



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

**Depresión y ansiedad ante la muerte en adultos con
cáncer que asisten a centros de acogida en Lima
Metropolitana, 2023**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología

AUTORA:

Custodio Atencio, Diana Lorelei (orcid.org/0000-0001-5147-9072)

ASESOR:

Dr. Leal Zavala, Rafael Antonio (orcid.org/0000-0003-3718-5347)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a mi familia, en especial a mi madre Rosa Estela Atencio Barrios y a mi padre José Custodio Reluz, que siempre me inspiraron a seguir aprendiendo y a cumplir mis metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme entendimiento y voluntad para continuar y no rendirme en este proceso de formación.

A mi familia, en especial a mi hermana Fiorella, su esposo Martin y sus hijos; Gabriel, Alejandro, Elvira y Mariana, quienes me animaron a continuar y fueron fuente de motivación diaria.

A mis hermanas Kristhel y Mary Carmen, por su colaboración en la investigación.

A la comunidad científica, en especial a los autores que mediante sus investigaciones y aportes teóricos contribuyeron al estudio de las variables.

A mis docentes, en especial al profesor Rafael, por su orientación y compromiso con sus estudiantes.

A las instituciones y a las personas encargadas que me brindaron un trato amable en cada visita.

A los pacientes oncológicos, que brindaron su tiempo y colaboraron con la investigación.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, LEAL ZAVALA RAFAEL ANTONIO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, asesor de Tesis titulada: "Depresión y Ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana, 2023", cuyo autor es CUSTODIO ATENCIO DIANA LORELEI, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19.00%, 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, 07 de Agosto del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
LEAL ZAVALA RAFAEL ANTONIO DNI: 40472731 ORCID: 0000-0003-3718-5347	Firmado electrónicamente por: RLEALZA el 15-08- 2023 18:28:13

Código documento Trilce: TRI - 0645186





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, CUSTODIO ATENCIO DIANA LORELEI estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Depresión y Ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana, 2023", 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.

Nombres y Apellidos	Firma
CUSTODIO ATENCIO DIANA LORELEI DNI: 73109449 ORCID: 0000-0001-5147-9072	Firmado electrónicamente por: DCUSTODIOA el 18- 07-2024 22:27:35

Código documento Trilce: INV - 1641385

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR.....	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL AUTOR	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	14
3.2. Variables y operacionalización.....	15
3.3. Población, muestra y muestreo	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	19
3.5. Procedimientos.....	21
3.6. Método de análisis de datos	24
3.7. Aspectos éticos	24
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIONES	36
VII. RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS	1

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos con cáncer.....	17
Tabla 2. Procedimiento realizado en la aplicación del cuestionario.....	23
Tabla 3. Prueba de Normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.....	26
Tabla 4. Correlación entre depresión y ansiedad ante la muerte.....	27
Tabla 5. Nivel de depresión.....	28
Tabla 6. Nivel de ansiedad ante la muerte.....	29
Tabla 7. Correlación entre depresión y las dimensiones de ansiedad ante la muerte.....	30

RESUMEN

La ansiedad ante la muerte es considerada un constructo transdiagnóstico de la psicopatología que participa en el desarrollo, mantenimiento y curso de la depresión. El objetivo general del presente estudio fue determinar la relación entre depresión y ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana. La investigación es cuantitativa de tipo aplicada. La muestra se conformó por 65 adultos con cáncer de 21 años a más, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. El diseño fue no experimental, transeccional descriptiva-correlacional. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Ansiedad de Templer (DAS) y el Cuestionario sobre Salud Mental (PHQ-9). A partir de los resultados se concluyó que existe una correlación directa ($\rho=0.279$) entre las variables depresión y ansiedad ante la muerte.

Palabras clave: Ansiedad ante la muerte, depresión, adultos, cáncer.

ABSTRACT

Death anxiety is considered a transdiagnostic construct of psychopathology that participates in the development, maintenance and course of depression. The general objective of the present study was to determine the relationship between depression and death anxiety in adults with cancer attending shelters in Metropolitan Lima. The research is quantitative and applied. The sample consisted of 65 adults with cancer aged 21 years and older, using a non-probabilistic convenience sampling. The design was non-experimental, descriptive-correlational transectional. The instruments used were the Templer Anxiety Scale (DAS) and the Mental Health Questionnaire (PHQ-9). From the results it was concluded that there is a direct correlation ($\rho=0.279$) between the variables depression and anxiety about death.

Keywords: Death anxiety, depression, adults, cancer.

I. INTRODUCCIÓN

Según expone la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), en el informe mundial de la violencia y la salud, la violencia es el uso intencional de la fuerza o de poder que se manifiesta como hecho o amenaza hacia sí mismo o hacia otra persona o grupo. De manera semejante, menciona que dentro de la tipología de la violencia se presenta la violencia colectiva, interpersonal y autoinfligida. Ésta última, incluye los pensamientos e intentos suicidas, el suicidio consumado y las autolesiones. Para la OPS uno de los factores psiquiátricos y psicológicos que intervienen en un 65% a 90% en los suicidios, es la depresión.

La depresión representa un trastorno que se caracteriza por una disminución en el estado de ánimo y pérdida de afecto o irritabilidad, que se manifiestan acompañados de cambios cognitivos y somáticos que afectan la funcionalidad del individuo (American Psychological Association, 2014).

Moussavi, et al. (2007), en un estudio realizado a nivel mundial, informó que la comorbilidad de la depresión mayor crónica y las enfermedades crónicas (EC) generan un mayor deterioro de la salud; en comparación de la depresión sola, EC sola y cualquier combinación de EC. Según indican Hee-Ju et al. (2015), la depresión y las enfermedades crónicas suelen ser trastornos comórbidos. Esta comorbilidad se asocia con una mala calidad de vida; mayor mortalidad, discapacidad, impacto funcional y además mayores costes médicos. De acuerdo con Barrutia et al. (2022), existe un 2 % a 5 % de posibilidades más, que los pacientes que tienen una EC desarrollen depresión ante aquellos que no tienen ninguna EC.

Según informes previos a la pandemia por Covid-19, las EC provocaban el 71% de todas las muertes a nivel mundial, donde se destacan las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, la diabetes y el cáncer. Para el año 2020 se registró una cifra aproximada de 10 millones de muertes a nivel mundial por cáncer, siendo así la principal causa de muerte en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En el Perú, el Global Cancer Observatory (2021), informa que, en el 2021 se registró 69 869 casos por cada 100 000 habitantes, lo que según Revilla (2022) ubica al Perú en un nivel intermedio por incidencia de cáncer entre todos los países. De igual modo, la Agencia Internacional para la

Investigación en Cáncer (2022), registró un riesgo de morir por cáncer en el Perú de 17.02% entre 0 a 74 años. El Ministerio de Salud (MINSA, 2021), estimó que para el 2030 los casos incrementarán en un 30% en la mortalidad.

El cáncer es una patología que agrupa un conjunto de enfermedades. Las células anormales pueden crecer en cualquier parte del cuerpo, sean órganos o tejidos y puede propagarse de forma descontrolada a otras áreas, produciendo metástasis (OMS, s.f.). La OPS (s.f.), menciona que el tipo de cáncer más frecuente en mujeres se ubica en la mama y en el útero. En los hombres se localiza en la próstata, páncreas e hígado. Asimismo, en el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2018), expone que, en ambos sexos el tipo de cáncer con mayor incidencia es el de estómago.

Para Hee-Ju et al. (2015) la vulnerabilidad de los pacientes con cáncer hacia la depresión se debe a los factores genéticos y ambientales. Los genéticos son aquellos propios que explican la aparición del cáncer mientras que los ambientales son a los que se exponen los pacientes oncológicos tal como como problemas asociados al diagnóstico, tratamiento de la enfermedad crónica, variables sociodemográficas como edad temprana, sexo, estado civil, nivel educativo bajo y variables clínicas. No obstante, Chong et al. (2011), menciona en una revisión sistemática, que existen problemas en el diagnóstico y reconocimiento de esta patología en este grupo poblacional y que éstos se explican por las incoherencias metodológicas en el método de diagnóstico de la depresión. Además, concluyen que, al utilizar una adecuada metodología, puede evidenciarse un 10% de prevalencia de depresión en los pacientes con cáncer, asimismo, recomendaron el uso de la entrevista clínica estructurada basada en el DSM como técnica principal.

Según Cherny (2000), las personas que reciben el diagnóstico de una enfermedad crónica, experimentan en un 50 a 80% pensamientos relacionados a la muerte y solo un grupo pequeño pasa de forma adaptativa las fases psicológicas que Prado et al. (2003), señala: shock, negación, ira, negociación, depresión para aceptar la nueva realidad y finalmente la aceptación. Según Mohammad et al. (2020), indica que cuando los pacientes no tienen recursos ni apoyo psicológico, el diagnóstico de una enfermedad terminal como el cáncer amenaza su salud mental y física, pues al enfrentarse de forma directa a la muerte, genera en la persona

estrés, ansiedad, depresión, aislamiento social, frustración y ansiedad ante la muerte.

Templer (1970; 2006), conceptualiza el término de ansiedad ante la muerte como la reacción emocional ante las percepciones reales o imaginarias, externas e internas que signifiquen una amenaza, sean imágenes, sonidos, pensamientos y sentimientos que derivan de experiencias previas, específicamente relacionadas con la muerte propia o ajena. Lonetto y Templer (1988), en el libro la ansiedad ante la muerte, expone con base científica que este constructo es multidimensional, y que se relaciona estrechamente con la preocupación de cuatro componentes principales que acompañan a la muerte; las reacciones cognitivas y emocionales, el cambio en el aspecto físico, el dolor y estrés de la enfermedad y el transcurso del tiempo.

Según la literatura encontrada, los niveles de ansiedad ante la muerte son más altos en las personas que padecen cáncer en comparación a otra enfermedad crónica (Berlin y Blanckenburg,2022; Turan y Dural, 2022; Kiyak y Türkben, 2022; Yang et al.,2022 y Seyed-Mehdi,2021). Según el MINSA (2022), manifiesta que existe una relación entre la enfermedad crónica y los trastornos mentales como la depresión y ansiedad pues éstas pueden inducir a la EC o de forma viceversa. Además, Yao et al. (2015) menciona que el diagnóstico de enfermería de ansiedad ante la muerte es común en cuidados paliativos

En definitiva, a pesar que la muerte es una preocupación que está presente en todos los seres humanos, la amenaza hacia la salud de uno mismo o de alguien cercano, conlleva a usar métodos de afrontamiento desadaptativos y patológicos (Yalom, 2008). De ahí que, la ansiedad ante la muerte es considerada un constructo transdiagnóstico de la psicopatología, participando en el desarrollo, mantenimiento y curso de al menos doce trastornos, siendo más evidente en la depresión (Menzies, et al., 2019; Iverach et al., 2019; Strachan et al., 2007). Para Baert et al. (2020), Ongider y Eyuboglu (2013), las características principales que se identifican en esta relación son: la falta de significado en la vida y cuestión del sentido de la existencia; la pérdida de sentido y la perspectiva de un futuro que no mejorará (como se citó en Letzner, 2023). Al respecto, se ha encontrado que existen pocas investigaciones a nivel internacional que estudien la relación entre ambos

fenómenos en muestras con enfermedades crónicas (Gokcen et al., 2014; Majid y Samin, 2021; Abbas et al., 2021; Francalancia et al., 2021; Cho y Cho, 2022; Zongge et al., 2022; Letzner, 2023); mientras que a nivel nacional no se encontraron estudios. Por otra parte, los estudios que analizaron estos fenómenos en muestras de pacientes con cáncer, solo incluyeron a pacientes con cáncer de mama (Majid y Samin, 2021 y Zongge et al., 2022) y solo uno incluyó otros tipos (Gokcen et al., 2014). Si bien los estudios fueron desarrollados en contextos hospitalarios (Gokcen et al., 2014; Francalancia et al., 2021; Zongge et al., 2022; Cho y Cho, 2022; Majid y Samin, 2021), Zongge et al. (2022), menciona que es necesario que se repliquen estos estudios en zonas menos prósperas, pues la pobreza y la salud mental están relacionadas, y uno de los factores ligados a la evolución de los trastornos mentales, es el nivel socioeconómico (OMS, 2001).

Por lo expuesto anteriormente, la presente investigación se justifica en el ámbito práctico, pues las variables, depresión y ansiedad ante la muerte, son problemas mentales que intervienen en la adherencia al tratamiento y supervivencia de las personas con cáncer por lo que conocer la relación entre las variables permite en el área clínica, incluir la ansiedad ante la muerte en los planes de tratamiento para la depresión y viceversa.

En el ámbito teórico, su importancia está justificada, debido a la carencia de estudios cuantitativos que respaldan los postulados teóricos sobre ambas variables en la comunidad científica en la población de adultos con enfermedades crónicas como el cáncer, cuyos resultados servirán de base a futuras investigaciones.

Asimismo, en el ámbito metodológico, la presente investigación emplea el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9), un instrumento para analizar la variable de depresión basado en el DSM-IV y que a la vez permitirá identificar la relación entre ambas variables. Así también, utiliza una adaptación del instrumento Ansiedad ante de la muerte (DAS) de Templer en pacientes con enfermedades crónicas en Lima metropolitana, mismo instrumento que puede ser empleado en otras poblaciones con características similares.

Ante lo expuesto anteriormente se formula la interrogante: ¿Cuál es la relación entre depresión y ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana?

