejorarla y ponerla bajo análisis en distintas nacionalidades latinoamericanas (Resett et al. 2021).

Tales evidencias fueron halladas tras una revisión en las distintas fuentes de investigación de prestigio como EBSCO, SCOPUS, ProQuest, PubMed y Dialnet. De las cuales destacan las validaciones de los siguientes estudios: Templer (1970) en población estadounidense; Tomás y Gómez (2002) en estudiantes españoles obteniendo consistencia interna .73, lo cual le sirvió para desarrollar una adaptación denominada Inventario de ansiedad ante la muerte; seguido López y Calle (2008), quienes validaron el instrumento en población clínica obteniendo una consistencia interna de .72; asimismo, Rivera y Montero (2010) demostraron la calidad del instrumento en población mexicana con una alta consistencia interna:  $\alpha=.80$ , derivando en una adaptación en dicha región. También en Argentina, Resett et al. (2021) examinaron las propiedades psicométricas de la DAS, encontrando una varianza total explicada de 42% para la validez y  $\omega=.80$ , y demostraron confiabilidad mediante test-retest ( $r=.66$ ), y consistencia interna para dos factores: miedo a la muerte con  $\omega= .80$  y miedo al proceso de morir de  $\omega= .70$ , concluyendo que es aplicable para población adulta.

Cabe mencionar, que la versión en español más utilizada es la de Rivera y Montero (2009), mostrando adecuadas propiedades psicométricas en sus contextos de estudio; por ejemplo, en Argentina y en México. No obstante, aún son incipientes y escasas dichas investigaciones rigurosas en el contexto peruano.

En efecto, dado el escenario convulsionado por la pandemia: incertidumbre, estrés, ansiedad, insatisfacción, y las vivencias relacionadas con la muerte, que constituyen un desafío emocional y social, surge la necesidad de analizar las evidencias psicométricas de la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) en el contexto peruano, a fin de contar con un instrumento que sea válido y confiable para esta región.

De acuerdo a lo expresado, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las evidencias psicométricas de la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) en población adulta de Lima Metropolitana?

Por lo tanto, este estudio se justifica a nivel teórico, en vista de que tendrá valor como antecedente para posteriores investigaciones acerca de la variable y su estructura. Asimismo, a nivel metodológico, debido a que se podrá comprobar la validez del instrumento de medición para sus distintos usos, tanto en el campo de la investigación como en la evaluación de la variable. Así como, a nivel práctico, ya que servirá como instrumento válido y confiable para el uso de profesionales de psicología en sus operaciones y decisiones de intervención, de medición y tratamiento. Y, por último, a nivel social, debido que se podrá contar con un instrumento funcional, aplicable a la población, y se podrá atender un fenómeno presente y latente que demanda atención y abordaje adecuado.

En consecuencia, la investigación propuso como objetivo general: analizar las evidencias psicométricas de la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) en población adulta de Lima Metropolitana. Asimismo, se propusieron como objetivos específicos: 1) Analizar las evidencias de validez basadas en el contenido, 2) Examinar la calidad métrica de los ítems, 3) Analizar las evidencias de validez basadas en la estructura interna, 4) Verificar las evidencias de confiabilidad, 5) Analizar las evidencias de equidad en función del sexo y 6) Constatar las evidencias de validez en relación con otra variable.

## II. MARCO TEÓRICO

Se han realizado algunos estudios previos sobre las propiedades psicométricas de la Escala DAS, principalmente en el plano internacional. En Argentina, Resett et al. (2021) desarrollaron un estudio preliminar para evaluar la estructura factorial de la escala de ansiedad ante la muerte. El cual tuvo una muestra de 859 adultos (8 a 30 años). Entre los resultados, el análisis factorial exploratorio del modelo original mostró:  $KMO=.83$ , Test de Bartlett ( $p<.001$ ), varianza explicada=42%, y cargas factoriales  $>.30$  para 14 ítems, exceptuando el reactivo 14 de la DAS-1, destacando así una estructura de dos factores. Seguido, en el análisis factorial confirmatorio se resaltó adecuados índices de ajuste satisfactorio para el modelo bifactorial:  $\chi^2/gl=1.62$ ,  $CFI>.97$ ,  $TLI=.97$ ,  $SRMR<0.07$ . Asimismo, se verificó la confiabilidad por el método de consistencia interna para la prueba:  $\omega=.80$ , y para sus dos factores, miedo a la muerte:  $\omega=.80$ , y miedo a la agonía:  $\omega=.70$ . Finalmente, se corroboró la estabilidad temporal de las puntuaciones de la DAS-1 mediante un test-retest:  $r=.66$  para la escala total con un nivel de significación  $p<.01$ . Entonces, la prueba fue considerada aplicable en el contexto argentino, sugiriendo el modelo bifactorial.

Cabe mencionar que se realizó una adaptación de la escala de ansiedad ante la muerte en la región peruana por Becerra y Becerra (2020), ajustándolo al contexto de pandemia por la COVID-19, el cual no cuenta con un estudio específico de dicho procedimiento, pero se mencionó que consistió en la validación de cinco jueces expertos y el análisis factorial confirmatorio. El primero permitió modificaciones de los ítems: 1=Tengo mucho miedo a morirme por COVID-19, 4=Me asusta mucho pensar que tenga que ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos, 6=No tengo miedo a tener COVID-19, 11=En realidad, me asusta pensar que me pueda faltar el aire y 13=Me asusto cuando oigo a la gente hablar de epidemias o pandemias. Y, por medio del análisis factorial confirmatorio se identificó una estructura de tres factores: temor a la muerte, temor a la enfermedad del COVID-19 y temor al paso del tiempo. Resultando finalmente en una escala de 12 ítems cuyas opciones de respuesta son verdadero y falso que posibilita estimar tres grados de ansiedad ante la muerte (bajo  $\leq 4$ , medio 5-8 y alto  $> 8$ ). Por último, el análisis de fiabilidad se dio mediante el coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) de .82 que lo coloca bajo la categoría de bueno.

En España, López-Castedo et al. (2019) llevaron a cabo un estudio evaluativo de las propiedades psicométricas de la DAS, aplicado en pacientes con cardiopatía isquémica. Considerando 141 sujetos en su muestra. Para el análisis del constructo se realizó análisis factorial de componentes principales y, seguido, con rotación varimax. Los valores hallados en los resultados fueron positivos: correlación ítem-total entre .32 y .54, que demuestra fiabilidad para medir la variable. Asimismo, se pudieron identificar cuatro factores: 1) cognitivo-afectivo, 2) conciencia del paso del tiempo, 3) miedo al dolor y la enfermedad y 4) estímulos relacionados con la muerte, cuya varianza explicada= 51.85% y fiabilidad considerablemente elevada  $\alpha=.77$ . Ajuste del modelo factorial ( $p < .01$ ). De esta manera se confirma y apoya el uso del instrumento para las posteriores evaluaciones de la ansiedad ante la muerte.

En Irán, Sharif et al. (2017) realizaron una investigación que tuvo como objetivo evaluar la validez y confiabilidad de la versión persa de la Escala de ansiedad ante la muerte – extendida (DAS-E). Para ello tomaron en cuenta a 507 pacientes con enfermedad renal terminal. El procedimiento para evaluar la estructura factorial consistió en el análisis factorial exploratorio con rotación y análisis confirmatorio. A su vez, se examinó la validez de contenido y de constructo. Los resultados obtenidos fueron una confiabilidad bajo los estadísticos alfa de Cronbach, confiabilidad compuesta, Theta y McDonald Omega de  $\alpha =.84$  y  $.83$ ;  $CR=.85$  y  $.83$ ;  $\theta= .90$  y  $.87$ ; y  $\omega=.80$  y  $.74.$ , respectivamente. Asimismo, se determinaron una validez discriminante para dos factores con buen ajuste en los índices de bondad  $\chi^2/gf =2.878$ ,  $CFI=.971$ ,  $TLI=.902$ ,  $RMSEA (90\% IC) =.061$  [.54, .068] y significativas cargas factoriales mayores a 5, concluyendo con los hallazgos que la Escala DAS-E es un instrumento válido y confiable para medir la ansiedad ante la muerte en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal.

En Pakistán, Gul y Saleem (2015) ejecutaron un estudio diseñado para traducir y validar la Escala de ansiedad ante la muerte en idioma urdu a fin de que pueda ser aplicado a la población de dicho país. Para ello contaron con una muestra de 210 participantes (jóvenes=70, ancianos=70 y pacientes cardiovasculares=70). Se verificó la confiabilidad según el coeficiente Alfa de Cronbach. Factor general ( $\alpha =.88$ ). Además, se reveló en el análisis de consistencia interna que los ítems de la



escala están significativamente correlacionados, con valores que oscilan entre .30 y .89 con un nivel de significancia ( $p < .01$ ), así como un  $KMO=.79$  en la medida de adecuación muestral, Test de Bartlett ( $p<.005$ ), varianza explicada=44.6%. Asimismo, el análisis de la estructura comprobó cuatro factores (pensamiento de muerte, representación de la muerte, sujeto de la muerte y ansiedad futura), concluyendo finalmente que el uso de Escala DAS-U es razonable en población pakistani.

En México, Moral y Miaja (2014) usaron el análisis exploratorio y confirmatorio para determinar la dimensionalidad de la escala de ansiedad ante la muerte. Buscando un modelo factorial de mejor ajuste. Fue aplicada en una muestra de 200 personas (H:100; M:100). Los resultados en el primer análisis exploratorio mostraron propiedades buenas para la extracción de factores: media=.44, matriz de correlaciones  $|R|<.01$ , matriz de identidad ( $x^2=1482.42$ ), varianza total=50.05%, carga factorial  $\geq .57$  y consistencia interna alta ( $\alpha =.92$ ). De ese modo, en el análisis factorial confirmatorio se logra contrastar tres modelos: de uno, dos y tres factores con parámetros significativos e índices de ajuste adecuados. Concluyendo en que el de tres factores presenta un mejor ajuste ( $\Delta\chi^2 [3, N = 200] = 84.95, p < .01$ ). Por lo tanto, se considera válida y confiable la aplicación de la escala.

Asimismo, Miaja y Moral (2012) estudiaron las propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte en población clínica y población general. Aplicando la adaptación de Osadolor (2005) a dos muestras: 300 seropositivos y 300 población general. Y, el DAS de Templer (1970) y EAM a 160 personas de población general, para estimar la validez de criterio. En este último se obtuvo como resultado una consistencia interna alta ( $\alpha =.90$ ), media 28.37 ( $DE = 8.89$ ), ligera asimetría positiva, no ajustándose a una curva normal ( $ZK-S= 1.55, p = 0.02$ ). En el análisis exploratorio y confirmatorio se determinan los componentes principales, definiéndose en el primero (exploratorio) una varianza explicada de 57.15% y estructura de cuatro factores del EAM para la primera muestra. Para la segunda muestra se determina cuatro factores con varianza explicada=62.35%. Mientras que en el análisis factorial confirmatorio se considera adecuado el modelo de cuatro factores de Osadolor (EAM) con índices de ajuste adecuados para GFI, AGFI, FD,

PNCP y RMSEA,  $\chi^2/gf > 3$  y las correlaciones. Por lo tanto, recomiendan continuar poniendo en uso el instrumento tanto en México como en otros países hispanohablantes.

En la misma región de México, Rivera et al. (2010) realizaron una investigación que se basó en explorar las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte adaptada por dos de los mismos investigadores (Rivera & Montero, 2009). Para dicho estudio, se consideraron 83 pacientes diabéticos con IRC terminal. Como resultado de la aplicación se evidenciaron dos factores con varianza explicada de 57.1%, consistencia interna ( $\alpha=.91$ ), para el factor Miedo a la muerte ( $\alpha=.89$ ) y para el factor Miedo a la agonía y al fin de la vida ( $\alpha=.86$ ), contrastando parcialmente con la matriz que sugiere la versión adaptada. De tal modo que, la correlación de los factores y la escala total resulta importante y significativa, evidenciando homogeneidad con el constructo de la escala de ansiedad ante la muerte. En consecuencia, es posible emplear dicho instrumento para poder caracterizar la ansiedad ante la muerte en la población.

Como se mencionó, la Escala DAS fue adaptada al español mexicano por Rivera y Montero (2009). Ellos examinaron las propiedades psicométricas del instrumento, mediante análisis factorial de componentes, buscando adaptarlo a dicha región. En la cual participaron 314 personas: 165 adultos mayores y 149 estudiantes universitarios. Se modificó la escala de respuesta por la escala de Likert de cuatro opciones. Como resultante identificaron tres factores por grupo muestral: Miedo a la muerte, miedo a la agonía y en la enfermedad, y miedo que la vida llegue a su fin. La consistencia interna para la muestra uno de adultos mayores fue de ( $\alpha=.86$ ) con varianza explicativa de 53.8% y para estudiantes ( $\alpha=.83$ ) y varianza explicativa de 60.3%. En general, la consistencia interna es de ( $\alpha=.83$ ) mejorando a la versión de Barcelona de la escala ( $\alpha=.73$ ). Siendo así, es posible confirmar la validez, haciendo recomendable la escala de ansiedad ante la muerte en la población adulta mayor.

Por último, en España, López y Calle (2008) llevaron a cabo una investigación que tuvo como objetivo exponer las propiedades psicométricas de la DAS. Para este estudio se trabajó con una población conformada por 148 pacientes

de VIH/SIDA, 109 hombres y 39 mujeres. Se obtuvo como resultados que los reactivos eran significativamente homogéneos, la consistencia interna ( $\alpha = .72$ ). Acerca del análisis factorial con el método de componentes principales se recogieron cinco factores con varianza explicativa de 56.50%. Asimismo, se demostró estabilidad temporal en el test/retest con .70; que, en suma, demuestran resultados coherentes y considerables. Por tal motivo incentivan el uso del instrumento válido en la evaluación de la ansiedad ante la muerte en su población.

Ahora bien, para comprender mejor el concepto de ansiedad ante la muerte, se puede explicar segmentándolo y desde la etimología. El término muerte proviene del latín *mortem* que originalmente significaba terminar y ahora se conceptualiza como cesación o término de la vida, según la Real Academia Española [RAE] (2022).

Por otro lado, según Tomás-Sábado (2016), la muerte es una fase o proceso connatural a la condición humana con aspectos no solo biológicos, sino también sociales, psíquicos, culturales, con efectos psicoemocionales. En otras palabras, Calle y López (2008) lo consideran un proceso biológico y psicosocial en la que ciclos vitales van desapareciendo paulatinamente posibilitando emociones intensas en la mayoría de personas.

