



UNIVERSIDAD
PRIVADA
DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y
RESENTIMIENTO EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS DE LA CIUDAD DE TRUJILLO”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología.

Autora:

Rosa Elvira Altamirano Soto

Asesor:

Dra. Janeth Molina Alvarado

Trujillo - Perú

2021

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado en primer lugar a Dios, quien con su amor infinito iluminó mi camino, me guio por la dirección correcta para concluir mi objetivo en mis estudios y todos los ámbitos de mi vida, así mismo permitió que su bondad y divinidad estén acompañándome siempre. Gracias Dios por la fortaleza y protección brindada durante todo este proceso, dichosa de ser parte de tu creación divina.

A mis padres Fermín y Asunciona, quienes me brindaron, brindan y seguirán brindando su amor, protección y gran soporte emocional en todas las etapas de mi vida.

A Geiner Fernández, quien me brindo su comprensión y palabras de soporte emocional en momentos de flaqueza y debilidad, así mismo por contribuir en la búsqueda de mi objetivo.

A Dr. Carlos Guzmán, quien compartió conmigo su experiencia de vida y recursos necesarios en el momento preciso y decisivo de mi vida, es una gran virtud haber contado con su apoyo y saber que siempre está presente en los momentos de debilidad.

A mis amigos y compañeros de estudio Zonali, Martin y Miki, a quienes agradezco su comprensión y apoyo incondicional en momentos decisivos de mi vida estudiantil, se convirtieron en fuente de soporte y ayuda, me enseñaron a cultivar una amistad desinteresada, comprensible y con miras a un futuro alcanzable y virtuoso.

Gracias a cada una de los docentes que contribuyeron en mi formación profesional, siendo ellos parte fundamental en mi objetivo académico.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de investigación ha sido posible concluirlo, gracias al compromiso y apoyo desinteresado de cada uno de los pacientes oncológicos, quienes estuvieron dispuestos a contribuir en el llenado de los instrumentos asignados, teniendo en consideración la complejidad en tiempo y contenido. Es indispensable mencionar la colaboración y disposición de tiempo de la Lic. Verónica Vargas, quien tuvo disposición al momento de contribuir al presente trabajo de investigación.

Por otro lado, es necesario hacer mención a la asesora de tesis Dra. Janeth Molina Alvarado, quien estuvo haciendo seguimiento y soporte permanente durante todo el proceso de elaboración del presente trabajo.

Es importante agradecer el apoyo desinteresado del Dr. Carlos Guzmán Gavidia, quién basado en su experiencia y conocimiento en investigación compartió información enriquecedora para la elaboración en este trabajo de investigación.

Es grato hacer mención y reconocimiento por su contribución, apoyo desmedido y soporte emocional, durante todo mi proceso de formación a los docentes: Ps. César Enrique Vásquez Olcese, Ysabel Moya Chávez, César Ruiz Alva, Irina Roldan, Gipsy Tacure Ortiz y Juan Manuel Santisteban Moscoso, que el señor los siga bendiciendo y proporcionando sabiduría y experiencia suficiente para seguir formando profesionales exitosos en esta virtuosa de la carrera de Psicología.

Gracias a cada uno de mis familiares y amigos, quienes aportaron experiencia y vivencias en distintas etapas de mi vida. Me siento bendecida de contar con su apoyo incondicional siempre.

Tablas de contenidos

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO.....	3
INDICE DE CONTENIDO.....	4
INDICE DE TABLAS	5
RESUMEN	6
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO II. MÉTODO.....	20
CAPÍTULO III. RESULTADOS	25
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS	35
ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relación entre ansiedad ante la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo.	24
Tabla 2: Relación entre la dimension el miedo a la agonía y el resentimiento en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo.	25
Tabla 3: Relación entre la dimesnion el miedo a que la vida llegue a su fin y el resentimiento en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo.....	26
Tabla 4: Relación entre la dimesnion el miedo a la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo	27
Tabla 5: Índices de homogeneidad y confiabilidad de la escala de ansiedad ante la muerte.	43
Tabla 6: Indices de homogeneidad y confiabilidad de la escala de resentimiento.	44
Tabla 7: Análisis descriptivo de la variable ansiedad ante la muerte en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo.....	45
Tabla 8: Análisis descriptivo de la variable ansiedad ante la muerte en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo.....	46

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la ansiedad ante la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo, bajo una investigación de tipo básica, y de diseño descriptivo correlacional, se estudió sobre una muestra de 150 pacientes oncológicos mayores de 40 años de edad, los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de ansiedad ante la muerte (DAS) Creado y validado por Templer (1970), y la Escala de resentimiento (ER): Creada por León et al. (1988). Los resultados que se obtuvieron entre ansiedad ante la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos, muestran que existen una relación negativa (-,584) de efecto mediano, con intervalo de confianza de 95%. Así mismo, en las dimensiones miedo a la agonía o enfermedad, miedo a que la vida llegue a su fin y miedo a la muerte existe una relación negativa, con efecto mediano, a excepción de la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin presenta efecto grande. Se concluye que a mayor sea el temor o miedo a morir, es menor el resentimiento, el odio, o el rencor que sienten los pacientes oncológicos en relación a si mismo o a su entorno.

Palabras clave: muerte, ansiedad, resentimiento, pacientes oncológicos.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Entre las enfermedades terminales el cáncer se posiciona en el primer lugar en la mortalidad, al generar un deterioro paulatino y finalmente importante en las funciones de la persona, lo cual hace que disminuya la capacidad no sólo física, sino también la estabilidad mental, ante el déficit en la funcionalidad y la adaptación (Villanueva, 2019), de esta manera, si bien la mayor importancia recae en la intervención médica-biológica, también resulta importante considerar los estados psicológicos, debido que la salud del paciente oncológico comprende una concepción bio-psico-social, al ser frecuente periodos emocionales desbordantes, caracterizados principalmente por cuadros ansiosos, desencadenados ante la posibilidad de la muerte (Vázquez et al., 2017; Bello et al., 2020).

De esta manera, el estado de ansiedad ante la muerte se atribuye a la magnitud de la problemática, donde se reporta alrededor de 10 millones de fallecimientos por diversos motivos oncológicos, entre los cuales, principalmente se registra casos por cáncer de mama, asimismo, cáncer pulmonar, de tipo colorrectal, de próstata, de piel y de afectación gástrica, escenario irrumpe en la salud física, y además provoca inestabilidad sobre el bienestar psicológico (Organización mundial de la salud [OMS], 3 de marzo, 2021).

Asimismo, en el Perú, se reportó 66627 casos de pacientes oncológicos, en promedio se observa 192 casos por cada 100 mil habitantes, lo cual representa un valor alarmante (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC], 2020).

De igual manera, a nivel local se registra un total de 2182 casos de cáncer, asimismo, de los casos de cánceres, en primer lugar se posiciona el de cuello uterino con un registro del 17.43%, seguido por el de mama con el 12.03%, a continuación se ubica el de estómago con el 9.67%, además el de piel, no melanoma con el 9.62%, asimismo el de glándula prostática con el 7.32%, para proseguir con los casos de Colon, Linfoma no Hodgkin, glándula tiroides, cavidad oral y faringe (Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, [IREN], 2020).

Indudablemente estas cifras desencadenan estados emocionales de temor, que en consecuencia predisponen al desarrollo de un nivel de ansiedad, así lo demuestra la evidencia internacional, la cual expone como el 95% de los pacientes oncológicos presentan estados ansiosos, atribuidos a la suposición de morir de manera pronta y dolorosa, lo cual se intensifica cuando el sujeto se centra en el problema, más no en las vías de solución (Silva et al., 2017), de esta manera, el estado ansioso se puede convertir en un cuadro psicológico mayor, cuando se asume como parte de un rasgo de la personalidad, que acorde a la evidencia, sucede en más del 50% de los pacientes con cáncer, lo cual dificulta la intervención, y merma la salud psicológica (Rubio y Yacelga, 2020).

