

UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado de Enfermería

Trabajo fin de grado.

Curso 2024-2025

**INVESTIGACIÓN DE CAMPO SOBRE EL MIEDO A LA MUERTE EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS.**



Autoras

Nina Guillem Comes

Tutora

Dra.Dña. Cintia Sancanuto Chardi

Valencia 2025.

AGRADECIMIENTOS.

Después de estos años, donde el esfuerzo ha sido notorio para nosotras como estudiantes, escribimos este apartado para dar por finalizados nuestros estudios en el grado de enfermería, con el siguiente trabajo de fin de grado.

Ha sido un largo recorrido donde hemos aprendido, llorado, reído y, sobre todo, entre otros muchos sentimientos, disfrutado del recorrido; por ellos nos gustaría que quedasen grabados nuestros más sinceros agradecimientos.

En primer lugar, agradecer a todo el profesorado que ha recorrido este camino junto a nosotras, formándonos, inculcando unos valores y unos conocimientos que valoramos muchísimo. Agradecer su paciencia y su dedicación por este ámbito tan bonito, como es el mundo de la enfermería. Además, remarcar la preocupación por su parte hacia nuestro bienestar y focalizándose en nuestro aprendizaje, ya no solo en sus respectivas materias, sino en la vida como profesionales de enfermería.

Por otra parte, nos gustaría agradecer a todos los voluntarios que se han ofrecido a formar parte de este proyecto, ya que sin ellos esta investigación no se hubiese podido llevar a cabo. Son ellos la base de donde se sustenta nuestro proyecto, y es de admirar haberse prestado a realizar esta investigación con nosotras, ya que tratamos un tema que es difícil de expresar con palabras, por los sentimientos que este produce.

También nos gustaría agradecer principalmente a nuestros padres, hermanos y parejas, por su gran apoyo, por haber confiado en nosotras y habernos guiado en nuestros estudios, por ayudarnos a cumplir nuestros sueños. Gracias por ese gran apoyo incondicional y gracias por aguantarnos en las peores épocas, como eran las épocas de exámenes, y mantearse a nuestro lado en todas las adversidades.

Además, queremos hacer mención a nuestro grupo de amistades sin el cual esto tampoco hubiese sido posible. Gracias Marta, Carla, Josep, Claudia, Verónica, Carmen, Raquel, Lucia, Mar, Adelaida y Daniel.

Por último, personalmente yo, Nina agradezco haber podido compartir esta experiencia con María, compañera con la que he realizado parte de este trabajo. Gracias por vivir a mi lado esta etapa, que siempre quedara gravada en nuestra memoria. No podría haber encontrado una mejor compañera de carrera, y no solo eso, sino que también me llevo una amiga con la que puedo compartir cualquier cosa.

ÍNDICE:

1. LISTADO DE SÍMBOLOS Y SIGLAS.....	p.1
2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	p.3
2.1. RESUMEN.....	p.3
2.2. ABSTRACT.....	p.3
3. INTRODUCCIÓN.....	p.5
3.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER.....	p.5
3.2. IMPACTO SOMÁTICO Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	p.7
3.3. MIEDO A LA MUERTE: DEFINICIÓN Y FACTORES ASOCIADOS.....	p.8
4. JUSTIFICACIÓN.....	p.1
1	
5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	p.13
5.1. HIPÓTESIS.....	p.13
5.1.1. Hipótesis de investigación (H1).....	p.13
5.1.2. Hipótesis nula (H0)	p.13
5.2. OBJETIVOS.....	p.13
5.2.1. Objetivo general.....	p.13
5.2.2. Objetivos específicos.....	p.13
6. METODOLOGÍA.....	p.14
6.1. FASE PREEXPERIMENTAL.....	p.14
6.1.1. Tipo de estudio.....	p.14
6.1.2. Metodología del marco teórico.....	p.14
6.1.2.1. Pregunta de investigación.....	p.14
6.1.2.2. Procedimiento de búsqueda de información.....	p.15
6.1.3. Diseño de la investigación.....	p.17
6.1.3.1. Creación de entrevista y encuestas.....	p.17
6.1.3.2. Criterios de inclusión y exclusión. Participantes y muestreo.....	p.20
6.1.3.3. Ubicación y contexto.....	p.21
6.1.3.4. Consentimiento informado y permisos.....	p.21
6.1.3.5. Análisis de los resultados. Parte cualitativa.....	p.22
6.1.3.6. Diagrama de Gant.....	p.23
6.2. FASE EXPERIMENTAL.....	p.24
6.2.1. Descripción del proceso.....	p.24
7. RESULTADOS.....	p.25
7.1. PENSAMIENTOS O SENTIMIENTOS AL PENSAR EN LA MUERTE.....	p.26
7.2. ASPECTOS ESPECÍFICOS QUE GENERAN MIEDO.....	p.26
7.3. PERSONAS CON QUIEN HABLAR SOBRE LA MUERTE.....	p.27
7.4. CREENCIAS O FILOSOFÍAS QUE AYUDEN A AFRONTAR EL MIEDO.....	p.27
7.5. IMPACTO DEL MIEDO EN EL DÍA A DÍA.....	p.27
7.6. SIGNIFICADO DE VIDA PLENA EN EL PRESENTE.....	p.28

7.7. APOYO EMOCIONAL NECESARIO.....	p.28
7.8. INTERÉS POR LOS CUIDADOS PALIATIVOS O APOYO EMOCIONAL.....	p.28
7.9. ACCIONES GENERADAS A CAUSA DEL MIEDO A LA MUERTE.....	p.29
7.10. MENSAJE A LOS SERES QUERIDOS.....	p.29
7.11. OTROS ASPECTOS A DESTACAR.....	p.30
8. DISCUSIÓN.....	p.31
8.1. LIMITACIONES.....	p.32
8.2. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN.....	p.33
9. CONCLUSIÓN.....	p.34
10. BIBLIOGRAFÍA.....	p.35
11. ANEXOS.....	p.37

1. LISTADO DE SIMBOLOS Y SIGLAS.

Sigla/Símbolo	Significado y definición	Uso en el TFG
%	Porcentaje. Representa una proporción sobre 100.	Aparece en los resultados del análisis cualitativo para expresar frecuencia de respuestas.
INE	Instituto Nacional de Estadística. Organismo oficial del Gobierno de España que proporciona datos estadísticos demográficos, sociales y económicos.	Se usa para obtener cifras de incidencia y mortalidad por cáncer en España.
MeSH	(Medical Subject Headings). es un vocabulario terminológico controlado para publicaciones de artículos y libros de ciencia, creado por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos	Utilizado en la metodología para justificar una búsqueda bibliográfica rigurosa y coherente
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica. Entidad científica que proporciona información actualizada sobre epidemiología y tratamiento del cáncer.	Cifras del cáncer en España, prevalencia de tipos tumorales y mortalidad.
RGPD	Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679). Norma europea sobre protección de datos personales.	Justificación ética en la obtención del consentimiento informado.
QLQ-C30	EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire). Cuestionario desarrollado por la European Organization for Research and Treatment of	Se menciona como herramienta de estudios previos que relacionan síntomas y calidad de vida.

	Cancer para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer.	
CAQDAS	Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software. Conjunto de programas informáticos para análisis cualitativo (como ATLAS.ti o NVivo).	Se menciona como herramienta no utilizada por tratarse de un estudio exploratorio con baja muestra.
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology	Utilizado en la metodología para justificar la estructura que se llevó a cabo en el proyecto.

Tabla 1: tabla de símbolos y siglas. Fuente: elaboración propia.

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

2.1. RESUMEN.

Introducción: enfrentarse a un diagnóstico de cáncer supone un fuerte impacto emocional, no solo por las implicaciones en la salud, sino también por los cambios profundos en el estilo de vida. Uno de los sentimientos más frecuentes en este proceso es el miedo a la muerte. Por ello, el objetivo principal de este estudio ha sido analizar la relación entre el diagnóstico oncológico y la aparición del miedo a la muerte en personas adultas con capacidad mental adecuada para participar.

Metodología: El estudio se realizó bajo un enfoque cualitativo fenomenológico-descriptivo. Se llevó a cabo en dos procesos: una revisión bibliográfica con criterios MeSH para contextualizar el problema; y una investigación de campo basada en entrevistas semiestructuradas a 10 pacientes seleccionados mediante muestreo intencional en la región de L'Horta Sud y La Ribera. Las entrevistas fueron transcritas, codificadas y analizadas temáticamente en cinco fases: codificación inicial y axial, interpretación y posterior integración.

Resultados: Los resultados revelan que el 70% de los participantes expresa miedo a la muerte, principalmente por el dolor, la pérdida de control y el temor a ser una carga. El 80% manifiesta preocupación por sus seres queridos, mientras que el 60% valora la escucha activa como apoyo emocional. Un 70% siente falta de información sanitaria y un 90% desea dejar mensajes de amor y gratitud a sus seres queridos. Además, el miedo genera tanto ansiedad como reflexiones positivas, como valorar más el presente. Se detecta desconocimiento sobre cuidados paliativos, aunque tras ser informados, la mayoría muestra interés.

Conclusión: se identifica un elevado nivel de miedo a la muerte entre los pacientes oncológicos, acompañado de carencias en el acompañamiento emocional profesional, lo que subraya la necesidad de incorporar intervenciones psicológicas integradas en el abordaje enfermero de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Miedo a la muerte. Pacientes oncológicos. Ansiedad ante la muerte. Apoyo emocional. Enfermería oncológica.

2.2. ABSTRACT.

Introduction: Facing a cancer diagnosis entails a significant emotional impact, not only due to its health implications but also because of the profound changes it brings to one's lifestyle. One of the most frequent emotions during this process is the fear of death. Therefore, the main objective of this study was to analyse the relationship between an oncological diagnosis and the emergence of fear of death in mentally competent adults.

Methodology: The study was conducted using a qualitative, phenomenological-descriptive approach. It was carried out in two phases: first, a literature review using MeSH criteria to

contextualise the issue; and second, field research based on semi-structured interviews with 10 patients selected through purposive sampling in the regions of L'Horta Sud and La Ribera. The interviews were transcribed, coded, and thematically analysed in five stages: initial and axial coding, interpretation, and subsequent integration.

Results: The findings reveal that 70% of participants expressed fear of death, mainly due to pain, loss of control, and the fear of becoming a burden. 80% expressed concern for their loved ones, while 60% highlighted the importance of active listening as a form of emotional support. Furthermore, 70% reported a lack of information from healthcare professionals, and 90% expressed a desire to leave messages of love and gratitude to their loved ones. The fear of death also generated both anxiety and positive reflections, such as a greater appreciation of the present. A lack of knowledge about palliative care was noted, although once informed, most participants showed strong interest.