Para dar cumplimiento a lo antes mencionado, se plantea como objetivo general: Determinar la relación entre depresión y ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana. Asimismo, los objetivos específicos son analizar el nivel mayor de depresión en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana; analizar el nivel mayor de ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana; determinar la relación entre la variable depresión y la dimensión miedo a la muerte de la variable ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana; determinar la relación entre la variable depresión y la dimensión miedo a la agonía o la enfermedad de la variable ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana y determinar la relación entre la variable depresión y la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin de la variable ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana.

Finalmente, se plantea la hipótesis de investigación: existe una relación directa entre depresión y ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana. Y como hipótesis nula: no existe una relación entre depresión y ansiedad en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana. Las hipótesis específicas son: existe una relación significativa entre la variable depresión y la dimensión miedo a la muerte de la variable ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana; existe una relación significativa entre la variable depresión y la dimensión miedo a la agonía o la enfermedad de la variable ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana y existe una relación significativa entre la variable depresión y la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin de la variable ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana

II. MARCO TEÓRICO

Las investigaciones revisadas que permitieron el análisis de depresión y ansiedad ante la muerte a nivel internacional, nacional y local se exponen a continuación:

A nivel internacional, Majid y Samin (2021), en su estudio denominado “Bienestar psicológico y ansiedad ante la muerte durante la pandemia de Covid-19: el papel mediador de la autocompasión”, determinaron como objetivo específico hallar la relación entre las depresión, ansiedad y autocompasión con la ansiedad ante la muerte, mediante un análisis cuantitativo – correlacional, transversal. Aplicaron como instrumentos: ficha de datos sociodemográficos, DAS, el BDI-II, BAI y la Escala de autocompasión, a una muestra no probabilística por conveniencia de 210 mujeres con cáncer de mama que tenían entre 18 a 65 años; obteniendo como resultado que, la depresión y la ansiedad ante la muerte, se relacionaban de forma significativa y positiva ($r=0,77$, $p=0.01$).

Zhongge et al. (2022), en su estudio sobre “Carga de síntomas y la asociación entre la ansiedad ante la muerte y el sufrimiento psicológico”, exploró la relación entre la carga de síntomas, la ansiedad ante la muerte, la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer de mama avanzado. Emplearon un análisis descriptivo-correlacional, transversal a través de una muestra por conveniencia de 200 pacientes femeninas en Pekín mayores de 18 años, a quienes se le aplicaron cuatro instrumentos, el DADDS, GAD-7, MDASI y el PHQ-9. En sus hallazgos encontraron correlaciones significativas entre las tres variables de estudio y específicamente la ansiedad ante muerte y la depresión se correlacionaron en un 0.57 ($p=<0,001$). La investigación concluyó que los problemas psicológicos se relacionan con los síntomas físicos que experimentan los pacientes oncológicos en etapa terminal y además que la ansiedad ante la muerte cumple una función moderadora entre la depresión y la carga de síntomas.

Francalancia et al. (2021), realizaron un estudio exploratorio sobre la ansiedad ante la muerte y las actitudes ante la muerte, cuyo fin fue, hallar la relación entre depresión, ansiedad y ansiedad ante la muerte en pacientes de un hospital en Basilea, Suiza. El análisis descriptivo–correlacional, transversal; tuvo como muestra probabilística a 56 pacientes con esclerosis múltiple (EM) de 22 a 77 años,

a quienes se les aplicó el cuestionario de Bochum (BOFRETTE), la escala para evaluar el estado de discapacidad, el inventario de cognición de la EM y la escala Hospitalaria de la ansiedad y depresión; permitiéndole hallar que, no hubo correlaciones significativas ($\rho=0,24$, $p=0.070$) entre la variable depresión y ansiedad ante la muerte, así como una relación significativa fuerte entre ansiedad y depresión ($\rho=0,67$, $p=0.001$).

Cho y Cho (2022), realizaron una investigación sobre la depresión y calidad de vida y el rol mediador de la ansiedad ante la muerte, por medio de un análisis descriptivo – correlacional. La muestra se conformó por 161 adultos mayores de 65 años que se registraron en hospitales de Corea del Sur especializados en neumoconiosis de los mineros del carbón (NMC). Completaron tres instrumentos de recolección de datos; formulario sociodemográfico, Escala de Miedo a la muerte y el Cuestionario Respiratorio de Saint George. Los resultados obtenidos fueron que existe una relación estadísticamente significativa y positiva fuerte ($r=0.78$, $p<0,001$). Se reportó que el 75.2% tenía depresión (≥ 7 puntos de 15) y un nivel medio de ansiedad ante la muerte (94 de 144 puntos).

Bektas et al. (2018), estudiaron el “Miedo encubierto: ansiedad ante la muerte y depresión teniendo como objetivo determinar el nivel de ambas variables en ancianos donde el 64% padecía alguna enfermedad crónica (EC). Dicho estudio de tipo cuantitativo y descriptivo-correlacional, se integró por una muestra de 106 ancianos con edades de 60 años a más. Los participantes respondieron una ficha sociodemográfica, el Mini-Mental State, DAS y la Escala de Depresión Geriátrica. En los resultados hallaron que existe el 69.8% presentó depresión leve y no hubo diferencias entre ancianos con o sin EC. Los adultos habían experimentado más de la mitad de los indicadores de ansiedad ante la muerte. Así también, encontraron una correlación positiva entre ambas variables ($r=0.304$, $p<0,001$).

A nivel nacional, Bacilo y Cabrera (2019) realizaron un estudio sobre la depresión y ansiedad ante la muerte, cuyo objetivo fue explorar la relación que existe entre depresión y ansiedad ante la muerte en adultos mayores violentados, a través de un análisis descriptivo – correlacional. La muestra se conformó por 302 adultos mayores de Trujillo, de 60 años a más, a quienes se les aplicó la DAS y la

Escala de Depresión Geriátrica. Su estudio concluyó que existe una relación significativa directa entre depresión y ansiedad ante la muerte ($r= 0,65$, $p< 0.001$).

El marco teórico que sustenta la investigación, analiza la conceptualización, dimensión y teorías de las variables.

La depresión es el trastorno mental más común en el mundo, caracterizado por la carencia de ánimo y la prevalencia de la tristeza, cuyos síntomas reflejan culpa, anhedonia y un bajo nivel de autoestima; acompañados de trastornos de sueño y apetito, mayor nivel de cansancio y escasa concentración. Es una de las causas principales de tratamiento psiquiátrico relacionado a enfermedades mentales y provoca diversas alteraciones de conducta y de pensamiento (OMS, 2023).

Según la CIE 11 (2000) la depresión es un estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de interés en actividades de interés que se realizan en el día. Perdura al menos por dos semanas e incluye sentimientos de culpa excesiva, inutilidad, poca esperanza, pensamientos recurrentes de suicidio, fatiga, lentitud motora, entre otros asociados. Estos síntomas pueden dificultar su integración a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otra área. Precisa la ausencia de episodios maníacos previos o relacionados que se pueda asociar con otro trastorno.

Para la Organización de Consumidores y Usuarios (2018), la depresión es un trastorno en el que se pueden identificar diversos signos y síntomas que pueden ser clasificados en cuatro categorías; afectivo-emocional, conducta-motricidad e impulsos; pensamientos y síntomas variados o heterogéneos. Respecto al primer grupo, se identifica una tristeza desproporcionada o vital, causando desesperanza, enfado, emociones bruscas ante estímulos nimios que desencadena irritabilidad o llanto, anhedonia, angustia y ansiedad, en ocasiones estos fenómenos también generan síntomas somáticos tal como palpitaciones, hormigueos, dificultad al respirar, etc. En relación al ámbito motor e impulsivo, se observa enlentecimiento, tono de voz bajo y cansancio.

Así también menciona que en las personas adultas mayores se observa lo contrario, mayor inquietud a pesar de no realizar muchas actividades y quejas de

las mismas, presentando síntomas frecuentes como tos, frotamiento de manos, que en ocasiones no se relacionan con la depresión por lo que de igual manera es necesario realizar un diagnóstico diferencial. Así también, la tendencia suicida, un síntoma de gran riesgo y sinónimo de liberación en el paciente ante la insostenibilidad de la situación que vive. En lo que respecta al pensamiento, se identifica una triada cognitiva negativa: perspectiva negativa de sí misma, reflejada mediante una baja autoestima y desconfianza en sus propias capacidades; perspectiva negativa del mundo o realidad, el ensimismarse y sentirse derrotada genera frustración y resentimiento; por último, la perspectiva negativa del futuro, donde el sujeto no visualiza un futuro positivo, no encuentra alguna salida a sus problemas y se siente desesperado. Es preciso indicar que los pensamientos son repetitivos, irracionales, negativos y pesimistas. Finalmente, se puede observar síntomas variados, como la perspectiva de que el tiempo pasa lento; hay una distancia marcada entre la persona enferma y sus seres queridos, alteración en la capacidad de concentración y memoria, lo que influye en la deformación de recuerdos e incapacidad de hablar de alguna experiencia positiva; pérdida de apetito y deseo sexual; dificultad para conciliar el sueño, sequedad de boca, estreñimiento, entre otras (Organización de consumidores y usuarios, 2018).

La American Psychological Association (APA, 2014) indica en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) que los trastornos depresivos se caracterizan por una disminución en el estado de ánimo que se manifiesta por medio de la tristeza, irritabilidad o un vacío afectivo. En ese sentido, Zung (1965) menciona que la depresión es una alteración patológica sin causa razonable que se caracteriza principalmente por una disminución del humor. Genera sentimientos de culpa, tristeza, desesperación e indefensión, se presenta como enfermedad o como síntoma de otras patologías somáticas o psíquicas (como se citó en Coronel y Rojas, 2022).

El DSM-V señala que se presentan conjuntamente con cambios somáticos, los cuales según Beck y Alford (2009) indican que son un conjunto de síntomas que en su mayoría se relacionan con la falta de apetito, alteración en el sueño, cansancio y pérdida de deseo sexual (como se citó en Pascual y Rodríguez, 2022). De igual modo, Bardelli y Solari (2021) indican que el componente somático se

refiere al aspecto corporal y se observa mediante la pérdida de actividad cotidiana; alteración de sueño y apetito; disminución en el interés sexual y la posible presencia de enfermedades. Zung (1965) añade que esta activación física del organismo es capaz de generar cambios en el sistema endocrino y nervioso (como se citó en Coronel y Rojas, 2022).

Otros signos y síntomas según el DSM-V, se relacionan al cambio en la cognición. Al respecto, Zung (1965) indica que la persona presenta dificultades en identificar sus necesidades e identificar cuántas de ellas están cubiertas (como se citó en Coronel y Rojas, 2022). Beck y Alford (2009) mencionan que se manifiesta por medio de una baja autoevaluación y alteración de la imagen corporal, dificultad para tomar decisiones, autocrítica constante y expectativas negativas relacionadas al futuro (como se citó en Pascual y Rodríguez, 2022). Asimismo, para Bardelli y Solari (2021) este componente se asocia al proceso del pensamiento, por lo que se manifiesta por medio del pesimismo, sentimientos de culpa, ideas suicidas, alteración atencional y de memoria.

Ante lo expuesto, la Asociación Americana de Psicología propone en el DSM-V la identificación de nueve síntomas para un Episodio Depresivo Mayor: estado de ánimo deprimido, disminución en el placer al realizar las actividades, pérdida significativa de peso, insomnio o sueño excesivo, lentitud motora, fatiga, sentimientos de culpa, alteración en la concentración, pensamientos obsesivos relacionados a la muerte. Esta sintomatología debe presentarse por dos semanas y debe estar acompañada de un deterioro en alguna área funcional como la laboral o social.

En relación a la segunda variable de investigación, Ansiedad ante la muerte, Templer (1970; 2006) conceptualiza el término de ansiedad ante la muerte como la reacción emocional ante las percepciones reales o imaginarias externas e internas que signifiquen una amenaza, sean imágenes, sonidos, pensamientos y sentimientos que derivan de experiencias previas específicamente relacionadas con la muerte propia o ajena.

Limonero (1997) señala que la ansiedad ante la muerte es un estado emocional negativo que experimenta un sujeto, el cual se desencadena por

estímulos externos sea cementerios, funerarias, etc., estímulos situacionales e internos que se condicionaron por alguna asociación durante el transcurso de la vida. Por su parte Kastenbaum (1987) indica que la ansiedad ante la muerte se caracteriza por el grado de maduración y experiencias que el sujeto tiene en relación a la muerte y las prioridades que giran en torno a éstas. Estas respuestas cognitivas y conductuales no solo se asocian con miedo o ansiedad sino también a diversas estrategias de afrontamiento aprendidas en el tema de la muerte (como se citó en Armas et al., 2021).

Según el Nursing Diagnosis Manual (2005), menciona que la ansiedad ante la muerte es un sentimiento impreciso, perturbador o miedo provocado por una amenaza real o no hacia la propia existencia. Las características que definen este juicio clínico son las siguientes: inquietud por ser una carga para su red de apoyo; tristeza profunda; temor a el diagnóstico de una enfermedad terminal, a una muerte prematura, al proceso prolongado y al dolor asociado en la muerte; pensamientos pesimistas relacionados a la muerte y al impacto de su muerte en las personas cercanas.

En esta misma línea, las dimensiones que integran la variable ansiedad ante la muerte son:

Dimensión de miedo a la muerte, para Peñaloza (2022), esta dimensión se relaciona con la actitud anticipada de ansiedad que tiene el individuo ante los daños físicos que provoca la muerte. Así también, se define como una reacción emocional común y natural de la persona, frente a lo relacionado a su mortalidad, derivado del instinto nato de supervivencia; siendo entonces el resultado de la percepción de signos que vulneran su existencia, permitiéndoles ver que su tiempo es finito (Magaña et al., 2018).

