

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y AFRONTAMIENTO -
ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
AMBULATORIOS, HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2024**

PRESENTADO POR:

Br. KAROLIN NELLY USCAPI NINAN

Br. JUDITH DIANA VILLAGRA CONDE

**PARA OPTAR AL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

ASESORA:

Dra. MARÍA GUADALUPE HOLGADO
CANALES

CUSCO-PERÚ

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro. CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada: CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y AFRONTAMIENTO - ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS AMBULATORIOS, HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2024

presentado por: Dr. USCAPI NINAN KAROLIN NELLY con DNI Nro.: 74375160

presentado por: Dr. VILLAGRA CONDE JUDITH DIANA con DNI Nro.: 75796461

para optar el título profesional/grado académico de
LICENCIADA EN ENFERMERIA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 17 de JULIO de 2025

Maria Guadalupe Holgado

Firma

Post firma Maria Guadalupe Holgado Canales

Nro. de DNI 23965603

ORCID del Asesor 0000-0001-8943-8217

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: 27259 : 474320749

USCAPI NINAN Karolin Nelly VILLAGRA CONDE Ju... INFORME FINAL AFRONTAMIENTO 17de julio .pdf

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:474320749

Fecha de entrega

16 jul 2025, 9:29 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

16 jul 2025, 9:47 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

INFORME FINAL AFRONTAMIENTO 17de julio .pdf

Tamaño de archivo

1.5 MB

118 Páginas

28.890 Palabras

171.545 Caracteres

4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 3%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

PRESENTACION

Señora decana de la Facultad de Enfermería de la Tricentenario universidad nacional de San Antonio Abad del Cusco, en cumplimiento del reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de San Antonio abad del Cusco, con el fin de optar al título profesional de Licenciado en Enfermería, ponemos a vuestra consideración el trabajo de tesis titulada, CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y AFRONTAMIENTO – ADAPTACION AL TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLOGICOS AMBULATORIOS , HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2024.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación y que los resultados a lo que concluiremos constituyan un aporte para el área de salud y la sociedad.

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarnos y permitirnos concluir con nuestro trabajo de investigación en esta etapa universitaria cumpliendo nuestras metas durante el transcurso de nuestra vida.

A nuestra alma mater Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, a la escuela profesional de Enfermería, por ser nuestro segundo hogar donde nuestros docentes compartieron los conocimientos y nos motivaron para cumplir nuestros sueños.

Así mismo agradecer a nuestra asesora Dra. María Guadalupe Holgado Canales , quien con su exigencia, orientación y dedicación nos ayudó en la elaboración de nuestro trabajo de investigación.

Manifestamos nuestro agradecimiento a las autoridades del servicio de oncología del hospital Antonio Lorena el servicio de Oncología por brindarnos todas las facilidades en el desarrollo de este estudio y a todas las personas que nos ayudaron en la aplicación del instrumento y por contribuir con nuestro trabajo de investigación.

Br. Uscapi Ninan Karolin Nelly
Br. Villagra Conde Judith Diana

DEDICATORIA

A Dios por guiarme, protegerme y por permitirme vivir momentos a lado de las personas que forman parte de mi vida y por darme la fortaleza de enfrentar cada obstáculo y alcanzar cada meta.

A mis hermanas Liz Fannel y Daniela por ser la inspiración y motor que me impulsan a cumplir cada meta , por aquellos momentos de alegría y desafíos que compartimos , a lo largo de mi carrera su aliento y motivación fueron fundamentales para alcanzar este logro.

A mis queridos padres Walter y Celestina; por ser la base de mi vida, por el esfuerzo y sacrificio que dieron para que yo cumpla con mis sueños, por creer en mí y ser mi mayor motivación.

A Judith , mi compañera de tesis, por compartir momentos de alegría ,por darnos los ánimos para cumplir cada meta que nos proponemos y por la paciencia y dedicación que dimos en este trabajo.

Br. Uscapi Ninan Karolin Nelly

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, elegir esta profesión, guiar mis pasos y abrirme el camino al éxito.