Conclusion: A high level of fear of death was identified among cancer patients, accompanied by a lack of professional emotional support. This highlights the need to integrate psychological interventions into nursing care for these patients.

KEYWORDS: Fear of death. Cancer patients. Death anxiety. Emotional support. Oncology nursing.

3. INTRODUCCIÓN.

3.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER.

El cáncer es una enfermedad genética. Los cambios en los genes que controlan el funcionamiento de las células, en especial, cómo se forman y se multiplican, causan el cáncer.

Los cambios genéticos que causan cáncer se producen por estos motivos: Errores que ocurren cuando las células se multiplican, daños en el ácido desoxirribonucleico (ADN) por sustancias perjudiciales en el medio ambiente (sustancias químicas en el humo del tabaco y los rayos ultravioleta del sol), que se pasan por herencia de padres a hijos.

En general, el cuerpo elimina células con daños en el ADN antes de que se vuelvan cancerosas, pero la capacidad del cuerpo disminuye a medida que las personas envejecen. Por eso el riesgo de cáncer aumenta con la edad. El cáncer de cada persona es una combinación única de cambios genéticos. A medida que el cáncer sigue creciendo, ocurren otros cambios, incluso dentro del mismo tumor, es posible que las diversas células tengan cambios genéticos distintos.

En condiciones normales, las células humanas se forman y se multiplican (mediante la división celular) para formar células nuevas a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y las células nuevas las reemplazan. A veces el proceso no sigue este orden y las células anormales o células dañadas se forman y se multiplican cuando no deberían. Estas células tal vez formen tumores, que son bultos de tejido.

Los tumores pueden ser cancerosos (malignos) o no cancerosos (benignos). Los tumores cancerosos se diseminan o invaden tejidos cercanos. También podrían viajar más lejos a otras partes del cuerpo y formar otros tumores, un proceso que se llama metástasis. (1).

El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo con un ascenso de mortalidad. La sociedad española de Oncología médica; SEOM (2023) considera que el cáncer es una de las principales causas de morbi-mortalidad en España. En el año 2023 según el instituto nacional de estadística se produjo en España 433.163 defunciones.

	2019	2020	2021	2022	2023*	Variación 2023/2022
TUMORES						
- Cáncer de bronquios y pulmón	21.987	21.893	22.413	22.712	22.717	0,0%
- Cáncer de colon	11.546	11.131	11.021	11.142	10.891	-2,3%
- Cáncer de páncreas	7.313	7.427	7.663	7.973	8.111	1,7%
- Cáncer de mama	6.452	6.651	6.614	6.754	6.492	-3,9%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO						
- Enfermedades isquémicas del corazón	29.247	29.654	28.852	29.068	27.203	-6,4%
- Enfermedades cerebrovasculares	25.712	25.817	24.858	24.688	23.173	-6,1%
- Insuficiencia cardíaca	19.040	19.358	20.173	20.584	19.107	-7,2%
- Enfermedad hipertensiva	11.854	14.271	14.149	14.865	14.459	-2,7%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO						
- Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores	13.808	12.734	11.295	12.311	12.636	2,6%
- Neumonía	9.384	8.768	6.799	8.776	10.280	17,1%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO						
- Enfermedad de Alzheimer	14.634	15.571	13.045	13.999	13.172	-5,9%
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO						
- Demencia	22.117	20.822	19.650	21.888	21.084	-3,7%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO						
- Insuficiencia renal	7.229	7.351	7.561	8.117	8.003	-1,4%
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS						
- Diabetes mellitus	9.644	11.297	10.748	11.063	10.671	-3,5%
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS						
- Covid-19 virus identificado	0	60.358	39.444	31.606	7.885	-75,1%

Tabla 2: Tipos de tumores en España. Fuente: INE 2022

En España, los tipos de cáncer más frecuentes y los que causan mayor mortalidad son el cáncer de mama, el cáncer colorrectal y el cáncer de pulmón.

El cáncer de mama es el cáncer más diagnosticado en mujeres y uno de los más comunes en general, seguido por el cáncer colorrectal, que es muy común tanto en hombres como en mujeres y tiene una elevada incidencia, por último, el cáncer de pulmón, el cual su frecuencia es elevada, especialmente en hombres, aunque está aumentando en mujeres.

Los cánceres con mayor mortalidad en España en el primer puesto encontraríamos a el Cáncer de pulmón, a causa de su alta letalidad y de diagnósticos frecuentes en estadios avanzados, es el cáncer que causa más muertes seguido por el Cáncer colorrectal. El cáncer de colon y recto también presenta una mortalidad significativa, en parte debido a su elevada incidencia. En el tercer lugar, se hallaría el Cáncer de páncreas, aunque menos frecuente que otros, tiene una tasa de supervivencia baja, lo que incrementa su mortalidad. (2)

3.2. IMPACTO SOMÁTICO Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

La sintomatología somática del cáncer, viene a ser variada, ya que dependerá del tipo de neoplasia que esté sufriendo la persona, la etapa o estadio en la cual se encuentre el sujeto y la localización de este.

Algunos de los síntomas comunes que se pueden encontrar son: La pérdida de peso involuntaria, es uno de los síntomas iniciales en muchos tipos de cáncer, especialmente en los de carácter digestivo, como son los carcinomas de páncreas, estómago, esófago o hígado; La fatiga también se encontraría en estos síntomas somáticos comunes, es una percepción de agotamiento extremos, que no mejora con el descanso, esta fatiga es bastante común en los pacientes oncológicos, se puede encontrar relacionada con la respuesta inmunológica del propio cuerpo, anemia o por la demanda energética de los tumores; El dolor persistente, aunque no todas las neoplasias cursan con dolor, si se encuentran en una etapa avanzada, ya que el tumor ejerce presión en órganos o tejidos cercanos, el dolor puede ser localizado, y puede ser un indicativo de la zona diana donde se encuentra esta neoplasia; Los cambios en la piel, cursando con apariciones de manchas, heridas que no cicatrizan, sangrados o cambios en lunares son indicativos de carcinomas de piel; La fiebre recurrente, esta es común en muchos casos, ya que es una respuesta a la presencia de células cancerosas en el cuerpo y pueden estar asociada a linfomas o leucemias; Cambios en el tránsito intestinal o urinario, que puede cursar mediante sangrado en heces u orina, cambios en el hábito intestinal (diarrea, estreñimiento) o en la frecuencia de la micción pueden estar relacionados con cáncer del aparato digestivo o urinario; Bultos o masas palpables, aparecen especialmente en mamas, cuello, abdomen o testículos, puede ser signo de cáncer en órganos cercanos; Dificultad para respirar o tos persistente, estos síntomas son comunes en los cánceres de pulmón, aunque otros tipos de neoplasia pueden cursar y provocar este síntoma en etapas avanzadas (3) (4) .

Además, es importante hablar de la sintomatología psicológica. Para ello, existen una gran cantidad de estudios en los que se demuestran los diferentes síntomas psicológicos, pero cada uno de ellos con cifras diferentes, por lo que es muy complicado analizar detalladamente la clínica psicológica de los pacientes con cáncer. Pese a este inconveniente, no se puede negar la existencia de dichos síntomas, siendo los más comunes el estrés, la ansiedad y la depresión.

Al tratarse de sintomatología subjetiva, se ha demostrado que los pacientes experimentan el estrés, la ansiedad y la depresión de manera totalmente diferente. Los estudios muestran que la edad y la angustia son factores inversamente proporcionales (a mayor edad, menos nivel de ansiedad y depresión) y que son las mujeres las que en mayor medida sufren estos síntomas. (5). A su vez, se demostró que el 52% de sus usuarios padecieron ansiedad y el 27% de ellos depresión. (6)

3.3. MIEDO A LA MUERTE. DEFINICIÓN Y FACTORES ASOCIADOS.

Una vez demostrada la existencia de síntomas psicológicos, se realizó una revisión bibliográfica de un estudio cualitativo, en la que se intervenían sobre 28 pacientes con cáncer, donde se investigaron 2 subtemas: Desafíos inmediatamente después del diagnóstico y desafíos durante el transcurso del tratamiento. En el apartado desafíos inmediatamente después del diagnóstico podemos observar que se dan 4 experiencias características: Angustia emocional (la cual va muy relacionado con el miedo a la muerte) suicidio, negación y rechazo del tratamiento. Mientras que en las experiencias psicológicas que los pacientes oncológicos viven durante el transcurso de su tratamiento encontramos: Alteraciones emocionales, Desesperanza, depresión y miedo a la muerte. Siendo el síntoma más común la depresión tanto en el momento del diagnóstico como durante el tratamiento, y la no adherencia al tratamiento.

Dado que esta patología tiene consecuencias tanto físicas como mentales, los pacientes experimentan cambios relevantes en su día a día, influenciado así negativamente su calidad de vida. (7).

En estudios anteriores se ha observado los distintos componentes del miedo a la muerte y la calidad de vida usando tablas como; EORTC-QLQ-C30 (8) o Mini-MAC (9), con las que se observó que los síntomas era el factor que en mayor medida intervenía de manera directa y negativamente en la degradación de la calidad de vida y que por el contrario la actitud positiva influía de manera directa pero positivamente. A una mayor cantidad de síntomas, peor estado funcional, lo que a su vez hacía que siguiese aumentando en calidad y cantidad los síntomas, siendo un círculo que lo que conseguía era empeorar la calidad de vida de los pacientes y que además aumentaba con el tiempo (10).

El cáncer es una de las enfermedades más temidas en la sociedad, ya que muchas veces conlleva un diagnóstico terminal. Se define el miedo a la muerte como el miedo extremo de un individuo y la ansiedad que le provoca al pensar sobre la posibilidad de morir y de dejar a sus seres queridos. En 2023 se realizó un estudio en los que se estudió los predicadores de ansiedad ante la muerte en pacientes oncológicos. Este estudio considera un total de 80 pacientes, a los que se les somete a la realización de una escala validada, Templer Death Anxiety Scale (TDAS) (11), la cual mide la ansiedad ante la muerte (Anexo 1). En primer lugar, con este estudio se obtuvo información cualitativa sobre el miedo a la muerte en relación a la edad de los usuarios, demostrando que era más alta en aquellos que comprendían entre las edades de 40 y 59 años comparado con los de 60 años, pudiendo estar relacionado con el miedo a la progresión de la enfermedad y el dolor, viéndose comprometidos el bienestar, la calidad de vida y el funcionamiento social.