Para Varela et al., (2021) según lo mencionado por Templer, se considera una estrategia de afrontamiento, ante la realidad de la muerte, y la incertidumbre que esta genera en función a sus relaciones sociales, modificaciones físicas y estado espiritual, siendo algo natural en el individuo.

Dimensión de miedo a la agonía o la enfermedad, hace referencia al temor que genera el dolor relacionado a la incapacidad, deterioro físico o mental que

provoca la muerte (Peñaloza, 2022). Según Resett et al., (2021), esta dimensión está basada principalmente en el conocimiento y experiencias que ha tenido la persona ante las alteraciones que provoca una enfermedad y que provocó la muerte de alguien cercano, por ello, este temor dependerá de estas experiencias o conocimientos y su relación con la incapacidad física y mental que provoca la enfermedad. Asimismo, para Templer (1970) como se citó en García (2021), señala que esta dimensión se explica con la tensión emocional que genera el pensamiento en relación al dolor y agonía que provoca un padecimiento.

Dimensión de miedo a que la vida llegue a su fin, está explicada como el temor, preocupación y alteraciones psicológicas que genera el hecho de morir (Peñaloza, 2022). Para Templer (1970), este temor surge en relación al término del tiempo de vida, y el insuficiente conocimiento que se tiene sobre lo que sucederá después (como se citó en García, 2021). Para Palomar (2021), es una actitud aprendida culturalmente en relación al término de la vida en la persona, sin embargo, a pesar de ser una reacción nata, se ve influenciada por la concepción que se va adquiriendo sobre el acto de morir.

Por otro parte, las teorías que exponen la relación entre ambas variables son: La teoría reformulada de la indefensión aprendida, Seligman (1975) señaló que la depresión se caracteriza porque las personas no son capaces de diferir que las consecuencias positivas o negativas se rigen por su propia conducta. En consecuencia, se denomina indefensión aprendida pues el sujeto se expone a este proceso de aprendizaje en el que no existe contingencia. Así también, Abramson et al. (1978) señala que las personas atribuyen como causa de su indefensión tres causas principales, factores internos sea características de la personalidad, capacidades en proceso de desarrollo, etc., factores estables, es decir serán permanentes e irreversibles y por último factores globales, lo abarcan todo (como se citó en Vázquez et al. 2000; Belloch et al., 2009).

La teoría cognitiva de Beck, esta teoría se sustenta en que la depresión es una interpretación errónea de las situaciones que experimenta el sujeto. Dichas interpretaciones se sustentan en tres áreas, la cognición, el contenido cognitivo y esquemas. En ese mismo orden, se aclara que el primero se refiere a la estructura de las representaciones mentales y pensamiento. El segundo se refiere al

significado que le atribuye la persona a las imágenes o pensamiento. Así también, las creencias centrales son las directrices que permiten procesar la información que se percibe del ambiente, éstas dependen de las experiencias tempranas vividas (Beck et al., 1979).

La teoría del manejo del terror (TMT), la ansiedad ante la muerte según esta teoría es considerada un factor motivacional ante la conducta del ser humano, es decir cualquier amenaza de muerte suscita terror, la misma que puede ser regulada por el valor cultural que la sociedad le brinda a la persona. El concepto de inmortalidad simbólica y literal donde; la primera se refiere a creer que hay una vida después de la muerte y la otra hace mención a que la persona es una parte de algo mucho más significativo y duradero, son indispensables para disminuir la ansiedad ante la muerte (como se citó en Tomás, 2016).

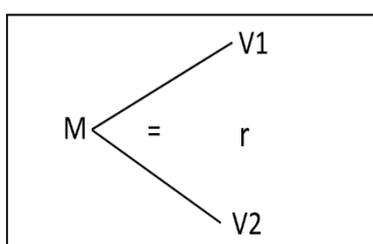
III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo es cuantitativo, ya que su proceso es lógico, deductivo, estructurado y predecible. Considera el método antes de recabar información y su propósito se orienta a la confirmación de teorías, predicción de fenómenos y generaliza el resultado a un segmento mayor o universo (Jiménez, 2020). Así también, es de tipo aplicada, porque se orienta a generar nuevos conocimientos mediante el planteamiento de objetivos y el uso de información existente. Genera ideas y propuestas para su posterior aplicación en sistema (Concytec, 2021).

Así también, tiene por diseño no experimental, transeccional descriptiva correlacional, al respecto Hernández y Mendoza (2018) señalan que es la investigación en la que no se manipulan las variables y no hay control sobre éstas, por lo que el investigador solo se limita a observar y registrar el fenómeno ocurrido en el contexto natural para su análisis posterior. A su vez es transeccional, debido a que la información recolectada es en un tiempo determinado y descriptiva correlacional, ya que su propósito primero es describir el fenómeno averiguando la prevalencia de las variables de estudio en la población y luego determinar las relaciones encontradas entre ellas de manera global y por dimensiones.

Se grafica de la siguiente manera:



Donde:

M= pacientes oncológicos

V1= Depresión

R= relación

V2=Ansiedad ante la muerte

3.2. Variables y operacionalización:

Variable 1: Depresión

Definición conceptual: Estado de ánimo deprimido, disminución en el placer al realizar las actividades, pérdida significativa de peso, insomnio o sueño excesivo, lentitud motora, fatiga, sentimientos de culpa, alteración en la concentración, pensamientos obsesivos relacionados a la muerte. Esta sintomatología debe presentarse por dos semanas y debe estar acompañada de un deterioro en alguna área funcional como la laboral o social (American Psychological Association, 2014).

Definición operacional: La variable se mide a través del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), por medio de una dimensión.

Indicadores: Estos son estado de ánimo, cambios físicos y cambios cognitivos (ítems 1,2,3,4,5,6,7,8 y 9)

Escala de medición: Escala ordinal de tipo Likert del 0 al 3.

Variable 2: Ansiedad ante la muerte

Definición conceptual: Es la reacción emocional ante las percepciones reales o imaginarias externas e internas que signifiquen una amenaza, sean imágenes, sonidos, pensamientos y sentimientos que derivan de experiencias previas específicamente relacionadas con la muerte propia o ajena (Templer,1970;2006).

Definición operacional: La variable se mide a través de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS), la cual fue adaptada en México por Rivera y Montero (2010) y posteriormente en Lima por Peñaloza (2022). Está integrada por las dimensiones: Miedo a la muerte, miedo a la agonía o la enfermedad y miedo a que la vida llegue a su fin

Indicadores: reacción anticipada frente a las alteraciones físicas provocadas por la muerte (ítems 1,2,4,6,8); dolor ligado a la incapacitación, enfermedad y muerte (ítems 3 y 5), y además preocupación del morir y sobre la muerte (ítems 7,9 y 10), (Peñaloza, 2022).

Escala de medición: Escala ordinal de tipo Likert del 1 al 4.

3.3. Población, muestra y muestreo:

Población

Según Hernández et al. (2022), la población se constituye por un conjunto de sujetos o elementos accesibles que tienen características en común y pertenecen al ámbito especial que será objeto de estudio. En la presente investigación la población se conformó por 7 385 049 adultos con cáncer que tienen 21 años en adelante en Lima Metropolitana (INEN, 2021).

Muestra

La muestra es un subconjunto representativo de la población, que requiere definirla antes del proceso de recolección de datos (Hernández et al., 2014). Para determinar su tamaño, se utilizó lo sugerido por Hulley et al. (2013), quien señala que, en el campo de la investigación relacionada a la salud, el coeficiente de la correlación es una medida alternativa para el cálculo del tamaño de la muestra (p.79).

Para ello se consideraron los siguientes datos:

$$H_0 = 0$$

$$H_1 = r \neq 0$$

Hipótesis bilateral

α = significancia del 0.05

β = tasa de error tipo II de 0.10

r = coeficiente de correlación de 0.4

Ubicando los valores en la tabla propuesta por Hulley et al., se obtuvo una muestra de 62 participantes. Para el presente estudio se reclutó un total de 65 adultos con cáncer de 20 años a más, registrados en los centros de acogida: Albergue Frieda Heller, Albergue ALDIMI, Casa hogar Jesús, María y José, ubicados en Lima Metropolitana en los meses de abril y mayo. Sus características se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 1*Características sociodemográficas de los adultos con cáncer*

Características de los participantes	<i>n</i>	%
Parte del cuerpo donde se localiza la enfermedad		
abdomen	3	5
cabeza	1	2
cabeza y cuello	1	2
cerebro	1	2
cuello	1	2
cuerpo uterino	9	14
colon	1	2
encéfalo	1	2
estómago	1	2
estómago e hígado	1	2
huesos	1	2
hígado	2	3
hígado y cuerpo uterino	1	2
mama	20	31
médula ósea	9	14
ojo	1	2
pierna	1	2
próstata	3	5
pulmón	2	3
pulmón y tibia	1	2
riñón	2	3
tiroides	1	2
vagina	1	2
Sexo		
femenino	50	77
masculino	15	23
Edad		
20 – 59	39	60
60 a 82	26	40
Lugar de residencia		
zona rural	31	48
zona urbana	34	52
Estado civil		
casado	23	35
soltero	21	33
conviviente	12	19
divorciado	7	11
viudo	2	3
Nivel de educación		
analfabeto	5	8
solo leer y escribir	2	3
nivel primario incompleto	11	17

nivel primario completo	8	12
nivel secundario incompleto	13	20
nivel secundario completo	15	23
estudios superiores incompletos (universitario/técnico)	4	6
estudios superiores completos (universitario/técnico)	7	11
Estado de empleo		
trabaja	8	12
no trabaja	57	88
jubilado	0	0
Religión		
sí	58	89
no	7	11
Conocimiento		
no tengo conocimiento	11	17
tengo poco conocimiento	40	61
tengo suficiente conocimiento	14	22
Intervención recibida		
cirugía	11	17
cirugía y radioterapia	2	3
cirugía, radioterapia y otras	2	3
cirugía y quimioterapia	8	12
cirugía, quimioterapia y otras	4	6
cirugía, quimioterapia y radioterapia	6	9
cirugía, quimioterapia, radioterapia y otras	1	2
radioterapia	8	12
radioterapia y quimioterapia	1	2
radioterapia, quimioterapia y otras	16	24
quimioterapia	1	2
quimioterapia y otras	5	8
ninguna		

En la tabla 1, se muestra que el 69% presentaba la enfermedad en otras partes del cuerpo y solo el 31% en la mama. El 77% de la muestra eran mujeres, el rango de edad fue de 20 a 82, de los cuales el 60% se ubicaron en la edad adulta joven. El 35% estaba casado. El 40% se ubicó por debajo del nivel de educación secundaria completa. Además, el 88% no trabaja, el 89% pertenece a una religión y el 61% indicó tener poco conocimiento. El 92% ha recibido al menos una intervención

Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que se caracteriza por la facilidad en acceso al investigador para obtener elementos con las mismas características y condiciones (Sucasaire, 2022).

En su selección se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Edad de 20 años en adelante; estar registrados en un centro de acogida ubicado en Lima Metropolitana; no presentar limitaciones físicas ni alteraciones en los procesos cognitivos o algún problema en la audición o habla que dificulte la comunicación; tener el diagnóstico de cáncer en cualquiera de las tres primeras etapas de la enfermedad; entender español y expresar su voluntad a participar.

Además, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: participantes que incumplieron uno o más criterios de inclusión, que completaron los cuestionarios en menos de 5 minutos o les faltó información parcial o total.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Considerando la naturaleza de la presente investigación, se utilizó como técnica la encuesta, una de las herramientas más utilizadas en estudios cuantitativos y que permite obtener datos relevantes con relación a la muestra por medio de un cuestionario estructurado (Cisneros et al. 2022).

Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)

El PHQ9 o Cuestionario sobre la Salud del Paciente, elaborada por Spitzer, Williams, Kroenke y colegas del centro de estudios de Columbia. Se validó en Perú por el Ministerio de Salud, mediante un juicio de expertos (Calderón et al., 2012). El instrumento se compone por la dimensión depresión y tiene tres indicadores: estado de ánimo, cambios en el aspecto físico y cambios en el autoconcepto (Cassiani et al., 2017). Tiene nueve ítems y utiliza una escala Ordinal de tipo Likert, tendiendo como alternativas 0: Para nada; 1: Varios días; 2: La mitad de los días a más y 3: Casi todos los días. Además, cuenta con una pregunta para evaluar la funcionalidad del sujeto con relación a la sintomatología donde 0 es nada en absoluto; 1, algo difícil; 2, muy difícil y 3, extremadamente difícil.

El estudio De la Flor (2020), consideró la versión peruana realizada por Calderón et al. y la aplicó en pacientes adultos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en Lima. En el análisis de asimetría y curtosis halló puntuaciones que se ubicaron en +/-1.5 y en el análisis factorial exploratorio valores de 0.82 y <0.001. realizado mediante el KMO y la prueba de Bartlett.

El análisis factorial confirmatorio, permitió obtener valores psicométricos aceptables (TLI = 0.92; CFI = 0.94; GFI = 0.95; RMSEA = 0.06; SRMR = 0.04) y estadísticos frecuenciales de confiabilidad de 0.72 en el coeficiente de McDonald y 0.70 en el de Cronbach. Concluyó que, el instrumento tiene propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la frecuencia de la depresión en pacientes con cáncer en Lima Metropolitana. En el presente estudio se obtuvo un coeficiente ω , de 0.78 y un α de 0.77.