En ese sentido, al presentar otras características, aparte de ser un proceso biológico, se marca una variación perceptual de la muerte bajo influencia psicológica, cultural y social que determinarán en las personas el manejo de dicho suceso. Por ejemplo, en algunos países se convive con el tema de la muerte de manera directa y realista y, en otros casos, el tema será tabú (Becker, 1973). Lo que lleva a que se creen connotaciones más o menos negativas al respecto pues de todos modos se le relaciona con la tristeza, dolor, duelo y fin de la vida (Limonero, 1997).

En consecuencia, las principales actitudes ante la muerte son: miedo, ansiedad, preocupación y aceptación (Ascencio et al., 2014; Sáez et al., 2019). Asimismo, (Sanchís, 2018) sostiene que todos experimentamos miedo a la muerte, empero no se piensa en ella todo el tiempo; sin embargo, ese miedo o temor puede derivar en un verdadero síndrome de ansiedad ante la muerte si no se atiende o

interviene a tiempo. Además, también puede distinguirse en actitudes relacionados a la muerte como tal, al proceso de morir (agonía y al acto de morir), a la muerte de uno mismo o de otras personas (Gala et al., 2002).

Este tema, se volvió materia de interés en el mundo de la investigación en la década de los 50 llegando en las próximas dos décadas a producirse los primeros instrumentos de medición (Neimeyer et al., 2004).

Acerca de la ansiedad, la RAE (2022) indica que se origina del latín *anxiētas* y se conceptualiza como “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”. Además, Hanns (2001) agrega que su definición suele confundirse con angustia, debido a que comparten la raíz etimológica, sin embargo, eso ha sido válido y suelen usarse como sinónimos.

Asimismo, según Navas y Vargas (2012), también se entiende como una tensión anticipada frente a una amenaza de origen indeterminado que manifiesta sudor, fatiga, taquicardia y alteraciones respiratorias.

Por otro lado, el surgir de nuevas teorías y enfoques en la psicología, contribuyó a tener una mayor precisión de la ansiedad. En el cual el psicoanálisis y el humanismo conservaron el término angustia y, por otro lado, la psicología científica adoptó el término ansiedad (López-Ibor, 1949).

Desde el enfoque psicofisiológico, se estudió los procesos psicológicos de las emociones desde respuestas fisiológicas, que serían años después base del concepto de ansiedad. James (1890) concibió tres componentes en su teoría periférica de la emoción: situación, reacción emocional (cambios fisiológicos y motores) y experiencia afectiva-emocional.

Desde el enfoque psicodinámico, basado en su método intrapsíquico, Freud (1894) entendió la ansiedad como parte del funcionamiento psíquico de mecanismo de defensa; como un proceso físico de sobreexcitación que busca descargar mediante el cuerpo, y creó tres tipos de ansiedad: real u objetiva, neurótica y ansiedad moral. La primera en relación del yo al mundo exterior, un miedo a una amenaza probable; la segunda en relación a una amenaza, de carácter inapropiado

que anticipa lo peor y la última frente a la presión del súper yo. En el caso de Klein (1946) asoció la ansiedad al miedo a la desintegración, el derrumbe psíquico y la locura.

En cuanto al enfoque experimental motivacional, se realizó un aporte significativo sobre el constructo de la ansiedad, ya que se logró delimitarla. De manera que la ansiedad fue entendida como una reacción emocional transitoria bajo evaluación de los antecedentes/estímulos, consecuencias/respuestas y de su constancia y duración (Watson & Rainer, 1920).

Asimismo, Skinner (1977), desde el modelo del condicionamiento clásico e instrumental, analizó en términos adaptativos la relación del comportamiento y el medio ambiente de exposición. En la cual las conductas que se mantienen se dan según sus consecuencias inmediatas (reforzador positivo o negativo), permitiendo concluir a otros autores que la ansiedad en el sentido clásico es una respuesta emocional que surge para evitar una situación de peligro. Y, en sentido instrumental, persiste, ya que es reforzado por las respuestas de evitación y control que podrían anular las consecuencias de amenaza o peligro (Díaz & De la Iglesia, 2019).

Además, la ansiedad también es entendida desde la clasificación del Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-V. Aquí se toma en consideración como patología en tanto la frecuencia, la intensidad y duración sean desmedidas, interfiriendo y limitando el desarrollo de la persona, en todo ámbito de su vida (Miguel-Tobal, 1996).

Ahora bien, conviene realizar algunas aclaraciones sobre la definición de ansiedad ante la muerte, distinguiéndola del miedo a la muerte. Acerca del miedo a la muerte, es erróneo emplear el término miedo puesto que hay un desconocimiento sobre el estar muerto, esto sólo se presentaría por el proceso de morir, lo que supone o la idea de morir. En el caso de la ansiedad a la muerte, es adecuado referirse de ese modo puesto que la experiencia de muerte es desconocida (Tomás-sábado, 2016).

En el 2007, el término ansiedad ante la muerte fue incluido en la clasificación diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que la define como sensación de malestar inquietante generada por una percepción de amenaza real o irreal respecto a la propia existencia (López-Castedo et al., 2019).

La postura teórica psicoanalítica, desde Freud (1973), afirma sobre la ansiedad ante la muerte que se origina en la ansiedad de castración -de daño o pérdida-, la separación y el miedo a la desintegración. Desde Klein (1948), se contempla la ansiedad ante la muerte como base fundamental de la ansiedad en general, ya que lo asocia con la desintegración y la destrucción, por la amenaza ante un peligro.

Por otro lado, la mirada existencialista, en palabras de Becker (1973), se refiere al terror a la muerte, que es una fuerza que motiva esencialmente la conducta humana individual y social, puesto que hay una preocupación por la no existencia.

En tanto en el enfoque cognitivo-conductual, se marcan aspectos acerca de la ansiedad ante la muerte, la cual consideran como una preocupación por la relación de desarrollo y experiencias personales. Y que los problemas que se generen en ella se deberán al proceso que se tiene en el aprendizaje o de la misma característica de la muerte (Kastenbaum, 1987).

Por último, se encuentra la teoría más influyente sobre la variable, la gestión del terror, cuya presencia se dio en la década de los 80. En ella se integraron diversas perspectivas: de la evolución, la psicodinámica y el existencialismo (Tomás-sábado, 2016). Su principal exponente es Becker (1973), quien sostiene que el hombre tiene conciencia de la muerte y es capaz de generar los mecanismos de defensa contra la idea del fin de la vida y el miedo que le causa. No obstante, la ansiedad ante la muerte encontrará un lugar contraproducente mediante el contacto con personas en estado terminal, viendo cadáveres, noticias recurrentes de accidentes, proliferación de enfermedades. Y que, en contraparte, sostiene que la autoestima y cosmovisiones culturales pueden combatir dicha reacción (Pyszczynski et al., 2004).

Asimismo, existen estudios que abordan la ansiedad a la muerte en relación a algunas variables que pueden ser determinantes de la misma, tales como la edad, el género, la religiosidad y el estado de salud (Tomás-Sábado, 2016). Y, por último, un estudio reciente encontró una fuerte relación con los estados de la obsesión.

Respecto a la variable edad, en líneas generales, se puede suponer que los jóvenes tienen mayor predisposición a la ansiedad frente a la muerte debido al miedo de una muerte prematura, mientras que en los adultos mayores ocurre lo contrario debido al sentido de realización a lo largo de sus años, que en palabras de Erikson (1950) habría alcanzado la integridad del yo. Ello fue constatado en un estudio transcultural, realizado por Kalish y Reynolds (1997), en el que concluyeron que los ancianos si bien piensan con frecuencia sobre la muerte, no les causa ansiedad como en la población más joven.

La variable género es un elemento con un alto nivel de diferenciación en cuanto a la ansiedad (Tomás-sábado, 2016). Para lo cual, Pollak (1979) comprobó en una investigación que la ansiedad tiene más presencia en mujeres que en los hombres. De igual manera, investigaciones posteriores dieron cuenta de ello, considerando también distintas zonas geográficas.

Acerca de la variable religiosidad, existen muchos estudios que no han podido sostener evidencias sobre una posible relación. Sin embargo, se considera, según la Teoría de gestión del terror, que las creencias religiosas y/o espirituales, crean un marco conceptual de trascendencia a la muerte y sentido de vida, amortiguando la sensación de temor o ansiedad ante la muerte (Tomás-sábado, 2016).

Respecto a la variable estado de salud, estudios como el de Cherny (2000), concluyen que el 80% de las personas con enfermedades experimentan pensamientos de alteración. Del mismo modo, desde las afectaciones psicológicas también se constituye una relación directa con la ansiedad ante la muerte, además de las preocupaciones en la salud (Lonetto & Templer, 1986).

Acerca de la relación con la obsesión, Ramos-Vera (2021) halló mediante su estudio de análisis de red que los síntomas del miedo a la muerte en un contexto

específico, en este caso por el COVID-19 se refuerza y asocia con los síntomas de la obsesión de estar infectado por dicho virus y que ello puede representar dificultades cognitivas y problemas de confianza que incurre en las relaciones sociales.

Por último, a causa de no hallar una definición formal y concreta acerca de la ansiedad ante la muerte, Templer plantea su propia teoría como base para su investigación y creación de instrumento de evaluación. En primer lugar, define la ansiedad ante la muerte como una experiencia subjetiva con componentes tanto cognitivos como afectivos, generados y determinados por factores externos e internos asociados a la muerte (Templer, 1976).

De esta manera, Templer (1976) crea la teoría de dos factores (factor interno y factor externo), donde se sostiene que la ansiedad ante la muerte tiene una relación con la salud psicológica general de los individuos y con las propias experiencias relacionadas a la muerte de los mismos (Neimeyer, 1997), las cuáles serían las que producirían ese tipo de ansiedad. De esta manera, con el primer factor, las personas con alguna afectación psicológica estarían más predispuestas a desarrollar ansiedad ante la muerte (Lester & Templer, 1992), como, por ejemplo, personas con ansiedad, depresión, obsesión, fobias, y malestar existencial generales; con el segundo factor, las experiencias vitales específicamente asociadas a la muerte, como noticias, películas, fallecimientos de cercanos, enfermedades, aprendizajes, contextos, etc. (Blanco & Salazar, 2011).

Cabe precisar que las profundizaciones en la elaboración del constructo teórico de la ansiedad ante la muerte por parte de Templer, le permitió enlistar una serie de sugerencias para las posteriores modificaciones del instrumento. En la cual concluye que, dado que es necesario tener mayor precisión en la medición, se debería considerar una escala de tipo Likert para las opciones de respuesta, por la necesidad de diferenciación de la frecuencia del fenómeno entre aquellos que la experimentan en ciertos momentos de aquellos que tienen una patología, así también como por la sensibilidad al cambio. Además, contempla la existencia de múltiples componentes, debido a que sostiene que la ansiedad ante la muerte tiene varios aspectos que la componen, algunos que sugiere son: actitudes hacia el



proceso de morir, actitudes hacia la propia muerte o a los demás, agregando en ese sentido la recomendación para utilizar puntuaciones factoriales, así como puntuaciones totales (Lester & Templer, 1992).

Adicionalmente, se desarrollan los conceptos e importancia de algunos de los principios psicométricos empleados en esta investigación.

Desde la teoría clásica de los test, usualmente se estudian las propiedades psicométricas como validez, confiabilidad y equidad (Martínez et al., 2014), las cuales son importantes de conocer para saber si una prueba o test tiene la capacidad explicativa de cierta conducta humana, y son las que en la mayoría de estudios se buscan verificar para obtener un buen grado de efectividad en el uso por profesionales del quehacer psicológico (Meneses et al., 2013).

En ese sentido, sería importante conocer los conceptos psicométricos sobre las distintas metodologías que otorgan mayor confianza para el uso y administración de una prueba.

Acercas de la confiabilidad, según Meneses et al. (2013), esta consiste en la precisión de las medidas obtenidas en los resultados cada vez que se repite el proceso de toma de prueba. En otras palabras, es la consistencia y la estabilidad en los resultados que tiene una prueba al ser tomada repetidas veces, en la que la menor variación en los resultados indica que la prueba es más confiable. Asimismo, esta se puede verificar a través del análisis por consistencia interna y por análisis de estabilidad en el tiempo (test-retest).

Sobre la Validez, es el principio que demuestra la eficacia que tiene una prueba para representar la teoría del atributo medible o que se pretende examinar; es decir, los ítems que contiene el instrumento miden de forma adecuada aquello que está bajo evaluación (Martínez et al., 2014). De esta forma, se validan las inferencias e interpretaciones que se realizan de las puntuaciones obtenidas al utilizar una prueba (Messick, 1989). Y, para ello, existen diversos procedimientos:

Primero, se mencionará la validez de contenido, que consiste en la verificación del contenido del instrumento por medio de un conjunto de especialistas en la materia del atributo (Barraza, 2007). Los cuales hacen uso de los criterios de claridad, representatividad y relevancia sobre los reactivos y su relación con el

instrumento para dictaminar si la prueba es válida; además, este procedimiento se considera de trascendencia en las construcciones y adaptaciones de una prueba.

En segundo lugar, la validez de constructo o basada en la estructura interna, determina si los elementos del constructo lo conforman de acuerdo al marco conceptual del atributo, mediante la valoración de la relación entre los reactivos de una prueba y entre ellos y las dimensiones existentes en dicho constructo. En este caso, las metodologías analíticas para llegar a ello son: el análisis factorial exploratorio (AFE), utilizado para encontrar la estructura que contrastaría el modelo teórico; y, el análisis factorial confirmatorio (AFC), empleado para comprobar si la estructura tiene coincidencias con la teoría (Barraza, 2007).

En tercer lugar, se encuentra la validez de criterio, que, para Martínez et al. (2014), consiste en comparar una prueba de estudio con otra en la cual las variables se asemejen, a fin de determinar en qué medida se presenta una correlación entre dichas variables. Estas pueden ser: validez convergente o validez divergente.

Finalmente, un elemento más de validación es la evidencia de equidad, que se mide por el método de invarianza factorial, el cual se encarga de comprobar que el comportamiento y particularidades de las puntuaciones de medidas del instrumento se presenten por la comprensión del constructo que el instrumento mide, y no debido a los rasgos de los grupos evaluados (Caycho, 2014). Por otro lado, al culminar el procedimiento de validación y confiabilidad de un estudio, existe una fase importante que es la elaboración de datos normativos, la cual consiste en la construcción de baremos con puntajes normativos, cuyo fin es proporcionar una herramienta de interpretación diagnóstica que apoye la toma de decisiones para posibles intervenciones en el área profesional, es decir, posee un gran valor clínico. Sin embargo, pese a su importancia, no todos los estudios de validación implementan dicho proceso (Morán et al., 2022).