	Age	N	Mean	S. D	t	Sig. (p)
Intrusion	40- 59	51	32.8627	7.19728	1.584	.117
	60+	29	29.9655	8.93022		
Accomodation	40- 59	51	17.3922	8.90411	0.053	.958
	60+	29	17.2759	10.23613		
Rumination	40- 59	51	10.6863	4.37031	2.106*	.038
	60+	29	8.4483	4.90325		
Magnification	40- 59	51	9.3137	4.09141	2.100*	.039
	60+	29	7.1379	5.04072		
Helplessness	40- 59	51	14.6863	6.35135	2.284*	.025
	60+	29	11.0690	7.55896		
Fear of Progression	40- 59	51	46.7451	11.77598	1.631	.107
	60+	29	41.8276	14.84700		
Death Anxiety	40- 59	51	10.7843	3.64589	2.628*	.010
	60+	29	8.3793	4.40303		

Tabla 3: Resultados Ansiedad social basados en la edad. Fuente: Wilson EE, Starlet CT. Predictors of Death Anxiety among Cancer Patients.

En segundo lugar, analiza cuales pueden ser los factores que predisponen este malestar ante la muerte y en qué medida influyen cada uno de ellos, ordenados por porcentajes de la siguiente manera: 1º nivel de impotencia, 2º nivel de rumiación, 3º nivel de magnificación, 4º nivel de intrusión o síntomas depresivos, 5º nivel de miedo a la progresión y 6º nivel de acomodación. (12)

A su vez, se analizó otro documento, en el que se realizó un estudio descriptivo correlacional transversal interviniendo sobre 80 pacientes de cáncer de mama.

Con esta información podemos detectar el porcentaje de los niveles miedo a la muerte en dichos usuarios, ordenados de la siguiente manera:

Age		
20–30 years	11	13.8%
31–40 years	16	20.0%
41–50 years	28	35.0%
Above 51 years	25	31.3%
Education		
Illiterate	17	21.3%
Matriculation	45	56.3%
Graduation	18	22.5%
Monthly income		
8000–20,000	37	46.3%
21,000–40,000	29	36.3%
Above 41,000	14	17.5%
Marital status		
Married	57	71.3%
Unmarried	23	28.8%
Stage of disease		
I	17	21.3%
II	42	52.5%
III and IV	21	26.3%
Treatment		
Chemotherapy	43	53.8%
Radiotherapy	24	30.0%
Radio therapy + chemotherapy	13	16.3%
Death anxiety		
No	0	0
Low death anxiety	11	13.8%
Medium death anxiety	41	51.2%
High death anxiety	22	27.5%
Very high death anxiety	6	7.5%

Tabla 4: Características demográficas en paciente con Cáncer de mama. Fuente: Bibi A, Khalid MA. Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan.

Podemos observar que el orden de niveles sería:

- 1º nivel muy alto
- 2º nivel muy bajo
- 3º nivel alto
- 4º nivel moderado.

Hay que remarcar también el 0%, en el que ninguno de los objetos de estudios no muestran ansiedad por la muerte, por lo que se demuestra, que todos ellos, aunque en diferente medida, padecen miedo a la muerte ante la situación de pasar por un proceso oncológico. (13)

Basándonos en estos datos obtenidos de los documentos analizados, podemos detectar que la existencia del miedo a la muerte es un problema real para los pacientes oncológicos.

4. JUSTIFICACIÓN

Dada nuestra experiencia en el ámbito sanitario como estudiantes, tanto por la parte teórica como por la parte práctica, uno de los servicios que más nos ha llamado la atención durante estos últimos años es el mundo de la oncología. Por otro lado, durante los años de la carrera de enfermería, cabe destacar lo interesante que nos ha parecido la salud mental y como está afectada a las personas, ya que este tipo de sintomatología se presenta en los pacientes de diferente manera, produciéndoles una clínica distinta a cada uno de ellos. Por ende, las consecuencias en sus actividades sociales y personales también tendrán una repercusión diferente, donde tiene un papel muy importante la manera de cada persona de afrontar las situaciones que se le presenten en su vida.

Nuestra profesión tiene mucho que ver con el trato de personas y cuenta con el arte de comunicar diferentes noticias o situaciones de distinta manera, dependiendo de la persona a la que te dirijas. Durante la realización de nuestras prácticas, hemos vivido situaciones de este tipo (dar una mala noticia o estar presentes ante este acontecimiento, tranquilizar a pacientes, entender diferentes situaciones por la que los pacientes están pasando, elegir nuestras palabras dependiendo de la persona que tienes delante...), lo que nos ha resultado muy interesante la diversidad de maneras de afrontamiento que las personas tienen ante sus diagnósticos médicos o situaciones que les toca vivir.

El miedo a la muerte o tanatofobia es un tema relevante, ya que va ligado a la vida, y si a esto de por si le sumamos una patología oncológica lo resulta todavía más traumático. Por otro lado, se hace mención a la salud mental, ya que muchas veces esta patología neoplásica agrava el malestar cognitivo.

Como hemos podido observar en el apartado anterior, existe un miedo a la muerte en pacientes que se someten a un proceso oncológico, siendo este tan subjetivo que cuesta de analizar, pero la presencia de este sentimiento se hace innegable frente a los datos analizados.

Este tema ha sido investigado desde hace muchos años atrás, y en este proyecto nos hemos centrado en información más cercana al año en el que vivimos (5 años atrás), lo que quiere decir que se siguen recogiendo datos sobre este motivo y aunque las cifras varían, se puede decir que es un problema que no se ha solucionado en la actualidad. La importancia de que este problema no se solucione, es que causa una serie de consecuencia negativas en la vida de los pacientes, tema que es de gran importancia para las ciencias de la salud. Por lo que creemos que es conveniente seguir investigando este campo, con la finalidad de entender las sensaciones psicológicas de los pacientes y poder tomar medidas específicas que puedan tener mayores beneficios.

Suponemos que la mejora del estado mental de los pacientes oncológicos mejoraría diversas partes del proceso por el que pasan los usuarios, como es la adherencia al tratamiento, el propio proceso, la rehabilitación o el mantenimiento.

Por consiguiente, se decidió realizar este trabajo, para obtener información relevante para la ciencia, con el interés de que pueda ser utilizada en el futuro para realizar cambios o estrategias que disminuyan o mejoren el sentimiento de miedo a la muerte en los pacientes oncológicos, ya que creemos que es un tema tratado, pero no se le da la visualización que pensamos que debería tener para que el profesional sepa detectar e intervenir ante este sentimiento, como consecuencia de que la muerte, en muchos aspectos y para muchas personas, es un tema tabú.
(14)

Por lo dicho anteriormente, este proyecto proporcionaría su granito de arena para conseguir uno de los 17 objetivos de la Agenda 2030, más concretamente el objetivo número 3, nombrado como “Salud y Bienestar”.

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

5.1. HIPÓTESIS.

5.1.1. Hipótesis de investigación.

Las personas con diagnóstico oncológico tienden a asociar la enfermedad con una sentencia de muerte, lo que se relaciona con una mayor frecuencia de pensamientos sobre el final de la vida, presencia de comorbilidades psicológicas que intensifican el miedo a la muerte, percepción de insuficiencia en la atención psicológica recibida y alteraciones significativas en su rutina y estilo de vida debido al impacto emocional del diagnóstico.

5.1.2. Hipótesis nula.

Las personas con diagnóstico oncológico no tienden a asociar la enfermedad con una sentencia de muerte, ni presentan una mayor frecuencia de pensamientos sobre el final de la vida, ni comorbilidades psicológicas que intensifiquen el miedo a la muerte, ni percepción de insuficiencia en la atención psicológica recibida, ni alteraciones significativas en su rutina o estilo de vida a causa del impacto emocional del diagnóstico.

5.2. OBJETIVOS.

5.2.1. Objetivo general.

El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar el impacto emocional del diagnóstico oncológico y su relación con el pensamiento y miedo a la muerte en personas adultas.

5.2.2. Objetivos específicos.

Para alcanzar el objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Explorar los factores que influyen en el miedo a la muerte en personas con una enfermedad oncológica.
- Evaluar la percepción de necesidad de apoyo psicológico entre los pacientes que experimentan este miedo.
- Analizar cómo el miedo a la muerte afecta a la calidad de vida desde una perspectiva emocional y mental.

6. METODOLOGÍA.

6.1. FASE PRE-EXPERIMENTAL.

6.1.1. Tipo de estudio.

Este trabajo se enmarca en una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico-descriptivo, orientada a comprender las experiencias subjetivas de personas diagnosticadas de cáncer en relación con el miedo a la muerte. Se llevaron a cabo dos procesos complementarios:

Procesos 1: Revisión bibliográfica para contextualizar el problema, justificar la relevancia del estudio y orientar la elaboración del instrumento cualitativo.

Procesos 2: Estudio de campo mediante entrevistas semiestructuradas a pacientes oncológicos seleccionados intencionalmente. Este estudio cualitativo forma parte de un proyecto más amplio que incluye también un análisis cuantitativo, presentado en un trabajo independiente.

Respecto a la estructura de este trabajo, la guía que fue utilizada, es la Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Esta proporciona un checklist de 22 ítems que ayudan a los autores a informar de manera completa y transparente los resultados de estudios observacionales (cohorte, casos y controles, o transversales). La guía STROBE permite a los autores mejorar la calidad de sus artículos, y además facilita su interpretación a los revisores, editores de revista y lectores. (20)

6.1.2. Metodología del marco teórico.

Como se ha mencionado anteriormente, antes de poner en marcha las intervenciones, se realizó una revisión bibliográfica con la finalidad de identificar la existencia del problema, obtener información relevante sobre el suceso y la población a estudiar y, por último, reconocer en qué punto se había quedado la ciencia investigando este tema.

6.1.2.1. Pregunta de investigación.

En el primer paso para la búsqueda de información, se planteó la pregunta de investigación que sería la base de dicha revisión bibliográfica. Esta pregunta se formuló de manera que cumpliera con los criterios FINER (fiable, interesante, novedosa, ética y relevante). y bajo la estructura pico, quedando de esta manera: “¿El miedo a la muerte en pacientes afecta negativamente en la calidad de vida de pacientes mayores de edad que haya o estén pasando por un proceso oncológico?”

La pregunta, como bien he dicho anteriormente esta creada mediante la estructura PICO, justificándola de esta forma:

- P (paciente/ problemas): Pacientes mayores de edad que hayan o estén pasando por un proceso oncológico.
- I (intervención): Analizar el miedo a la muerte.
- C (comparación): En este proyecto no utilizamos métodos de comparación para la obtención de datos.
- O (outcomes/resultados): Afectación negativa en la calidad de vida.