Escala ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS)

La escala ansiedad ante la Muerte de Templer fue adaptada en México por Rivera y Montero (2010), tiene 3 dimensiones y un total de 14 ítems.

No obstante, al no encontrar una validación en personas con enfermedades crónicas a nivel nacional, se realizó un análisis previo de sus propiedades psicométricas en 148 adultos con enfermedades crónicas de Lima Metropolitana, 2022. El trabajo de investigación académico, permitió obtener los siguientes resultados:

La validez de contenido se realizó mediante el coeficiente V de Aiken a partir del juicio de cinco expertos, cuyos valores fueron superiores a 80% por lo que fueron aceptables. Así también, en el análisis de estadísticos descriptivos de los ítems se obtuvo: rango de la media fue de 1.79 y 2.44; rango de la asimetría y curtosis se ubicó en +/-1.5 y la desviación estándar fue de 0.73 a 0.83. Para la validez estructural, en el análisis factorial exploratorio se utilizaron la prueba KMO y la prueba de Barlett, donde se hallaron valores de 0.94 y <0.001 respectivamente. El análisis factorial confirmatorio permitió obtener el modelo de 3 factores con valores psicométricos aceptables ($X^2 = 73$; gl = 32; $p = < 0.001$; TLI = 0.96; CFI = 0.97; GFI = 0.92; RMSEA = 0.08; SRMR = 0.03) y estadísticos frecuenciales de confiabilidad de McDonald, Cronbach, Guttman (λ_2) y (λ_6) que alcanzaron el 0.95.

Este nuevo modelo de la Escala Ansiedad ante la muerte, está compuesto por tres dimensiones. Miedo a la muerte (ítems 1,2,4,6 y 8), miedo a la agonía o la enfermedad, (5 y 3) y miedo a que la vida llegue a su fin, (7,9 y 10). La escala es Ordinal de tipo Likert y tiene como opciones de respuesta 1=algunas veces, 2=algunas veces, 3=la mayor parte del tiempo y 4=Todo el tiempo.

Para la calificación se incluyeron el puntaje directo (PD), percentiles (PC) y niveles propuestos por Peñaloza (2022). Para mujeres: PD de 14 a 20 (PC=10, muy bajo), PD de 21 a 30 (PC=25, bajo), PD de 31 a 39 (PC=50, promedio), PD de 40 a 47 (PC=75, alto) y PD de 48 a 56 (PC=90, muy alto). Para hombres: PD de 14 a 20 (PC=10, muy bajo), PD de 21 a 33 (PC=25, bajo), PD de 34 a 41 (PC=50, promedio), PD de 42 a 47 (PC=75, alto) y PD de 48 a 56 (PC=90, muy alto). En el presente estudio se obtuvo un coeficiente ω , de 0.79 y un α de 0.71.

Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)

La EVEA o Escala de Valoración del Estado de Ánimo, originalmente fue propuesta por Jesús Sanz en el 2001. Giorgio y Sheryl (2021) estudiaron sus propiedades psicométricas en Lima Metropolitana donde halló que sus propiedades psicométricas eran adecuadas. Sanz (2001) mencionan que la escala permite identificar cambios en el estado de ánimo producto del contexto y ambiente. También, señala que se compone por cuatro dimensiones: depresión, ansiedad, hostilidad y alegría. Utiliza una escala Likert del 0 al 10. Su calificación consiste en sumar las puntuaciones de los ítems. Cuanto mayor es la puntuación mayor es el nivel de las escalas. Para la presente investigación, se aplicó únicamente la dimensión alegría, compuesta por los ítems 3,6,12 y 15 del instrumento total. Giorgio y Sheryl (2021), establece cinco niveles de clasificación para el estado de ánimo: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. Según indica, en la dimensión de alegría, las personas que se encuentran en el rango bajo, son aquellas en las que sus pensamientos son negativos y se relacionan con recuerdos tristes. Y aquellos que se ubicaban en un nivel muy bajo, no tenían ninguna reacción positiva y se encontraban disconformes con su realidad.

3.5. Procedimientos

El desarrollo del proyecto abarcó siete pasos indispensables: aplicación del estudio piloto en una muestra accesible, elaboración de protocolos y presentación de la carta de presentación al director o responsable de los diversos centros de acogida; coordinación con la persona encargada para la selección de los participantes; entrega del consentimiento informado a los participantes; aplicación de cuestionario; elección y ejecución del beneficio por haber participado de la

investigación; procesamiento de datos y finalmente devolución del informe del proyecto a los centros de acogida que lo requieran.

Dichos procesos se incluyeron en cinco etapas, las cuales se explicarán a continuación:

1. Etapa del estudio piloto: Presentación de la investigadora y del objetivo de la investigación a 10 pacientes oncológicos que accedan a responder de forma voluntaria el cuestionario que incluye: consentimiento informado, y los instrumentos DAS y PHQ-9. En esta etapa se identificó que era preciso otorgar más tiempo en la aplicación de los cuestionarios, así como la necesidad de tener material visual para la explicación de los mismos. Se hallaron datos estadísticos dentro de lo esperado por lo que se continuó a la siguiente etapa.

2. Etapa de búsqueda: Se investigó en diversos portales del Ministerios de Salud, el registro de Instituciones Privadas sin fines de lucro en el Perú ubicadas en Lima Metropolitana. Luego, se realizó una visita presencial a los centros elegidos para recolectar datos de contacto y posteriormente se realizó el envío de la carta de presentación.

3. Etapa de coordinación y preparación de recursos: se realizó el contacto con la persona encargada del centro de acogida para la elección de los participantes según los criterios de inclusión y exclusión. Además, se solicitó un ambiente apropiado que cuente con ventilación, buena iluminación y comodidad para la etapa de aplicación. Asimismo, se preparó el material físico y audiovisual de los que se dispuso en la siguiente etapa.

4. Etapa de aplicación: Ésta fue precedida por la presentación del investigador, en la que se aseguró la privacidad y el uso exclusivamente académico de la información. Se leyó el consentimiento informado y luego se le dio a conocer a los participantes la importancia de presentar este por escrito, dándoles la oportunidad a aquellos que no sabían leer o escribir de brindar su asentimiento. Se enfatizó que la información obtenida permitirá a la comunidad científica diseñar y utilizar mejores estrategias de afrontamiento en el soporte emocional que se brinda a la población oncológica. Luego, se les informó de los dos beneficios propuestos por el investigador, dejando a su elección cuál de los dos recibir. Luego, se entregó la ficha del consentimiento informado y cuestionario a las personas que

voluntariamente accedieron a participar de la investigación. La aplicación se realizó de forma grupal e individual, teniendo como apoyo el cuestionario en tamaño póster. Se verificó el firmado del consentimiento de los participantes que sabían leer y escribir, luego se explicaron las instrucciones del llenado correcto del cuestionario. Luego se aplicó de forma individual a los participantes que no sabían leer o escribir y que expresaron su asentimiento. Adicional a ello, se aplicó una escala de valorización del estado de ánimo que se compuso por cuatro ítems con una puntuación mínima de 0 y máximo de 10 por ítem. Aquellos que tuvieron una puntuación inferior a 10 puntos se derivaron con una Psicóloga particular quien prestó sus servicios de forma gratuita y en colaboración a la investigación, mediante tele consulta.

Durante la recepción de los cuestionarios se entregó un flyer a los participantes que eligieron el beneficio de recibir información y se realizó un ejercicio de meditación guiada con los participantes restantes.

Tabla 2

Procedimiento realizado en la aplicación del cuestionario.

Etapa de aplicación	Tiempo requerido en la actividad
Presentación del investigador.	5'
Entrega de consentimiento informado y cuestionario.	10'
Explicación de instrucciones	5'
Llenado de información	30'
Entrega de flyer	5'
Ejecución del ejercicio de meditación	10'
Entrega y resolución de la escala de valorización del estado de ánimo situacional	2'
Registro de casos para derivación	10'
Agradecimiento y despedida a los participantes	5'

En la tabla 2, se presenta el tiempo requerido por cada etapa de aplicación.

5. Etapa de la devolución: Se entregó el informe final a los centros de acogida.

3.6. Método de análisis de datos

Al terminar la recolección de datos de los participantes, se utilizó una plantilla Excel para la codificación de las variables y el registro de las respuestas. Esto se realizó, con el fin de brindar una mejor comprensión y claridad en la aplicación de los procesos estadísticos. Luego, se eliminaron aquellos cuestionarios que incumplieron con los criterios de inclusión. Se observó que, en los datos sociodemográficos, faltaban respuestas relacionadas a la etapa de la enfermedad, por lo que se decidió no incluirla como característica de la muestra ya que muchos de ellos durante la aplicación refirieron desconocerla porque los doctores no les informaban, les daban información imprecisa o por temor al impacto psicológico.

Para la calificación de la DAS se utilizaron los datos normativos propuestos por Peñaloza (2022). Para ello, a la puntuación directa obtenida se le sumó 16 puntos, que resultó de la diferencia de ítems entre la versión que utilizó (14 ítems) y la propuesta en esta investigación (10 ítems). Luego, se trasladaron las puntuaciones a la base de datos de Excel. Por otra parte, para la calificación del PHQ-9 se utilizaron los datos normativos propuestos por autor del cuestionario.

Para el análisis de datos, se utilizó el programa informático estadístico Jamovi para Windows versión 2.3. Para caracterizar a la muestra se utilizaron estadísticas descriptivas (mediana, porcentaje). Luego se realizó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk para conocer la distribución normal de los datos. Para analizar las correlaciones se utilizó la correlación bivariada a través del Coeficiente de Correlación de Spearman (ρ). Por último, se utilizaron los coeficientes McDonald y Cronbach para el análisis de la confiabilidad.

3.7. Aspectos éticos

Los principios éticos en los que se enmarcó el presente estudio, se encuentran amparados por la Resolución de Consejo Universitario N° 0262-2020/UCV (2020), los cuales son: integridad humana, pues se respetará a la persona, sin considerar su origen, raza, nivel social o cultura, por encima de los intereses del investigador

y del estudio; justicia, todos los voluntarios que participaron en el estudio fueron tratados de forma igualitaria; no maleficencia. Se analizó el riesgo y beneficio de realizar este estudio, con el objetivo de no vulnerar la integridad psicológica y física de los participantes; respeto por la propiedad intelectual, con el fin de evitar cometer plagio, este estudio respetó la autoría de las teorías que sustentan la investigación; y por último, transparencia; el estudio será divulgado, garantizando la aplicación metodológica y validez de los hallazgos.

Además, para garantizar que la investigación no produzca algún cambio en el estado de ánimo de los adultos con cáncer y reafirmando el cumplimiento del principio de no maleficencia, se aplicó la dimensión alegría de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo. Posteriormente los participantes que se encontraban en los niveles de estado de ánimo bajo y muy bajo fueron derivados a la psicóloga particular que prestó sus servicios en colaboración al estudio. Asimismo, para aumentar el bienestar en los participantes, uno de los beneficios de la participación del estudio fue practicar la técnica de meditación guiada propuesta como una de las técnicas de tercera generación que permite la autorregulación mente y cuerpo.

IV. RESULTADOS

A continuación, se exponen los siguientes resultados.

Tabla 3

Prueba de Normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov

	Estadístico	gl	Sig.
Depresión	0.113	65	0.037
Ansiedad ante la muerte	0.134	65	0.005

En la tabla 3, se observan los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, donde se obtuvo un p-valor menor a 0.05, que indicó el rechazo de la hipótesis alterna. Ambas variables no tienen una distribución normal por lo que se utilizó la estadística no paramétrica para los siguientes procesos.

Tabla 4

Correlación entre depresión y ansiedad ante la muerte

		DAS
PHQ-9	Rho de Spearman	0.279*
	Valor p	0.024

Nota:* $p < .05$, ** $p < .01$

En la tabla 4, se muestra mediante la aplicación del coeficiente Rho de Spearman, una correlación directa 0.279. El tamaño del efecto entre depresión y ansiedad ante la muerte, según los niveles establecido por Coolican (2009) es débil. El p-valor es de 0.02, lo que indicó, que la diferencia entre las variables depresión y ansiedad ante la muerte eran significativas.

Tabla 5*Nivel de depresión*

	<i>f</i>	%
Sin depresión	39	60
Depresión leve	16	25
Depresión moderada	6	9
Depresión grave	4	6

Nota: *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 5, se observa que el 15% de adultos con cáncer que asisten a centros de acogida presentan depresión moderada (9%) y grave (6%).

En cuanto a los niveles de ansiedad ante la muerte, se consideró los propuestos por Peñaloza en su investigación realizada en Lima (2021): muy bajo, bajo, promedio, alto y muy alto.

Tabla 6

Nivel de ansiedad ante la muerte

	<i>f</i>	%
Muy bajo	1	2
Bajo	10	15
Promedio	34	52
Alto	16	25
Muy alto	4	6

Nota: *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 6, se muestra que el 31% de los adultos con cáncer que asisten a centros de acogida presentaron un nivel alto (25%) y muy alto (6%) de ansiedad ante la muerte.