Por lo tanto, estos procesos de evaluación son relevantes para garantizar que el test pueda ser puesto en práctica en el campo clínico, pues permite tomar decisiones correctas y distanciarse de decisiones incorrectas. De manera que el psicólogo clínico tenga la certeza de que al realizar la clasificación del diagnóstico lo esté haciendo con mayor eficacia y seguridad.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

##### Tipo de investigación

Es un estudio de tipo aplicado, debido a que hace uso de los conocimientos teóricos para modificar, construir, actuar, en situaciones determinadas para el desarrollo de un conocimiento mayor, mediante esa aplicación (Huamani, 2016). Además, es tecnológico, puesto que desde lo teórico resuelve un problema de la realidad con un carácter concreto y práctico (Silva, 2020), y, es específicamente de tecnología social, dado que organiza los conocimientos producidos previamente para generar y profundizar conocimientos en campos de estudio de corte social, como la psicología, sociología, educativa, etc. (Ñaupas et al., 2018).

##### Diseño de investigación

Es de diseño instrumental, ya que se encuentra dentro de la categoría de estudios que se propone analizar una prueba (Montero & León, 2002; Ato et al., 2013) y, concretamente psicométrico, puesto que mide y formula rigurosamente los procedimientos de la psicología, enriqueciendo las posibilidades de evaluación buscando explicar la conducta humana (Cortada, 2002).

#### 3.2. Variables y operacionalización

##### Variable: ansiedad ante la muerte

**Definición conceptual:** la ansiedad ante la muerte es definida por Templer (1976) como “una experiencia subjetiva que tiene componentes tanto cognitivos como afectivos que puede verse influida por factores generados interna y externamente (p. 251)”

**Definición operacional:** la ansiedad ante la muerte se define operacionalmente mediante las evidencias en las puntuaciones de la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS), que está constituida por 15 ítems con formato de respuestas tipo Likert, de cuatro alternativas: 1) Nunca o casi nunca, 2) Algunas veces, 3) La mayor parte del tiempo y 4) Todo el tiempo, cuyo puntaje mínimo sería 15 y el máximo puntaje 60, a su vez, cuenta con dos factores: miedo a la muerte y miedo a la

agonía/fin de la vida. Inicialmente la escala contaba con opción de respuesta dicotómica, pero en la actualidad estudios adoptaron el tipo de respuesta propuesta en este estudio para mayor variabilidad y discriminación.

**Dimensiones:** se establecen dos dimensiones: miedo a la muerte (Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9) y miedo a la agonía/fin de la vida (Ítems 10, 11, 12, 13, 14 y 15).

**Escala de medición:** la escala es de nivel ordinal, tipo Likert, con opciones de respuesta: Nunca o casi nunca = 1; Algunas veces = 2; La mayor parte del tiempo = 3; y, Todo el tiempo = 4. Además, está compuesto por 15 ítems. (Ver anexo 2).

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

#### **Población**

La población se entiende como el conjunto de participantes o individuos con características semejantes que conforman un elemento importante dentro de la investigación (Selltiz et al., 1974). En este estudio se consideró a la población conformada por alrededor de 8 272 300 adultos pertenecientes a la ciudad de Lima Metropolitana (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2022). En ese sentido, se consideran los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión**

- Personas de 18 años a más, de ambos sexos
- Personas que concedan su consentimiento para tener participación en este estudio, mediante el consentimiento informado.
- Personas que residan en Lima centro, Lima norte, Lima sur, Lima este y Callao.
- Personas que cuenten con aparatos tecnológicos que les posibilite el acceso a los canales de difusión.

#### **Criterios de exclusión**

- Personas que registran incorrectamente los cuestionarios de evaluación
- Participaciones que no obedezcan a los criterios de veracidad y conformidad.

## Muestra

En relación a la muestra, es un porcentaje previamente calculado de la población total de una investigación (Kerlinger, 1964; Kerlinger & Lee, 2002). El tamaño de la muestra encontrada en un rango de 300 a 400 participantes es considerado como bueno para la validación de un instrumento de medición en ciencias sociales y de la salud (Pérez-Tejada, 2008), además que permite variabilidad en los datos, por lo que los resultados tienen robustez estadística (Fernández et al., 2011).

Asimismo, para poblaciones en tamaño finito (Hernández et al., 2014), el cálculo por la fórmula que determina el tamaño muestral es de 385:

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

Fuente: Hernández et al. (2014)

$n$ = tamaño de muestra consultado.

$N$ = tamaño de población

$Z$ = parámetro estadístico según el nivel de confianza al 95%

$p$ = probabilidad de que suceda, éxito (50%)

$q$ = probabilidad de que no suceda, desacierto (50%)

$e$ = error de estimación máximo aceptado (5%)

Entonces, con las consideraciones dadas por el rango bueno y el criterio de la fórmula, para esta investigación se consideró finalmente un tamaño de muestra mayor o igual a 385, quedando finalmente un total de 389 participantes, por los criterios de inclusión y exclusión planteados. Qué, según lo mencionado, es una cantidad considerada más que aceptable para procesos de validación de instrumentos en ciencias de la salud (Pérez-Tejada, 2008).

## Muestreo

El muestreo se refiere al procedimiento seguido para seleccionar a los participantes de un estudio (Otzen & Manterola, 2017). En esta investigación, se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que para la selección se consideró a todos aquellos a los que se tuvo proximidad y, de igual manera, aceptaron participar voluntariamente en la investigación y completaron correctamente los protocolos hasta que se logró alcanzar el tamaño de muestra precisado (Rodríguez & Valldeoriola, 2014).

**Tabla 1**

*Distribución de la muestra final de acuerdo a las variables sociodemográficas*

Variables sociodemográficas		n	%
Sexo	Hombre	220	56.6%
	Mujer	169	43.4%
	Total	389	100%
Zona de residencia	Lima centro	39	10.0%
	Lima norte	191	49.1%
	Lima sur	105	27.0%
	Lima este	16	4.1%
	Callao	38	9.8%
	Total	389	100%
Grupo etario	Adultos jóvenes (18-39)	372	95.6%
	Adultos intermedios (40-60)	16	4.1%
	Adultos mayores (60 a más)	1	3%
	Total	389	100%
Grado de instrucción	Primaria	1	0.3%
	Secundaria	58	14.9%
	Superior incompleto	235	60.4%
	Superior completo	82	21.1%
	Maestría/doctorado	13	3.3%
	Total	389	100%

*Nota:* n= cantidad de participantes; % = porcentaje de participantes.

En la tabla 1, se presentan las características de la muestra de estudio, sus cantidades y porcentajes, respecto a las variables sociodemográficas.

### 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

**Técnica:** se empleó la técnica de la encuesta, en modalidad de cuestionario autoaplicado. La encuesta es un método para recaudar datos de los participantes de la investigación, que permite una eficiente medición de la variable de estudio (Hernández & Duana, 2020). Ello se llevó a cabo de manera virtual, para una obtención práctica de datos y mejor accesibilidad a la cantidad de la muestra.

#### Instrumentos

**Cuestionario sociodemográfico.** Elaboración ad hoc, que se conforma por una serie de preguntas pertinentes para los fines de la investigación, tales como el sexo, zona de residencia, edad y grado de instrucción.

**Escala de ansiedad ante la muerte (DAS).** Creada en 1970 por Donald Templer, es una escala con tipo de administración individual y colectiva, compuesto por 15 ítems que conforman un único factor, y con alternativas dicotómicas. Su objetivo es medir la ansiedad ante la muerte, con un puntaje mínimo y máximo de 0 y 15 respectivamente, interpretándose por su creador D. Templer, como mínima ansiedad o máxima ansiedad. Además, posee propiedades psicométricas adecuadas (Alfa de Cronbach que oscila entre .76 y .87; estabilidad temporal .71 y .84) (López & Calle, 2004; López-Castedo et al., 2019).

La versión para esta investigación es la versión adaptada al español por Rivera-Ledesma y Montero-López (2009), que cuenta propiedades psicométricas recomendables (Alfa de Cronbach .80 en adultos mayores y .83 en estudiantes universitarios, con una varianza explicada de 53.8% y 60.3%, respectivamente). Modelo actualmente utilizado y verificado por Resett et al. (2021), que viene a ser la versión más empleada en América Latina. Asimismo, según la prueba piloto realizada, se obtuvieron evidencias psicométricas de validez (AFC:  $\chi^2/df=1.594$ , CFI= .975, TLI= .966, RMSEA [I.C. 90%]= .057[.037;.076]) y confiabilidad (Omega =.92). (Ver anexo 7).

**Escala de miedo a la muerte (EMMCL).** Se empleó esta escala creada por Collet y Lester (1969), que consta con 32 ítems dividido en cuatro dimensiones, y tiempo después, los mismos autores realizaron modificaciones para aportar significancia al coeficiente alfa.

En su versión adaptada al español por Quintero y Simkin (2020), instrumento autoadministrado que está constituido por 28 reactivos/ítems, es de carácter multidimensional, cuatro dimensiones: miedo a tu propia muerte, miedo a tu propio proceso de morir, miedo a la muerte de otros, miedo al proceso de morir de otros, siete ítems por dimensión, y cuenta con opciones de respuesta tipo Likert: 1) nada a 5) mucho. De ello, se declara según estudios posteriores, que es válido y confiable para medir el miedo a la muerte ya que respecto a la confiabilidad existe un resultado satisfactorio en el coeficiente Alfa, así como por dimensión (.91, .92, .88, .92). Del mismo modo, según las correlaciones ítem-total por subescala se obtuvieron resultados positivos y superiores al .47. Para este estudio, se realizaron ligeros cambios para una mejor comprensión del participante (Ad hoc) correspondiente a las indicaciones del instrumento, tales como “Ver sufrir por dolor” por “Ver sufrir de dolor a esa persona” y, “Lamentar no haber sido mejor persona con ella cuando aún vivía” por “Lamentar no haber sido mejor persona con él/ella/ellos cuando aún vivían”. Asimismo, se sometió a analizar su validez y confiabilidad en la prueba piloto. Confiabilidad (F1=.89, F2= .94, F3= .95 y F4=.95), e índices de ajuste:  $\chi^2/gl$  (4.482) < 5, CFI (.94) > .94, TLI (.94) >.94, RMSEA [IC 90%] =.095 [.090; .100] y SRMR (.062) < .08 (Ver anexo 7). Para observar el instrumento de recolección de datos integral, ver el anexo 3.

### **3.5 Procedimientos**

El proceso se comenzó con el envío de solicitudes a los autores del test, para que permitan su uso en esta investigación (Ver anexo 6). Posterior a ello, se administró la recolección de datos por medio virtual, en la cual se distribuyó el cuestionario en formato online bajo (formulario Google) por la mayoría de vías digitales: WhatsApp, Facebook, Telegram, Plataforma Zoom y mensajería de texto, para lograr un alcance amplio hacia personas que cumplan con los criterios de inclusión. Esta distribución fue realizada tanto por la autora de la investigación como por las personas que completaron y se interesaron por el estudio. Asimismo, se aclaró la confidencialidad bajo consentimiento informado (Ver anexo 3), el uso único de los datos para propósitos del estudio, el anonimato y la participación voluntaria con posibilidad de cese. Finalmente, una vez alcanzada la cantidad de muestra propuesta, se culminó con la descarga de los datos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel.



### 3.6 Métodos de análisis de datos

Generada la base de datos, esta fue procesada estadísticamente según los objetivos propuestos, con ayuda del programa de uso libre R Studio versión 4.3.0.

En principio, se procedió con la evaluación de la validez de contenido con la participación de cinco jueces expertos, los cuales se encargaron de calificar la relación entre los reactivos y el instrumento, y cada uno de ellos, considerando criterios de claridad, pertinencia y relevancia, para lo cual se realizó bajo el análisis del coeficiente V de Aiken que debe encontrarse dentro del valor mínimo exigente de .80 para confirmar que los reactivos aportan en medir la variable (Merino, 2009).

Enseguida, para examinar la calidad métrica de los ítems, se realizó el análisis estadístico de los 15 ítems. Mediante el método descriptivo, se examinó la frecuencia del porcentaje de respuestas (%), la media ( $M$ ), la desviación estándar ( $DE$ ), el coeficiente de asimetría ( $g^1 = [-1.5; 1.5]$ ), el coeficiente de curtosis ( $g^2 = [-1.5; 1.5]$ ) (Bandalos y Finney, 2010), el índice de homogeneidad ( $IHC \geq .30$ ) (Shieh & Wu, 2014), la comunalidad ( $h^2 \geq .30$ ) (De la Fuente, 2011) y, por último, la matriz de correlaciones policóricas (entre .30 y .90) (Meneses et al., 2013; Tabachnick & Fidell, 2019).

Seguido, se analizó la estructura interna de la escala por medio de análisis factorial confirmatorio. Para lo cual, se exploraron distintos modelos según se sugiere en estudios psicométricos actuales (Brown, 2015). Para dicha evaluación, se consideró los siguientes valores con sus respectivos puntos de corte: CMIN/DF (Chi cuadrado  $\chi^2$ ,  $p < .05$ ), CFI  $\geq .94$  (Índice de ajuste comparativo), TLI  $\geq .94$  (Índice de Tucker-Lewis), SRMR  $\leq .08$  (Raíz media cuadrática residual estandarizada) y, RMSEA  $\leq .079$  (Error cuadrático medio de aproximación), este último con sus intervalos de confianza; y que, en su conjunto, dan cuenta del índice de ajuste (Escobedo et al., 2016; Hair et al., 2019).

Se prosiguió con el análisis de las evidencias de confiabilidad por consistencia interna y validez para modelo específico. Para ese análisis, se calculó el coeficiente omega ( $\omega > .70$ ), el omega jerárquico ( $\omega_H > .80$ ), el índice de varianza común explicada (ECV  $> .60$ ), el porcentaje de correlaciones no contaminadas PUC

< .80, el coeficiente H > .80 (índice de replicabilidad) y la varianza explicada.

Así también, se examinaron las evidencias de equidad a través de la evaluación progresiva de invarianza factorial de la DAS, según la variable sexo. Los niveles tomados en cuenta fueron: configural, métrica, escalar y residual, respecto a cambios o variaciones en los valores en el CFI, RMSEA y SRMR, que determinan la invarianza, si dichos cambios son menores a .010, .015 y .030, en el orden dado (Domínguez-Lara, 2016).

Finalmente, se evaluó la relación de la escala de ansiedad ante la muerte con la escala de miedo a la muerte, a fin de comprobar la validez en relación a otras variables, ya que ambas variables presentan una relación de validez convergente en la literatura científica de su red nomológica.