6.1.2.2. Procedimiento de búsqueda de información.

En segundo lugar, se procedió a realizar la búsqueda de documentos que fuesen útiles para proseguir con la realización del marco teórico. Se utilizaron diferentes descriptores y marcadores booleanos. Para asegurar una búsqueda bibliográfica rigurosa y coherente, se utilizó el vocabulario controlado MeSH (Medical Subject Headings) como herramienta clave en la identificación y selección de los descriptores principales relacionados con el tema de estudio. Estos descriptores tienen como finalidad crear ecuaciones de búsqueda, para insertar en las bases de datos.

Las bases de datos utilizadas fueron:

- Academic Search Ultimate
- Medline Complete
- PubMed
- Dialnet

Siendo que en cada una de ellas se utilizó una ecuación de búsqueda diferente, pero similar. Esto dependió de los resultados que se fueron obteniendo.

Las ecuaciones de búsqueda para cada base de datos fueron las siguientes:

- Academic Search Ultimate: "Fear of death and oncology patients or cancer patients or patients with cancer. "
- Medline Complete: "Fear of death or death anxiety or fear of dying and oncology patients or cancer patients or patients with cancer."
- PubMed: "Fear of death or death anxiety or fear of dying and oncology patients or cancer patients or patients with cancer."
- Dialnet: "Miedo a la muerte y pacientes oncológicos."

También se encontró información útil en otras páginas web, no consideradas como base de datos:

- Instituto nacional de cáncer
- Instituto nacional de estadística
- Sociedad Española de Oncología médica (SEOM)
- American Cancer Society

Además, destacamos el filtrado por año de publicación que aplicamos a los artículos con la finalidad de que la información obtenida fuese lo más actualizada posible. Esto se le aplicó a cada una de las búsquedas, delimitando entre el año 2019 y el 2024.

Una vez explicado el lugar de donde se obtuvo los documentos e información utilizados, se procede a describir el proceso de selección de los documentos utilizados. Para mostrarlo con más claridad, este proceso queda visible en el siguiente diagrama de flujo:

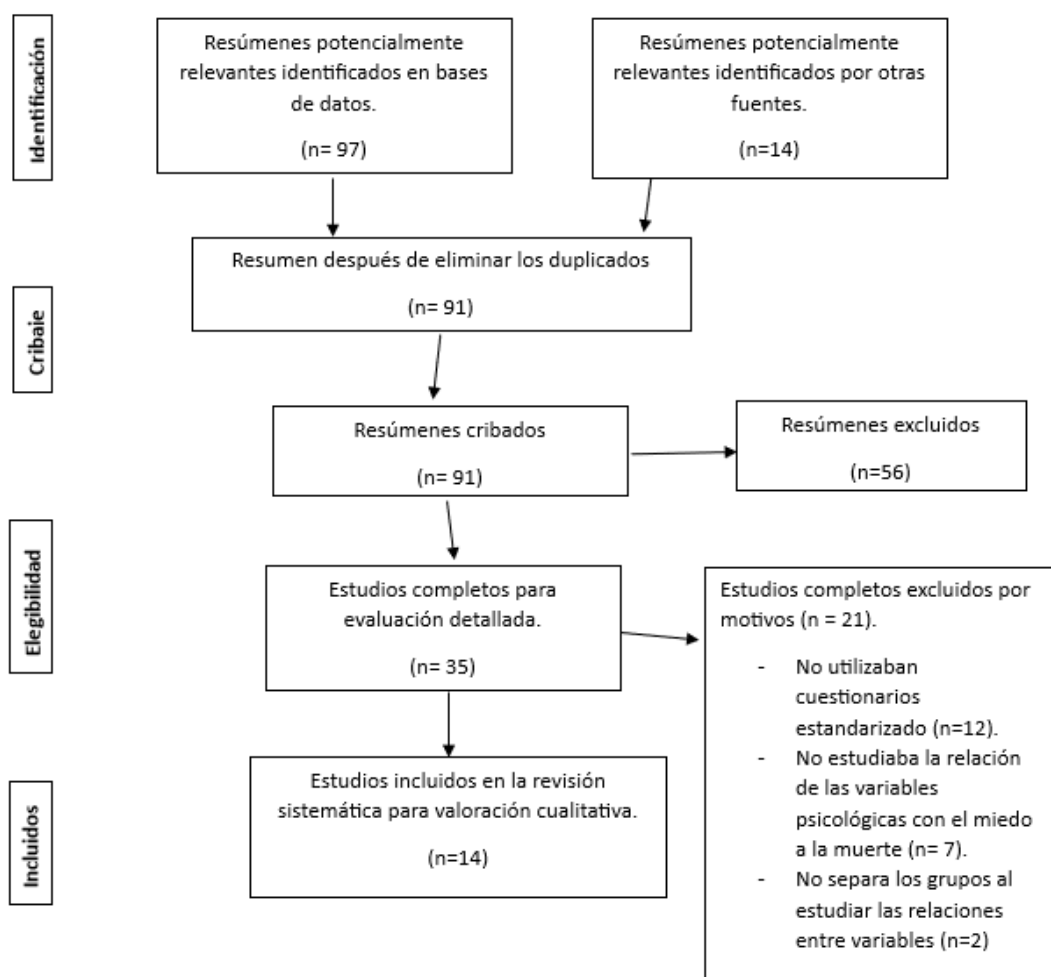


Tabla 5: Diagrama de Flujo. Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la imagen, con la primera búsqueda y el uso de los descriptores y marcadores booleanos, junto al filtro de año de publicación, se encontraron una gran cantidad de documentos, los cuales podían ser susceptibles de uso. Para hacer un segundo filtraje y reducir el número de documentos, se prosiguió con la lectura del título y el resumen de dichos documentos. Para terminar, después de revisar la información que se aportaba en la metodología y los resultados, se terminó usando un total de 14 documentos, sumados a estos los encontrados en otras páginas web.

Los criterios de selección de los documentos usados se basaban en la respuesta a las preguntas y demostraciones que se pretendía visibilizar en el marco teórico de este proyecto, siendo las siguientes:

- ¿Qué es el cáncer?
- ¿Cuál es la incidencia del cáncer en España?
- ¿Cuáles son los síntomas psicológicos y somáticos del cáncer?
- ¿Cuáles son las consecuencias de los síntomas del cáncer en el estilo de vida?
- La existencia del miedo a la muerte en pacientes oncológicos.

6.1.3. Diseño de la investigación.

Este trabajo surgió inicialmente como parte de un proyecto de investigación conjunta entre dos estudiantes, con diseño mixto. Ambas participaron conjuntamente tanto en la recogida de información previa al trabajo de campo y la recogida de datos (entrevistas y encuestas), y posteriormente analizaron por separado los vértices metodológicos: una cualitativa mediante las entrevistas (este trabajo) y otra cuantitativa con las encuestas (trabajo paralelo de la otra estudiante). Como instrumentos para la recogida de información y posterior análisis, se utilizaron:

- Escala de Collet-Lester: aportado cuantitativo de la parte paralela a este estudio. Escala la cual, mide el miedo a la muerte. (21)
- Entrevista semiestructurada: apartado cualitativo y diseñada por las estudiantes, contando con un total de 10 preguntas elaboradas por consenso tras la revisión bibliográfica.

Esta división se hizo con la finalidad de que cada una de las estudiantes tuviese un trabajo con resultados y discusión propios.

Como se explica anteriormente, la recogida de datos fue común con ambas autoras, por lo que entre las dos realizaron tanto la entrevista y la encuesta a los participantes, por lo tanto, los participantes seleccionados fueron los mismos. Nuestros caminos se separaron a la hora de analizar dicha información recopilada, por lo que en los siguientes apartados se explicara tanto la realización de la metodología cualitativa como cuantitativa, hasta llegar al apartado de análisis de resultados, siendo en este proyecto la interpretación de la información recopilada en las entrevistas.

6.1.3.1. Creación de la entrevista y encuesta.

Para la realización de este estudio, fue necesario analizar investigaciones ya finalizadas sobre este tema, en las cuales se encontró una escala que analiza el miedo a la muerte, la cual se utilizó para la recogida de datos. Esta es la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (21), de carácter cuantitativo, que evalúa el miedo a la muerte a través de una escala de Likert del 1 al 5:

ATTACHMENT

Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester

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

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

Tabla 6: Escala Collett-Lester. Fuente Venegas ME, Alvarado OS, Barriga O. Validation of Collett-Lester's Fear of Death Scale in a sample of nursing students. Rev Latino-Am Enfermagem. octubre de 2011;19(5):1171-80.

Además, se creó una Entrevista semiestructurada, diseñada específicamente para explorar cualitativamente el impacto del miedo a la muerte en la vida de los pacientes. Las preguntas fueron elaboradas de forma sugestiva para permitir respuestas abiertas y profundas, y seleccionadas mediante consenso hasta un total de 10:

ENTREVISTA SOBRE EL MIEDO A LA MUERTE EN PACIENTES ENCOLOGÍCOS PARA UN ANALISIS CUALITATIVO:

1. ¿Qué pensamientos o sentimientos te vienen a la mente cuando piensas en la muerte?
2. ¿Hay algo específico que te asuste más sobre la idea de morir?
3. ¿Hay alguna persona en tu vida con la que te gustaría hablar sobre estos temas?
4. ¿Hay alguna creencia o filosofía que te ayude a enfrentar tus miedos sobre la muerte?
5. ¿Cómo te afecta el miedo a la muerte en tu día a día?
6. ¿Qué significa para ti vivir plenamente en el presente?
7. ¿Qué tipo de apoyo emocional crees que necesitas en este momento?
8. ¿Te gustaría recibir información sobre cuidados paliativos o apoyo emocional? ¿por qué?
9. ¿Hay algo que durante este proceso te haya creado la necesidad de hacer o experimentar alguna acción ante el sentimiento del miedo a morir?
10. ¿Qué mensaje te gustaría dejar a tus seres queridos sobre la vida y la muerte?

Tabla 7: Entrevista semiestructurada. Fuente: Elaboración propia.

Como ya hemos nombrado anteriormente, el método de recogida de información para este proyecto es la entrevista diseñada por las investigadoras. La elección de las preguntas no fue aleatoria, sino que se tuvieron en cuenta una gran cantidad de preguntas, seleccionándose un total de 10, con las cuales se podría conseguir los objetivos planteados al principio de la realización de la puesta en marcha con el proyecto.