Tabla 7*Correlación entre depresión y las dimensiones de ansiedad ante la muerte*

		Miedo a la muerte	Miedo a la agonía o la enfermedad	Miedo a que la vida llegue a su fin
PHQ-9	Rho de Spearman	0.349	0.156	0.150
	Valor p	0.002*	0.215	0.233

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

En la tabla 7, por medio del coeficiente Rho de Spearman, se muestra una correlación directa débil (0.349) entre depresión y la dimensión miedo a la muerte. Por otra parte, no se encontró relación con las dimensiones miedo a la agonía o la enfermedad y miedo a que la vida llegue a su fin según los niveles establecido por Coolican (2009). Si bien, en la correlación de la depresión con la primera dimensión, el p-valor es de 0.002, que indica que la diferencia fue significativa, para las otras variables el puntaje fue mayor a 0.05 (0.21 y 23) lo que indicó una correlación no significativa.

V. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio era explorar la relación entre depresión y ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida ubicados en Lima Metropolitana.

Los hallazgos de la investigación sugieren que existe correlación directa débil entre depresión y ansiedad ante la muerte ($\rho=0.279$, $p<0.05$) y que su tamaño del efecto es pequeño (Coolican, 2009, p.432). Los resultados demostraron que a mayor puntaje de depresión aumenta el puntaje en ansiedad ante la muerte o de forma viceversa menor puntaje de depresión disminuye el puntaje en ansiedad ante la muerte. No obstante, estos resultados difieren del tamaño del efecto reportado en otros estudios. En países del Oriente (China, Corea del Sur y Turquía) la relación entre las variables de estudio es reportada como significativa y directa, pero con mayor tamaño del efecto (Majid y Samin, 2021; Zhongge et al., 2022; Cho y Cho, 2022). Si bien el hallar una relación débil significaría la presencia de otros factores en un nivel alto de ansiedad ante la muerte, los estudios mencionados anteriormente explican mejor la presencia de otros factores en la relación de la depresión y ansiedad ante la muerte. Por ejemplo, Majid y Samin (2021), encontraron que la autocompasión afectaba significativamente la relación entre la depresión y la ansiedad ante la muerte, concluyeron que si los pacientes se trataran con mayor compasión hacia sí mismos cuando pasan por la fase depresiva, tendrían menos ansiedad ante la muerte. Por el contrario, Francalancia et al. (2021) en Suiza, reportaron una relación positiva (0.24) pero no significativa entre depresión y ansiedad ante la muerte en pacientes con esclerosis múltiple. Indicaron que, esto podría deberse a la cronicidad de la enfermedad de los participantes, que al ser tratable disminuía la preocupación por la muerte y por tanto señalan que el diagnóstico psicológico de trastornos afectivos y comorbilidades influyen en el aumento en los niveles de ansiedad ante la muerte.

En efecto, los hallazgos antes mencionados se relacionan con la idea central de la teoría del manejo del terror propuesta por Sheldon, Greenberg y Pyszczynski en 1945. La exposición a estímulos que recuerdan la finitud de la vida humana; genera en las personas un conflicto entre el deseo de supervivencia y las

evidencias de la mortalidad, quienes al no tener una visión significativa de la vida por no compartir cosmovisiones con su grupo social o carecer de autoestima aumentan su preocupación por la muerte. En este contexto, el diagnóstico y tratamiento oncológico produce una alteración en la salud mental de los pacientes. El agotamiento físico, la reducción en la capacidad funcional, alteración en la imagen corporal, entre otros cambios físicos y psicológicos conllevan a que los pacientes oncológicos presenten mayores síntomas asociados a la depresión, que se caracteriza por alterar la cognición y deteriorar alguna área funcional. Al no tener establecidos estos dos pilares fundamentales en el manejo de la ansiedad ante la muerte; significado personal y cosmovisiones culturales; aumentan su ansiedad ante la muerte, lo que terminaría afectando su calidad de vida, adherencia al tratamiento y por tanto su supervivencia (Sheldon et al., 2015; Barrutia et al., 2022).

Teniendo en cuenta el primer objetivo específico de la investigación, se encontró que, de los adultos con cáncer que asisten a centros de acogida, el 15% se ubican en un nivel de depresión moderada (9%) o grave (6%). No obstante, este resultado es diferente al 11.8%, nivel de prevalencia de depresión en pacientes con cáncer establecida por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2020). De la misma forma, Casavilca et al. (2022), en una muestra de 60 pacientes con cáncer de mama, registradas en el INEN mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI), identificó que el 11.7% de los participantes se ubicaba en un rango de depresión moderada (6.7%) y grave (5%). Tello (2022) en el estudio realizado con 153 pacientes con cáncer atendidos en un hospital del Callao, reportó mediante la aplicación del BDI-II que, el 54% de los participantes tenían depresión moderada (23%) y grave (31%). A pesar que Chong et al. (2010) en la revisión de literatura sobre la prevalencia de la depresión en ambientes hospitalarios indican que, aunque la cifra reportada de la prevalencia de la depresión es confusa, ésta se presenta en un 10% en los pacientes oncológicos. Además, explican que los problemas en el diagnóstico de esta patología se deben a incoherencias metodológicas. No obstante, los resultados de la investigación sugieren la participación de otros factores no considerados por Chong et al, tal como el lugar de residencia. Según los resultados de la encuesta aplicada a nivel nacional por el Instituto Nacional de Estadística Informática (2002), las zonas rurales se asocian

con mayor pobreza (78.4%) y ésta se asocia con la salud mental, especialmente con la patología depresiva (OMS, 2001).

En cuanto al segundo objetivo específico, el 31 % de los adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima metropolitana presentan un mayor nivel de ansiedad ante la muerte, de ellos el 25% se ubica en un nivel alto y el 5% restante en nivel muy alto. Estos resultados difieren al 6%; nivel de prevalencia reportada por Soleimani et al. (2020), en el primer estudio sistemático de ansiedad ante la muerte en pacientes con cáncer. Por otra parte, a nivel internacional Gokcen et al. (2014) en su investigación con pacientes con cáncer de un hospital en Turquía, reportó un mayor nivel de ansiedad ante la muerte del 14.4%. También en China, Zhongge, et al. (2022) halló una prevalencia del 13.5% en pacientes con cáncer de mama avanzado. Así también, menciona que, las diferencias se explican por la presencia de factores sociodemográficos, tal como el tipo de cáncer, el sexo y estado civil. Bibi y Adnan (2020) señalan también el nivel educativo y el apoyo social. En efecto, las características sociodemográficas de los participantes eran diferentes, por ejemplo, en la investigación de Zhongge y otros, el 9% de los participantes eran solteros, el 32% tenía estudios superiores, el 20% vivían en área rural y la enfermedad se había propagado a otros órganos en el 84%. De la misma forma en la investigación de Gokcen et al. (2014) la muestra se caracterizó porque el 17% eran solteros, el 26% tenían estudios superiores, el 47% eran mujeres y el 24% tenían cáncer de mama. Por el contrario, en la presente investigación, el 32% eran solteros, el 77% eran mujeres, el 39% tenían estudios superiores, el 48% vivían en área rural y el 31% tenían cáncer de mama.

En relación con el tercer objetivo específico, se encontró una correlación positiva ($\rho=0.349$) entre depresión y miedo a la muerte, lo que confirma que a mayor grado de depresión mayor miedo a la muerte. Esto se explica por el curso del tratamiento a los que se exponen estos pacientes. Según Noval (2022) indica que, los cambios físicos varían según el tipo de tratamiento recibido y según la fase en la que se encuentren, por ejemplo: durante la quimioterapia hay pérdida de cabello y de peso; la cirugía puede dejar cicatrices visualmente notorias o la pérdida de alguna parte del cuerpo y en la fase de supervivencia, a las personas les cuesta enfrentar el daño físico que han tenido durante el tratamiento. Al respecto, la teoría

cognitiva de Beck explica que, la depresión surge cuando se manifiesta un estresor y se asocia a creencias disfuncionales. Dicha valoración parte de la personalidad del sujeto y conduce a síntomas conductuales, afectivos y fisiológicos (Belloch et al., 2009). En este contexto, los cambios corporales afectan directamente a la autoestima, pues la aceptación social, el funcionamiento corporal y la atracción personal jugarán un rol muy importante (Neel et al., 2013). Asimismo, Beck menciona que el factor que interviene en el mantenimiento de esta patología es la triada cognitiva, constituida por la visión negativa de sí mismo; el sentirse indeseable y sin valor; del mundo, que se refiere a percibir el medio como algo insuperable, lo que estaría asociado a la cronicidad de la enfermedad y del futuro, que hace mención a que nada de lo que el sujeto haga modificará el futuro, relacionándose con el conocer que la muerte será algo inevitable.

En relación con el cuarto objetivo específico de la investigación, no se encontró una relación positiva entre la depresión y el miedo a la agonía o a la enfermedad ($\rho=0.156$). Este resultado se explica mejor con lo que señala Chong (2011), en su estudio de prevalencia de depresión; existen dificultades para diferenciar los síntomas ligados a la enfermedad de aquellos síntomas somáticos que se presentan en la depresión. No obstante, a pesar de este desafío, los síntomas con mayor asociación a la depresión mayor son: el apetito, la disminución de la capacidad de pensar (concentración y memoria), (Akechi et al., 2003), el dolor, fatiga e insomnio (Zhongge et al., 2022). Por su parte, Neel et al. (2013) encontró que de la carga sintomática de los pacientes con cáncer; el dolor, estaba asociado a la ansiedad ante la muerte debido a que era uno de los síntomas más difíciles de disimular. Por otra parte, esta relación estaría afectada también por estímulos externos relacionados a la exposición que sufre esta población durante la fase de tratamiento. Según Castillo y Noval (2017; 2022) la cirugía, las maquinas utilizadas durante la quimioterapia y radioterapia y la propagación de la enfermedad, aumentan el temor al dolor.

En cuanto al, quinto objetivo específico, no se encontró una relación positiva entre la depresión y el miedo a que la vida llegue a su fin ($\rho=0.150$). Este resultado difiere de lo que afirma Mecha et al. (2013), que una visión negativa de la vida y la exposición a un hecho vital negativo influye en la relación de depresión y ansiedad

ante la muerte. Por otra parte, este hallazgo se explica mejor por lo encontrado por Bektas et al., Bibi y Adnan (2017; 2019), que el apoyo social es un factor influyente en la reducción de la depresión y ansiedad ante la muerte. Además, Gokcen et al. (2014); enfatizó que un mayor nivel de ansiedad ante la muerte se asocia principalmente con las creencias negativas de lo que ocurrirá después de la muerte. Los pensamientos que puntuaron más altos, fueron los relacionados a que después de la muerte no pasará nada o la persona desaparece para siempre.

El presente estudio tuvo algunas limitaciones, las cuales se presentan a continuación. El tamaño de la muestra fue pequeño ($n=65$) y fue elegida mediante un muestreo por conveniencia, lo que limita la generalización de los resultados. El diseño del estudio fue transversal, impidiendo evaluar el cambio de las variables en el transcurso del tiempo en esta población (Hernández et al., 2014). Asimismo, a pesar que la depresión es uno de los trastornos con gran implicancia psicológica en los pacientes con cáncer, la prevalencia reportada a nivel nacional es de cuatro años de antigüedad lo que impide comprender la relevancia de los hallazgos en la actualidad. Por otra parte, respecto a los niveles de ansiedad ante la muerte reportada por los estudios internacionales, no hay un fácil entendimiento, pues la mayoría solo reporta puntajes y no categorías específicas. Esto se explicaría porque en su mayoría se utilizó la versión original de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer, la cual no cuenta con una baremación.

Asimismo, entre las fortalezas del estudio, se destaca el acceso a una muestra de escasos recursos económicos para acceder al tratamiento de su enfermedad y al servicio de salud mental. Solo una investigación eligió el Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (Zongge et al., 2022), que además de su breve aplicación, utiliza los criterios del DSM, sugeridos por Chong et al. (2011) como los más apropiados para su diagnóstico en esta población. En lo que respecta al instrumento de medición de la ansiedad ante la muerte, diversos estudios (Bektas et al., 2017; Majid y Samin, 2021; Gokcen, et al., 2014), mantuvieron los 15 ítems de la versión original del autor, indicando buenos resultados psicométricos del instrumento, a pesar que, según Sharif et al. (2021) el instrumento presenta una estructura factorial inconsistente.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe correlación directa entre las variables depresión y ansiedad ante la muerte, por lo que se acepta la hipótesis de investigación y permite afirmar que, a mayor exposición de depresión, mayor aumento de ansiedad ante la muerte en los adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana.

SEGUNDA: El nivel de depresión mayor que presentan los adultos con cáncer incluidos en el estudio es del 15%.

TERCERA: El nivel mayor de ansiedad ante la muerte de los adultos con cáncer incluidos en el estudio es del 31%.

CUARTA: Existe una correlación directa, entre la depresión y la dimensión miedo a la muerte.

QUINTA: No existe correlación directa entre la depresión y la dimensión miedo a la agonía o la enfermedad.

SEXTA: No existe correlación directa entre la depresión y miedo a que la vida llegue a su fin.

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA: A la comunidad científica, seguir investigando la relación entre la depresión y ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida, para identificar la presencia de los factores influyentes en la asociación de ambas variables. Asimismo, estudiar la relación con otras variables tal como la autoestima, sentido de la vida, etc. y mejorar la metodología a utilizar en la investigación, por ejemplo, incluyendo un grupo de control, el diagnóstico psiquiátrico de la depresión en los participantes, entre otras consideraciones.

SEGUNDA: A los profesionales de la salud mental, considerar otros factores asociados al desarrollo de la sintomatología depresiva en el diseño del plan terapéutico en pacientes con cáncer, así se garantiza una intervención eficaz.