A mi amada hija Romina, por ser mi motor de vida. Y a quien me acompaña con amor y fortaleza cada día, gracias por ser mi apoyo incondicional en este camino B.P.T.

A mi estimada compañera de tesis, Karolin por la confianza, el tiempo y la dedicación para hacer realidad este proyecto.

A mis padres Pablo e Irene por darme la vida y apoyarme siempre en los momentos difíciles e importantes quienes fueron la inspiración para el logro de mis objetivos profesionales.

A mis hermanos Juan Carlos y Juan Orlando por su comprensión, consejos y apoyo moral en esta etapa de mi vida.

Br. Judith Diana Villagra Conde

INDICE

	Pág.
PRESENTACION.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
INDICE.....	VI
INDICE DE TABLAS	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN.....	XI

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Caracterización del problema	1
1.2 Formulación del Problema	7
1.2.1. Problema General.....	7
1.2.2 Problemas Especificos	7
1.3. Objetivos de la investigación.....	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivo específico	7
1.4 Hipótesis	8
1.4.1. Hipótesis general	8
1.4.2. Hipótesis especificas	8
1.5 Variables de estudio	8
1.6 Justificación	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estudios previos.....	11
2.1.1. Antecedentes internacionales	11
2.1.2. Antecedentes nacionales	14
2.1.3. Antecedentes locales	17
2.2. Bases teóricas	19

2.2.1. Teorías asociadas al afrontamiento y adaptación.....	19
2.2.2. Cáncer.....	25
2.2.3. Afrontamiento - adaptación.....	31
2.2.4. Importancia del afrontamiento - adaptación en pacientes oncológicos	33
2.2.5. Tipos de afrontamiento.....	34
2.2.6. La resiliencia en el contexto oncológico.....	36
2.2.7. Dimensiones del afrontamiento -adaptación.....	37
2.2.8. Características sociodemográficas.....	39
2.3 Marco conceptual.....	41

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo, nivel y diseño de la investigación.....	42
3.2. Área de investigación.....	42
3.3 Población.....	43
3.4 Muestra.....	43
3.5 Criterios de inclusión.....	45
3.6 Criterios de exclusión.....	45
3.7 Operacionalización de variables.....	46
3.8 Técnicas de recolección de datos.....	49
3.9 Instrumentos de recolección de datos.....	49
3.10 Validez y confiabilidad del instrumento.....	51
3.11 Plan de procedimiento de recolección de datos.....	51
3.12 Plan de procesamiento de análisis de datos.....	52

CAPITULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

CONCLUSIONES.....	80
SUGERENCIAS.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	92

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Características sociodemográficas de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco-2024	53
Tabla 2 Afrontamiento -adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco-2024	58
Tabla 3 Dimensiones del afrontamiento- adaptación de los pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio lorena,cusco-2024	60
Tabla 4 Relación de las Características sociodemográfica con la dimensión recursivo y centrado al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco-2024	61
Tabla 5 Relación con las características sociodemográfica con la dimensión físico y enfocado al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco-2024	64
Tabla 6 Relación de las características sociodemográfica con la dimensión proceso de alerta al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco-2024	67
Tabla 7 Relación de las características sociodemográfica con la dimensión pensamiento sistemático al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco-2024	69
Tabla 8 Relación de las características sociodemográfica con la dimensión conocer y relacionar al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco-2024	72
Tabla 9 Relación del tiempo de enfermedad y tipo de cáncer con el afrontamiento -adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco-2024	74
Tabla 10 Relación de las características sociodemográficas y el afrontamiento-adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco-2024.	77