Asimismo, en el Perú los hallazgos recientes demuestran cómo predomina el nivel medio de ansiedad frente a la muerte en el 74.1% de pacientes oncológicos, seguidamente, se observa la presencia de un nivel alto que es representado por el 14.8%, en esta línea, sólo el 11.1% lo ostenta en un nivel bajo, de esta manera, se observa una carencia de ajuste mental ante la enfermedad oncológica, que puede desencadenar un estado emocional negativo, como el resentimiento (Chapilliquén y Carbajal, 2021).

De igual forma, a nivel local un ultimado estudio demostró cómo el 74.1% de los pacientes oncológicos presentan un nivel moderado de ansiedad ante la posibilidad de morir por causas del cáncer, seguidamente, predomina un nivel elevado para dicho estado psicológico, lo cual demuestra que los pacientes no presentan un nivel oportuno de ajuste mental, el cual permite favorecer al proceso de regulación ansiosa (Requejo y Sánchez, 2019).

De esta manera, la presencia del estado o rasgo ansioso frente al probable escenario de morir, desencadena estados de inestabilidad afectiva, los cuales, dificultan el proceso de salud, tal es el caso del resentimiento, como emoción que caracteriza pensamientos de interrogación hacia uno mismo y también sobre el medio social, en relación al porqué se experimenta la enfermedad oncológica, en tal sentido, se hace frecuente manifestaciones de rencor y/o enfado incluso sobre el propio yo, como un supuesto mecanismo de respuesta y comprensión de la enfermedad, sin embargo, genera un mayor deterioro psicológico (Puerto et al., 2017).

Al respecto de lo mencionado, son escasos los antecedentes, entre estos a nivel internacional se encontró a Tinitana (2016), en la investigación de diseño correlacional que realizó tuvo como objetivo establecer la relación entre los rasgos de la personalidad con la ansiedad ante la muerte en una muestra 60 pacientes jóvenes con cáncer, de los cuales 34 fueron varones y 26 mujeres, con edades entre los 15 a 18 años pertenecientes a la ciudad de Quito, Ecuador. Las variables se midieron utilizando el cuestionario de personalidad SEAPSI y la escala de ansiedad a la muerte de Collett-Lester. Los hallazgos ponen de manifiesto que la ansiedad a la muerte se relaciona positivamente de efecto pequeño con el estilo inestable ($r=.14$) y disocial ($r=.18$) y negativamente con el estilo anancastica ($r=-.18$).

Como conclusión la ansiedad ante la muerte se relaciona directamente con la inestabilidad conductual de los sujetos que suelen presentar este atributo de manera continua.

Según refiere Guerrero et al. (2016), en su estudio de diseño correlacional relacionó las variables resignación y ansiedad en una muestra compuesta por 140 pacientes con cáncer en tratamiento, de los cuales 62 hombres y 78 mujeres con edades de 18 a 60 años, quienes asisten a un centro de salud del Estado Lara de Venezuela. Las variables se cuantificaron por medio de la escala de autotranscendencia de Reed, la escala de ansiedad manifiesta y la escala de depresión de Zung. Los hallazgos muestran que la depresión se relaciona positiva y significativamente con la ansiedad ($r=.519^{**}$) y con las dimensiones inquietud e hipersensibilidad ($r=.480^*$), ansiedad fisiológica ($r=.474^{**}$) y preocupaciones sociales y estrés ($r=.425^{**}$); además, se presenta que la trascendencia se relaciona negativa y significativamente con la depresión ($r=-.439^{**}$) y con la dimensión resignación sobre aspectos sociales ($r=-.235^{**}$). Se concluye que una disposición ansiosa se relaciona directamente con estados de depresión arraigados a una profunda tristeza ante la enfermedad, sin embargo, la conducta suele ser de resignación.

Así mismo manifiesta, Cisterna et al. (2016), relacionó el afrontamiento religioso con los síntomas ansioso depresivo, en un estudio de diseño correlacional en una muestra conformada por 96 pacientes con diagnóstico de cáncer del Hospital Valdivia, Chile. Las variables fueron medidas por medio de la escala RCOPE breve y la escala de ansiedad, depresión y estrés (DASS-21). Los hallazgos muestran que el afrontamiento religioso positivo se relaciona de efecto pequeño con la depresión ($r=-.143$, $p>.05$) y ansiedad ($r=-.119$, $p>.05$), en tanto, el afrontamiento religioso negativo se relaciona positiva y significativamente con la depresión ($r=.283^{**}$) y ansiedad ($r=.257^*$). Los hallazgos encontrados refieren que mientras exista una mayor presencia de mecanismos de

afrontamiento de índole espiritual, más probable es la regulación de la ansiedad en pacientes con cáncer, de tal manera que se favorece al proceso de salud en la última etapa vital.

De esta forma, también a nivel nacional, Espinoza et al. (2017), en su investigación de diseño correlacional relacionaron la ansiedad con la depresión en una muestra compuesta por 52 pacientes con cáncer del servicio de oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú. Las variables se midieron por medio del inventario de ansiedad y el inventario de depresión de Beck. Los hallazgos muestran que las variables se relacionan positiva y significativamente ($Z=3.73^{**}$), indicando de tal modo que, los pacientes con altos niveles de ansiedad suelen mostrar a la vez altos niveles de depresión. Se concluye que ante una mayor ansiedad frente a la posibilidad de desarrollar una enfermedad oncológica terminal, es más probable el desarrollo de patrones emocionales depresivos, los cuales enmarcan estadios de profunda tristeza.

En tanto a nivel local, Requejo y Sánchez (2021), en su investigación de diseño correlacional relacionaron el ajuste mental con la ansiedad en una muestra compuesta de 50 pacientes de ambos sexos con cáncer terminal del centro Cuidados Paliativos de Trujillo. Las variables se midieron por medio de la escala de ajuste mental al Cáncer y la escala de ansiedad ante la muerte. Los hallazgos muestran que la ansiedad ante la muerte se relaciona negativa y significativamente con el ajuste mental ($r=-.771^{**}$), y con las dimensiones espíritu de lucha ($r=-.705^{**}$), desesperanza/ esperanza ($r=-.518^{**}$), preocupación ansiosa ($r=-.789^{**}$) y fatalismo ($r=-.674^{**}$); además, se muestra que el ajuste mental también se relaciona negativamente en ausencia de significancia estadística con miedo a la agonía ($r=-.269$, $p>.05$), miedo a que llegue la vida a su fin ($r=-.373$, $p>.05$) y miedo a la muerte ($r=-.322$, $p>.05$). Se concluye que, ante una mayor ansiedad por morir, disminuye el ajuste mental, como un escenario normativo ante un acontecimiento trascendental como es el

cáncer, siendo disfuncional cuando este se perpetra a lo largo del tiempo y el paciente no logra controlar el estado ansioso.

En consecuencia, es importante revisar diversas conceptualizaciones, características y modelos teóricos de la ansiedad ante la muerte y el resentimiento, para comprender y tener mayor sustento teórico, con respecto a la definición de ansiedad, según refiere Templer (1970), como el estado de profundo temor ante el escenario de morir, como un acontecimiento altamente probable, lo cual hace que se desencadene de manera continua manifestaciones de miedo en relación a cuándo y cómo ocurrirá la muerte. De manera más reciente, otro concepto añade como la ansiedad ante la muerte es un estado cognitivo de vinculación emocional caracterizado por la impaciencia del cómo será la forma de morir, lo cual genera un miedo ante el desconcierto del nivel de sufrimiento o agonía a experimentar antes de que suceda la muerte (Tomás-Sabado, 2020).