TERCERA: A los pacientes con cáncer, asistir a programas o talleres de tanatología que les permita comprender la muerte como un fenómeno inevitable en la existencia humana y además como fuente de motivación para la búsqueda del significado de la vida.

CUARTA: Incorporar acciones diarias como la meditación, ejercicios de relajación, reuniones sociales, entre otras actividades que contribuyan a una visión positiva de sí mismo, al fortalecimiento de sus redes de apoyo y en general a una perspectiva favorable del futuro, para así disminuir la posibilidad del desarrollo de patologías, especialmente de la depresión.

QUINTA: A los familiares de los pacientes, brindar soporte emocional y acompañamiento en las diversas fases de la enfermedad para facilitar la transición de éstas y en particular la aceptación de los cambios físicos que el paciente presentará.

SEXTA: A los profesionales de la salud física, se recomienda brindar un trato amable al paciente cuando lo exponga a dispositivos médicos. Además, al Instituto de Salud Mental, se recomienda utilizar los medios de comunicación para psicoeducar a la población sobre la enfermedad del cáncer. Esto favorecerá la disminución de estímulos que aumentan el temor al dolor en este grupo poblacional.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Arlington. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Armas, M. Alegre, O. y Gutiérrez, J. (2021). Actitudes ante la muerte en adolescentes: propiedades psicométricas de tres escalas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1 (2). https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/13431/1/0214-9877_2021_1_2_83.pdf
- Armas, M., Alegre, O. y Gutiérrez, J. (2021). Actitudes ante la muerte en adolescentes: propiedades psicométricas de tres escalas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2121>
- Bacilo, R. y Cabrera, A. (2019). Depresión y Ansiedad Ante la Muerte en Adultos Mayores Violentados de la Ciudad de Trujillo. [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30346/sanchez_br.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bardelli, M. y Solari, G. (2021). Depresión en mujeres víctimas de violencia, centro de emergencia mujer de Alto Laran-2022. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Autónoma de Ica. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1108/1/Gustavo%20Xavier%20Solari%20Saravia.pdf>
- Barrutia, I., Danielli, J., y Solano, Y. (2022). Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1). <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1714>

- Beck, A., Rush, A, Shaw, B. y Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. *Guilford*, 36(2). <https://journals.sagepub.com/doi/10.1046/j.1440-1614.2002.t01-4-01015.x>
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología, Volumen II*. Desclée de Brouwer. <http://biblioteca.univalle.edu.ni/files/original/171ab285ed84286818b0a6d57e34aa613748812d.pdf>
- Bibi, A. & Adnan, M. (2020) Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan. *Death Stud*, 44(12),787-792. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31094668/>
- Calderón, M., Gálvez, J., Cueva, G., Ordoñez, C., Bromley, C., y Fiestas, F. (2012). Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(4), 578. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027&lng=es&tlng=es.
- Casavilca, S., Custodio, N., Liendo, R., Cancino, K., Montesinos, R., Bertani, S., Fejerman, L., Honles, J., Argumanis, L., Baca, F., Guerchet, M. y Vidaurre, T. (2022) Anemia y síntomas de depresión en pacientes con cáncer de mama temprano en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú. *Revista de salud UDH*, 4(2):86-91. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.3.377>
- Cassiani, C., Vargas, M., Pérez, E., Herazo, M. y Hernández, M. (2017). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica*, 37,112-120. <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>
- Chamorro, M. y Pachas, J. (2019). Ansiedad y depresión en personas con diabetes del asentamiento humano José Carlos Mariátegui del distrito de los Olivos, Lima – Perú, 2019. [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada TELESUP].

<https://repositorio.utelesup.edu.pe/handle/UTELESUP/1352>

Chong, N., Marco, P., Nor, Z. & Niek, J. (2011). The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *Journal of Affective Disorders*, 131(3), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.034>

Cisneros-Caicedo, A., Urdánigo-Cedeño, J., Guevara-García, A. y Garcés-Bravo, J. (2022). Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos que Apoyan a la Investigación Científica en Tiempo de Pandemia. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 8(1), 1165-1185. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383508>

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica [CONCYTEC]. (2018). *Glosario de Términos*. <https://portal.concytec.gob.pe/index.php/ley-marco-de-cte-it-ley-concytec>

Coolican, H. (2009). *Research Methods and Statistics in Psychology* [Métodos de Investigación y Estadística en Psicología] (6.^a ed.). Psychology Press. <https://handoutset.com/wp-content/uploads/2022/06/Research-Methods-and-Statistics-in-Psychology-Hugh-Coolican.pdf>

Coronel, B. y Rojas, B. (2020). Niveles de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un hospital de Chiclayo durante Setiembre a Diciembre del 2019. [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio de tesis USAT. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/3215>

De la Flor, M. (2020). Validación de la versión peruana del cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) para tamizaje de depresión en pacientes adultos con cáncer de un hospital público especializado de Lima Metropolitana. [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9023>

- Doenges, M., Frances, M. & Murr, A. (2005). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, individualizing and documenting client care*.
https://alraziuni.edu.ye/book1/nursing/Nursing_Diagnosis.pdf
- Francalancia, J., Mavrogiorgou, P., Juckel, G., Mitrovic, T., Kuhle, J., Naegelin, Y., Kappos, L. & Calabrese, P. (2021). Death Anxiety and Attitudes towards Death in Patients with Multiple Sclerosis: An Exploratory Study. *Brain Science*, 11(8), 964 - 975. <https://doi.org/10.3390/brainsci11080964>
- García, T. (2021). *Violencia intrafamiliar y ansiedad ante la muerte en adultos mayores de la Ciudad de Lambayeque–2021*. [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/75195>
- Giorgio, G. y Sheryl, L. (2021). Adaptación de la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) en adultos de Lima Metropolitana, 2021 [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/93448/Giuria_LGF-Lopez_SSK-SD.pdf?sequence=4
- Gokcen, G., Kaymak, S., Cankurtaran, E., Karslioglu, E., Ozalp, E. & Soygur, H. (2014). The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *Psychosocial Oncology*, 30(3), 347-58. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.664260>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HIL. <https://cutt.ly/oK0AkSw>
- Hulley, S., Cummings, B., Browner, W., Grady, D. y Newman, T. (2013). *El diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico* (4.^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins. <https://www.calameo.com/read/006349504d3403543b7fb>

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). *Datos epidemiológicos*. <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2013 – 2015*. <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/01/REGISTRO-DE-CANCER-DE-LIMA-METROPOLITANA-2013-2015.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística Informática. (2022). Encuesta Económica Anual (EEA) 2002. <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-econ%C3%B3mica-anual-eea-2002-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-inei>
- Jiménez, L. (2020). Impacto de la investigación cuantitativo en la actualidad. *Convergence Tech Revista Científica*. 4(1), 59-68. <https://www.researchgate.net/publication/352750927>
- Letzner, R. (2023). Death anxiety in connection to anxiety and depressive disorders: A meta-analysis on emotional distress in clinical and community samples. *Death Stud*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2230556>
- Limonero, J. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés*, 3(1), 37-46. <https://cutt.ly/LJq3fuG>
- Lonetto, R. y Templer, D. (1988). *La Ansiedad ante la muerte*. Ediciones Temis, S.A. <https://es.scribd.com/document/403110037/Ansiedad-ante-la-muerte-pdf>
- Magaña, E., Méndez, V. y Sellés, P. (2018). Pedagogía de la muerte: estudio sobre la ansiedad ante la muerte en profesionales de la educación. *International Journal of Technology and Educational Innovation*, 4(1), 62-70. <https://www.revistas.uma.es/index.php/innoeduca/article/view/4129/4552>
- Magill, N., Walker, J., Symeonides, S., Gourley, C., Hobbs, H., Rosenstein, D., Frost, C. & Sharpe, M. (2022). Depression and anxiety during the year

- before death from cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 158(22), 45-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110922>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2021). *Situación del cáncer en el Perú, 2021*. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2022). *Atención Integral en pacientes con enfermedades crónicas mejora calidad de vida*. <https://www.gob.pe/institucion/hospitalcayetano/noticias/608300-atencion-integral-en-pacientes-con-enfermedades-cronicas-mejora-calidad-de-vida>
- Moreno, V. y Risco, A. (2018). Diferencias en ansiedad y depresión ante la muerte según edad y sexo en una muestra de universitarios españoles. *Cauriensia*, 8,(1), 259-276. <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.259>
- Neel, C., Lo, C., Rydall, A., Hales, S. & Rodin, G. (2013). Determinantes de la ansiedad ante la muerte en pacientes con cáncer avanzado. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5(4), 373–380. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000420>
- Organización de Consumidores y Usuarios. (2018). *Depresión: diagnóstico, tratamiento y prevención*. Ediciones de la U. <https://www.ebooks7-24.com:443/?il=9390>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 2 de febrero). *Cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Cáncer*. https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1

- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Cáncer. <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Palomar, M. (2021). Educate Nursing students for life and death: “from fear to death”. *Cuidados Humanizados*, 9(1), 65-81. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2167>
- Pascual, J. y Rodriguez, L. (2022). Propiedades psicométricas de la escala de depresión para adolescentes de reynolds – segunda versión (edar-2) en estudiantes de secundaria de lima metropolitana. [Tesis de Pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio ULIMA. https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/15858/Pascual-Rivera_Rodriguez-Robles_Propiedades-Psicometricas-Escala.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Peñaloza, S. (2022). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) de Templer, en personal de salud, Lima Metropolitana-2021 [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/81891>
- Prado, C., Viteri, A. y Fuente, N. (2003). Aspectos psicológicos del paciente con cáncer. *Gaceta Médica de Bilbao*, 100(1), 28-31. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304485803744229?via%3Dihub>.
- 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. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2018.21923>
- Resolución de Consejo Universitario N° 0262-2020/UCV. (28 de Agosto de 2020). <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/11/RCUN%C2%B00262-2020-UCV-Aprueba->

[Actualizaci%C3%B3n-del-C%C3%B3digo-%C3%89tica-en-Investigaci%C3%B3n-1-1.pdf](#)

Resolución Jefatural N° 000390-2020-DICO/INEN. (29 de Diciembre del 2020).

<https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/12/RJ-406-2020-J-INEN.pdf>

Rivera, A. y Montero, M. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 135-140.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916261011>

Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: “La Escala de Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 71-110.

<https://docta.ucm.es/entities/publication/8412089a-a354-4e57-8e1e-04ba53c9720d>

Sharif, H., Lehto, R., Pahlevan, S., Mashrouteh, M., Hossein, A., Rahmatpour, R., Torkmandi, H. & Yaghoobzadeh, A. (2019). A Cross-Cultural Evaluation of the Construct Validity of Templer’s Death Anxiety Scale: A Systematic Review. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-17.

<https://doi.org/10.1177%2F003022281986540>

Sheldon, S., Greenberg, J. & Pyszczynski, T. (2015). *The worm at the core: on the role of death in life* [El gusano en el centro: sobre el papel de la muerte en la vida]. Random House.

Soleimani, M., Baharami, N., Allen, K. & Alimoradi,Z. (2020). Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Revista europea de enfermería oncológica*, 48 (1).

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1462388920300831>

Sucasaire, J. (2022). *Orientaciones para la selección y el cálculo del tamaño de la muestra en investigación*. Jorge Sucasaire Pilco.

<https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390/3096/1/Orienta>

[ciones para seleccion y calculo del tama%C3%B1o de muestra de i
nvestigacion.pdf](#)

Tello, J. (2022). Apoyo familiar y depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021 [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Autónoma de Ica. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1776/1/Jessica%20Esther%20Tello%20Torres.pdf>

Templer, D. (1970). The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>

Templer, D., Awadalla, A., Al-Fayez, G., Frazee, J., Bassman, L., Connelly, H., Arikawa, H., & Abdel, A. (2006). Construction of a Death Anxiety Scale—Extended. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 53(3), 209 - 226. <https://cutt.ly/dJq3Ae1>

The Global Cancer Observatory [Globocan]. (2020). *Peru: Source Globocan 2020*. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-factsheets.pdf>

Tomás, J. (2016). Miedo y ansiedad ante la muerte: Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación. Herder Editorial. <https://es.b-ok.lat/book/11906061/09eda1>

Varela, M., Ojeda, D., y Pacheco, R. (2021). Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. *PSICUMEX*, (11), 1-22. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i2.397>

Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, F., (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología conductual*, (3). https://www.behavioralpsycho.com/wpcontent/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

Yalom, I. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, 36(3-4), 283–297. <https://doi.org/10.1080/08873260802350006>

Zhongge, S., Zhou, Y., Han, X., Pang, Y., He, S., & Tang, L. (2022). Symptom burden in advanced breast cancer patients and its association between death anxiety and psychological distress. *Chinese journal of cancer research = Chung-kuo yen cheng yen chiu*, 34(3), 298–308. <https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604.2022.03.09>

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de la variable ansiedad ante la muerte

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Ansiedad ante la muerte	Templer (2006) conceptualiza el término de ansiedad ante la muerte como la reacción emocional por la percepción real o imaginaria de imágenes, sonidos, pensamientos y sentimientos que representan un riesgo interno o externo. Derivan de experiencias previas específicamente relacionadas con la muerte propia o ajena.	La variable se mide a través de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS), la cual fue adaptada en México por Rivera y Montero (2010). Para esta versión se documenta validez de contenido y validez estructural. El puntaje oscila entre 14-56 por lo que, a mayor puntaje, mayor es la frecuencia de ansiedad ante la muerte. Se utilizarán los datos normativos propuestos por Peñaloza.(Peñaloza, 2022)	1. Miedo a la muerte.	Respuesta anticipada de ansiedad ante los cambios físicos causados por la muerte (Peñaloza, 2022, p.8).	1,2,4,6,8	Ordinal Escala Likert: Nunca o casi nunca = 1 Algunas veces = 2 La mayor parte del tiempo = 3 Todo el tiempo = 4
			2. Miedo a la agonía o la enfermedad.	“Dolor asociado a la incapacitación, enfermedad y muerte” (Peñaloza, 2022, p.54).	3,5	
			3. Miedo a que la vida llegue a su fin.	“Preocupación e impacto psicológico con el proceso de morir y la muerte” (Peñaloza, 2022, p.54).	7,9,10	

Nota. Dimensiones e indicadores de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (2006), como se citó en Peñaloza (2022).