Estas 10 preguntas se pueden agrupar en 3 subtemas, es decir 3 variables, muy relacionados con los objetivos:

1. **SENTIMIENTOS PROVOCADOS.** En este subtema podríamos agrupar las preguntas 1, 2, 6 y 10. Con estas preguntas las investigadoras pudieron profundizar más sobre los sentimientos y la clínica psicológica de los voluntarios, además de sacar información más concretamente sobre el miedo a la muerte.
2. **APOYO EMOCIONAL:** Para analizar este apartado se seleccionaron las preguntas 3,7 y 8. Estas preguntas tenían como finalidad como vivían los pacientes el apoyo emocional que habían estado teniendo hasta ahora, y como se podría mejorar dependiendo de las necesidades de este perfil de pacientes.
3. **AFRONTAMIENTO:** Esta variable fue medida mediante las preguntas 4,5 y 9. Como podemos observar en las preguntas de la tabla 7, estas proporcionan información de

como las personas que pasan por este proceso, afrontan el diagnóstico y como este interviene en su calidad de vida.

6.1.3.2. Criterios de inclusión y exclusión. Participantes y muestreo.

Con motivo de la investigación se realizaron unos criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes oncológicos o que hayan sufrido el proceso de curación de la enfermedad	Pacientes en estado grave o crítico
Mayores de edad	Pacientes en estado paliativo o terminal
Capacidad para comprender y responder preguntas y cuestionarios de forma autónoma.	Personas con trastornos psicológicos graves (psicosis activa, trastornos del estado de ánimo que alteren la percepción de la realidad...)
Dominio del idioma en el que se hace la entrevista	Barrera idiomática que impida la correcta realización de la entrevista
Aceptación de forma voluntaria del consentimiento informado	Ausencia del consentimiento informado
	Participación previa en estudios similares que pudiesen influir en las respuestas.

Tabla 8: Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con estos criterios, se seleccionó una muestra final de 10 participantes, todos los cuales fueron contactados directamente por las investigadoras y aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Aunque el tamaño de la muestra es reducido, lo cual se considera una limitación, este aspecto se aborda y justifica en el apartado correspondiente del trabajo.

El muestreo empleado fue de tipo no probabilístico intencional por conveniencia, seleccionando a los participantes en función de su accesibilidad y disponibilidad. Todos ellos residían en la región de L'Horta Sud y la Ribera (Valencia), específicamente en las localidades de Benifaió, Sollana, Almussafes y Catarroja.

La elección de este entorno se justifica no solo por la accesibilidad de los participantes, sino también por la alta presencia de centros hospitalarios y servicios de oncología en estas comarcas, lo que facilitó el contacto con personas que cumplieran los criterios establecidos.

Además, este contexto coincidía con el lugar de residencia tanto de las investigadoras como de los propios participantes.

Las entrevistas y cuestionarios se llevaron a cabo en los domicilios particulares de los participantes, creando un entorno seguro y familiar que favoreció una comunicación abierta y espontánea. Antes del inicio de cada entrevista, se ofreció una explicación clara y detallada del proceso, resolviendo cualquier duda que pudiera surgir y asegurando un ambiente de respeto, cercanía y confianza.

6.1.3.3. Ubicación y contexto.

Para la selección del total de los participantes se empleó un muestreo no probabilístico intencional por conveniencia, ya que los participantes fueron seleccionados en función de su accesibilidad y disponibilidad dentro de una región específica (L'Horta Sud y la Ribera), que engloba las localidades de Benifaió, Sollana, Almussafes y Catarroja. La elección de este contexto no es casual, ya que, además de ser el lugar de residencia tanto de las investigadoras también lo es de las personas entrevistadas para este estudio.

Estas dos comarcas cuentan con una notable presencia de centros hospitalarios, y unidades de oncología que atienden a una diversa población. (Anexo 2)

Las entrevistas y encuestas se realizaron en las mismas casas de los participantes voluntarios, de esta forma se sentían en un lugar seguro y un ambiente cálido, pudiendo contestar cada pregunta de la forma más natural posible, teniendo la tranquilidad y seguridad que ofrece un entorno conocido.

Antes del inicio de cada entrevista se les explico a los voluntarios detalladamente todo el proceso, de forma cercana, y en caso de que existiera algún tipo de duda por parte de alguno de los participantes, se resolvía, transmitiendo siempre el apoyo, y cercanía que cada uno de los participantes necesitara.

6.1.3.4. Consentimiento informado y permisos.

Antes de participar, los individuos fueron informados verbalmente sobre el propósito de la investigación, los tipos de datos que se recopilarían, y cómo estos serían utilizados de manera ética y responsable. Esta explicación sirvió para resolver cualquier tipo de duda y garantizar que comprendieran plenamente su papel en el estudio.

Posteriormente, se entregó a cada participante un formulario de consentimiento escrito (Anexo 3) que incluía información detallada sobre los siguientes aspectos:

1. Objetivo del estudio: Una descripción clara del propósito de la investigación.

2. Voluntariedad de la participación: Asegurarse que su participación era completamente opcional y que podían retirar en cualquier momento sin necesidad de justificación ni consecuencias,
3. Confidencialidad de los datos: Garantía de que los datos recopilados serían tratados de forma confidencial, siendo anónimos para proteger su identidad.
4. Derechos de los participantes: Información sobre su derecho a acceder, rectificar o eliminar sus datos en cualquier momento, en cumplimiento con el Reglamento General de Protección de Datos (RGDP)

Este formulario fue firmado por cada participante como evidencia de su consentimiento claro y consciente. En los casos donde existían dudas o inquietudes, se ofreció un espacio para dialogar y proporcionar aclaraciones adicionales antes de proceder con la participación.

Además, los datos recopilados fueron almacenados en un entorno seguro, accesible únicamente por los investigadores responsables del proyecto.

6.1.3.5. Análisis de resultados. Parte cualitativa.

Las entrevistas realizadas fueron de carácter semiestructurado, con un total de 10 preguntas abiertas, lo que permite a los voluntarios total libertad a la hora de responder.

Para el análisis de los datos recopilados a través de las entrevistas, se optó por una metodología cualitativa basada en el análisis de contenido temático, con el objetivo de identificar patrones de significado en los discursos. Este tipo de análisis es especialmente útil para estudiar fenómenos subjetivos como el miedo, el sufrimiento y la percepción de la muerte en el contexto de una enfermedad grave como el cáncer. Además, dichas entrevistas fueron gravadas con el consentimiento de los participantes para garantizar la fidelidad de los testimonios. Esta manera de trabajar permite identificar, organizar y examinar en profundidad los patrones significativos (temas) que se encuentran dentro de las respuestas, respetando la riqueza de las palabras.

El proceso de análisis se llevó a cabo en cinco fases principales:

1º. Transcripción literal de las entrevistas: Cada entrevista fue transcrita de forma textual para garantizar la fidelidad de los discursos. Para garantizar el anonimato, se les asignó un número a cada participante del 1 al 10, además se eliminó toda información personal o sensible para mantener el anonimato.

2º. Lectura comprensiva del material: Se realizó una primera lectura completa y reiterada de las transcripciones, con el objetivo de familiarizarse con la materia, detectar ideas clave y captar el sentido global del relato de cada participante.

3º. Codificación inicial: Se aplicó una codificación abierta, asignando etiquetas a fragmentos de texto relevantes (verbatim) y agrupándolos en temas recurrentes hasta alcanzar

la saturación del discurso, es decir, cuando las nuevas entrevistas no aportaban información novedosa. Esta codificación fue manual y realizada por la propia investigadora, con revisión puntual por parte de la tutora para garantizar la coherencia interpretativa.

4º. Agrupación en categorías temáticas: A partir de los códigos emergentes, se identificaron categorías y subcategorías que agrupan ideas recurrentes como: miedo a la incertidumbre, percepción de la muerte, necesidad de apoyo emocional, cambios en la visión de la vida, o evitación del tema de la muerte.

5º. Interpretación e integración: Finalmente, se interpretaron los significados profundos de los relatos, relacionando los hallazgos con la literatura revisada y con las hipótesis propuestas. El software utilizado fue Microsoft Word y Excel. No se emplearon herramientas de análisis cualitativo asistido por ordenador (CAQDAS) debido al carácter exploratorio del estudio y al número reducido de entrevistas.

Para la presentación de los resultados se organizaron por secciones temáticas, siendo que cada sección temática correspondía a una de las preguntas de la entrevista.

6.1.3.6. Diagrama de Gant.

December 2024						
Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
						1
2 concretar citas	3 concretar citas	4	5 Voluntario 1 Voluntario 2	6	7	8
9 Voluntario 3	10	11	12	13 Voluntario 4	14	15
16	17	18	19 Voluntario 5	20	21 Voluntario 6 Voluntario 7	22
23	24	25	26 Voluntario 8	27 Voluntario 9	28	29
30	31 Voluntario 10					

Tabla 9. Diciembre. Fuente: Elaboración propia.

Para la realización del diagrama, mediante un calendario y la comunicación con los participantes se concretó las citas con ellos. Este proceso se llevó a cabo durante los días 2 y 3 de diciembre vía telefónica, organizándolo en el calendario que en la parte superior de este punto se encuentra adjunto.

Una vez cerrado el calendario con todas las citas concertadas, se empezaron a realizar las entrevistas y las encuestas.

6.2. FASE EXPERIMENTAL

6.2.1. Descripción del proceso

Cuando el calendario ya estaba cerrado se puso en marcha la realización de las entrevistas y de las encuestas:

Día 5: Se movilizó a la localidad de Sollana, y se puso en marcha a las 8.00h de la mañana. Una vez en la ubicación que trasladó la primera voluntaria, a la cual se llegó a las 9.30h. Una vez terminada la entrevista se desplazó dentro de la misma localidad y se fue a entrevistar a la voluntaria número 2 donde se llegó y empezó a las 10.30h de la mañana y fue terminada la jornada a las 11.30h.

Día 9: Se hizo el traslado a Catarroja, donde la cita estaba concretada a las 11.00h de la mañana, se entrevistó a el voluntario 3 y se terminó a las 12.30h.

Día 13: Se hizo el desplazamiento a Benifaió, a las 10.00h de la mañana donde se quedó con la voluntaria número 4, y la intervención terminó a las 11.00h de la mañana.

Día 19: Se hizo el desplazamiento a la localidad de Almussafes donde se quedó con el voluntario número 5 a las 17.00h de la tarde, pusimos fin a la entrevista a las 18.30h de la tarde.

Día 21: Se realizó el traslado a la localidad de Sollana donde se pudo ver a los voluntarios 6 y 7 a las 18.00h, eran familia, así que se realizó en el mismo domicilio la entrevista, dando fin a las entrevistas a las 20.00h.

Día 26: Desplazándose a Catarroja de nuevo donde, se entrevistó a la voluntaria número 8, quedando con ella a las 12.00h de la mañana y se finalizó a la 13.00h

Día 27: Se fue hasta la localidad de Almussafes donde se quedó con la voluntaria número 9 a las 11.00 h de la mañana y se terminó la entrevista a las 12.00h de la mañana.