Otra definición de la ansiedad asume que la ansiedad ante la muerte es un estado de temor frente a qué sucederá cuando suceda el acto de morir, de esta manera se relaciona con la incertidumbre importante de que pasará tanto en el medio socio-familiar donde se desarrolló el sujeto, como el temor sobre a donde se dirigirá después de fallecer, es entonces que frente a este escenario el sujeto busca aferrarse a la vida (Abreu et al., 2019).

Consecuentemente, la ansiedad ante la muerte es un rasgo psicológico que encamina a la inestabilidad conductual, debido al temor que se genera ante el suceso inesperado de perder la vida, ello arraigado a cogniciones relacionadas a la vulnerabilidad, asimismo ante la percepción de no haber logrado lo esperado o vivido lo deseado, ello encamina a estancar el desarrollo del individuo en su medio natural, al estancarse en los pensamientos disfuncionales, y ensimismarse en conductas de evitación (Zhang et al., 2019).

En tanto, en lo que respecta a las dimensiones, según refiere Templer (1970), esta conforma por tres ejes, el primero es miedo a la agonía o enfermedad, en este apartado se describe el temor ante el nivel de sufrimiento a experimentar ante el suceso de la muerte, por tanto, valora el miedo ante la intensidad de la agonía y el tiempo que tendrá que experimentarlo antes de finalmente fallecer, en segundo lugar, se encuentra el miedo a que la vida llegue a su fin, se define como el temor ante el impacto de perder la vida, en un escenario donde no se conoce que sucede después de la vida y se genera un notable miedo, debido que desde la perspectiva individual aún no es momento de morir, como tercera dimensión se considera al miedo a la muerte, que representa el temor anticipado ante la muerte inesperada, sin haber experimentado todas las vivencias deseadas, en relación al grado de disfrute hacia la vida y a todo aquello que el propio sujeto construye para disfrutarlo a futuro, por tanto, demuestra que aún no se está preparado para experimentar dicho acontecimiento.

En este sentido la característica principal de la ansiedad ante la muerte es el miedo, el cual se atribuye al supuesto de agonía que se padecerá durante el proceso de morir, de tal manera que el sujeto manifiesta un temor profundo ante la posibilidad de vivenciar un escenario donde se sufra profundamente malestar, en un dolor profuso y agónico, lo cual genera un gran miedo a que ello suceda, por otro lado, también se posiciona el miedo a que la vida termine sin haber logrado lo planteado, es decir no haber disfrutado lo suficiente o experimentado lo deseado, lo cual también es fuente de temor (Taghiabadi et al., 2017)

Asimismo, el modelo que subyace a la variable ansiedad ante la muerte corresponde a la teoría racional, expuesta por Ellis (1958), refiere que la inestabilidad, así como los estados deficitarios de la psicología humana, se atribuyen a un procesamiento cognitivo disfuncional, en cuando a las experiencias y a la información que el sujeto recibe del medio, la cual no es

gestionada de manera racional, de tal manera, provoca estados importantes de ansiedad, asimismo estrés o un cuadro caracterizado por la depresión, los cuales, son la consecuencia del proceso cognitivo así como de los pensamientos de corte irracional, que por lo general son extremadamente catastróficos e irreales, por tanto, promueven una labilidad o excitabilidad emocional, y provoca finalmente conductas atípicas en el ser humano, las mismas que frecuentemente impiden el funcionamiento en correspondencia al medio y los desafíos que este puede presentar.

Desde esta vertiente el estado emocional, como el patrón ansioso, debe tener un abordaje que considere la valoración desde la perspectiva cognitiva, en relación a construir un proceso racional para la comprensión y el tratamiento de la información, en este sentido, más que la propia experiencia de presión, la ejecución del procesamiento que de la información y de los estímulos externos, es el determinante para propiciar estados de emotividad desfavorable para el proceso de ajuste socio-cultural (Villanueva, 2020).

Otro de los enfoques que también favorecen a la comprensión del cuadro ansioso, corresponde al modelo cognitivo-conductual, el cual establece un proceso donde el sujeto se posiciona en un escenario de aparente presión o riesgo contextual, el cual desencadena pensamientos disfuncionales, al no ser coherentes con la realidad y caracterizarse por la generalización catastrófica, por tanto, encamina paulatinamente a una conducta desadaptativa, en consecuencia de un estado emocional deficitario, de esta manera, el modelo en mención permite la apertura de una mayor comprensión de como sucede el desenlace de la ansiedad, afirmando que se atribuye a la percepción y atribución cognitiva que se le otorga a una determinada realidad, dándole un determinado significado, el mismo que tendrá impacto emocional y posteriormente conductual, pudiendo ser positivo o

negativo, según la disposición cognitiva del sujeto, por tanto el determinante subyace en el pensamiento, más que en la situación, la emoción o la conducta (García et al., 2017).

Como segunda variable, el resentimiento, se define como estado afectivo de profundo rencor caracterizado principalmente por el enojo, ante un escenario donde el sujeto considera haber sido vulnerado de manera arbitraria y por ende injusta, sea por un acontecimiento aleatorio que paradójicamente le toco experimentar de manera desafortunada o frente a sucesos provenientes del propio medio social, los cuales no logro prever a tiempo, en cualquiera de los casos, de manera precedente no se percibe que fueran acontecimientos a experimentar de manera personal (León et al. 1988).

Otra definición apunta a delimitar al resentimiento como una actitud que demuestra un nivel notable de insatisfacción sobre la situación y/o enfermedad presente en la persona, como el acontecimiento que desencadena el continuo rencor, el cual puede ir en aumento, ello, por ser percibido como un suceso injusto, en un escenario donde esta atribución se realiza cuando se compara la situación personal con la experiencia de los demás (Arenas et al., 2017).

En lo particular el resentimiento en pacientes con cáncer es un atributo que se caracteriza por un rencor hacía el medio, más que sobre a una persona, se ejerce sobre el universo, al considerar que es injusta la situación que se está experimentando, la misma que es atribuida a un suceso desafortunado que específicamente se tuvo que vivenciar, por lo cual un patrón de rencor se hace presente, el mismo que al ser continuo también puede incrementar el desarrollo de la enfermedad, y por ende dificultar el proceso de salud (Dashtipour et al., 2018)

Asimismo, el resentimiento también es el estado de odio, que puede estar dirigido hacia el yo, cuando los acontecimientos que se realizó fueron injustos, por lo cual desencadena un auto-arrepentimiento y en consecuencia un auto-rencor, o también puede estar dirigido hacia los demás, cuando el medio social es el causante de la situación aversiva, o frente al proceso de comparación donde los otros no experimentan las mismas circunstancias personales, por tanto, la vivencia es inequitativa (Baños, 2017).

En tanto, el modelo que sustenta al resentimiento comprende la teoría cognitiva, planteada por Beck (1970), acorde a este enfoque psicológico la estabilidad del sujeto a nivel emocional y en relación a la conducta explícita es atribuida directamente a la cognición de orden funcional, por tanto, esquemas cognitivos caracterizados por ser irracionales encaminan a una emoción de importante inestabilidad, orientada a la labilidad afectiva o a la sobre excitación emotiva, en cualquiera de los casos el sujeto queda propenso a conductas socialmente no deseables, y consecuentemente obstaculiza el propio desarrollo, a pesar de ello, la persona mantiene esquemas cognitivos ilógicos, debido que no conocer otras formas de procesar la información de manera coherente y bajo los esquemas de funcionalidad comportamental que tipifica la sociedad.