### **3.7 Aspectos éticos**

Este estudio se ciñó a los principios de veracidad del conocimiento, en la cual los datos y resultados obtenidos son verídicos y no hay alteración en los procedimientos (Asociación Psicológica Americana [APA], 2020). Del mismo modo, se protegió y respetó a los participantes, a quienes se les consultó previamente a través del consentimiento voluntario e informado, garantizando que los datos obtenidos serían utilizados confidencial y profesionalmente (Colegio de Psicólogos del Perú, 2017). A su vez, se resguardaron derechos de autor en cuanto al uso de fuentes informativas y recursos, siendo registrados por medio de citas y referencias, y solicitando los permisos correspondientes (APA, 2020). Finalmente, respecto a las normas éticas para investigación con seres humanos en el área de salud, se respetó el cumplimiento de contenido con valor social y científico, pues permite mejorar y promover la salud y bienestar de las personas, asimismo, se prestó atención a un contexto de brotes de enfermedad con necesidades prioritarias, así como también se puso énfasis en la formación de capacidad para la investigación a través del curso de conducta responsable en investigación (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS] y OMS, 2017).

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Análisis de contenido

En primer lugar, se muestra el análisis de las opiniones otorgadas por cinco jueces expertos, acerca de los ítems de la Escala DAS, considerándose los criterios de claridad, pertinencia y relevancia.

**Tabla 2**

*Evidencias de validez basada en contenido*

Ítem	1° Juez			2° Juez			3° Juez			4° Juez			5° Juez			Aciertos	V. de Aiken (≥.80)
	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R		
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	59	98%
2	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	47	78%
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	100%
4	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	3	3	4	4	4	49	82%
5	4	4	4	2	2	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	49	82%
6	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	51	85%
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	100%
8	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	2	4	4	4	50	83%
9	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	1	1	4	4	4	48	80%
10	1	1	1	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	45	75%
11	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	51	85%
12	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	2	4	4	4	50	83%
13	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	3	3	4	4	4	49	82%
14	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	51	85%
15	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	1	1	4	4	4	45	75%

*Nota:* Mínimo = 1, Máximo = 4; C = Claridad: comprensibilidad, P = Coherencia: pertinencia, R = Relevancia: representatividad.

En la tabla 2, se evidencia la validez basada en contenido de la DAS, a través del análisis de las puntuaciones por el coeficiente V de Aiken, el cual obtiene un puntaje total de .84, mayor al mínimo exigente de .80, que implica la confirmación del aporte de los ítems para medir la variable ansiedad ante la muerte (Merino, 2009). Cabe resaltar, que entre las observaciones se consideró que el ítem 1 y 5 tenían mucha similitud, y respecto al ítem 14 se mencionó que no suponía necesariamente miedo a la muerte. Y, por último, los ítems 2, 10 y 15 presentan coeficientes inadecuados.

## 4.2. Análisis estadístico preliminar de los ítems

Se presenta el análisis descriptivo de los 15 ítems de la Escala DAS a fin de evaluar detalladamente la calidad métrica de cada elemento.

**Tabla 3**

*Análisis estadístico de la calidad métrica de los ítems*

Ítems	%				<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>g1</i>	<i>g2</i>	<i>IHC</i>	<i>h<sup>2</sup></i>
	1	2	3	4						
1	40.87	51.41	5.14	2.57	1.69	0.69	0.95	1.41	.71	.60
2	38.05	52.19	5.40	4.37	1.76	0.74	1.05	1.42	.33	.12
3	67.87	27.51	3.08	1.54	1.38	0.63	1.77	3.45	.60	.42
4	43.44	46.79	6.94	2.83	1.69	0.72	0.99	1.06	.51	.29
5	40.87	50.13	5.91	3.08	1.71	0.71	0.99	1.30	.72	.60
6	28.79	51.41	13.88	5.91	1.97	0.82	0.71	0.21	.53	.32
7	50.64	41.65	6.68	1.03	1.58	0.66	0.92	0.58	.70	.55
8	14.65	50.13	24.42	10.80	2.31	0.85	0.40	-0.40	.63	.44
9	26.22	48.84	16.20	8.74	2.08	0.88	0.63	-0.19	.63	.43
10	51.93	36.50	7.71	3.86	1.64	0.79	1.21	1.09	.53	.31
11	48.07	43.19	6.68	2.06	1.63	0.70	1.02	1.01	.57	.36
12	26.22	44.73	18.25	10.80	2.14	0.93	0.54	-0.51	.56	.34
13	62.21	29.82	6.94	1.03	1.47	0.67	1.32	1.23	.58	.37
14	46.27	38.30	9.25	6.17	1.75	0.86	1.07	0.53	.47	.25
15	42.93	42.42	10.54	4.11	1.76	0.80	0.94	0.47	.56	.34

*Nota:* %: Porcentaje de respuestas; *M*: Media; *DE*: Desviación estándar; *g<sup>1</sup>*: coeficiente de asimetría; *g<sup>2</sup>*: coeficiente de curtosis; *IHC*: Índice de homogeneidad corregida; *h<sup>2</sup>*: Comunalidad.

En la tabla 3, se muestra que el porcentaje de respuesta se encuentra dentro del parámetro menor a 80%, siendo el valor mínimo 1.03 y el valor máximo 67.87, lo cual indica que los participantes no tuvieron deseabilidad social o necesidad de aprobación social al momento de marcar sus alternativas (Domínguez et al., 2012). Acerca de la media de las puntuaciones, los valores exportados indican que los evaluados marcaron principalmente las alternativas 1 y 2; y su desviación estándar ofrece una aproximación a 1.0, lo cual señala baja dispersión y que los examinados marcan de manera semejante. Respecto a los coeficientes de asimetría y curtosis, estos se encuentran dentro del rango aceptable (+/- 1.5), puesto que no se alejan de la distribución normal (Forero et al., 2009), exceptuando el ítem 3. Sobre el índice de homogeneidad corregida, los valores se encuentran dentro del rango esperado (mayor a .30 y menor a .80), lo cual expresa que el ítem contribuye a la variable y

no hay redundancias en la correlación ítem-test (Lloret et al., 2017). Finalmente, las comunalidades fueron principalmente mayores a .30, a excepción de los ítems 2, 4 y 14, lo que indica que los ítems comparten en una proporción considerable la misma variable, salvo los ítems mencionados (Detrinidad, 2016).

Asimismo, para este análisis se presenta la matriz de correlaciones policóricas.

**Tabla 4**

*Matriz de correlaciones policóricas*

Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	.21	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	.57	.10	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	.33	.14	.41	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	.87	.22	.55	.36	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	.46	.14	.34	.40	.43	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	.60	.29	.56	.31	.57	.38	1	-	-	-	-	-	-	-	-
8	.47	.31	.39	.42	.52	.36	.43	1	-	-	-	-	-	-	-
9	.52	.33	.39	.40	.48	.52	.42	.45	1	-	-	-	-	-	-
10	.44	.30	.36	.23	.32	.19	.53	.35	.36	1	-	-	-	-	-
11	.44	.19	.37	.37	.44	.34	.48	.33	.31	.4	1	-	-	-	-
12	.36	.23	.28	.27	.39	.31	.38	.51	.34	.41	.46	1	-	-	-
13	.36	.18	.36	.39	.43	.31	.47	.34	.38	.39	.42	.40	1	-	-
14	.38	.06	.45	.34	.43	.35	.37	.28	.34	.15	.23	.26	.40	1	-
15	.32	.37	.29	.27	.37	.26	.45	.48	.37	.42	.36	.44	.42	.23	1

En la tabla 4, la matriz de correlaciones policóricas muestra una apropiada magnitud en las relaciones entre reactivos categóricos ordenados (variables observables) y no expresa multicolinealidad, debido a que la mayoría se encuentra dentro del rango adecuado (.30 y .90), lo cual implica que no existen redundancias y contribuyen acertadamente en medir la variable (Tabachnick y Fidell, 2019). Por otro lado, en este caso también se mantiene en observación el ítem 2 por encontrarse debajo del rango mencionado. Y, el ítem 5 en relación al ítem 1, ya que se aproximan a la redundancia por acercarse al límite mayor de .90. No obstante, los ítems, principalmente, cumplen con presentar calidad y efectividad para medir la variable subyacente.

### 4.3. Análisis de la estructura interna

Se llevó a cabo el análisis de estructura interna mediante la metodología de análisis factorial confirmatorio (AFC), para lo cual se probaron los índices de bondad de ajuste de los siguientes modelos para una adecuada interpretación teórica y práctica de los puntajes obtenidos de la escala DAS

**Tabla 5**

*Análisis factorial confirmatorio de la escala DAS*

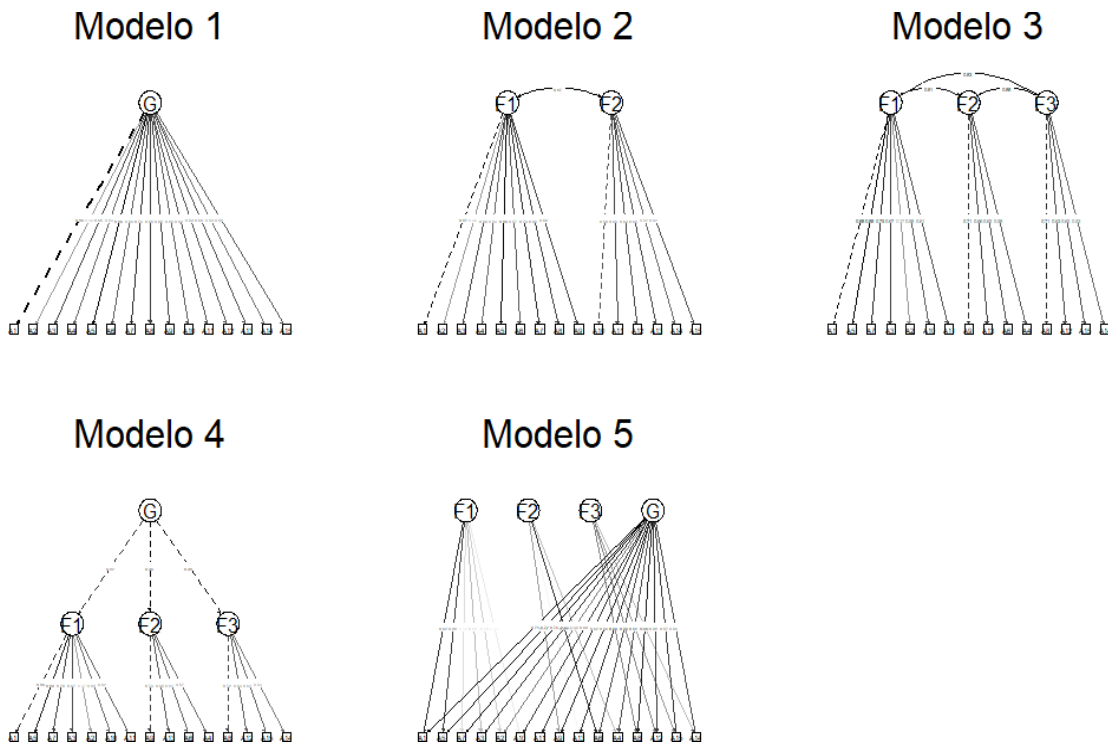
Modelos	$\chi^2$	gl	$\chi^2/\text{gl}$	CFI	TLI	RMSEA [IC 90%]	SRMR
Modelo 1	346.222	90	3.847	.919	.906	.086 [.076; .095]	.073
Modelo 2	322.813	89	3.627	.926	.913	.082 [.073; .092]	.070
Modelo 3	286.445	87	3.292	.937	.924	.077 [.067; .087]	.068
Modelo 4	288.811	89	3.245	.937	.926	.076 [.066; .086]	.068
<b>Modelo 5</b>	<b>171.853</b>	<b>75</b>	<b>2.291</b>	<b>.970</b>	<b>.957</b>	<b>.058 [.046; .069]</b>	<b>.053</b>

*Nota:* Modelo 1: Estructura unidimensional (original; Templer, 1970), Modelo 2: Estructura bidimensional (Resett et al., 2021; Rivera-Ledesma y Montero-López; 2010), Modelo 3: Estructura de 3 dimensiones (adaptación al español; Rivera-Ledesma et al., 2009), Modelo 4: Estructura de segundo orden, Modelo 5: Estructura bifactor de 3 factores y un factor general;  $p < .001$ , se omitió el p valor asociada a la  $\chi^2$  puesto que es estadísticamente significativa en todos los modelos.

En la tabla 14 se observa que, de los modelos supuestos en los antecedentes, el modelo 3: Estructura de 3 dimensiones (Rivera-Ledesma & Montero López, 2010), presenta mejores índices de ajuste:  $\chi^2/\text{gl}$  (3.292) < 5, en base a evidencia empírica. Lo que permitió examinar adicionalmente los modelos jerárquicos basado en la estructura de 3 dimensiones (de segundo orden y bifactorial), en la cual se concluyó que el modelo que obtenía índices de ajuste satisfactorios fue el Modelo Bifactor planteado por Resett et al. (2021), cuyos valores son:  $\chi^2/\text{gl}$  (2.291) < 3, CFI (.970) > .94, TLI (.957) > .94, RMSEA [IC 90%] < .07 y SRMR < .08 (Hair et al., 2019). Por lo tanto, se procedió posteriormente con la evaluación de los índices específicos para el modelo bifactor.

## Figura 1

Diagrama de senderos de los modelos factoriales evaluados



En la Figura 1, se presentan los seis modelos factoriales que fueron puestos a evaluación a fin de definir el mejor modelo de medida de ajuste. Modelo 1: Estructura unifactorial, Modelo 2: Estructura de dos factores, Modelo 3: Estructura de tres factores, Modelo 4: Estructura de segundo orden y 5: Estructura bifactorial. Para ese fin, se tomaron en cuenta los criterios estadísticos, teóricos y metodológicos, que permitieron determinar como mejor modelo a la Estructura bifactorial.

En esa línea, se presentan las cargas factoriales del modelo bifactorial y los índices específicos que resultaron en base al cálculo de esas cargas. La importancia de esta evaluación radica en comprobar un buen ajuste no sólo en el modelo clásico, sino también en los índices específicos.

**Tabla 6***Cargas factoriales e índices específicos para el modelo bifactorial*

Ítems	Factor general	Factor 1	Factor 2	Factor 3
	$\lambda_{FG}$	$\lambda_{F1}$	$\lambda_{F2}$	$\lambda_{F3}$
AM1	.715	.625		
AM2	.398	.576		
AM7	.629	.103		
AM3	.523	.207		
AM2	.715	-.146		
AM10	.538	-.061		
AM11	.740	.001		
AM9	.656		.292	
AM13	.643		-.027	
AM6	.595		.609	
AM4	.615		.195	
AM8	.577			.364
AM12	.627			.356
AM15	.575			.306
AM14	.536			-.197
<hr/>				
Coeficiente omega ( $\omega$ )	.918	.864	.755	.735
Coeficiente omega jerárquico ( $\omega_H$ )	.880	.070	.131	.082
Coeficiente de replicabilidad H	.906	.549	.420	.306
Varianza común explicada (ECV)			.769	
Porcentajes de correlaciones no contaminadas (PUC)			.686	
Varianza explicada %			77.44	

*Nota:* AM: número de ítem de la DAS, F1: Miedo a la muerte; F2: Miedo a la agonía o la enfermedad; F3: Miedo a que la vida llegue a su fin; FG: Ansiedad ante la muerte;  $\lambda$ : Cargas factoriales estandarizadas.