Anexo 2: Operacionalización de la variable depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Depresión	Es la disminución del estado de ánimo que se presenta con cambios somáticos y cognitivos en un periodo de dos semanas y que afecta la funcionalidad de la persona (American Psychological Association, 2014).	La variable se mide a través del PHQ (Cuestionario de salud del paciente). La adaptación peruana fue realizada por Calderón et al. (2012). El puntaje oscila entre 5 a 20, por lo que, a mayor puntaje, mayor es la frecuencia de depresión.	Depresión	Evalúa el estado afectivo, cambios cognitivos y cambios físicos	1, 2, 6, 7, 9, 3, 4, 5, 8	Ordinal Escala Likert: Para nada = 0 Varios días = 1 La mitad de los días o más = 2 Casi todos los días = 3

Anexo 3. Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer en adultos con enfermedades crónicas de Lima Metropolitana

a. Validez del contenido:

Experto 1: Dr. José Vallejos Saldarriaga

Experto 2: Psic. Joe Sáenz Torres

Experto 3: Dr. Rafael Antonio Leal Zavala

Experto 4: Prof. Raúl Villanueva Gastelu

Experto 5: Dra. Fany Mercedes Bohorquez Bernabel

Tabla 1

Validez de contenido (V de Aiken) de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS)

Ítem	Juez 1			Juez 2			Juez 3			Juez 4			Juez 5			Aciertos	V de Aiken	Aceptable
	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100 %	Sí
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	93 %	Sí
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100 %	Sí
4	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	13	87 %	Sí
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100 %	Sí
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100 %	Sí
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	93 %	Sí
8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	12	80 %	Sí
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100 %	Sí
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100 %	Sí
11	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	13	87 %	Sí
12	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	93 %	Sí
13	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	11	73 %	No
14	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	13	87 %	Sí

Nota. P: Pertinencia; R: Relevancia; C: Claridad.

En la tabla 1, se observan los puntajes obtenidos del juicio de cinco expertos a través de la V de Aiken, los cuales corresponden a la validez de contenido del instrumento. Los valores iguales o superiores a 80 % son estadísticamente aceptables, a excepción del ítem 13, el cual obtuvo un valor de 73 %.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS)

Ítem	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
1	2.16	0.778	0.317	-0.218
2	2.04	0.732	0.474	0.260
3	1.95	0.845	0.494	-0.524
4	2.23	0.807	0.290	-0.326
5	2.20	0.790	0.266	-0.310
6	2.20	0.804	0.427	-0.124
7	2.07	0.760	0.432	0.025
8	2.34	0.742	0.376	-0.030
9	2.44	0.843	0.143	-0.540
10	1.91	0.842	0.529	-0.552
11	2.26	0.866	0.106	-0.734
12	2.32	0.812	0.198	-0.407
13	1.79	0.864	0.699	-0.613
14	2.15	0.833	0.259	-0.583

En la tabla 2, se observan los resultados de los estadísticos descriptivos de la muestra; la media abarca el rango de 1.79 a 2.44; la desviación estándar de 0.73 a 0.86 y los valores de la asimetría y curtosis, se ubican dentro del rango +/- 1.5, lo cual indica que las respuestas de los sujetos poseen una distribución normal.

b. Evidencias de validez estructural

Análisis factorial exploratorio

Tabla 3

Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de esfericidad de Bartlett de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS)

KMO	Aprox. Chi-cuadrado	Esfericidad de Bartlett
0.94	2329	gl 91 Sig. < 0.001

Nota. KMO: Medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin; Esfericidad de Bartlett: Prueba de significación estadística de esfericidad de la matriz de Bartlett; gl: Grados de libertad; Sig.: Significancia.

En la tabla 3, se muestran los resultados de la Medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin y la Prueba de significación estadística de esfericidad de la

matriz de Bartlett. El primero es igual a 0.94 y el segundo es menor a 0.001, cuyos valores evidencian correlación entre los ítems.

Análisis factorial confirmatorio

Tabla 4

Estadísticos de la validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS)

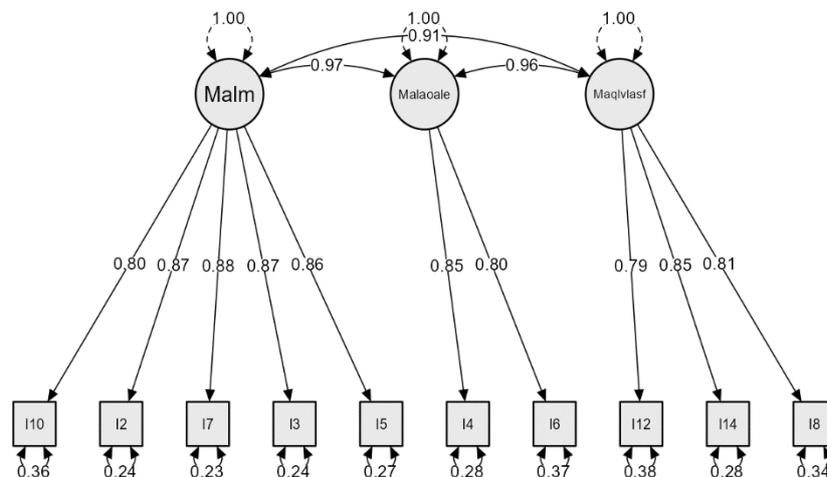
Modelos	X ²	gl	p	TLI	CFI	GFI	RMSEA	SRMR
Modelo 1 (14 ítems y 3 dimensiones)	372	77	< 0.001	0.85	0.87	0.76	0.014	0.05
Modelo 2 (10 ítems y 3 dimensiones)	73	32	< 0.001	0.96	0.97	0.92	0.08	0.03

Nota. X²: Chi-cuadrado; gl: Grados de libertad; p: Probabilidad; TLI: Índice de Ajuste No Normalizado; CFI: Índice de Ajuste Comparativo; GFI: Índice de Bondad de Ajuste; RMSEA: Raíz del Error Cuadrático de Aproximación; SRMR: Raíz Cuadrada Media de Residuos.

En la tabla 5, se evidencia que al retirar los ítems 1, 9, 11 y 13, se confirma el segundo modelo compuesto por 10 ítems y tres dimensiones, el cual logró medidas aceptables, por lo que representó el mejor modelo.

Figura 1

Estructura dimensional de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS)



Nota. La figura muestra el segundo modelo conformado de 10 ítems y 3 dimensiones.

c. Evidencias de confiabilidad

Tabla 5

Estadísticos frecuenciales de confiabilidad de los ítems de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS)

Ítem	McDonald's ω	Cronbach's α	Guttman's λ_2	Guttman's λ_6	Correlación ítem- test
2	0.946	0.946	0.947	0.948	0.841
3	0.947	0.947	0.947	0.948	0.821
4	0.947	0.947	0.947	0.947	0.817
5	0.947	0.946	0.947	0.948	0.829
6	0.949	0.949	0.949	0.951	0.771
7	0.946	0.946	0.947	0.947	0.835
8	0.949	0.949	0.950	0.951	0.759
10	0.949	0.949	0.949	0.948	0.769
12	0.951	0.951	0.951	0.951	0.723
14	0.948	0.947	0.948	0.949	0.806

Nota. Valores generales de confiabilidad: $\omega = 0.95$; $\alpha = 0.95$; $\lambda_2 = 0.95$; $\lambda_6 = 0.95$.

Tabla 7

Confiabilidad de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS) y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) en adultos con cáncer

	DAS	PHQ-9
α de Cronbach	0.71	0.77
ω de McDonald	0.79	0.78

En la tabla 7, se muestra los valores obtenidos por medio de los coeficientes de confiabilidad Cronbach y McDonald en los instrumentos Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer y Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9. Los coeficientes α y ω en ambos instrumentos se ubican entre 0.70 y 1, por lo que son valores aceptables (Martínez et al., 2014).

Anexo 4: Instrumentos

Consentimiento informado

Título de la investigación: “Depresión y ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana, 2023”

Investigadora: Diana Lorelei Custodio Atencio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Depresión y ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer que asisten a centros de acogida en Lima Metropolitana, 2023”, cuyo objetivo es determinar la relación entre depresión y ansiedad ante la muerte en adultos. Esta investigación es desarrollada por estudiantes de pregrado de la carrera profesional de psicología, de la Universidad César Vallejo del campus Lima Este, aprobado por la autoridad correspondiente de la universidad.

Procedimiento: Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación relacionadas a la depresión y ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer
2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 25 minutos. Las respuestas al cuestionario o guía de entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, son **anónimas**.
3. Se le otorgará uno de los dos beneficios que usted elija.
4. Si el cuestionario le genera malestar emocional será derivado con un especialista.

Es preciso indicar que esta investigación está integrada por cuatro principios indispensables:

Principio de Autonomía: Lo que indica que puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación si no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Principio de No maleficencia: No existen riesgos que amenacen su salud. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad, usted tiene la libertad de responderlas o no. Además, si presenta cansancio, mareos o algún otro síntoma puede decidir si continuar o no y su decisión será respetada.

Principio de Beneficencia: Al finalizar el cuestionario recibirá uno de los dos beneficios que usted elija

a) Recibir un flyer con información importante para usted

b) Realizar un ejercicio de Mindfulness que contribuirá a su bienestar personal.

Así también, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública. Los resultados de la investigación serán compartidos la institución al término de la investigación.

Principio de confidencialidad: Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera

de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con la investigadora **Custodio Atencio Diana Lorelei** al email: dcustodioa@ucvvirtual.edu.pe o al número 936649008 y Docente asesor Rafael Antonio Leal Zavala al email: rlealza@ucvvirtual.edu.pe

He sido informado y acepto participar de esta investigación:

Firma del participante

CUESTIONARIO

Indique la parte del cuerpo donde se localiza la enfermedad:

- Mama
- Pulmón
- Próstata
- Estómago
- Hígado
- Riñón
- Vesícula y vías biliares
- Linfoma no Hodgkin
- Colon/Recto
- Cuello uterino
- Tiroides
- Leucemia Linfoide

Otra: _____

Indique la etapa de la enfermedad:

- Etapa I
- Etapa II
- Etapa III

Indique su sexo:

- Femenino
- Masculino

Escriba su edad (Años cumplidos):

Indique su lugar de residencia:

- Zona rural
- Zona urbana

Indique su estado civil actual:

- Casado
- Soltero
- Conviviente
- Divorciado
- Viudo

Indique cuál es el máximo nivel de estudios que alcanzó:

- Analfabeto
- Solo leer y escribir
- Nivel primario incompleto
- Nivel primario completo
- Nivel secundario incompleto
- Nivel secundario completo
- Estudios superiores incompletos (universitario/técnico)
- Estudios superiores completos (universitario/técnico)

Indique el estado actual de su empleo:

- Trabaja
- No trabaja
- Jubilado

Indique si pertenece a alguna religión:

- Sí
- No

Indique el estado de conocimiento sobre su condición médica:

- No tengo conocimiento
- Tengo poco conocimiento
- Tengo suficiente conocimiento

Intervenciones aplicadas:

- Cirugía
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Terapia con hormonas
- Otros: _____

Indique el N° de hijos que tiene: _____

Lea con atención las siguientes afirmaciones relacionadas a la Ansiedad ante la muerte, piense en cómo se siente usted la mayor parte del tiempo y luego indique con qué frecuencia se siente así. Recuerde leer con atención y responder con sinceridad durante todo el desarrollo.

	Nunca o casi nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte del tiempo (3)	Todo el tiempo (4)
Pienso en la muerte				
Me pone nervioso que la gente hable de la muerte				
Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme				
Tengo miedo de morir				
Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer (Metástasis)				
Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte				
A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo				
Me preocupa mucho el tema de la otra vida				
Pienso que la vida es muy corta				
Pienso que tengo motivos para temer el futuro				

Lea con atención las siguientes afirmaciones relacionadas a la Depresión, piense en cómo se siente usted la mayor parte del tiempo y luego indique con qué frecuencia se siente así. Recuerde leer con atención y responder con sinceridad durante todo el desarrollo.

Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia ha sentido molestia debido a cualquiera de las siguientes condiciones?	Para nada	Varios días (ej.: entre 1 y 6 días)	La mitad de los días o más (ej.: entre 7 y 11 días)	Casi todos los días (ej.: 12 días o más)
1. Poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, triste o sin esperanza				
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentirse mal acerca de sí mismo(a) – o sentir que es un (una) fracasado(a) o que se ha fallado a sí mismo (a) o a su familia.				
7. Dificultad para poner atención, concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión				
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado—o lo contrario: estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal				
9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera hacerse daño de alguna forma				

Antes de entregar el cuestionario por favor, verifica una vez más que hayas respondido todas las preguntas, Gracias por su tiempo y apoyo.