Según el enfoque cognitivo, la conducta no funcional parte de la interpretación de la experiencia, de esta manera, sucede inicialmente una situación o experiencia, la cual puede haber sido prevista o también ocurrida de una forma aleatoria, en cualquier circunstancia, la persona percibe el escenario como desbordante y de manera descontrolada, por tanto se implantan esquemas de pensamiento que son incoherentes, debido al nivel de irracionalidad que presentan, por lo general orientada a la maximización del catástrofe, por tanto la conducta resultante suele ser de evitación o de una forma inapropiada a la normativa que establece el colectivo para la interacción, en este orden de ideas se debe modificar el patrón

cognitivo, más que cambiar la situación, debido que esta última esta fuera del control del sujeto, por ser en una experiencia aleatoria e inesperada, mientras que la cognición es regulada por los procesos psicológicos del sujeto, al mantener una gestión oportuna se logra que el sujeto manifieste emociones estables, y por ende no ocurra una disrupción del comportamiento, así, se encaminada a la adaptación (Quirama, 2020; Froxán-Parga et al., 2018).

Otro de los enfoques desde la perspectiva tradicional, es la teoría del temperamento, la cual señala que el sujeto establece una determinada disposición comportamental a partir de la carga genética, lo cual hace que las manifestaciones sean innatas, en esta perspectiva el resentimiento como emoción negativa puede comprenderse como un perfil temperamental disfuncional heredado, que no pudo modificarse mediante el carácter, y por el contrario este último contribuyo a su consolidación, en esta contextualización se refuerza la influencia que logra tener la base biológica, la cual impactaría sobre la conformación de la emoción y la conducta humana, al ser hereditaria, sin embargo a través de los años se pudo afirmar que el carácter es de mayor influencia, al ser el eje que se construye mediante la propia experiencia con el contexto, sin embargo el temperamento aún comprende una teoría referencial (Papalia et al., 2017).

En tanto la tesis se justifica a nivel metodológico por generar un antecedente dentro de variables no estudiadas dentro de la población oncológica, por lo cual supone un referente base para posteriores estudios dentro de variables similares, asimismo tiene implicancias prácticas, al generar hallazgos que favorecen a una mejor toma de decisiones dentro de los aspectos de la práctica psicológica, y por ultimo cuenta con relevancia social debido que logra incentivar y promover actividades a favor de la salud psicológica del grupo estudiantil.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la ansiedad ante la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la ansiedad ante la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación entre la agonía o enfermedad de la ansiedad ante la muerte con el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo.
- Establecer la relación entre el miedo a que la vida llegue a su fin de la ansiedad ante la muerte con el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo.
- Establecer la relación entre el miedo a la muerte de la ansiedad ante la muerte con el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo.

1.4. Hipótesis

1.4.1. H I: Hipótesis general

Existe relación entre la ansiedad ante la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo.

1.4.2. Hipótesis específicas

- **H₁**: Existe relación entre la agonía o enfermedad y el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo.

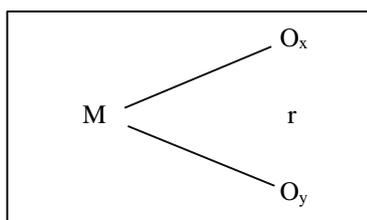
- **H₂**: Existe relación entre el miedo a que la vida llegue a su fin y el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo.
- **H₃**: Existe relación entre el miedo a la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo.

CAPÍTULO II. MÉTODO

2.1. Tipo de investigación

Según la finalidad la investigación es de tipo básica, al perseguir ampliar la comprensión sobre el conocimiento de un fenómeno mediante el método científico (Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e innovación tecnológica [CONCYTEC], 2018), asimismo, según su naturaleza es cuantitativa, al proceder con una recogida de información de tipo numérica, y al utilizar un análisis estadístico para el tratado de los datos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), seguidamente, según su dimensionalidad es de corte transversal, debido que el análisis de la información se realiza en un solo periodo, por tanto la recolección también se ejecuta en un solo momento (Sánchez et al., 2018).

En lo concerniente al diseño, es no experimental correlacional, por tanto, el proceso de la investigación no manipula, controla o realiza acciones sobre la variable, más si recoge información dentro del ambiente neutral donde se presenta las variables, para luego identificar qué tipo de relación presentan o si no tiene relación (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).



Donde:

M: Muestra

O: Ansiedad ante la muerte

O: Resentimiento

r: Relación

2.2. Población y muestra

La población es de tipo infinita, debido que se desconoce el número total de pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo, por no existir un registro tangible del total de casos diagnosticados de cáncer, es de acuerdo al uso de la demanda de los usuarios.

El método del muestreo fue no probabilístico intencional, de esta manera la selección de la muestra se realiza a partir de criterios establecidos de manera premeditada para dar cumplimiento al estudio, por tanto, la selección no es aleatoria, sino con un propósito que delimita el investigador (Otzen y Manterola, 2017). quedando conformado la muestra por 150 usuarios diagnosticados con cáncer, entre varones 33 y mujeres 117.

➤ Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cáncer hombres y mujeres que asistan al centro de atención oncológico de Trujillo.
- Pacientes oncológicos mayores de 40 años de edad.
- Pacientes oncológicos de estadios III y IV, los cuales conocen su diagnóstico y progreso de enfermedad.

➤ Criterios de exclusión

- Pacientes oncológicos que no desean participar del proceso de investigación.
- Pacientes oncológicos que reciben o recibieron asistencia psicológica que les ayudó a aceptar la enfermedad.
- Pacientes que no puedan responder al cuestionario por encontrarse en la etapa final de cáncer.
- Pacientes que decidan retirarse durante la aplicación del test.
- Pacientes que no hablen el idioma español.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

2.3.1 Encuesta:

Es la técnica que se utilizará, la cual hace uso de un test o instrumentos, los cuales representan a la variable o variables, mediante preguntas abiertas/cerradas, o afirmaciones con alternativas, como herramientas que están validadas y que son aplicadas por un evaluador, el mismo que debe contar con las competencias para manejar la recolección de toda información que requiere la investigación (Ther, 2017).

2.3.2 Instrumentos de recolección de datos:

V1 Cuestionario de ansiedad ante la muerte (DAS): Creado y validado por Templer (1970), de origen estadounidense, con el objetivo de medir la ansiedad, basado en la teoría cognitiva, de aplicación en el área clínica, de aplicación individual o grupal, su calificación es de manera directa a través de la puntuación, su estructura se distribuye en 15 reactivos los cuales conforman un total de 3 dimensiones (miedo a la agonía/enfermedad con los ítems 4, 6, 7, 9 y 11, miedo a que la vida llegue a su fin con los ítems 2, 8, 10, 12, 13, 14 y 15, miedo a la muerte, con los ítems 1, 3, y 5). La validez del test fue por la técnica del análisis factorial exploratorio, la cual demostró la estructura interna de 3 dimensiones que obtienen una varianza acumulada $>50\%$, asimismo en la revisión de los ítems se aprecia saturaciones $>.30$ y comunales también $>.30$, en tanto la confiabilidad de las puntuaciones se demostró por la consistencia interna, el reporte del alfa indica para el puntaje total del cuestionario un índice $>.70$.

La adaptación asumida para el estudio corresponde a la investigación de Bravo y León (2019), quienes estudiaron las evidencias del test en una muestra de 253 sujetos entre

los 18 a 68 años, en la validez por el análisis factorial confirmatorio alcanza índices $RMSEA=.052$, $CFI=.96$, $TLI=.93$, con pesos factoriales que en su totalidad son $>.30$ en cada ítem lo cual demuestra la estructura de 3 dimensiones, en tanto la confiabilidad por omega demuestra una consistencia interna con valores $>.70$.