De este modo, en la tabla 5 se observa que el coeficiente omega es superior al valor requerido ( $> .70$ ), lo que supone una adecuada confiabilidad del constructo, en cuanto a precisión de medida. El coeficiente omega jerárquico obtuvo una carga fuerte mayor a  $.80$ , que indica la varianza que posee el factor general de manera unidimensional. Respecto al coeficiente H, se observa un valor mayor a  $.80$ , que señala la existencia definida de la variable latente. Sobre el valor de la ECV y la PUC, estos poseen magnitudes mayores a  $.60$  y menor a  $.80$ , respectivamente, indicando que, a pesar de la multidimensionalidad del constructo, se pueden obtener las puntuaciones de manera unidimensional y global debido a que se afirma la fuerte presencia de un factor general. De modo que el modelo bifactor resulta ser altamente confiable, con un porcentaje de varianza explicada del  $77\%$ , coherente con la teoría. Asimismo, cabe mencionar, que pese a resultar válidas las cargas de los ítems que se muestran negativas, estas no estarían contribuyendo en un grado significativo a sus respectivos factores.



#### 4.4. Análisis de equidad en la medición

Finalmente, se efectuó el análisis de equidad en la medición de la escala DAS mediante la evaluación progresiva de invarianza factorial, según la variable sexo

**Tabla 7**

*Análisis de invarianza factorial en función a la variable sexo*

Sexo (Hombres: 220; Mujeres:169)										
Niveles	$\chi^2$	$\Delta\chi^2$	gl	$\Delta gl$	CFI	$\Delta CFI$	RMSEA	$\Delta RMSEA$	SRMR	$\Delta SRMR$
Configural	262.038		165		.971	-	.055	-	.064	-
Métrica	286.157	24.119	191	26	.971	.001	.051	.004	.069	.005
Fuerte	323.541	37.384	206	15	.965	.007	.054	.004	.069	.001
Estricta	322.418	1.123	221	15	.970	.005	.049	.006	.071	.002

*Nota.*  $\Delta \chi^2$ = cambios en la  $\chi^2$ ,  $\Delta gl$ = cambios en los grados de libertad;  $\Delta CFI$ = Variación en el CFI y  $\Delta RMSEA$ = Variación en el RMSEA,  $\Delta SRMR$ = cambios en la SRMR.  $p < .001$ , nivel estadísticamente significativo respecto a la prueba  $\chi^2$

En la tabla 6, se verifica que las magnitudes en las variaciones son:  $\Delta CFI < .01$ ,  $\Delta RMSEA < .015$  y  $\Delta SRMR < .03$ ; criterios mínimos que determinan la invarianza factorial según el sexo. Por lo tanto, los resultados evidencian que las interpretaciones que se tienen al momento de completar la Escala de ansiedad ante la muerte no varían en hombres y mujeres; es decir, las puntuaciones obtenidas en la escala se deben principalmente a la comprensión que se tiene de la variable sin independientemente del sexo de los participantes. En tal sentido, no hay riesgo de sesgo de medida al momento de evaluar y comparar las puntuaciones de la Escala DAS.

#### 4.5. Análisis de relación con otra variable

Se presenta a continuación el análisis de fuentes externas, relacionado con la Escala del Miedo a la muerte (EMMCL)

**Tabla 8**

*Análisis de relación con otra variable*

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	1
1. <b>Ansiedad ante la muerte</b>	26.56	6.74	
2. <b>Miedo a la muerte</b>	83.54	24.39	.68(.46) ** [.62, .73]
2.1. Miedo a la propia muerte y al propio proceso de morir	37.47	12.64	.67(.45) ** [.61, .72]
2.2. Miedo a la muerte de otros y a su proceso de morir	46.08	13.58	.60(.36) ** [.53, .66]

*Nota.* *M*: Media y *DE*: desviación estándar. Los valores dentro de los corchetes indican el intervalo de confianza para cada correlación del 95%, el cual es un rango aceptable de correlaciones poblacionales que podrían haber generado la correlación de la muestra (Cumming, 2014). \*  $p < .005$ . \*\*  $p < .001$ . El valor entre paréntesis señala el coeficiente de determinación  $r^2$  (tamaño de efecto)

En la tabla 7, se halló la correlación entre la Escala de ansiedad ante la muerte DAS y la Escala de miedo a la muerte EMMCL. En ello se encontró que la relación es positiva y de tamaño de efecto grande ( $r = .68$ ;  $r^2 = .46$ ;  $p < .001$ ) (Domínguez-Lara & Campos-Uscanga, 2017). En tal sentido, las variables sostienen una relación de validez convergente, que permite contrastar la literatura respecto a la relación de los constructos. Además de ello, se analizó la correlación con las dimensiones de miedo a la muerte, a fin de profundizar en relación según la propia muerte y según la muerte de otros, en la cual, se halló una positiva y de tamaño grande en ambos casos, pero, principalmente en relación al miedo a la propia muerte y al proceso de morir, como era lo esperable, obteniéndose ( $r = .67$ ;  $r^2 = .45$ ;  $p < .001$ ).

## V. DISCUSIÓN

Esta investigación de carácter psicométrico tuvo como objetivo analizar las evidencias psicométricas de la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) en adultos de Lima Metropolitana. Para ello, se consideraron los últimos reportes dados por la literatura científica, tomando como referencia la adaptación al español de la escala DAS, por Rivera-Ledesma y Montero-López (2009), y específicamente la estructura factorial de dos dimensiones, reportados por los mismos autores y por Resett et al. (2021). De acuerdo con ello, se procede a discutir los hallazgos en comparación con resultados de informes previos.

En principio, el análisis de las puntuaciones por cinco jueces expertos para las evidencias de validez basada en contenido, resultaron favorables para los reactivos, en cuanto a medir eficientemente la variable. Asimismo, en este punto se precisaron observaciones respecto a los ítems 1, 5 y 14. En la cual, se menciona que el ítem 1 (“Tengo mucho miedo de morir”) y el ítem 5 (“Tengo miedo de morir”) estarían presentando equivalencia, lo cual también se expresa en el análisis de correlaciones policóricas, y, por lo tanto, podrían ser reemplazados por el otro. Asimismo, en relación al ítem 14 (“Me horroriza ver un cadáver”) se enfatiza una discordancia teórica al no ser un hecho que no supondría precisamente una reacción de miedo a la muerte, lo cual es concordante con la impresión en el estudio de Resett et al. (2021), que considera una posible relación a impresiones de repulsión. Por último, cabe mencionar otras consideraciones mínimas, como por ejemplo con el ítem 6 (“Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer”), el cual se sugiere se mencione el tener miedo al cáncer u otra enfermedad; con el ítem 13 (“Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial”), precisar una situación bélica que suponga una posibilidad de muerte cercana como: Me asusta oír hablar a la gente de una guerra en nuestro país, o que nuestro país entre en guerra”).

En segundo lugar, el análisis estadístico de ítems presentó calidad y efectividad, lo cual indica fiabilidad y que los ítems logran evaluar la variable subyacente, ya que se encuentran dentro del rango adecuado en la matriz de correlaciones policóricas y en la correlación ítem-test. Estos resultados se encuentran en la misma línea con estudios relacionados (Gul & Saleem, 2015;

Sharif et al., 2017; Moral & Miaja, 2014), quienes señalan homogeneidad y fiabilidad en los ítems; sin embargo, fue notable que el ítem 2: Pienso en la muerte y el ítem 14: me horroriza ver un cadáver, presentan baja capacidad discriminativa respecto a la variable y en la varianza compartida en común, comportamiento que se expresa también en los estudios de Rivera-Ledesma y Montero-López (2009), Rivera Ledesma et al. (2010) y en el estudio de Resett et al. (2021). Estos últimos autores plantean la probabilidad de la ineficacia del ítem 14, al ser persistente, de ser un indicador que podría relacionarse con el asco e impresión y no necesariamente con la ansiedad ante la muerte. De esta manera, se refuerza el sentido de observación sobre esta variable en posteriores aplicaciones.

Respecto al análisis de la estructura interna, este se dio por medio del análisis factorial confirmatorio, tomando en consideración los modelos estructurales validados en estudios previos. De esta manera, en un primer momento, el modelo que presentó mejor ajuste fue el modelo estructural de tres dimensiones. El cual presenta buenos índices:  $\chi^2/gl$  (3.292) < 5, CFI =.94, TLI=92 y RMSEA=.077 [.067; .087]. Modelo semejante con las estructuras reportadas por Moral y Miaja (2014) y la adaptación al español mexicano de Rivera-Ledesma y Montero López (2009), que determinan un modelo de estructura con tres factores (F1: Miedo a la muerte, Miedo a la agonía y F3: Miedo al fin de la vida), y específicamente un modelo bifactorial (FG: Ansiedad ante la muerte, F1: Miedo a la muerte, Miedo a la agonía y F3: Miedo al fin de la vida), con valores  $\chi^2/gl$  (2.291) < 5, CFI =.97, TLI=95 y RMSEA=.058 [.046; .069]. Lo cual encuentra sentido en la teoría, al distinguirse los procesos de la propia muerte y la muerte en sí (Gael, 2019; Limonero, 1997), asimismo, Pollak (1979) evidencia que el mayor temor de las personas está estrechamente relacionado con el miedo al sufrimiento, el dolor, la trayectoria de la muerte y la descomposición que a la muerte como tal. Y, del mismo modo, todas las dimensiones independientes al encontrarse en un nivel y frecuencia mayor constituyen la variable ansiedad ante la muerte (Gala et al., 2002), concordante con el último estudio psicométrico de Resett et al. (2021).

En relación a las cargas factoriales, emergieron resultados válidos que sustentaban el modelo predicho, puesto que las cargas saturaban en su factor correspondiente, pero en mayor medida en el factor general; Sin embargo, pese a

los óptimos índices de ajuste, algunos ítems se expresan con cargas negativas, lo cual indicaría que no estarían contribuyendo en un grado significativo a sus respectivos factores, pero, por los resultados generales, son importantes en su contribución de la variable general. Se continúa sugiriendo poner en observación desde distintas metodologías de análisis al ítem 14, debido a su persistente comportamiento problemático en el instrumento, ya que en este caso su carga reducida también presenta coincidencias con estudios previos, en la cual presenta baja carga y saturación en dos dimensiones (Rivera Ledesma et al., 2010; Resett et al., 2021)

Acerca de la confiabilidad, bajo estrategia de consistencia interna se halló que el coeficiente omega sobrepasa los valores considerados adecuados ( $> .70$ ) tanto para el factor general como para cada una de las dimensiones, lo que corresponde a una correcta confiabilidad del constructo, en cuanto a precisión de medida, consistencia y estabilidad. Resultados semejantes fueron hallados desde el estudio original de (Templer 1970), hasta los más recientes (López & Calle, 2004; López-Castedo et al., 2019; Rivera Ledesma et al., 2010; Resett et al., 2021); no obstante, es preciso señalar las estrategias empleadas en las investigaciones mencionadas, en las cuales priman el análisis de consistencia interna y por medio de análisis test-retest.

Relativo al análisis de equidad, los resultados determinaron la invarianza factorial según el sexo, bajo los parámetros sugeridos:  $\Delta CFI < .01$ ,  $\Delta RMSEA < .015$  y  $\Delta SRMR < .03$ . Lo cual evidencia que las puntuaciones que obtiene la escala se presentan indistintamente de las características de los participantes, en relación a su sexo. Es decir, la comprensión de la variable que subyace al instrumento se presentará por la interpretación que se tenga del mismo y no diferenciará en hombres y mujeres. En tal sentido no se encuentra sesgo de medida al evaluar las puntuaciones de la Escala de ansiedad ante la muerte. En esa dirección, es posible realizar la elaboración de datos normativos de forma equivalente tanto para hombres como para mujeres. Asimismo, no se han reportado estudios que analicen este procedimiento de evaluación, lo cual es sugerido para ampliar los criterios que validen un instrumento.

Respecto al último objetivo de validación con otras variables, se encontró convergencia con la Escala de Miedo a la muerte de (Collet & Lester, 1969; adaptación al español: Quintero & Simkin, 2020), la cual fue de carácter positivo y fuerte, que indicaría una consistente relación para medir la variable la ansiedad ante la muerte, como se indica la teoría (Gala et al., 2002; Grau et al., 2008; Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2008). Asimismo, se realizó el análisis de la relación entre la variable ansiedad ante la muerte con las dimensiones de miedo a la muerte, en la cual se encontró convergencias, pero principalmente con el miedo a la propia muerte y al proceso de morir, como se suponía al tratarse en ambos casos de la propia experiencia con la muerte, ya que la otra dimensión analizada hace alusión al miedo a la muerte asociada a la experiencia de otras personas.

Por otro lado, se presentaron algunas limitaciones en esta investigación. Una de ellas se encuentra en relación a la muestra, la cual fue elegida por conveniencia no probabilística, que implica restricciones para la generalización a la población total. Asimismo, la cantidad limitada de la muestra no permitía la distribución proporcional según zona de residencia, grado de instrucción o rangos de edad para un mejor análisis, de manera que se debería aumentar la muestra significativamente. Otra limitación del estudio fue que se realizó una sola vez, es decir fue de corte transversal, de modo que se sugiere para mejores datos de confiabilidad en la precisión de la medida, un estudio a través del tiempo (test-retest); es decir, un estudio de corte longitudinal que recopile datos en un cierto periodo.

En síntesis, este estudio llevó a cabo los objetivos que se propuso, puesto que confirmó evidencias psicométricas de la Escala de ansiedad ante la muerte DAS, mediante análisis de los elementos de validez, mediante verificación de los ítems, de estructura interna, de confiabilidad, de equidad en la medición y de factores externos, para lograr avalar la administración del instrumento en población específica. Por último, se promueve el uso y consideración de este estudio para las nuevas investigaciones que quieran emplear o estudiar esta escala, lo cual permitirá su actualización y mejora.

## **VI. CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

En primer lugar, la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) evidencia adecuadas propiedades psicométricas. Es decir, mediante los resultados obtenidos de validez y confiabilidad, el instrumento resulta adecuado para medir la ansiedad ante la muerte en población adulta de Lima Metropolitana.