Lee cada frase y rodea con un círculo el valor del 0 al 10 que indique mejor cómo te **SIENTES AHORA MISMO** en **ESTE MOMENTO**. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	NADA										MUCHO
ME SIENTO ALEGRE											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ME SIENTO OPTIMISTA											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ME SIENTO JOVIAL											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ME SIENTO CONTENTO											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 5: Documento de autorización de la organización


aldimi
Asociación Albergue Enfermos de Cáncer
Señor de la Divina Misericordia
"El Mejor Esqueleto del Mundo"

Lima, 23 de mayo de 2023

Carta No. 1012-2023-P-ALDIMI

Señorita

DIANA LORELEI CUSTODIO ATENCIO

Presente.-

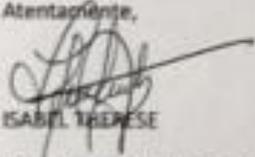
Estimada Diana :

Tengo el agrado de dirigirme a usted, acusando recibo de su comunicación de fecha 10 de mayo de 2023, por la cual nos comunica el desarrollo del estudio denominado "Depresión y Ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer", dentro de las labores como estudiante de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo.

Sobre el particular le manifestamos nuestra conformidad para el desarrollo del estudio en nuestro albergue, para lo cual deberá señalar la fecha y hora en que lo desarrollará , a fin de coordinar las facilidades solicitadas.

Hago propicia la ocasión para quedar de Ud.,

Atentamente,


ISABEL THERESE
Presidenta de la Junta Directiva

Calle Yandimbay 936 / 938
Urbanización VIVEP
Surquillo - Lima

Contacto
Móvil: 994-144-204
E mail: qktherese@hotmail.com
Fan Page: albergue aldimi



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

San Juan de Lurigancho, 19 de Mayo de 2023

Srta.

Rosa Acosta Huayama

Psicóloga

Albergue Frieda Heller

Presente. –

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted con la finalidad de saludarla y presentarme. Mi nombre es **DIANA LORELEI CUSTODIO ATENCIO** (Código 7001229213), estudiante del XI ciclo de la **ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA** perteneciente a la **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO, CAMPUS LIMA ESTE**.

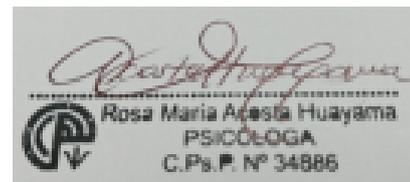
Estoy desarrollando un estudio denominado **"Depresión y Ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer"** el cual tiene por objetivo determinar la relación entre depresión y ansiedad ante la muerte en pacientes oncológicos que tengan 21 años en adelante que no tengan diagnóstico de alguna enfermedad mental (depresión, ansiedad, etc.) y no presenten limitaciones físicas ni alteraciones en los procesos cognitivos.

El procedimiento consiste en realizar una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas relacionadas a la depresión y ansiedad ante la muerte. Luego, se otorgará uno de los dos beneficios que el paciente elija (Flyer informativo o realizar un ejercicio de mindfulness). Al finalizar, se aplicará una escala de valorización del estado de ánimo con el propósito de algún malestar emocional que el participante presente en ese momento. De ahí que, aquellos que tengan una puntuación baja se contactarán con una Psicóloga Colegiada particular quien prestará sus servicios mediante teleatención de forma gratuita y en colaboración a la investigación. Todo el procedimiento tiene una duración de 50 minutos.

Es importante señalar que la información, será utilizada única y exclusivamente para los fines académicos expuestos. Por esta razón solicito su apoyo y autorización para contar con las facilidades necesarias para visitar sus instalaciones.

Agradezco la atención que brinde al presente.

Atentamente,



Estudiante de la Carrera de Psicología



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

San Juan de Lurigancho, 19 de Mayo de 2023

Sr.

Aldo Cárdenas Vásquez

Director

Casa hogar para pacientes con cáncer Jesús, María y José

Presente.

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted con la finalidad de saludarla y presentarme. Mi nombre es **DIANA LORELEI CUSTODIO ATENCIO** (Código 7001229213), estudiante del XI ciclo de la **ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA** perteneciente a la **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO, CAMPUS LIMA ESTE**.

Estoy desarrollando un estudio denominado **"Depresión y Ansiedad ante la muerte en adultos con cáncer"** el cual tiene por objetivo determinar la relación entre depresión y ansiedad ante la muerte en pacientes oncológicos que tengan 21 años en adelante que no tengan diagnóstico de alguna enfermedad mental (depresión, ansiedad, etc.) y no presenten limitaciones físicas ni alteraciones en los procesos cognitivos.

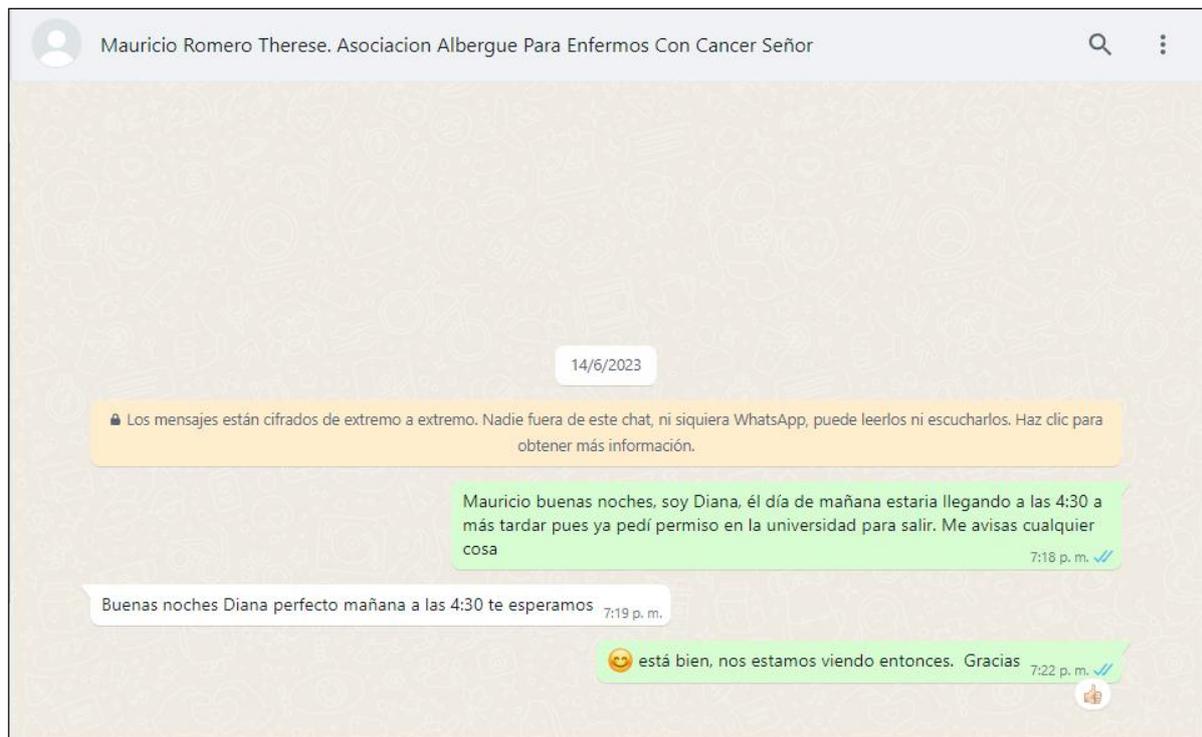
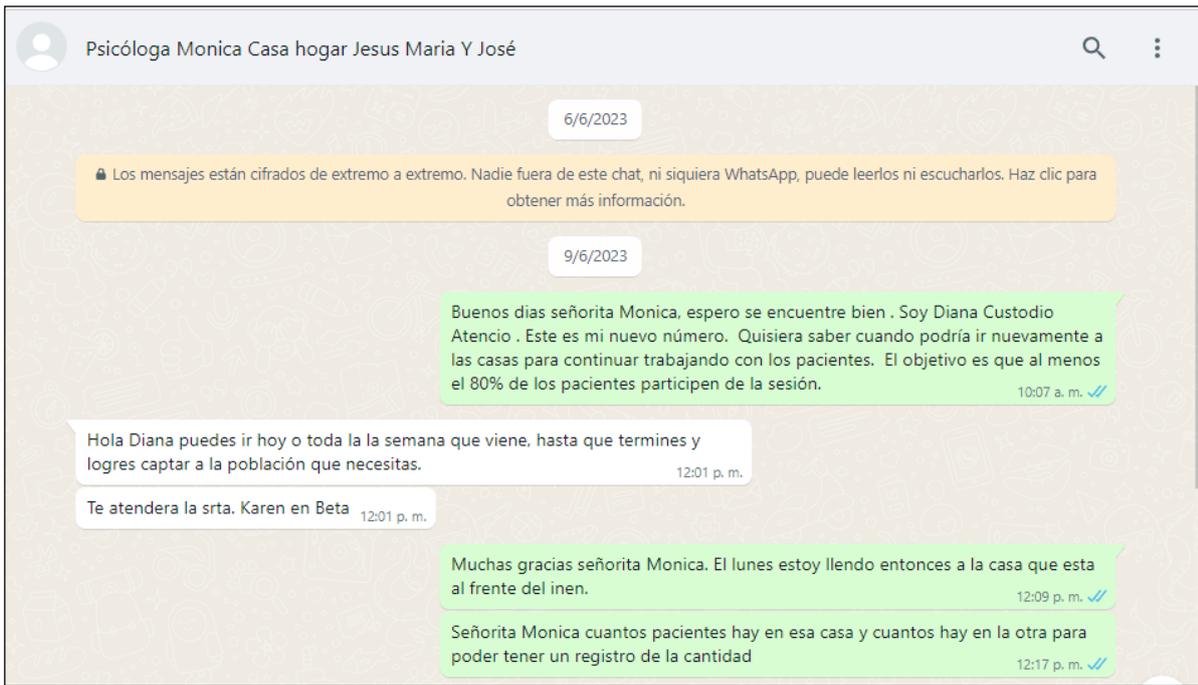
El procedimiento consiste en realizar una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas relacionadas a la depresión y ansiedad ante la muerte. Luego, se otorgará uno de los dos beneficios que el paciente elija (Flyer informativo o realizar un ejercicio de mindfulness). Al finalizar, se aplicará una escala de valorización del estado de ánimo con el propósito de algún malestar emocional que el participante presente en ese momento. De ahí que, aquellos que tengan una puntuación baja se contactarán con una Psicóloga Colegiada particular quien prestará sus servicios mediante teleatención de forma gratuita y en colaboración a la investigación. Todo el procedimiento tiene una duración de 50 minutos.

Es importante señalar que la información, será utilizada única y exclusivamente para los fines académicos expuestos. Por esta razón solicito su apoyo y autorización para contar con las facilidades necesarias para visitar sus instalaciones.

Agradezco la atención que brinde al presente.

Atentamente,

Estudiante de la Carrera de Psicología
Universidad César Vallejo



Anexo 6: Documento de autorización del uso de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer



PERMISO DE USO DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Título del Instrumento: Escala de ansiedad ante la muerte de Templer

Año de adaptación a una muestra mexicana: 2010

Investigadores responsables de la versión mexicana: Dr. Armando Rivera Ledesma y Dra. Marja Montero-López Lena

Número de ítems: 14 en adultos mayores y 11 en estudiantes universitarios

Tipo de escala: Intervalar (Likert)

Categorías que mide:

- Adultos mayores: Miedo a la muerte, Miedo a la agonía o la enfermedad y Miedo a que la vida llegue a su fin
- Estudiantes universitarios: Miedo a la muerte, Miedo a la enfermedad y Miedo a pensar en la muerte

Validez y Confiabilidad: Se documentó la validez por jueces y de constructo y discriminante por grupos. Se obtuvo la confiabilidad con el método de consistencia interna (alpha de Cronbach)

- Adultos mayores ($\alpha=.83$): Miedo a la muerte ($\alpha=.83$), Miedo a la agonía o la enfermedad ($\alpha=.69$) y Miedo a que la vida llegue a su fin ($\alpha=.65$)
- Estudiantes universitarios ($\alpha=.80$): Miedo a la muerte ($\alpha=.80$), Miedo a la enfermedad ($\alpha=.66$) y Miedo a pensar en la muerte ($\alpha=.66$)

Permiso para uso: Académico, a fin de ser utilizado en el proyecto de investigación.

Institución académica: Universidad César Vallejo, Perú.

Nombres de la solicitante: Diana Lorelei Custodio Atencio



Ficha bibliográfica, como debe ser referida: Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Diversitas*, 6(1), 135-140. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2010.0001.10>

Yo María Montero-López Lena, co-autora del instrumento antes descrito, autorizo a la estudiante: *Diana Lorelei Custodio Atencio* de la *Universidad César Vallejo (Perú)* emplear la *Escala de ansiedad ante la muerte de Templer*, en su *investigación para obtener el título de Licenciada en Psicología*. Se hace explícito que el uso de este instrumento deberá ser únicamente para fines académicos y de divulgación científica, en caso de ser utilizado para fines de diagnóstico profesional se deberá solicitar autorización legal. Se adjunta copia del instrumento e instrucciones para uso y cálculo de este.

Se extiende la presente autorización en la Facultad de Psicología, adscrita a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Atentamente

Ciudad Universitaria, 22 de marzo de 2023

"Por mi raza hablará el espíritu"

Dra. María Montero-López Lena
Profesora e Investigadora de Posgrado