V2 Escala de resentimiento (ER): Creada por León et al. (1988), de origen estadounidense, con el objetivo de medir el resentimiento, basado en la teoría cognitiva, de aplicación en el área clínica, de aplicación individual o grupal, su calificación es de manera directa a través de la puntuación, cuenta con 28 reactivos, de los cuales 19 ítems evalúan el resentimiento 1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 27, y 28; mientras que los 9 reactivos restantes valoran la veracidad, los ítems 2, 6, 9, 13, 14, 17, 20, 23, 26, en una estructura unidimensional, la validez del test fue por la técnica del AFE, la cual demostró la estructura interna unidimensional que obtienen una varianza acumulada $>50\%$, asimismo en la revisión de los ítems se aprecia saturaciones $>.30$ y comunalidades también $>.30$, en tanto la confiabilidad de las puntuaciones se demostró por la consistencia interna, el reporte de un índice alfa $>.70$ para el puntaje total.

La validación utilizada responde al estudio de Matos (2019), realizada en una muestra de 585 sujetos de diversas edades, para la validez se usó el AFC, que logra demostrar un $CFI=.9$, $TLI=.92$, $RMSEA=.029$, y un $SRMR=.074$, con cargas factoriales de $.60$ a $.66$, junto a ello la fiabilidad quedó demostrada por el uso del coeficiente omega, el cual demuestra puntajes de consistencia interna $>.70$.

El análisis de datos se ejecutó en el programa SPSS versión 25, para lo cual se reportó los estadísticos de tipo descriptivos, representados por las frecuencias y porcentajes, distribuidas en 3 niveles, alto, medio, y bajo, seguidamente en la estadística inferencial se

presentó la prueba de kolmogorov smirnov para la normalidad, así utilizar un coeficiente de correlación, r de Pearson. Debido a la distribución de datos (Díaz, et al., 2014).

2.4 Procedimiento

La investigación se inició con la identificación de la problemática dentro de la población de interés a continuación, se realizó la selección de los instrumentos que permitan estudiar este escenario, posterior a ello se elaboró el proyecto de investigación encaminado a un diseño correlacional, seguidamente se realizó las coordinaciones con la institución de salud oncológica de Trujillo, para contar con el consentimiento que permita una recolección de datos ética, posteriormente, a cada participante se le explico los propósitos de la investigación, así como el beneficio que acarreará a su culminación, además de los lineamientos de confidencialidad y libre participación, posterior a ello, se aplicó los instrumento para la recogida de datos, en un proceso que comprende una continua supervisión en las respuestas para resolver cualquier inquietud, al culminar la aplicación individual se vaciaron los datos al programa Excel 2016, y se exportaron al IBM SPSS 25 donde se ejecutó el análisis de la información, para generar la discusión de los datos, así concluir con los puntos más relevantes y las recomendaciones.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Tabla 1

Relación entre ansiedad ante la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo

Variable		r	IC 95%	
			LI	LS
Ansiedad ante la muerte	Resentimiento	-,584	-.678	-.473

Nota: r=índice de correlación Pearson; IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior

En la tabla 1, se aprecia que la variable ansiedad ante la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos, existe una relación negativa (-,584) de efecto mediano, con intervalo de confianza de 95%.

Tabla 2

*Relación entre la dimensión el miedo a la agonía o enfermedad y el resentimiento en
pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo*

Variable		r	IC 95%	
			LI	LS
Miedo a la agonía/enfermedad	Resentimiento	-,462	-.585	-.326

Nota: r=índice de correlación Pearson; IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior;
LS=límite superior

En la tabla 2, se muestra que en la dimensión miedo a la agonía o enfermedad y el resentimiento, alcanza una relación negativa (-,462), de efecto mediano, con un intervalo de confianza 95%.

Tabla 3

Relación entre la dimensión el miedo a que la vida llegue a su fin y el resentimiento en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo

Variable		r	IC 95%	
			LI	LS
Miedo a que la vida llegue a su fin	Resentimiento	-,586	-.668	-.492

Nota: r=índice de correlación Pearson ; IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior

En la tabla 3, se aprecia que en la dimensión el miedo a que la vida llegue a su fin y el resentimiento alcanza una relación negativa (-,586), de efecto grande, con un intervalo de confianza de 95%.

Tabla 4

Relación entre la dimensión el miedo a la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo

Variable		r	IC 95%	
			LI	LS
Miedo a la muerte	Resentimiento	-,493	-.605	-.367

Nota: r=índice de correlación de Pearson ; IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior

En la tabla 4, se aprecia que la dimensión el miedo a la muerte y el resentimiento, alcanza una relación negativa (-,493), de efecto mediano, con sus respectivos intervalos de confianza, LI (-,605) y LS (-,367)

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión

La investigación planteó como objetivo general, determinar la relación entre la ansiedad ante la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo, como eje principal del estudio, los hallazgos encontrados indican la presencia de una relación $r=-.58$, lo cual también coincide con los resultados encontrados por Guerrero et al. (2016), quien refirió que, ante una mayor presencia de ansiedad en personas con alguna enfermedad, menor es el desarrollo de una conducta de oposición, acorde a una relación significativa ($p<.05$), por tanto, se asume un nivel de resignación, el cual conlleva a emociones de estabilidad, a favor de una experiencia vital confortable durante el periodo de existencia; al respecto, en el estudio de Cisterna et al. (2016), concluye que ante estrategias de corte religioso en los pacientes de cáncer, la ansiedad ante el escenario de morir a pesar de ser una caracterización emocional presente, no desencadena cuadros emocionales negativos de manera grave ($p<.05$), debido que se cuenta con recursos para su afrontamiento, lo cual permite entender la relación negativa entre la ansiedad y el resentimiento, debido que los sujetos contarían con recursos favorables para su afrontamiento. Lo obtenido y afirmado por los antecedentes permite confirmar desde las perspectiva del análisis psicológico, cómo frente a la presencia de un profundo temor ante el escenario de morir, en relación a cuándo y cómo ocurrirá este suceso de infortunio, pero normativo dentro del ciclo vital y por lo cual es un acontecimiento inevitable (Templer, 1970), menor es la presencia de un estado afectivo de profundo rencor hacia los demás, caracterizado principalmente por el enojo, ante un escenario donde el sujeto considera haber sido vulnerado de manera arbitraria y por ende

injusta, debido que no merece lo que está viviendo (León et al. 1988), ello como resultado a un escenario de confrontación y asimilación de la situación.

Así también, desde el análisis teórico-empírico, ante el escenario de una inminente muerte, por lo general el ser humano desea no dejar circunstancias emocionales inconclusas, como representa el resentimiento sobre los demás, por tanto, ante el temor de fallecer dentro de un determinado periodo ya identificado, la persona genera una conducta orientada a cerrar círculos emocionales con los demás y a despedirse de aquellas personas cercanas al entorno socio-familiar, de esta manera, el resentimiento se hace poco probable (Bello et al., 2020; Baños, 2017).