### **SEGUNDA**

A su vez, se concluye que existe evidencia de validez basada en el contenido. Ello, debido a los puntajes favorables otorgados a los ítems del instrumento por parte de cinco jueces expertos, que concluyen que los ítems sí miden la variable. Empero, se observa al ítem 1 y 5 por su alta similitud, y al ítem 14 ya que no supone necesariamente miedo a la muerte.

### **TERCERA**

Del mismo modo, se confirma la calidad métrica de los ítems. En la cual mediante en análisis estadístico y las matrices policóricas, se da cuenta de la calidad de los reactivos y la adecuada relación entre ellos, expresando efectividad para medir la variable subyacente; sin embargo, pese a que en su conjunto se concluye ello, los ítems dos y catorce, presentan cargas bajas que indicarían no estar contribuyendo significativamente a medir la variable.

### **CUARTA**

Asimismo, de los modelos puestos a prueba, el modelo con mejor ajuste fue el modelo bifactor, de tres factores y un factor general (FG: ansiedad ante la muerte, F1: Miedo a la muerte, F2: Miedo a la agonía y F3: Miedo a que la vida llegue a su fin), cuyos valores fueron:  $\chi^2/g1 = 2.291$ , CFI = .970, TLI = .957, RMSEA [IC 90%] = .058 [046; .069] y SRMR = .053.

### **QUINTA**

Además, se verifica que la Escala DAS presenta evidencias de confiabilidad; que se observa mediante el coeficiente omega (FG=.918, F1=.864, F2=.755 y F3=.735), lo cual implica el grado de precisión en la medida.

## **SEXTA**

Así también, se determinan evidencias de equidad en la medición en relación a la variable sexo. ( $\Delta\text{CFI} < .01$ ,  $\Delta\text{RMSEA} < .015$  y  $\Delta\text{SRMR} < .03$ ). Es decir, no hay riesgo de sesgo de medida al momento de evaluar y comparar las puntuaciones de la Escala DAS según el sexo de los evaluados.

## **SÉPTIMA**

Por último, se confirma la validez convergente entre la Escala de ansiedad ante la muerte y la Escala de Miedo a la muerte ( $r = .68$ ;  $r^2 = .46$ ;  $p < .001$ ). Es decir, existe una relación positiva y grande, para medir el constructo en particular como se contrasta con la literatura.



## **VII. RECOMENDACIONES**

### **PRIMERA**

Emplear la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) como herramienta complementaria de diagnóstico para evaluar personas con características semejantes a la muestra. Asimismo, utilizar el instrumento en investigaciones que quieran ampliar el conocimiento entorno a la variable y sus correlatos.

### **SEGUNDA**

Considerar el modelo de estructura bifactorial a fin de contemplar todas las dimensiones de análisis para una adecuada intervención.

### **TERCERA**

Verificar la precisión de la medición por medio de otros enfoques de análisis como el de estabilidad temporal: test-retest y comparación con pruebas bajo otras versiones, para obtener mejores conclusiones respecto a la confiabilidad.

### **CUARTA**

Realizar el análisis de validez relacionado con otras variables, tomando en cuenta la validez divergente y validez discriminante.

### **QUINTA**

Reunir una muestra más amplia y semejante para la elaboración de datos normativos que sean más precisos al momento de realizar un diagnóstico. Asimismo, para verificar equidad en la medición según otras variables sociodemográficas como población clínica y comunitaria, de diferentes estratos sociales, de distintos rangos de edad, etc.

## REFERENCIAS

- Abdel-Khaleh, A. (2004). La escala árabe de ansiedad ante la muerte (ASDA): su desarrollo, validación y resultados en tres países árabes. *Seminal de la muerte*, 28(5), 435-57. 1.1080/07481180490437572
- Alonso, J., Martínez, B. y Calvo, F. (2001). Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes. *Psiquis*, 22(5), 176-182. (PDF) Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes (researchgate.net)
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Asociación Americana de Psicología. (2010). APA diccionario conciso de psicología. Manual moderno.
- Ascencio, L., Allende, S. y Verástegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115. DOI: 1.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n1.44920
- Bandalos, D. y Finney, S. (2010). *Factor Analysis: Exploratory and Confirmatory*. En G. R. Hancock y R. O. Mueller (Eds.), *Reviewer's guide to quantitative methods*. Routledge
- Barbero, M., Vila, E. y Holgado, F. (2008). La adaptación de los tests en estudios comparativos interculturales. *Acción Psicológica*, 5(2), 7-16.
- Becerra, B. y Becerra, D. (2020). Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos, durante la pandemia de la COVID-19. *Revista cubana de enfermería*, (36) <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3999>
- Becker, H. (1973) *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. Simon y Schuster.

- Boceta, J., Galán J., Gamboa, F. y Munian, M. (2016). Factores sociodemográficos que influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina. *Educ Med*, 18(3), 179-187. <http://dx.doi.org/1.1016/j.edumed.2016.07.004>
- Blanco, T. y Salazar, M. (2011). *Ansiedad ante la muerte y factores de vulnerabilidad asociados en ofensores sexuales reclusos en el Centro de Atención Institucional*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica]. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/79312/EscalaAnsMuertecuamet6.pdf?sequence=1>
- Brown, T. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research (2nd ed)*. Guilford Publications.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. (1990). Evaluación mediante autoinforme de la reactividad cognitivo-fisiológica-motora ante diferentes situaciones: diferencias individuales y situacionales. *Diagnóstico y evaluación psicológica* 9, 94-101. [https://www.researchgate.net/publication/230577070\\_Evaluacion\\_mediante\\_autoinforme\\_de\\_la\\_reactividad\\_cognitivo-fisiologica-motora\\_ante\\_diferentes\\_situaciones\\_Diferencias\\_individuales\\_y\\_situacionales\\_Assessment\\_by\\_self-report\\_of\\_the\\_cognitive-physiolog](https://www.researchgate.net/publication/230577070_Evaluacion_mediante_autoinforme_de_la_reactividad_cognitivo-fisiologica-motora_ante_diferentes_situaciones_Diferencias_individuales_y_situacionales_Assessment_by_self-report_of_the_cognitive-physiolog)
- Caycho, T. (2017). Importancia del análisis de invarianza factorial en estudios comparativos en Ciencias de la Salud. *Educación médica superior*, 31(2). <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v31n2/ems04217.pdf>
- Cherny, N. (2000). *The treatment of suffering in patients with advanced cancer*. En H. Chochinov y W. Breitbart (eds.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. Oxford University Press.
- Colegio de Psicólogos del Perú. (21 de diciembre de 2017). Código de ética del psicólogo peruano. Lima: Consejo directivo nacional. [http://www.cpsp.pe/aadmin/contenidos/marcolegal/codigo\\_de\\_etica\\_del\\_cpsp.pdf](http://www.cpsp.pe/aadmin/contenidos/marcolegal/codigo_de_etica_del_cpsp.pdf)
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud. (2017). Pautas éticas internacionales para la

investigación relacionada con la salud con seres humanos.  
[https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)

Cortada, N. (2002). Importancia de la investigación psicométrica. *Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 229-24. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534303.pdf>

De la Fuente, S. (2011). *Análisis factorial*. Universidad Autónoma de Madrid. <https://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/MULTIVARIANTE/FACTORIAL/analisis-factorial.pdf>

Del Valle, M. y Zamora, E. (2022). El uso de las medidas de auto-informe: ventajas y limitaciones en la investigación en Psicología. *Alternativas en Psicología*, 47. El uso de las medidas de auto-informe.pdf (alternativas.me)

Detrinidad, E. (2016). Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio aplicado al modelo de secularización propuesto por Inglehart-Norris. Periodo 2010-2014 (Estudio de caso España, Estados Unidos, Alemania, Holanda) WSV. (Tesis de Maestría, Universidad De Granada).

Díaz, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-5. doi: 1.18774/0719-448x.2019.16.1.393

Domínguez-Lara, S. (2016). Comparing self-concept between groups, bias or differences?: Comments to Castillo et al. *Revista chilena de pediatría*, 87(5), 436. <https://doi.org/1.1016/j.rchipe.2016.03.003>

Domínguez-Lara, S., y Campos-Uscanga, Y. (2017). Influencia de la satisfacción con los estudios sobre la procrastinación académica en estudiantes de psicología: un estudio preliminar. *Liberabit*, 23(1), 123-135. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.09>

Domínguez-Lara, S. y Prada-Chapoñan, R. (2020). Invarianza de medición y datos normativos de una medida breve de inteligencia emocional en estudiantes universitarios peruanos. *Anuario de Psicología*, 50(2), 87-97. [1.1344/anpsic202.5.8](https://doi.org/1.1344/anpsic202.5.8)

- Domínguez, A., Aguilera, S., Acosta, T., Navarro, G. y Ruiz, Z. (2012). La deseabilidad social revalorada: más que una distorsión, una necesidad de aprobación social. *Acta de investigación psicológica*, 2(3), 808-824. <https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v2n3/v2n3a5.pdf>
- Escobedo, M., Hernández, J., Estebané, V. y Martínez G. (2016). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Ciencia & trabajo*, 18(55). <http://dx.doi.org/1.4067/S0718-24492016000100004>
- Elousa, P. (2017). Avances, proyectos y retos internacionales ligados al uso de tests en Psicología. *Estud. Psicol*, 34(2), 201-21. <https://doi.org/1.1590/1982-02752017000200002>
- Erikson, E. (1950). *Infancia y sociedad*. Paidós.
- Fernández, A., Pérez, E., Alderete, A., Richaud, M. y Fernández, M. (2011). ¿Construir o Adaptar Tests Psicológicos? Diferentes Respuestas a una Cuestión Controvertida. *Evaluar*, 10(2011), 60-74.
- Freud, S. (1971). *Introducción al psicoanálisis*. Alianza.
- Gala, M., Lupiani, M., Hernández, R., Guillén, C., González, J., Villaverde, M. y Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062002000400004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004)
- Gul, S. y Saleem, S. (2015). Death anxiety scale; translation and validation in patients with cardiovascular disease. *The Professional Medical Journal*, 26(6), 723-732. [https://www.researchgate.net/publication/287865943\\_Death\\_Anxiety\\_Scale\\_Translation\\_Validation\\_in\\_Patients\\_with\\_Cardiovascular\\_disease](https://www.researchgate.net/publication/287865943_Death_Anxiety_Scale_Translation_Validation_in_Patients_with_Cardiovascular_disease)
- Grau, J., Llantá, M., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M., Infante, O., Romero, T., Barroso, I. y Morales, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita

- en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27-58.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670003>
- Hanns, L. (2001). *Diccionario de términos alemanes de Freud*. Lumen.
- Hair, J., Sarstedt, M. y Ringle, C. (2019), "Repensar algunos de los replanteamientos de los mínimos cuadrados parciales", *European Journal of Marketing*, (53)4, 566-584. <https://doi.org/10.1108/EJM-10-2018-0665>
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). Mac Graw Hill s.a.
- Hernández, S y Duana, D. (2020). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. *Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA*, 9(17), 51-53. <file:///C:/Users/user/Desktop/6019-Manuscrito-35678-1-10-2020112.pdf>
- Herrera, A. (1998). *Notas sobre Psicometría*. Universidad Nacional de Colombia.
- Hoogstraten, J., Koele, P. y Van der Laan, J. (1998). Templer's death anxiety scale revisited: the Dutch version. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 1259-1264.
- Huamani, P. (2016). *La investigación tecnológica*. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/4274/n/huamani-la-investigacion-tecnologica.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022). Estimaciones y proyecciones de la población en base al Censo 2017. Elaboración: Departamento de estadística – C.P.I.  
<file:///C:/Users/user/Desktop/PI/poblacion%202022%20CPI.pdf>
- Indacochea, S., Torres, J., Vera, V. y De la cruz, J. (2021) El Miedo y la Ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la pandemia del Covid-19. *Medicina interna*, 6(3), 49-58.  
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v6n3/2393-6797-rumi-6-03-49.pdf>
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Holt.

- Kastenbaum, R. (1987). Death-related anxiety. En L. Michelson y L. M. Ascher (eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment*, 425-441.
- Kalish, R. y Reynolds, D. (1977). The role of age in death attitudes. *Death Education*, 1, 205-23.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento* (4ta. Edición). McGraw-Hill Interamericana.  
[https://www.academia.edu/6753714/Investigacion\\_Del\\_Comportamiento\\_-\\_Kerlinger\\_Fred\\_N\\_PDF](https://www.academia.edu/6753714/Investigacion_Del_Comportamiento_-_Kerlinger_Fred_N_PDF)
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En M. Klein (Ed.), *Obras completas*, 3, 10-33.
- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. En M. Klein (Ed.), *Obras completas*, 3, 34-51.
- Lane, M. (1997). *The construction and validation of death anxiety scale*. [Master's thesis, Eastern Illinois University].  
<https://thekeep.eiu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4170&context=theses>
- Lester, D. y Templer, D. (1992) Death anxiety scales: a dialogue. *Omega*, 26(4), 239-253
- Limonero, J. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y estrés*, 3(1), 37-46.  
[https://www.researchgate.net/publication/235325305\\_Ansiedad\\_ante\\_la\\_muerte\\_Death\\_anxiety](https://www.researchgate.net/publication/235325305_Ansiedad_ante_la_muerte_Death_anxiety)
- López- Castedo, A., Gonzáles-Rodríguez, R. y Vázquez, R. (2019). Propiedades psicométricas del death anxiety stait en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista española Salud pública*, 93(3), 1-9.
- López, A. y Calle, I. (2008). Características psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) en pacientes de VIH/SIDA. *Psicothema*, 20(4), 958-963. <http://www.psicothema.com/pdf/3582.pdf>
- López-Ibor, J. (1949). *La neurosis como enfermedad del ánimo*: Gredos.