Día 31: Se hizo el traslado a la localidad de Benifaió dónde se realizó la última entrevista, se quedó con ella a las 9.00h de la mañana y se finalizó la entrevista a las 10.00h de la mañana.

7. RESULTADOS

Después de analizar las 10 entrevistas de la manera en la que se indicó en el apartado de metodología, se ha llegado a una serie de resultados.

Los resultados se presentan por apartados, siendo estos delimitados por cada pregunta de la entrevista que se les realizó a los voluntarios, es decir, cada apartado corresponde a una de las diez preguntas de las que está compuesta la entrevista, y dentro de cada una se analizó las 10 respuestas de los diferentes entrevistados, ya que, la entrevista cuenta con 10 preguntas y los entrevistados son un total de 10.

PREGUNTA	TEMA PRINCIPAL	SUBTEMAS RECURRENTES	FRECUENCIA (%)
1. Pensamientos o sentimientos evocados al pensar en la muerte.	Emociones ambivalentes.	Miedo (70%), tristeza (60%), resignación (50%), preocupación por seres queridos (80%).	100%
2. Aspectos específicos que generan más miedo.	Incertidumbre y deterioro físico.	Dolor físico y pérdida del control (60%), lo desconocido (50%), ser carga para otros (70%).	90%
3. Personas con quienes hablar sobre la muerte.	Red de apoyo emocional.	Familia (80%), profesionales (30%), dificultad para abrirse (60%).	100%
4. Creencias o filosofías que ayudan a afrontar el miedo.	Recursos espirituales.	Religión (60%), filosofía personal (40%).	80%
5. Impacto del miedo en el día a día.	Recursos psicológicos.	Ansiedad (60%), insomnio (40%), tristeza (50%), valoración del presente (70%).	100%
6. Significado de vida plena en el presente.	Sentimientos presentes.	Disfrute (70%), conexión interpersonal (60%).	80%
7. Apoyo emocional necesario.	Necesidad de contención.	Escucha activa (60%), validación emocional	90%

		(50%), grupos de apoyo (30%).	
8. Interés por los cuidados paliativos o apoyo emocional.	Deseo de acompañamiento en el proceso.	Desconocimiento (60%), interés (70%).	80%
9. Acciones generadas a causa del miedo a la muerte.	Transformación vital.	Reconciliaciones (30%), legado (50%), cumplimiento de deseos pendientes (40%).	60%
10. Mensaje a los seres queridos.	Transcendencia emocional.	Amor (90%), aceptación (60%), gratitud (70%).	100%

Tabla 10: resultados de las entrevistas. Fuente: Elaboración propia.

7.1. PENSAMIENTOS O SENTIMIENTOS EVOCADOS AL PENSAR EN LA MUERTE.

Los voluntarios muestran ante esta pregunta una gran cantidad de sentimientos diferentes, siendo los más comunes el miedo, la tristeza, la resignación, y destacando sobre todo la preocupación por los seres queridos. Esto se puede observar con los siguientes ejemplos:

- “Me da miedo dejar solos a mis hijos, no saber si estarán bien sin mí “
- “Siento angustia al pensar que todo se acaba y no hay nada más”
- “Lo veo como algo natural, aunque no deja de doler”

Con la expresión de estos sentimientos los voluntarios dan a entender una polaridad entre la aceptación y el miedo. Para algunos, pensar en la muerte y hacer una reflexión sobre ella les da tranquilidad, mientras que otros les genera angustia.

7.2. ASPECTOS ESPECÍFICOS QUE GENERAN MIEDO.

Aquí se observó que 9 de cada 10 pacientes señalaba que lo más aterrador no es la muerte en sí, sino el proceso que conlleva llegar hasta ella.

Al preguntar por aquellas cosas que más miedo les daba sobre la muerte se detectaron notoriamente el dolor físico y la pérdida de control, miedo a lo desconocido, y sobre todo el hecho de poder ser una carga para su entorno durante el proceso. Esto fue manifestado con ejemplos como:

- “Me aterra el dolor, no quiero agonizar”.
- “No haber dicho lo que siento a ciertas personas me aterra mucho”.

7.3. PERSONAS CON QUIEN HABLAR SOBRE EL MIEDO A LA MUERTE.

Aunque varios entrevistados expresaron una dificultad para hablar de la muerte como consecuencia de generar preocupación o entristecer a los más cercanos, parejas, hijos, hermanos..., manifiestan la necesidad de comunicar sus sentimientos con otras personas.

También se hizo mención a la necesidad de hablar con profesionales que supiesen del tema o que estuviesen dotados específicamente para tratar aspectos psicológicos.

Podemos justificar estos resultados con expresiones de los voluntarios tales como:

- “Me gustaría hablar con mi esposo, pero siento que lo pone muy mal”.
- “Solo con mi psicóloga puedo abrirme del todo”.

Esto evidencia que, para hablar sobre la muerte los pacientes necesitan un espacio seguro, donde no se sientan juzgados para expresar sus pensamientos y sentimientos, aunque más de la mitad les parezca un tema difícil de hablar.

7.4. CREENCIA O FILOSOFÍA QUE AYUDA A AFRONTAR EL MIEDO.

Ocho de cada diez voluntarios manifestaron que uno de los apoyos para afrontar el miedo a la muerte ante esta enfermedad fueron sus creencias.

Más de la mitad de los entrevistados aclararon que dicha creencia se basaba en la fe religiosa activa, mientras que otros se apoyan en su propia filosofía personal centrada en el presente, el ciclo de la vida y la espiritualidad no institucionalizada.

Esto fue manifestado con expresiones tales como:

- “Creo que hay algo después, y eso me da tranquilidad”
- “Pienso que la muerte es pare de la vida, no algo que deba temer”

Esta diversidad de respuestas muestra que cada persona tiene una manera de pensar diferente, que desarrollan como método de salvavidas psicológico frente a los problemas.

7.5. IMPACTO DEL MIEDO A LA MUERTE EN EL DÍA A DÍA.

El 100% de los participantes reportó que el miedo a la muerte es algo que interfiere en su rutina diaria.

Aunque, una gran parte de los sentimientos expresados fueran negativos, como el insomnio, la ansiedad o la tristeza, también un alto porcentaje de voluntarios indicó que la propia consciencia de muerte actúa en ellos como motor de cambio, impulsando a valorar el presente y los momentos cotidianos.

Los voluntarios expresan dicho impacto con ejemplos como:

- “Hay días que no puedo ni levantarme del miedo”
- “He aprendido a disfrutar más de los pequeños momentos”

El miedo a la muerte en pacientes oncológicos es algo que no se puede negar, pero se nota una gran diferencia entre los entrevistados en la manera de afrontar el sentimiento de muerte, y como

esta manera de llevarlo influye en su día a día, observando una tensión entre el bloqueo y la transformación.

7.6. SIGNIFICADO DE VIVIR PLENAMENTE EN EL PRESENTE.

Ocho de las diez personas declararon que la noticia de su enfermedad los llevo a redefinir el concepto de “vivir plenamente”.

El 70% mencionó que para ellos vivir plenamente en el presente era disfrutar más de las cosas pequeñas y realizar actividades significativas, mientras que el 60% se decantó por priorizar las relaciones interpersonales, más concretamente las relaciones con sus seres queridos.

Como palabras con las que los voluntarios explican estos pensamientos, podemos poner los siguientes ejemplos:

- “Estar con mis nietos y reír con ellos, eso es vivir”.
- “No dejar para mañana lo que quiero hacer hoy”.

Estos hallazgos conectan con el concepto de “presencia consciente”, como otra herramienta que los pacientes adoptan de afrontamiento.

7.7. APOYO EMOCIONAL NECESARIO.

El 90% de los participantes hablaron de la importancia del acompañamiento emocional durante el proceso de la enfermedad, y no solo eso, sino también una vez superada esta.

Se destaca que la demanda de dicho acompañamiento emocional se realice mediante una escucha activa y con la validación de los sentimientos, sin sentirse juzgados por las emociones que se experimenten.

Fue también interesante el nombramiento de las redes de apoyo o grupos de apoyo por la mitad de los voluntarios, aunque solo el 30 % había participado en alguno.

Esto se puede justificar con los siguientes ejemplos:

- “Necesito que me escuchen sin juzgar, ni que intenten animarme rápido”.
- “Un grupo de apoyo sería genial”.

Con estos resultados se revela la falta de validación emocional y de no sentirse solo.

7.8. INTERÉS POR CUIDADOS PALIATIVOS O APOYO EMOCIONAL.

Cuando a los voluntarios se les preguntó si estarían interesados en recibir información sobre cuidados paliativos o apoyo emocional, la mayoría (60%) refieren no tener consciencia de que eran los cuidados paliativos, con lo que se detecta una gran desinformación, que debería ser aportada por parte de los profesionales sanitarios.

Una vez explicado el concepto, un 70% expresó un alto interés en obtener ese tipo de atención, tanto informativa como emocional, como parte del cuidado integral de los sanitarios, a modo de herramienta para reducir el sufrimiento.

Esto se corrobora con testimonios como:

- “No sabía bien que eran, pero creo que podrían ayudarme mucho”.
- “Saber que no voy a estar sola, ni en el dolor, me tranquiliza”.

Se observa que existe una necesidad de difusión clara sobre este tipo de recursos, en el que el dentro del plan de tratamiento la parte psicológica se deja en un segundo plano, y muchos de los voluntarios la demandan.

7.9. ACCIONES GENERADAS A CAUSA DEL MIEDO A LA MUERTE.

Seis de los diez entrevistado afirmaron haber tomado decisiones significativas a consecuencia de la enfermedad y el miedo que esta conlleva.

Las acciones más nombradas fueron: la reconciliación con algunas personas que en su momento fueron importantes en sus vidas (30%), dejar un legado (50%) mediante grabaciones de vídeo, cartas, e incluso cosas materiales, y el cumplimiento de deseos pendientes (40%) como viajes o proyectos personales.

Estos resultados fueron manifestados con expresiones como:

- “Finalmente me atrevo a decirle a mi hermana que la quiero”
- “Escribí cartas para mi hijo, para cuando yo no esté”

De esta manera, se observa que esta enfermedad cambia la manera de ver la vida de las personas que la padecen, haciéndoles aprovechar el tiempo de esta y dedicándolo a lo que ellos le dan más importancia.

7.10. MENSAJE PARA LOS SERES QUERIDOS SOBRE LA VIDA Y LA MUERTE.

La totalidad de los voluntarios expresó deseo por transmitir un legado emocional a los seres queridos, haciéndolo a modo de resumen sobre sus aprendizajes vitales.

El mensaje más repetido fue el amor (90%), recomendando la expresión del amor que sientes hacia las personas que te importan, dejando claro el afecto.