A continuación, como primer objetivo específico, se identificó la relación entre la dimensión agonía o enfermedad de la ansiedad ante la muerte con el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo, los hallazgos demuestran una relación negativa de $r=-.46^{**}$ con presencia de significancia a nivel estadístico, al respecto, algunos antecedentes coinciden con estos resultados, tal es el caso de Requejo y Sánchez (2021), quienes obtuvieron que, si bien un nivel elevado de ansiedad encamina a una disminución en el ajuste mental, se debe considerar como un periodo común en personas con una enfermedad oncológica detectada, debido que se genera el desequilibrio mental, pero ello no representa el desarrollo de una expresión de resentimiento debido al interés por cerrar círculos emocionales con los demás, más sí puede disponer otros estados emocionales de impacto para el paciente, como es la depresión, lo cual se reafirma en la investigación de Espinoza et al. (2017), al resaltar que prolongados estados ansioso pueden desencadenar un cuadro depresivo, caracterizado por una profunda tristeza.

De esta manera los resultados y antecedentes permiten generar como interpretación desde la vertiente psicológica cómo ante una mayor temor ante el nivel de sufrimiento a experimentar ante del suceso de la muerte, donde se valora la intensidad y el tiempo de la experiencia dolorosa antes de fallecer como escenario posible (Templer, 1970), menor será el estado de resentimiento hacia los demás, debido a considerar el acontecimiento como injusto, siendo entonces una manifestación que caracteriza un grado de enojo y en general contrariedad por la propia experiencia vital (León et al. 1988).

De esta manera, los resultados se explican a partir de la concepción del miedo a la agonía, al conllevar pensamientos cognitivos orientados a la búsqueda de alternativas conductuales, para hacer menos doloroso el posible escenario de muerte, el sujeto por lo general no genera emociones negativas hacia los demás, debido que ello limitaría la cohesión con el grupo, al contrario, busca un soporte afectivo, como aspecto que provenga del medio cercano, debido a la posibilidad de morir, ya que la expresión emocional negativa sobre los demás ocurre con mayor frecuencia ante una personalidad disfuncional, mientras que en sujetos orientados a evitar la situación dolorosa buscan sostén en el medio, por lo cual el resentimiento hacia los demás sería menor (Quirama, 2020).

Seguidamente, se estableció la relación entre la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin de la ansiedad ante la muerte con el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo, la evidencia estadística apunta a una relación negativa ($r=-.58^{**}$) y significativa, de forma semejante el estudio ejecutado por Guerrero et al. (2016), reportó que un estado de temor frente a la probabilidad de que la vida llegue a su fin debido a una enfermedad oncológica, puede conllevar a largo plazo a estados de resignación, debido que el sujeto cuando considera que a raíz de una disposición médica es probable que muera de

manera súbita, conlleva a procesos primeramente ansiosos, como estados normativos, atribuidos al miedo, posteriormente y manera paulatina se resigna, haciendo menos probable emociones negativas, idea que es reforzada por Gambeta (2019), al referir que la presencia de recursos de afrontamiento en pacientes con cáncer, permite una regulación del afecto, y por tanto una mayor disposición hacia el tratamiento oncológico, el cual se orienta a mejorar la salud y/o calidad de vida.

Es entonces que ante los resultados, se debe resaltar como frente a un mayor temor ante el impacto de perder la vida de manera súbita, en un escenario donde no se conoce que sucede después de la vida, y que desde la perspectiva individual aún no es momento de morir, como escenario común frente a enfermedades terminales (Templer, 1970), menor es el resentimiento sobre los demás, es decir, en menos probable el estado de profundo enojo hacia el entorno cercano, lo cual se genera cuando se considera que el contexto tiene responsabilidad sobre la experiencia y/o estado actual (León et al. 1988).

Al respecto, se debe resaltar, que indudablemente el resentimiento comprende un estado de odio debido a la experiencia personal, como afecto que se manifiesta sobre un ambiente, al considerar injusto la experiencia personal (Baños, 2017), sin embargo, se debe considerar que en pacientes con cáncer que son diagnosticados dentro de un centro oncológico esta situación es menos probable, porque representa una enfermedad que no es contagiosa, y por el contrario requiere del soporte del medio, por ello, es poco frecuente el desarrollo del resentimiento, el cual engloba principalmente cogniciones, que se traducen en emociones y finalmente comportamientos de odio (Beck, 1970), por ende el paciente oncológico busca soporte dentro de la familia.

Como último objetivo, se estableció la relación entre la dimensión el miedo a la muerte de la ansiedad ante la muerte con el resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo, de lo cual se halló una relación negativa ($r=-.49$), estos resultados permiten relacionarse con algunos antecedentes, como Cisterna et al. (2016), quienes manifiestan que la estrategia religiosa permiten que los sujetos con cáncer puedan manejar de manera más funcional la situación, lo cual hace que emociones negativas se regulen, entre estas, la ansiedad, la depresión, y el resentimiento, siendo que para la investigación Espinoza et al. (2017), los cuadros ansioso y depresivo se relacionan de manera frecuente en pacientes oncológicos, como un escenario emocional propio del proceso de salud-enfermedad que se experimenta.

Lo descrito permite comprender desde el análisis psicológico, que la presencia del temor anticipado ante la muerte inesperada, sin haber experimentado todas las vivencias deseadas, en relación al grado de disfrute hacia la vida y a todo aquello que el propio sujeto construye para disfrutarlo a futuro (Templer, 1970), hace menos probable que el sujeto desencadene un estado de rencor profundo sobre los demás, debido que este perfil conlleva a la expresión de odio, al considerar injusta la propia experiencia vital (Arenas et al., 2017), mientras que en pacientes oncológico ello no es una realidad, debido que al tener miedo a la muerte buscan en la mayor el disfrute con el entorno.

Ahora bien, desde la teoría cognitiva, el presentar un miedo a la muerte, conlleva a que el sujeto busque disfrutar de su entorno durante el periodo que aún tenga vida, por tanto, es menos frecuente dentro de personalidad funcionales y adaptativas, las expresiones emocionales disfuncionales, como el resentimiento, ya que ello afectaría aún más la salud

mental, generando un mayor deterioro en el sujeto, en un estadio donde al contrario buscaría el soporte del medio próximo a favor del bienestar (Beck, 1970).

Por otro lado, en lo que respecta a las limitaciones del estudio, recae en la accesibilidad de la muestra, al ser un grupo de pacientes oncológicos el número de participantes voluntarios fue reducido, no superando las 150 unidades para el análisis, siendo esta una limitante para una generalización de resultados sobre la población de pacientes oncológicos de Trujillo, por lo cual se hace importante una réplica de la investigación en escenario con mayor tamaño de muestra.

Consecuentemente, el estudio genera un aporte sustancial al campo de la praxis del profesional clínico, debido que refiere hallazgos acordes a la realidad del paciente oncológico, como población escasamente estudiada desde la vertiente psicológica, lo cual permite una mejor toma de decisiones a favor de su salud mental del grupo poblacional que se encuentra vulnerable no solo a nivel de salud física, también en el aspecto emocional, de igual manera en lo social, a largo plazo se aporta al estado de salud el grupo, y en lo teórico se genera una revisión actual de fundamentos de las variables, las cuales escasamente se ha estudiado su relación.

4.2 Conclusiones

- La relación entre la ansiedad ante la muerte y el resentimiento, el resultado que se obtuvo es una relación negativa, con efecto mediano.
- Con respecto a la dimensión agonía o enfermedad con el resentimiento, los hallazgos demuestran una relación negativa, con efecto mediano.
- La relación entre la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin y el resentimiento, el resultado obtenido es una relación negativa, con efecto grande
- En la dimensión el miedo a la muerte con el resentimiento, se halló una relación negativa, con efecto mediano.