- Lonetto, R., y Templer, D.I. (1986). *Death Anxiety*. Washington: Hemisphere Publishing.
- Lloret- Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169. <http://dx.doi.org/1.6018/analesps.3.3.199361>
- Maguiña, C. (2020). Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Acta Med Perú*, 37(1), 8-1. <https://doi.org/1.35663/amp.202.371.929>
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Lozano, L. M., Turbany, J., y Valero, S. (2013). *Psicometría*. UOC
- Merino, C. y Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice de validez de contenido: Un programa visual basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25(1), 169-171. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711594019>
- Miguel-Tobal, J (1996). *La ansiedad*. Psicología y bienestar. <https://psicologiaautodidacta.com/producto/la-ansiedad/>
- Ministerio de Salud – Instituto Nacional de Salud y Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades. (2 de octubre del 2022). *Sala situacional COVID-19 Perú*. [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
- Montero, I y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720308>
- Morán, V., Villarrubia, M. y Victoria, M. (2022). Datos normativos en población de adultos argentinos para la Escala de conexión social. *Revista de investigación en psicología*, 25(2), 89-104. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.23461>



- Moral, J. y Miaja, M. (2014). Validación en México de la Death Anxiety Scale de Templer. *Psicología y Salud*, 24(1), 121-13. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/726>
- Moya-Faz, F., Barcia, D., Contreras, M. y Garcés de los Fayos, E. (2010). La escala clínica de ansiedad ante la muerte DACS. *eduPsykhé*, 9(2), 147-158. <http://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/2.50.12020/25/C00042973.pdf?sequence=1>
- Miaja, M. y Moral, J. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte en personas con VIH y población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 107-122. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11208>
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI*. Pirámide.
- Navas, W. y Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXIX(604), 497-507. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>
- Neimeyer, A., Wittkowski, J. y Moser, R. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-34.
- Neimeyer, R. (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. (1. Ed.). Paidós.
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J. y Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. 5ª. Ed. Ediciones de la U.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020, 11 de marzo). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://acortar.link/z4tkT8>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*. <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

- Osadolor, I. (2005). *Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte*. [Tesis de doctorado, Universidad Iberoamericana]. <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014538/014538.pdf>
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232.
- Pérez-Tejada, H. (2008). *Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud*. (3a. Ed.). Cengage Learning. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2015/09/Estadistica-para-las-ciencias-sociales-del-comportamiento-y-de-la-salud.pdf>
- Pollak, J. (1979). Correlates of death anxiety: a review of empirical studies. *Omega: Journal of Death and Dying*, 10(2), 97-121. <https://doi.org/10.2190/4KG5-HBH0-NNME-DM58>
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J. y Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130(3), 435-468.
- Quintero, S y Simkin, H. (2020). Adaptación y Validación al español de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett–Lester “FODS”. *Revista Subjetividad y Procesos cognitivos*, 24(1), 84-93. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/5359>
- Ramos-Vera, C. (2021). Las relaciones dinámicas de red de la obsesión y la ansiedad ante la muerte por COVID-19 durante la segunda cuarentena en universitarios peruanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 160-163. DOI: 1.1016/j.rcp.2021.03.004
- Ribot, V., Chang, N. y González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista habanera de Ciencias Médicas*, (19). <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>
- Richaud, M. (2008). Nuevas tendencias en psicometría. *Evaluar*, 8(1), 1-19. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/71877>

- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, L. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Perspectivas en psicología*, 6(1), 135-14. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n1/v6n1a11.pdf>
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López, L. y Sandoval-Ávila, R. (2010). Escala de ansiedad ante la muerte, de Templer: propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 83-91.
- Real Academia Española (2022). Muerte. *En Diccionario de la Lengua Española*, 23ª ed., [versión 23.3 en línea]. <https://dle.rae.es/muerte?m=form>
- Real Academia Española (2022). Ansiedad. *En Diccionario de la Lengua Española*, 23ª ed., [versión 23.3 en línea]. <https://dle.rae.es/ansiedad?m=form>
- Resett, S., Kenserbaum, M. y González, P. (2021). Validación Preliminar de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer en una muestra argentina. *Psykhe*, 30(1), 1-12. <http://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/26839/27207>
- Rodríguez, D. y Valdeoriola, J. (2014). *Metodología de la investigación*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Sáez, E., Barreto, M. y Pérez, A. (2019). Actitudes hacia la muerte. *Gimbernat*.
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Shieh, J. & Wu, H. (2014). Measures of Consistency for DEMATEL Method. *Communications in Statistics – Simulation and Computation*, 45(3), 781–790. <http://doi.org/10.1080/03610918.2013.875564>
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2019). *Using Multivariate Statistics* (7th ed.). Pearson.
- Kerlinger, F. (1964). *Investigación del Comportamiento* (4ta. Ed.). McGraw-Hill Interamericana.

[https://www.academia.edu/6753714/Investigacion\\_Del\\_Comportamiento\\_Kerlinger\\_Fred\\_N\\_PDF](https://www.academia.edu/6753714/Investigacion_Del_Comportamiento_Kerlinger_Fred_N_PDF)

- Sanchís, L. (2018). *Afrontamiento del miedo a la muerte*. [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49449/1/T40309.pdf>
- Shigemura, J., Ursano, R., Morganstein, J., Kurosawa, M. y Benedek, D. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*, 74(4), 281-282. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32034840/>
- Sharif, H., Pahlevan, S., Koocher, G., Yaghoobzadeh, A., Haghdooost, A., Win, M. y Soleimani, M. (2017). Psychometric Properties of the Death Anxiety Scale-Extended among Patients with End-Stage Renal Disease. *Omega-Journal of Death and Dying*, 80(1), 1-17. 1.1177/0030222817733220
- Silva, E. (2020). Investigación tecnológica. Concepción metodológica en las ciencias de la ingeniería. *RECITIUTM*, 10(10), 2443-4426. <http://bdigital.ula.ve/storage/pdf/recitiutm/v1n2/art04.pdf>
- Skinner, B. (1977). *Ciencia y conducta humana*. Fontanella.
- Statista. (2022). *Número de personas fallecidas a causa del coronavirus en el mundo a fecha de 11 de febrero de 2022, por país*. <https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/>
- Templer, D. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177. <https://doi.org/1.1080/00221309.197.9920634>
- Templer, D. (1976). Two factor theory of death anxiety: A note. *Essence: Issues in the Study of Ageing, Dying, and Death*, 1(2), 91-93. <https://psycnet.apa.org/record/1977-23417-001>
- Thorson, A. y Powell, F. (1997). *Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Paidós.

- Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 91(3), 1116-112. <https://doi.org/1.2466/pr.2002.91.3f.1116>
- Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2005). Construction and validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 108. <https://doi.org/1.1027/1015-5759.21.2.108>
- Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2008). La Escala Árabe de Ansiedad ante la Muerte. Propiedades psicométricas en una muestra española. *Interpsiquis*. <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/34356/>
- Tomás-Sábado, J. (2016). *Miedo y ansiedad ante la muerte. Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación*. Herder. <http://52.156.65.32/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=9ab0f6c8dab38d30840f466e4a43d8f9>
- Tomás-Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Enferm Salud Ment*, 16, 24-28. 1.5538/2385-703X.202.16.26
- Valderrama, S. (2015). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica* (2ª ed.). San Marcos.
- Vila, J. (1984). *Técnicas de reducción de ansiedad* (Eds.). Alhambra.
- Watson, J. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/1.1037/h0069608>

## ANEXOS

### Anexo1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E ITEMS		MÉTODO
	General	Variable: Ansiedad ante la muerte		
		Dimensiones	Ítems	
	Analizar las evidencias psicométricas de la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) en población adulta de Lima Metropolitana.	Miedo a la muerte	1 al 7	Diseño: Instrumental y psicométrico
	Específicos			Nivel: Aplicado
¿Cuáles son las evidencias psicométricas de la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) en población adulta de Lima Metropolitana?	a) Analizar las evidencias de validez basadas en el contenido.	Miedo a la agonía	4	POBLACIÓN- MUESTRA
	b) Examinar la calidad métrica de los ítems			N= 8 272 300 n= 389 (Adultos de LM)
	c) Analizar las evidencias de validez basadas en la estructura interna.			<b>Instrumento</b>
	d) Verificar las evidencias de confiabilidad.	Miedo al fin de la vida	4	DAS
	e) Analizar las evidencias de equidad en función del sexo			
	f) Evaluar las evidencias de validez en relación con otra variable.			

**Anexo 2: Tabla de operacionalización de la variable**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA	VALOR FINAL
Ansiedad ante la muerte	Templer (1970) define la ansiedad ante la muerte “como una experiencia subjetiva con componentes tanto cognitivos como afectivos, generados y determinados por factores externos e internos asociados a la muerte”	La ansiedad ante la muerte se medirá a través de la Escala DAS, que está conformado por 15 ítems con opciones de Respuesta tipo Likert.	Miedo a la muerte	Angustia Preocupación Pensamientos recurrentes Molestia (relacionados a la muerte)	1 al 7	Ordinal  Nunca o casi nunca (1) Algunas veces (2) La mayor parte del tiempo (3) Todo el tiempo (4)	Puntaje mínimo: 1
			Miedo a la agonía	Angustia Preocupación Pensamientos recurrentes Molestia (relacionados al proceso de morir)	4		Puntaje máximo: 56
			Miedo al fin de la vida		4		(A mayor puntaje, más elevada frecuencia de ansiedad ante la muerte)

### Anexo 3: Instrumentos

#### Escala de ansiedad ante la muerte (DAS)

(Templer, 1970; adaptado al español: Rivera-Ledesma & Montero-López, 2009)

*Instrucciones:*

*A continuación, se presenta una serie de afirmaciones sobre creencias que las personas suelen tener acerca de la muerte. Lee atentamente cada una de estas frases, luego marca una de las siguientes alternativas de respuesta: 1) Nunca o casi nunca, 2) Algunas veces, 3) La mayor parte del tiempo, y 4) Todo el tiempo, para describir tus pensamientos y emociones en relación a la posibilidad de morir.*

Nº	PREGUNTAS	Nunca o casi nunca	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
1	Tengo mucho miedo de morirme.	1	2	3	4
2	Pienso en la muerte.	1	2	3	4
3	Me pone nervioso que la gente hable de la muerte.	1	2	3	4
4	Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme	1	2	3	4
5	Tengo miedo de morir.	1	2	3	4
6	Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer.	1	2	3	4
7	Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte.	1	2	3	4
8	A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo.	1	2	3	4
9	Me da miedo tener una muerte dolorosa.	1	2	3	4
10	Me preocupa mucho el tema de la otra vida.	1	2	3	4
11	Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.	1	2	3	4
12	Pienso que la vida es muy corta.	1	2	3	4
13	Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.	1	2	3	4
14	Me horroriza ver un cadáver.	1	2	3	4
15	Pienso que tengo motivos para temer el futuro.	1	2	3	4



## Escala de miedo a la muerte EMMCL

(Collet & Lester, 1969; adaptación al español: Quintero & Simkin, 2020)

### *Instrucciones:*

*Marca la alternativa que mejor representa tu grado de preocupación o ansiedad respecto a cada frase. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo.*

Nº	PREGUNTAS	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Morir solo/a.	1	2	3	4	5
2	Lo efímero de la vida.	1	2	3	4	5
3	Todas las cosas que perderás al morir	1	2	3	4	5
4	Morir joven.	1	2	3	4	5
5	Cómo se sentirá estar muerto/a.	1	2	3	4	5
6	No poder pensar ni experimentar nada nunca más.	1	2	3	4	5
7	La desintegración del cuerpo luego de morir.	1	2	3	4	5
8	La degeneración física que acompaña el proceso de morir.	1	2	3	4	5
9	El dolor que implica el proceso de morir.	1	2	3	4	5
10	La degeneración mental o intelectual que implica el envejecimiento	1	2	3	4	5
11	La pérdida de facultades durante el proceso de morir.	1	2	3	4	5
12	La incertidumbre sobre si serás capaz de afrontar con valentía el proceso de morir.	1	2	3	4	5
13	Tu falta de control sobre el proceso de morir.	1	2	3	4	5
14	La posibilidad de morir en un hospital, lejos de amigos/as y/o familiares.	1	2	3	4	5
15	La pérdida de una persona querida.	1	2	3	4	5
16	Tener que ver su cadáver.	1	2	3	4	5
17	No poder volver a comunicarte con ella nunca más.	1	2	3	4	5
18	Lamentar no haber sido mejor persona con ella cuando aún vivía.	1	2	3	4	5
19	Envejecer solo/a, sin la/s persona/s querida/s.	1	2	3	4	5
20	Experimentar culpa por sentirte aliviado/a a causa de su muerte	1	2	3	4	5
21	Sentirse solo/a sin ella/s	1	2	3	4	5
22	Tener que estar junto a alguien que está muriendo.	1	2	3	4	5
23	Tener que estar junto a alguien que quiere hablarte de la muerte.	1	2	3	4	5
24	Verlo/a sufrir por dolor.	1	2	3	4	5

25	Ver la degeneración física de su cuerpo.	1	2	3	4	5
26	No saber qué hacer con tu dolor ante la pérdida de una persona querida.	1	2	3	4	5
27	Ser testigo del deterioro de sus facultades mentales.	1	2	3	4	5
28	Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	1	2	3	4	5

## Consentimiento informado

Sección 1 de 7

### Ansiedad ante la muerte en población adulta de Lima Metropolitana

Lea con mucha atención cada afirmación y pregunta; luego, marque la alternativa que estime más conveniente según su caso y responda con suma sinceridad.

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección

Sección 2 de 7

#### Consentimiento informado

Estimado/a participante:  
Estamos realizando una investigación sobre la ansiedad ante la muerte en población adulta de Lima Metropolitana. Tu participación es voluntaria y anónima, los datos entregados serán tratados confidencialmente, no se comunicarán a terceras personas, y esta información recogida se utilizará únicamente para los propósitos de este estudio. El proceso completo consiste en completar dos cuestionarios, con una duración aproximada de 10 minutos.

¿Aceptas participar voluntariamente en la investigación? \*

Sí

No

Enlace del formulario:

<https://forms.gle/3CPMsiPhhrksNFKQA>

## **Anexo 4: Ficha sociodemográfica**

### **Cuestionario sociodemográfico**

Estos datos personales se mantendrán en completa reserva.