El segundo tema más nombrado fue la gratitud (70%), gratitud hacia lo ya vivido, las personas que tienen a su lado y la vida cotidiana, remarcando el hecho de la valoración de estos aspectos.

Por último, y con un porcentaje más bajo pero destacable, se habló de la aceptación a las cosas que la vida pueda deparar (60%).

Algunos ejemplos sobre el análisis de este tema fueron frases como:

- “Que vivan sin miedo, que digan te quiero más a menudo”.
- “La vida es un regalo, y la muerte solo otro paso”

Se observa que la finalidad de los mensajes es transmitir seguridad a los seres queridos sobre el proceso de la vida y la muerte.

7.11. OTROS ASPECTOS A DESTACAR.

Con el análisis de estos 10 puntos se observó un dato importante, común en la mayoría de las respuestas. En el 60% de las respuestas a cada pregunta los voluntarios hacen referencia a sus seres queridos, siendo los temas más tratados:

- Dejar solos a dichos seres queridos.
- Necesidad de acompañamiento emocional en el proceso de la enfermedad por dichos seres queridos.
- Aprovechar el máximo tiempo posible con las personas que más quieres.

Con lo que se detecta que el principal apoyo de estas personas que están o han sufrido un proceso oncológico son las personas que están en su día.

8. DISCUSIÓN.

Con el presente estudio cualitativo se ha podido investigar más profundamente el impacto emocional ante la mala noticia de un diagnóstico de cáncer, además, se ha explorado su relación más específicamente con el miedo a la muerte en personas adultas.

Los hallazgos obtenidos están respaldados y consiguen ampliar los conocimientos de la literatura científica ya existente.

En relación con el objetivo general, se observó que el diagnóstico oncológico provoca en los pacientes una diversidad de emociones intensas, donde el miedo a la muerte surge como una de las preocupaciones centrales. Este hallazgo coincide con los resultados de una investigación que tenía como objetivo descubrir los aspectos psicosociales que se necesitan potenciar en supervivientes de cáncer, para mejorar su reinserción a la sociedad, donde detecta que inmediatamente después del diagnóstico de cáncer, las personas experimentan ansiedad, incertidumbre, depresión y/o miedo, a causa del riesgo de muerte o la percepción de amenaza vital (15).

Respecto a los objetivos específicos, los datos obtenidos mediante las entrevistas revelan diferentes factores influyentes en el miedo a la muerte, tales como el temor a:

- El dolor.
- La pérdida del control de sus capacidades físicas.
- Lo desconocido
- Convertirse en una carga para sus seres queridos.

Estos resultados se respaldan con los hallazgos de un documento que como objetivo tenía encontrar las estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico oncológico, mediante una entrevista, a una serie de pacientes, donde se encontró que el miedo a la muerte en pacientes con cáncer se encuentra directamente relacionado con la incapacidad de hacer proyectos de vida y la percepción de ser una carga para las personas de su entorno (16)

Asimismo, se identificó una clara necesidad de apoyo emocional tanto por parte de los profesionales, como de las personas más cercanas de los pacientes; familiares, amigos... La mayoría de los voluntarios manifestaron que no siempre se encontraba espacios seguros para hablar sobre sus temores relacionados con este diagnóstico. Esto se alinea con lo señalado en una intervención a los familiares de pacientes oncológicos y a las respectivas personas que estaban pasando por el proceso oncológico, en el que se demuestra que el 85% de los objetos de estudio presentan niveles elevados de distrés emocional y que el malestar provocado por el diagnóstico, incluyendo el miedo a la muerte, es una de las principales razones por las que se solicita atención psicológica (17). Este hallazgo demuestra la necesidad significativa de apoyo emocional.

Por otro lado, el impacto del miedo a la muerte en la calidad de vida fue otro descubrimiento importante en este estudio. Los voluntarios expresaron síntomas negativos como ansiedad y tristeza, pero también, se mencionó aspectos positivos como la reevaluación del significado del “presente”, la búsqueda del disfrute y el fortalecimiento de las relaciones personales. El fenómeno podría nombrarse como “reconstrucción del sentido”, coincidiendo con los aspectos

de “resiliencia” y “presencia consciente”, y confirma que la forma en que se gestionan los sentimientos causados por la experiencia del cáncer modula la calidad de vida de los pacientes. Adicionalmente, surgieron datos valiosos que no habían sido planteados al inicio de este proyecto como objetivos, pero que enriquecen la investigación. Varios pacientes expresan la necesidad de realizar acciones significativas como reconciliaciones, escritura de cartas o cumplir proyectos y deseos personales pendientes, provocado como proceso de transformación vital al observar que la muerte se acerca. Estos datos son coherentes con un estudio realizado a un grupo de enfermeros, en el que estos perciben que los pacientes oncológicos al enfrentar su enfermedad tienden a reevaluar sus prioridades y relaciones personales. (18)

Finalmente, cabe destacar que la mayoría de los participantes desconocía el papel de los cuidados paliativos y el apoyo emocional como recursos disponibles, aunque una vez informados, mostraron un claro interés. Este hecho resalta la importancia del rol enfermero en la educación y la promoción de recursos asistenciales, así como en la detección de necesidades psicoemocionales muchas veces invisibilizadas por la atención centrada en lo biomédico. Esto es respaldado por un estudio que tenía como objetivo analizar la eficacia de los grupos de apoyo en pacientes oncológicos y, además, que los profesionales de la salud, específicamente las enfermeras establezcan estrategias de cuidado integral y humanizado, en el que no solo se centre el tratamiento en la parte médica, sino que se tenga en cuenta los sentimientos y vivencias del paciente. (19)

La discusión de los resultados permite afirmar que el miedo a la muerte en pacientes oncológicos no es solo una reacción esperable ante el diagnóstico, sino un fenómeno complejo que afecta a múltiples dimensiones del ser humano. Esto refuerza la necesidad de incorporar un enfoque integral, humano y personalizado en los cuidados oncológicos, donde la dimensión emocional sea visibilizada, abordada y acompañada.

8.1. LIMITACIONES

Con la realización de la fase experimental se encontró una serie de limitaciones que se pudieron detectar con el transcurso de esta y que deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados:

- Tamaño y alcance de la muestra: La muestra es pequeña y no probabilística, por lo que los hallazgos no son generalizables a toda la población oncológica. Al tratarse de un muestreo por conveniencia, existe un sesgo de selección que puede influir en los resultados.
- Condiciones contextuales: Las entrevistas se realizaron en entornos informales y en distintos municipios, lo que puede haber afectado a la profundidad o espontaneidad de algunas respuestas. Además, la relación previa entre la entrevistadora y algunos participantes puede haber condicionado las respuestas, para bien o para mal (mayor confianza o mayor deseo de agradar).

- Nivel de experiencia investigadora: La autora del trabajo es estudiante en formación. Aunque ha recibido supervisión metodológica y se ha esforzado por mantener el rigor científico, puede haber limitaciones en la técnica de entrevista, la interpretación de los discursos y el manejo de sesgos personales.
- Temática sensible: El miedo a la muerte es un tema íntimo y potencialmente perturbador. Es posible que algunos participantes no hayan expresado en su totalidad sus emociones por pudor, bloqueo emocional o protección hacia sus familiares.
- Ausencia de triangulación metodológica en esta parte: Si bien el estudio global incluía una triangulación cuantitativa y cualitativa, este trabajo se presenta de forma separada, sin una integración final de los resultados de ambas metodologías.
- Limitaciones técnicas: No se utilizaron herramientas de análisis cualitativo asistido por software especializado (como ATLAS.ti o NVivo), lo que podría haber facilitado una mayor sistematización en la codificación y comparación entre entrevistas.

A pesar de estas limitaciones, el estudio ofrece una aproximación valiosa y enriquecedora al fenómeno del miedo a la muerte desde la voz de las propias personas afectadas por una enfermedad oncológica, y contribuye a visibilizar una dimensión emocional que con frecuencia permanece silenciada o relegada en el ámbito clínico.

8.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Este proyecto proporciona una visibilidad a posibles líneas de investigación que podrían proporcionar una mejora en el ámbito de salud, siendo la principal finalidad ayudar a los pacientes oncológicos.

En primer lugar, se ha detectado que las investigaciones ya realizadas sobre el miedo a la muerte, ansiedad y temor, en pacientes oncológicos, en los últimos años, se quedan cortas para poder entender este fenómeno. Ya que se trata de un problema psicológico, la dificultad de analizar los problemas de salud es más grande, porque cada persona vive las experiencias de una manera distinta. Por ello, en este caso, la bibliografía y estudios realizados no son suficientes para entender el sentimiento que a los pacientes les crea el diagnóstico de cáncer. Este proyecto visibiliza esta carencia y propone seguir investigando este suceso.

En segundo lugar, se puede observar la falta de atención psicológica y apoyo emocional por parte de los sanitarios, por lo que se propone investigar y realizar un plan de atención en el ámbito de la salud mental para pacientes oncológicos, en el que el trato con la población diana sea personalizado y mediante un equipo multidisciplinar. También se observa que la participación de los familiares o seres queridos sería de gran ayuda, por lo que la inserción de estos en el plan podría aportar grandes beneficios.

Por último, y también en relación con la anterior proyección de futuro, sería interesante investigar más sobre como afecta estos sentimientos de ansiedad y miedo en la calidad de vida de los pacientes con cáncer, con la finalidad de poder mejorarla.