REFERENCIAS

- Abreu-Figueiredo, R., Sá, L., Lourenço, T. & Almeida, S. (2019). Ansiedad ante la muerte en cuidados paliativos: validación del diagnóstico de enfermería. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(2), 178-185. Extraído de:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002019000200178&script=sci_abstract&tlng=es
- Arenas, R., Pérez, M., Vera, N., López, G. & Romero, J. (2017). Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA. *Avances en Psicología*, 25(1), 59-71. Extraído de:
<http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/135>
- Baños, J. (2017). Simpatía, resentimiento y perdón: un análisis del rol del resentimiento en la tms de Adam Smith. *Universitas Philosophica*, 1(68), 197-218. Extraído de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5876232>
- Beck, A. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200. Extraído de: <https://psycnet.apa.org/record/1972-09138-001>
- Bello, M., Vázquez, O., Ríos, M., Talamantes, A., Santos, N., Avitia, M., & Gómez, Á. (2020). Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata. *Psicología y Salud*, 30(2), 141-152. Extraído de:
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2649>
- Bravo, B. & León, K. (2019). Validez y Confiabilidad de la Escala de Ansiedad ante la Muerte en Bomberos Voluntarios de la Región La Libertad. [Tesis de pre grado, Universidad César Vallejo]. Extraído de:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/37474/bravo_cb.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2020). *Análisis de la situación del Cáncer en el Perú*. MINSA. Extraído de: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf

Cisterna, F., Sobarzo, S., Valenzuela, D. & Vera, Contreras, G. (2016). *Afrontamiento religioso y síntomas depresivo – ansioso en pacientes oncológicos del Hospital base Valdivia*. [Tesis de Titulación, Universidad Austral de Chile]. Extraído de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2015/bpmc579a/doc/bpmc579a.pdf>

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e innovación tecnológica (2018). *Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación tecnológica-reglamento RENACYT*. CONCYTEC. Extraído de: <https://portal.concytec.gob.pe/index.php/informacion-cti/reglamento-del-investigador-renacyt>

Chapilliquén, M. & Carbajal, D. (2021). Ajuste mental y ansiedad ante la muerte en pacientes con cáncer terminal. *Journal of neuroscience and public health*, 1(2), 53-61. Extraído de: <https://revista.uct.edu.pe/index.php/neuroscience/article/view/154>

Dashtipour, M., Vahedi, H., & Taher, M. (2018). The Comparison of Personality Traits, Forgiveness, and Resilience between the Patients with Cancer and Healthy Persons. *Cancer*, 14(1), 1-15. <https://www.sid.ir/FileServer/JE/50009920180306.pdf>

Díaz, I., García, C., León, M., Ruiz, F. & Torres, F. (2014). *Guía de Asociación entre variables*. Universidad de Chile.

Espinoza, R., Machco, K. & Torres, T. (2017). *Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao –*

2016. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional del Callao]. Extraído de:
<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/3416>
- Ellis, A. (1958). Rational Psychotherapy. *The Journal of General Psychology*, 59(1), 35–49.
Extraído de:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00221309.1958.9710170>
- Froxán-Parga, M., Alonso-Vega, J., Sánchez, C. & Muñoz, V. (2018). Eficiencia de las terapias: ¿Un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 55-62. Extraído de:
<http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/711>
- García, M., Fernández, M. & Crespo, A (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Guerrero, J., Prepo, A. & Gregorio, J. (2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Barquisimeto. 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 297-309. Extraído de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65603>
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. McGrawHill.
- Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (2020). registro hospitalario del cáncer IREN norte. *IREN*. Extraído de: <https://www.irennorte.gob.pe/index.php>
- León, R., Romero, C., Novara, J. & Quesada, E. (1988). Una escala para medir el resentimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(3), 331-354. Extraído de:
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80520302.pdf>
- Matos, C. (2019). *Propiedades psicométricas del Inventario de Actitudes hacia la vida en estudiantes del VII ciclo en cuatro instituciones nacionales, Comas, 2019*. [Tesis de

pre grado, Universidad César Vallejo]. Extraído de:

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/41503>

Organización mundial de la salud (3 de marzo, 2021). Cáncer. OMS. Extraído de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Papalia, D., Martorell, G. & Duskin, R. (2017). *Desarrollo humano*. (13 ed). McGrawHill

Puerto, D., Manrique, S., Carvajal, A., Salazar, L., Martínez, L., Romero, P. & Beltrán, I.

(2017). Percepciones frente al cáncer de pacientes, familiares y cuidadores atendidos en el Centro de Educación del Instituto Nacional de Cancerología ESE, en la ciudad de Bogotá. *Revista Científica Sinapsis*, 2(11), 1-16. Extraído de:

<https://www.itsup.edu.ec/myjournal/index.php/sinapsis/article/view/127/135>

Quirama, L. (2020). Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de trastorno

adaptativo con síntomas depresivos. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 17(1), 18-39. Extraído de: <https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/4216>

Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio.

International Journal of Morphology, 35(1), 227-232. Extraído de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95022017000100037&script=sci_abstract)

[95022017000100037&script=sci_abstract](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95022017000100037&script=sci_abstract)

Requejo, M. & Sánchez, D. (2020). *Ajuste mental al cáncer y ansiedad ante la muerte en*

pacientes con cáncer terminal del centro Cuidados Paliativos Alto Trujillo. [Tesis de pre grado, Universidad católica de Trujillo Benedicto XVI]. Extraído de: http://190.223.196.26/bitstream/123456789/743/1/0492220412_0384320412_T_2020.pdf

Rubio, A. & Yacelga, A. (2020). Psicoterapia racional-explicativa destinada a la

disminución de niveles de ansiedad en pacientes con cáncer tiroideo. *Enfermería*

Investiga, 5(2), 31-36. Extraído de:

<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/872/827>

Sánchez, H., Reyes, C. & Mejía, K. (2018). Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanista. Lima: Universidad Ricardo Palma. Extraído de: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1480/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Silva, A., Zandonade, E. & Amorim, M. (2017). Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 25(1), 1-7. Extraído de: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2891.pdf>

Taghiabadi, M., Kavosi, A., Mirhafez, S. R., Keshvari, M. & Mehrabi, T. (2017). The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. *Electronic physician*, 9(3), 1-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5407231/>

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

Ther, F. (2017). Ensayo sobre el uso de la encuesta: hermenéutica y reflexividad de la técnica investigativa. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 8(1), 17-27. Extraído de: <http://revistas.uach.cl/index.php/racs/article/view/1081>

initana, A. (2016). *Los rasgos de la personalidad y su relación con la ansiedad ante la muerte en jóvenes con diagnóstico de cáncer de la fundación jóvenes contra el cáncer Ecuador*. [Tesis de Titulación, Universidad Central del Ecuador]. Extraído de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7210/1/T-UCE-0007-300c.pdf>

- Tomás-Sabado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Revista de enfermería y salud mental*, 1(16), 26-30 Extraído de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7544334.pdf>
- Vázquez, L., Galindo, O., Bargalló, E., Cabrera, P., Meneses, A., Lerma, A., ... & Aguilar, J. (2017). Factores predictores de función cognitiva, sintomatología de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 24-34. Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283059952005.pdf>
- Villanueva, C. (2019). Manejo Del Paciente Oncológico Por El Odontólogo General. *Revista Odontológica Basadrina*, 3(1), 46-50. Extraído de: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rob/article/view/827>
- Villanueva, B. (2020). Las Confesiones conductuales del terapeuta racional emotivo Albert Ellis. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 8(1), 7-7. Extraído de: <http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/download/688/602>
- Zhang, J., Peng, J., Gao, P., Huang, H., Cao, Y., Zheng, L., & Miao, D. (2019). Relationship between meaning in life and death anxiety in the elderly: self-esteem as a mediator. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-8. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-019-1316-7>

ANEXOS

Anexo 1

Instrumentos

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (DAS)

Sexo:

Edad:

Por favor lea cada afirmación; piense en cómo se siente usted la mayor parte del tiempo, e indique con qué frecuencia se siente así.