#### **Edad:**

#### **Sexo:**

Hombre (1)

Mujer (2)

#### **Zona de residencia**

Lima Centro (1)

Lima Norte (2)

Lima Sur (3)

Lima Este (4)

Callao (5)

#### **Grado de instrucción**

Primaria (1)

Secundaria (2)

Superior incompleto (3)

Superior completo (4)

Maestría/Doctorado (5)

## Anexo 5: Carta de solicitud de autorización de uso de instrumentos remitido por la Universidad

DAS



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

**CARTA N°873- 2022/EP/PSI.UCV LIMA NORTE-LN**

*Los Olivos 20 de Junio de 2023*

**Autor:**

- **Armando Rivera Ledesma**

Presente. -

*De nuestra consideración:*

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la Srta. **SAMANIEGO CAPILLO GREYSI CLORINDA**, con DNI 47856334 estudiante del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; con código de matrícula N° 7001223688, quien realizará su trabajo de investigación para optar el título de licenciada en Psicología titulado: **Escala de ansiedad ante la muerte (DAS): evidencias psicométricas en población adulta de Lima Metropolitana**, este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento **Escala de ansiedad ante la muerte (DAS)**, a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



**Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca**  
Jefe de Escuela Profesional de Psicología  
Filial Lima - Campus Lima Norte

---



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

**CARTA N°872- 2022/EP/PSI.UCV LIMA NORTE-LN**

Los Olivos 20 de Junio de 2023

**Autor:**

- **David Lester**

Presente. -

*De nuestra consideración:*

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la Srta. **SAMANIEGO CAPILLO GREYSI CLORINDA**, con DNI 47856334 estudiante del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; con código de matrícula N° 7001223688, quien realizará su trabajo de investigación para optar el título de licenciada en Psicología titulado: **Escala de ansiedad ante la muerte (DAS): evidencias psicométricas en población adulta de Lima Metropolitana**, este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento **Escala de miedo a la muerte (EMMCL)**, a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

**Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca**  
Jefe de Escuela Profesional de Psicología  
Filial Lima - Campus Lima Norte

## Anexo 6: Autorización de uso del instrumento

DAS

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LA ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE TEMPLER**   

 **Recibidos** 

 **Greysi Samaniego Capillo** <greysisamaniegocapillo...> sáb, 5 feb, 17:39 (hace 1 día)     
para armandoriveral 

Buenas tardes Dr. Armando Rivera,

Le saludo desde Lima, Perú. Mi nombre es Greysi Samaniego Capillo y soy estudiante de Psicología en la Universidad César Vallejo, con el código: 7001223688.  
Le escribo pues actualmente me encuentro realizando una investigación para alcanzar el grado de Bachiller, cuyo tema es acerca de la ansiedad ante la muerte. Y estoy interesada en utilizar su adaptación de la Escala de ansiedad ante la muerte de dos factores, luego de haber hecho una revisión minuciosa de su estudio.

Espero poder contar con su aprobación y respuesta.

Le agradezco de antemano su atención a mi solicitud.

Atentamente,  
Greysi Samaniego Capillo

---

 **Dr. Armando Rivera Ledesma** 19:02 (hace 1 hora)     
para mí 

Hola Greicy  
Me complace mucho tu interés por utilizar la Escala de Ansiedad ante la Muerte del doctor Templer. Por mi parte no hay ningún problema; puedes utilizarla con toda libertad. Sin embargo, recuerda que la escala fue validada en sujetos mexicanos. Para utilizarla en Perú sería importante que tú hicieras un análisis acerca de la comprensión de los reactivos en sujetos peruanos y que eventualmente en tu investigación utilizaras algún otro instrumento que te permitiera evaluar la pertinencia de la escala de Templer en sujetos peruanos. Mi sugerencia es que no tomes los resultados que obtengas con la escala sin los estudios previos necesarios.  
Hasta pronto y saludos desde la Ciudad de México, tu casa.

\*\*\*

## EMMCL

**G** **GREYSI CLORINDA SAMANIEGO CAPILLO** <gsamaniego@ucvvirtual.edu.pe>  
para david.lester@stockton.edu ▾ 30 nov 2022, 13:03 ☆ ↶ ⋮

Good evening, dear Dr. Lester

Greetings from Lima, Peru. My name is Greysi Samaniego Capillo and I am a Psychology student at the César Vallejo University, with the code: 7001223688.  
I am writing to you because I am currently conducting an investigation to achieve the degree of Bachelor, whose topic is about death anxiety. And I'm interested in using her adaptation of the Fear of Death Scale, having done a thorough review of her study.

I hope I can count on her approval and response.

I thank you in advance for her attention to my request.

Sincerely,  
Greysi Samaniego Capillo

---

**d** **Lester, David** <David.Lester@stockton.edu>  
para mí ▾ 1 dic 2022, 14:37 ☆ ↶ ⋮

Do you mean the Collett-Lester fear of death scale?

If so, you have permission to use it in your research. See attached file.

David



## Anexo 7: Resultados del piloto de la escala DAS (n=183)

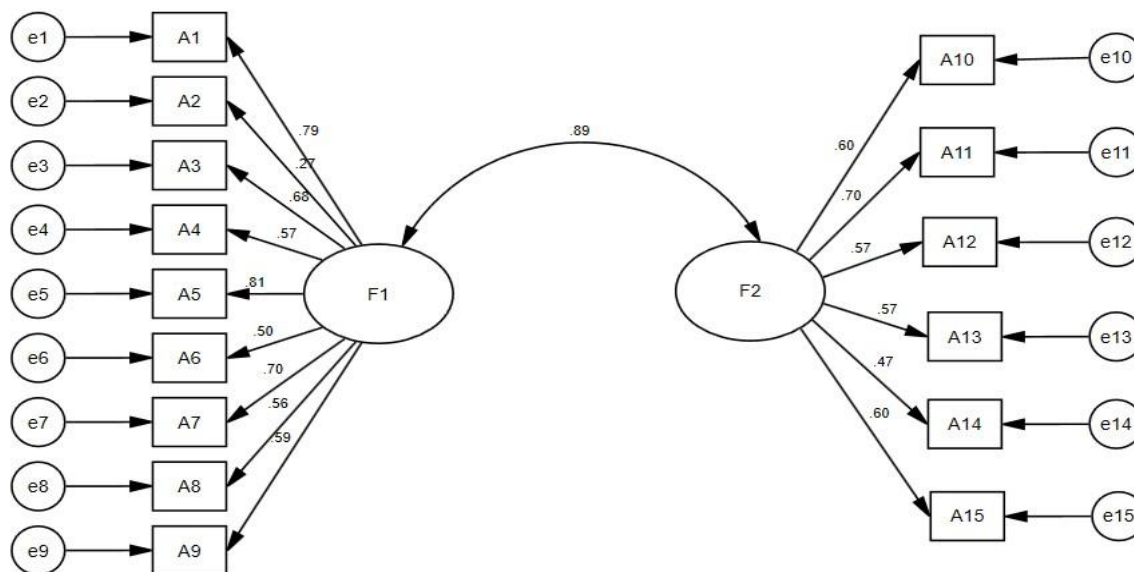
**Tabla 9**

Análisis estadístico de los ítems del piloto

Factores	Ítems	%				M	DE	g1	g2	IHC
		1	2	3	4					
F1	1	36.61	53.55	5.46	4.37	1.78	0.74	1.03	1.41	0.77
	2	34.97	54.10	5.46	5.46	1.81	0.77	1.05	1.31	0.28
	3	68.85	26.23	2.19	2.73	1.39	0.67	2.00	4.35	0.65
	4	44.81	46.45	6.01	2.73	1.67	0.71	1.03	1.22	0.60
	5	33.88	55.74	5.46	4.92	1.81	0.75	1.02	1.42	0.78
	6	28.42	50.27	14.21	7.10	2.00	0.85	0.71	0.06	0.51
	7	49.18	43.72	4.92	2.19	1.60	0.69	1.10	1.44	0.67
	8	14.75	49.73	25.14	10.38	2.31	0.85	0.38	-0.42	0.57
	9	24.04	48.09	16.94	10.93	2.15	0.91	0.58	-0.40	0.66
F2	10	54.10	32.79	7.65	5.46	1.65	0.85	1.28	1.00	0.55
	11	46.99	42.62	8.20	2.19	1.66	0.72	0.97	0.72	0.63
	12	25.68	42.62	19.67	12.02	2.18	0.95	0.47	-0.68	0.61
	13	62.84	29.51	6.56	1.09	1.46	0.67	1.35	1.39	0.56
	14	42.62	39.89	11.48	6.01	1.81	0.87	0.93	0.21	0.40
	15	42.62	42.08	10.38	4.92	1.78	0.83	0.96	0.44	0.63

**Figura 2**

Análisis de los ítems modelo estandarizado del piloto



## Análisis de confiabilidad por consistencia interna

**Tabla 10**

*Confiabilidad por consistencia interna*

	Estadísticas de fiabilidad		
	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald	N de elementos
<b>Ansiedad ante la muerte</b>	.88	.92	15
Miedo a la muerte		.86	7
Miedo a la agonía		.76	4
Miedo al fin de la vida		.74	4

n = 183

## Análisis factorial confirmatorio

**Tabla 11**

*Índices de ajuste para los modelos supuestos piloto*

Modelos	$\chi^2$	gl	$\chi^2/gl$	CFI	TLI	RMSEA [IC 90%]	SRMR	WRMR
Modelo 1	197.562	90	2.195	0.941	0.931	0.081 [.066; .096]	0.078	0.978
Modelo 2	186.737	89	2.098	0.946	0.936	0.078 [.062;093]	0.076	0.947
<b>Modelo 3</b>	<b>174.956</b>	<b>87</b>	<b>2.011</b>	<b>0.951</b>	<b>0.941</b>	<b>0.075[.058;.090]</b>	<b>0.073</b>	<b>0.900</b>
Modelo 4	180.051	89	2.023	0.950	0.941	0.075[.059;.091]	0.075	0.936
<b>Modelo 5</b>	<b>119.583</b>	<b>75</b>	<b>1.594</b>	<b>0.975</b>	<b>0.966</b>	<b>0.057[.037;.076]</b>	<b>0.058</b>	<b>0.703</b>

En los resultados se observan: análisis descriptivo de los ítems, evidencias de confiabilidad por consistencia interna y evidencias de validez basado en estructura interna.

Se observa el análisis de confiabilidad por consistencia interna de la Escala de ansiedad ante la muerte explica, según cálculo de los coeficientes de alfa de Cronbach y el Omega de McDonald, valores adecuados y confiables para dicho instrumento (>.70) según estudios científicos (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Por último, en el análisis factorial confirmatorio se confirmó muy buenos índices para el modelo 5, de estructura bifactorial, lo cual incentiva a continuar con el estudio considerando una muestra más adecuada y que se encuentre dentro de los parámetros buenos y aceptables.

## Evidencias de validez de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

**Tabla 12**

*Análisis factorial confirmatorio EMMCL*

Modelo	$\chi^2$	gl	$\chi^2/$ gl	CFI	TLI	RMSEA [IC 90%]	SRMR	WRMR
Modelo	1541.907	344	4.482	0.942	0.937	0.095 [.090; .100]	0.062	1.588


## Análisis de confiabilidad por consistencia interna

**Tabla 13**

*Análisis de confiabilidad EMMCL*


Estadísticas de fiabilidad		
	Omega de McDonald	N de elementos
<b>Miedo a la muerte</b>		28
Miedo a tu propia muerte	.89	7
Miedo a tu propio proceso de morir	.94	7
Miedo a la muerte de otros	.95	7
Miedo al proceso de morir de otros	.95	7

## Anexo 8: Escaneo de criterio de los jueces


**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

- Segunda dimensión: Miedo a la agonía/fin de la vida

Indicadores	Ítem	Claridad			Coherencia			Relevancia			Observaciones Recomendaciones			
		1	2	3	1	2	3	1	2	3				
Angustia Preocupación Pensamientos recurrentes Molestia (relacionados al proceso de morir)	10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.	1	2	3	X	1	2	3	X	1	2	3	X	
	11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.	1	2	3	X	1	2	3	X	1	2	3	X	
	12. Pienso que la vida es muy corta.	1	2	3	X	1	2	3	X	1	2	3	X	
	13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.	1	2	3	X	1	2	3	X	1	2	3	X	
	14. Me horroriza ver un cadáver.	1	2	3	X	1	2	3	X	1	2	3	X	
	15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.	1	2	3	X	1	2	3	X	1	2	3	X	

  
 Erika A. Estrada Alonzo  
 PSICÓLOGA  
 C. P. N. 12224

Firma y sello

• Segunda dimensión: Miedo a la agonía/fin de la vida



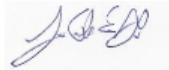
Indicadores	Ítem	Claridad				Coherencia				Relevancia				Observaciones/ Recomendaciones
Angustia Preocupación Pensamientos recurrentes Molestia (relacionados al proceso de morir)	10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	12. Pienso que la vida es muy corta.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	14. Me horroriza ver un cadáver.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	



Firma y sello

• Segunda dimensión: Miedo a la agonía/fin de la vida

Indicadores	Ítem	Claridad				Coherencia				Relevancia				Observaciones/ Recomendaciones
Angustia Preocupación Pensamientos recurrentes Molestia (relacionados al proceso de morir)	10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	12. Pienso que la vida es muy corta.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	No está explícito el miedo o angustia
	13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	No implica necesariamente muerte cercana, podría indicarse, por ejemplo, el tener que ir físicamente a la guerra o que nuestro país entre en guerra
	14. Me horroriza ver un cadáver.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Temor al futuro, más que temer a la muerte



Firma y sello

- Segunda dimensión: Miedo a la agonía/fin de la vida

Indicadores	Ítem	Claridad				Coherencia				Relevancia				Observaciones/ Recomendaciones
Angustia Preocupación Pensamientos recurrentes Molestia (relacionados al proceso de morir)	10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	12. Pienso que la vida es muy corta.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	14. Me horroriza ver un cadáver.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Siempre que uno que este instrumento se usara desde un punto de vista técnico. Por ejemplo, hay personas que les asusta ver un cadáver, pero eso se refleja desde la muerte.
15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		



Mg. Nikolai Martín Rodas Vera

- Segunda dimensión: Miedo a la agonía/fin de la vida

Indicadores	Ítem	Claridad				Coherencia				Relevancia				Observaciones/ Recomendaciones
Angustia Preocupación Pensamientos recurrentes Molestia (relacionados al proceso de morir)	10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Me preocupa el tema de la vida después de la muerte?
	11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	12. Pienso que la vida es muy corta.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Me asusta morir de iniciarse una tercera guerra mundial?
	14. Me horroriza ver un cadáver.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		




Psic. Ronald Deyvi Oria Siapo  
C.Ps.P. 27340

**Tabla 14***Jueces expertos*

<b>JUEZ</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>GRADO</b>	<b>CARGO</b>
1	Sánchez Llanos Karina Paola C.Ps.P. 23810	Doctora	Docente universitario – Universidad César Vallejo
2	Nikolai Martín Rodas Vera C.Ps.P.	Magister	Docente universitario – Universidad César Vallejo
3	Erika R. Estrada Alomia C.Ps.P. 22172	Magister	Docente universitario – UC/UNFV/UCV
4	Juan Carlos Escudero Nolasco C.Ps.P.	Magister	Docente Universitario – Universidad Nacional Mayor de San Marcos
5	Carlos Alberto Cajo Ccencho C.Ps.P. 27340	Magister	Jefe del servicio psicológico San Bartolomé



## Anexo 9: Evidencia de aprobación del curso de conducta responsable de investigación

Ficha CTI Vitae



SAMANIEGO CAPILLO GREYSI  
CLORINDA

Fecha de última actualización: 11-09-2022

 0000-0002-7986-7154	 Fecha: 17/08/2022
--	--

[https://ctivitae.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id\\_investigador=297817](https://ctivitae.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=297817)