9. CONCLUSIÓN.

- Mediante los resultados recogidos se puede confirmar la hipótesis principal: los pacientes oncológicos terminan asociando el propio diagnóstico de cáncer con la muerte, generando un profundo miedo hacia esta y una intensa carga emocional.
- Se detecta comorbilidad psicológica frecuente (ansiedad, tristeza, insomnio), lo que incrementa el miedo a la muerte y deteriora el bienestar de los pacientes.
- Los participantes manifiestan una preocupación insuficiente del acompañamiento psicológico en la atención sanitaria, expresando la necesidad de espacios de escucha, validación emocional y grupos de apoyo.
- Se observan alteraciones significativas en el estilo de vida y la rutina diaria de los pacientes, como consecuencia del miedo a la muerte, aunque la manera de afrontarlo varía según sus recursos personales y red de apoyo.
- Algunos pacientes reportan una transformación positiva del miedo, generando estrategias de afrontamiento.
- Se detecta un desconocimiento generalizado sobre los cuidados paliativos y el apoyo emocional disponible, aunque, tras ser informados, los pacientes muestran un interés elevado en acceder a dichos recursos.
- El acompañamiento emocional de los seres queridos se posiciona como el principal soporte en este proceso, siendo esencial su participación para mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.
- Desde la enfermería, se destacan la necesidad de visibilizar, abordar y acompañar el miedo a la muerte desde un enfoque integral, humanizado y centrado en la persona, tal como propone la literatura reciente en cuidados oncológicos.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ¿Qué es el cáncer?. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>.
2. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA. Las cifras del cáncer en España 2023. Disponible en: https://www.seom.org/images/publicaciones/informes-seom-de-evaluacion-de-farmacos/LAS_CIFRAS_2024.pdf
3. AMERICAN CANCER SOCIETY : Disponible en : <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/931.00.pdf>
4. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(19\)30595-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(19)30595-9/fulltext)
5. Jimenez-Fonseca P, Calderón C, Hernández R, Ramón Y Cajal T, Mut M, Ramchandani A, et al. Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. Clin Transl Oncol. noviembre de 2018;20(11):1408-15.
6. Holden AEC, Ramirez AG, Gallion K. Depressive symptoms in Latina breast cancer survivors: a barrier to cancer screening. Health Psychol. 2014;33(3):242.
7. Wondimagegnehu A, Assefa M, Teferra S, Kantelhardt EJ, Zebrack B, Addissie A. A Qualitative Study on Psychosocial Challenges of Patients With Cancer in Ethiopia Using the Social-Ecological Model. Qual Health Res. julio de 2024;34(8-9):828-41.
8. Aaronson, N.K.; Ahmedzai, S.; Bergman, B.; Bullinger, M.; Cull, A.; Duez, N.J.; Filiberti, A.; Flechtner, H.; Fleishman, S.B.; de Haes, J.C. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J. Natl. Cancer Inst. 1993, 85, 365–376.
9. Calderon, C.; Lorenzo-Seva, U.; Ferrando, P.; Gómez-Sánchez, D.; Ferreira, E.; Ciria-Suárez, L.; Oporto-Alonso, M.; Fernández-Andújar, M.; Jiménez-Fonseca, P. Psychometric properties of Spanish version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale. Int. J. Clin. Health Psychol. 2020, 21, 100185. [CrossRef]
10. Rodríguez-González A, Velasco-Duránte V, Cruz-Castellanos P, Hernández R, Fernández-Montes A, Jiménez-Fonseca P, et al. Mental Adjustment, Functional Status, and Depression in Advanced Cancer Patients. Int J Environ Res Public Health. 9 de febrero de 2023;20(4):3015.
11. Templer DA. La construcción y validación de una escala de ansiedad ante la muerte. J Gen Psychol. 1970;82(2):165-77. doi:10.1080/00221309.1970.9920634.
12. Wilson EE, Starlet CT. Predictores de ansiedad ante la muerte entre pacientes con cáncer: un análisis psicológico. Indian J Health Well-being. 2012;3(2):123-8.
13. Bibi A, Khalid MA. Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan. Death Stud. 1 de diciembre de 2020;44(12):787-92.
14. Figueroa-Varela MR, Aguirre-Ojeda DP, Hernández-Pacheco RR. Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte

- en adultos mayores. *Psicumex*. 2021;11:e397. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=667872658010>
15. Correa C. 6. *Rev Psicooncología*. 2017;14(2):289-300.Dialnet
 16. Machado K. Afrontamiento frente a la enfermedad en pacientes oncológicos. *Rev Salud Pública*. 2007;9(1):9-18.Dialnet+13Dialnet+13Dialnet+13
 17. Fernández Sánchez B, Jorge Martín V, Sánchez Vázquez CM, Bejar Alonso E. Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*. 2016;13(2-3):347–57. doi:10.5209/PSIC.54432
 18. Giraldo-Montoya DI, Mesa-Marin A.. *Rev Cienc Cuid*. 2021;18(3):32–42. doi:10.22463/17949831.3024
 19. Pinoargote Roldán NM, Triviño Sabando JR. Importancia de los grupos de apoyo de salud en pacientes oncológicos. *Rev Cuid*. 2018;9(2):2021-2030.Dialnet+1Dialnet+1
 20. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gaceta Sanitaria*. marzo de 2009;23(2):158.e1-158.e28.
 21. Venegas ME, Alvarado OS, Barriga O. Validation of Collett-Lester's Fear of Death Scale in a sample of nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011 Sep-Oct;19(5):1171-80. English, Portuguese, Spanish. doi: 10.1590/s0104-11692011000500015. PMID: 22030582.

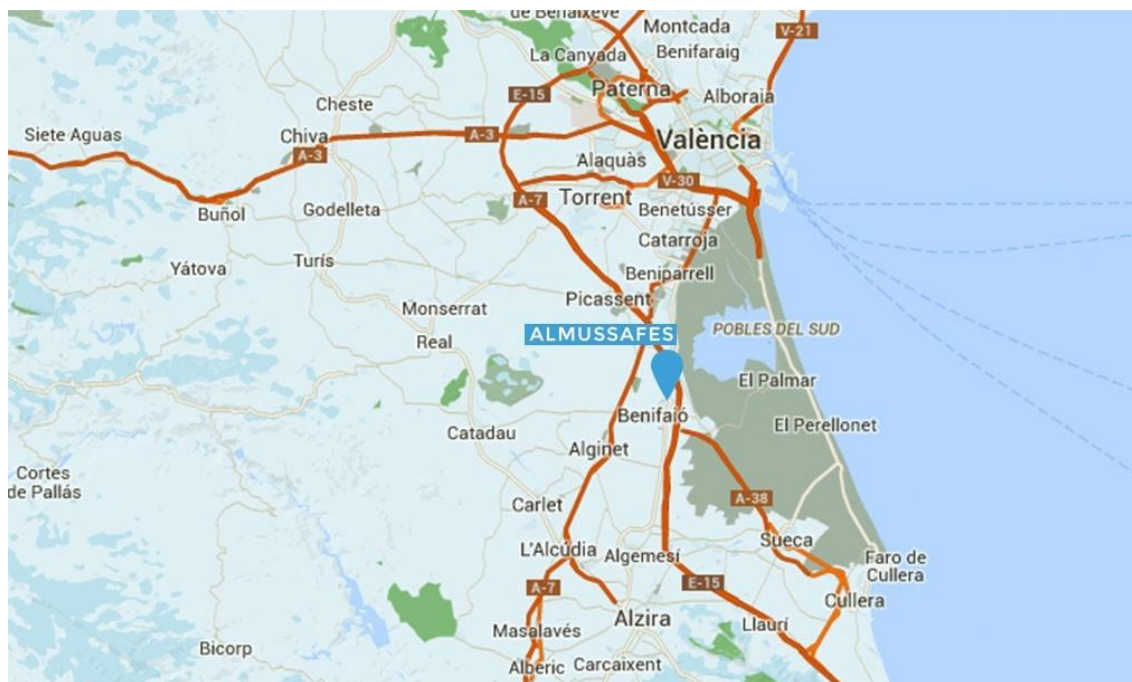
11. ANEXOS:

Anexo 1: Tabla Templer sobre el miedo a la muerte.

Tengo mucho miedo a morirme.	V	F
Casi no pienso en la muerte (r).	V	F
No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte (r).	V	F
Me asusta mucho pensar que tenga que hacerme una operación.	V	F
No tengo ningún miedo a morirme (r).	V	F
No tengo miedo a tener cáncer (r).	V	F
No me molesta en nada pensar en la muerte (r).	V	F
Casi siempre estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy rápido.	V	F
Me da miedo morir de una muerte dolorosa.	V	F
La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho.	V	F
En realidad, me asusta que me pueda dar un ataque al corazón.	V	F
Pienso a menudo que la vida es realmente muy corta.	V	F
Me asusto cuando oigo a la gente hablar de la Tercera Guerra Mundial.	V	F
Ver un cadáver me horroriza.	V	F
Pienso que el futuro no me guarda nada que temer (r).	V	F

Fuente: Repositorio Kerwa. [Documento sobre investigación u otro tema específico]. [Internet]. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica; [fecha de publicación desconocida] [citado 2024 nov 12]. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.C.A.cr/s/api/núcleo/bit/c16e679a--95e2-4e98-9160-ecea6ac/contenido>

Anexo 2. Mapa de Valencia.



Fuente: Página web de la localidad de Almussafes disponible en : <https://almussafes.net/conoce-almussafes/localitzacio/localizacion/>

Anexo 3: Imagen Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación que se va a realizar en la Universidad Europea de Valencia, en el cual se le invita a participar. Este documento tiene por objeto que usted reciba la información correcta y necesaria para evaluar si quiere o no participar.

¿Cuál es el motivo de este estudio?

El propósito es evaluar el miedo a la muerte en paciente oncológicos. Nos interesa comprender cómo afecta una patología oncológica a nivel psicológico.

¿Quién puede participar?

Cualquier persona que haya sufrido o este sufriendo este tipo de patología. El estudio se realizará en voluntarios adultos. El reclutamiento de los participantes será a través de solicitud de participación.

¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos derivados de mi participación?

Es posible que usted no obtenga ningún beneficio directo por participar en el estudio. No obstante, se prevé que la información que se obtenga pueda beneficiar en un futuro a otras personas y pueda contribuir a realizar un cambio de pensamientos a la hora de afrontar esta enfermedad. Al finalizar la investigación podrá ser informado, si lo desea, sobre los principales resultados y conclusiones generales del estudio. El estudio no supone ningún riesgo ya que los registros no incurrir en ninguna acción nociva ni perniciosa.

Resumen del estudio.

En este estudio se van a pasar a los participantes dos tipos de encuestas. Una de carácter cuantitativo, esta escala es la Collet-Lester que califica diferentes parámetros psicológicos del 1 al 5 siendo: 1 equivalente a nada y 5 equivalente a mucho. La segunda encuesta que pasaremos es una escala de carácter cualitativo donde pretendemos entender a la persona, se realizarán 10 preguntas donde usted como individuo podrá expresar en palabras como se siente o como se ha sentido en el proceso de padecer esta patología, esta segunda opción compromete la grabación verbal de la entrevista ya sea presencial o vía telefónica.

Participación voluntaria y retirada del estudio.

La participación en este estudio es de carácter voluntario, por lo que puede decidir no participar así como retirar su consentimiento en cualquier momento.

Calidad científica y requerimientos éticos del estudio.

Este estudio ha sido sometido al registro de la Comisión de la Investigación de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias, que vela por la calidad científica de los proyectos de investigación que se llevan a cabo en el centro.

Preguntas e investigadores del estudio:

Si tiene alguna duda sobre algún aspecto del estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no deje de preguntar a los miembros del equipo investigador:

ninaguillemcomes@gmail.com

maria.rosa.natividad@gmail.com

Firma de investigadores:

Firma del participante:

Fuente: Imagen elaborada por las autoras.