Afirmación	Nunca O Casi Nunca	Algunas Veces	La Mayor Parte Del Tiempo	Todo El tiempo
1. Tengo mucho miedo de morirme.	1	2	3	4
2. Pienso en la muerte.	1	2	3	4
3. Me pone nervioso que la gente hable de la muerte.	1	2	3	4
4. Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme.	1	2	3	4
5. Tengo miedo de morir.	1	2	3	4
6. Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer.	1	2	3	4
7. Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte.	1	2	3	4
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo.	1	2	3	4
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa.	1	2	3	4
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.	1	2	3	4
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.	1	2	3	4
12. Pienso que la vida es mmuy corta.	1	2	3	4
13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.	1	2	3	4
14. Me horroriza ver un cadáver.	1	2	3	4

15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

ESCALA DE RESENTIMIENTO

Sexo:

Edad:

A continuación Ud. va a leer un conjunto de afirmaciones. Tras leerlas, debe colocar un aspa en la hilerla correspondiente a "SI" o "NO", según lo que indique mejor sus sentimientos hacia la afirmación. Ud. debe responder de acuerdo con sus propios sentimientos y no de acuerdo con lo que crea debe ser. Aquí no hay respuestas buenas ni malas, conteste por favor lo más rápido que pueda.

Preguntas	Si	No
1. Con frecuencia me echan injustamente la culpa por cosas.		
2. Se me hace más fácil ganar que perder un juego.		
3. Los seres que quiero me tratan con desconsideración a pesar de todo lo que hago por ellos		
4. Cuando puedo, hago sentir quién soy yo.		
5. Quisiera que los que despreciaron mi afecto llegarán a arrepentirse y terminarán pidiéndome perdón.		
6. Pocas veces me jacto de las cosas.		
7. Comprendo que algunas personas, por sus errores y conflictos me traten injustamente.		
8. Siento cólera hacia la gente que ha abusado de mi bondad e ingenuidad.		
9. A veces me enojo.		
10. A pesar de que otras personas son menos simpáticas que yo, veo que tienen mejor suerte en la vida, la amistad y el amor		
11. Muchas veces siento envidia.		
12. A veces siento que soy marginado(a) injustamente por las personas.		
13. Estoy completamente libre de prejuicios de cualquier tipo.		
14. Dejo algunas veces para mañana lo que debería hacer hoy.		
15. A veces me lamento de que mi infancia haya sido menos feliz que la de otros.		
16. A veces me lamento de que mi infancia haya sido menos feliz que la de otros.		
17. Contesto siempre una carta personal tan pronto como puedo después de haberla leído		
18. Mis cualidades personales no han sido debidamente reconocidas.		
19. Eso de que "las apariencias engañan" es muy cierto, sobre todo con gente que parece muy buena o muy amable.		
20. Me río a veces de chistes groseros.		
21. A veces pienso que otros tienen, sin merecérselo, más cosas que yo.		
22. Me molesta saber que no tengo ropa como otros.		
23. En mi infancia hacía siempre lo que me decían, sin refunfuñar.		
24. Me parece que mis padres fueron demasiado severos conmigo.		

25. Es duro reconocer que siempre existiremos los oprimidos por debajo de los opresores.		
26. He dicho, algunas veces, mentiras en mi vida.		
27. He sido discriminado(a) por mi raza.		
28. Me complace saber que hay personas que viven más felices en sus hogares, que lo que yo vivo.		

Anexo 2

Confiabilidad de los instrumentos

Tabla 5

Índices de homogeneidad y confiabilidad de la escala de ansiedad ante la muerte

Factor	Ítem	r_{itc}		α
		Ítem-factor	Ítem-test	
Miedo a la agonía/enfermedad	AM4	.44	.49	.76
	AM6	.66	.71	
	AM7	.52	.55	
	AM9	.44	.50	
	AM11	.57	.62	
Miedo a que la vda llegue a su fin	AM2	.44	.50	.69
	AM8	.38	.50	
	AM10	.41	.36	
	AM12	.33	.29	
	AM13	.35	.31	
	AM14	.43	.56	
Miedo a la muerte	AM15	.46	.57	.75
	AM1	.55	.54	
	AM3	.56	.66	
	AM5	.63	.71	

Nota: r_{itc} =coeficiente de correlación R corregido; α =coeficiente de consistencia interna Alfa

Tabla 6

Índices de homogeneidad y confiabilidad de la escala de resentimiento

Ítem	r_{itc}	α
R1	.58	
R3	.28	
R4	.38	
R5	.65	
R7	.55	
R8	.44	
R10	.51	
R11	.41	
R12	.58	
R15	.31	.85
R16	.62	
R18	.26	
R19	.42	
R21	.64	
R22	.27	
R24	.47	
R25	.25	
R27	.21	
R28	.40	

Nota: r_{itc} =coeficiente de correlación R corregido; α =coeficiente de consistencia interna Alfa

Tabla 7

Análisis descriptivo de la variable ansiedad ante la muerte en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo

Variable/ dimensión	N° Ítems	MT	Mín.	Max.	M	DE	g1
Ansiedad ante la muerte	15	37.5	17	60	37.41	11.67	.08
Miedo a la agonía/enfermedad	5	12.5	5	20	13.07	4.72	-.09
Miedo a que la vida llegue a su fin	7	17.5	8	28	17.41	5.25	-.02
Miedo a la muerte	3	7.5	3	12	6.94	3.17	.21

Nota: MT=media teórica; Min.=mínimo; Max.=máximo; M=media; DE=desviación estándar; g1=asimetría

En la tabla 7, se aprecia que en la variable ansiedad ante la muerte y sus dimensiones los valores promedio estimados según la estructura del instrumento (media teórica) y los valores promedios alcanzados de la aplicación del instrumento en la muestra de estudio, coinciden con una variación ligera. Además, los índices de la asimetría se ubican dentro de los parámetros normales (+/- 2), lo cual permite hacer uso del coeficiente de correlación de Pearson (r) para la estimación de las correlaciones.

Tabla 8

Análisis descriptivo de la variable ansiedad ante la muerte en pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Trujillo

Variable/ dimensión	N° Ítems	MT	Mín.	Max.	M	DE	g1
Resentimiento	19	29.5	19	38	28.25	4.43	.25

Nota: MT=media teórica; Min.=mínimo; Max.=máximo; M=media; DE=desviación estándar; g1=asimetría

En la tabla 8, se aprecia que en la variable resentimiento donde el valor promedio alcanzado se ubica muy por encima del promedio teórico (M=28.25; MT=9.5). Además, los índices de la asimetría se ubican dentro de los parámetros normales (+/- 2), lo cual permite hacer uso del coeficiente de correlación de Pearson (r) para las correlaciones.

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Estimada Directora:

Me dirijo a usted con el objetivo de solicitar su colaboración para realizar la aplicación de los siguientes instrumentos: “*Cuestionario de ansiedad ante la muerte (DAS* ” y “ *Escala de resentimiento (ER)*”, el tiempo estimado para contestar los cuestionarios serán de 10 y 20 minutos respectivamente, con el objetivo de realizar un trabajo de investigación titulado, “*Ansiedad ante la muerte y resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo*”, el cual es requisito indispensable para obtener de grado de Licenciada en Psicología en la Universidad Privada del Norte.

Asimismo, cabe mencionar que a los colaboradores se les hará de su conocimiento, que el proceso de aplicación de los cuestionarios anteriormente mencionados será estrictamente confidencial.

Agradezco de anticipadamente su colaboración.

.....

Firma