RESUMEN

El afrontamiento son respuestas frente a una problemática y la adaptación es un proceso dinámico de interacción continua entre el individuo y su entorno, tiene como **objetivo**: determinar la relación entre las características sociodemográficas y el afrontamiento-adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco- 2024. La **metodología** de la investigación se estructuró como tipo descriptivo, nivel correlacional, diseño no experimental transversal, cuya muestra estuvo conformada por 120 pacientes oncológicos ambulatorios, mediante la aplicación de la escala de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy (ESCAPS) con alfa de Cronbach 0.88 y la ficha de recolección de datos, los resultados fueron procesados mediante el programa SPSS versión 25. Los **resultados** revelaron que el 72.5% de los pacientes oncológicos son del sexo femenino, la edad oscila entre 30-59 años en un 82,5%, el nivel educativo básico en un 90,8%, y procedencia rural 59,2%, el 70,8% de los pacientes presentó baja capacidad de afrontamiento-adaptación, identificándose deficiencias críticas en las dimensiones "Conocer y relacionar" en un 98,3% con baja capacidad, de igual manera el "Procesamiento sistemático" 95,0% con baja capacidad. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la capacidad de afrontamiento-adaptación , por otro lado la ocupación $p=0,000$ en conjunto con la zona de procedencia $p=0,031$, destacaron mayor capacidad adaptativa, en cuanto a trabajadores independientes un 68,8% y pacientes rurales con 36,6%, no se hallaron asociaciones significativas con el tiempo de enfermedad $p=0,555$ ni tipo de cáncer $p=0,185$. **Se concluye** que existen relaciones significativas entre ciertas características sociodemográficas y la capacidad de afrontamiento-adaptación al tratamiento oncológico, evidenciándose la necesidad urgente de implementar intervenciones psicosociales diferenciadas según el perfil ocupacional y la zona de procedencia del paciente.

Palabras claves: Afrontamiento, cáncer, adaptación, carcinógeno.

ABSTRACT

Coping refers to responses to problems, and adaptation is a dynamic process of continuous interaction between the individual and their environment. The **objective** is to determine the relationship between sociodemographic characteristics and coping-adaptation to treatment in outpatient oncology patients at Antonio Lorena Hospital, Cusco-2024. The research **methodology** was structured as descriptive type, correlational level, non-experimental cross-sectional design, with a sample of 120 outpatient oncology patients, through the application of Callista Roy's Coping and Adaptation Scale (ESCAPS) with Cronbach's alpha of 0.88 and the data collection form. **Results** were processed using SPSS version 25. The results revealed that 72.5% of oncology patients are female, age ranges between 30-59 years in 82.5%, basic educational level in 90.8%, and rural origin 59.2%. 70.8% of patients presented low coping-adaptation capacity, identifying critical deficiencies in the "Knowing and relating" dimension with 98.3% showing low capacity, while "Systematic processing" showed 95.0% with low capacity. Statistically significant associations were found between coping-adaptation capacity and occupation $p=0.000$, together with area of origin $p=0.031$, with self-employed workers showing greater adaptive capacity at 68.8% and rural patients at 36.6%. No significant associations were found with duration of illness $p=0.555$ or type of cancer $p=0.185$. It is **concluded** that significant relationships exist between certain sociodemographic characteristics and coping-adaptation capacity to oncological treatment, evidencing the urgent need to implement differentiated psychosocial interventions according to the patient's occupational profile and area of origin.

Keywords: Coping, cancer, adaptation, carconogen.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el cáncer representa actualmente la principal causa de mortalidad a nivel mundial, en 2020, esta enfermedad fue responsable de aproximadamente 10 millones de fallecimientos, lo que equivale a casi una de cada seis muertes registradas globalmente, dado que, entre las neoplasias con mayor prevalencia destacan los cánceres de mama, pulmón, colorrectal y próstata. Aproximadamente un tercio de las defunciones por cáncer están asociadas a factores de riesgo modificables, incluyendo el consumo de tabaco, índice de masa corporal elevado, ingesta de alcohol, dieta deficiente en frutas y verduras, y sedentarismo, por otro lado, la contaminación atmosférica constituye, además, un factor determinante en la incidencia del cáncer pulmonar, paralelamente, las infecciones oncogénicas, particularmente aquellas causadas por virus de hepatitis y papilomavirus humanos, son responsables de aproximadamente el 30% de los casos de cáncer en naciones de ingresos bajos y medianos (1).

El cáncer se caracteriza por la proliferación descontrolada de células anómalas que invaden tejidos y órganos adyacentes, desencadenando potencialmente el proceso de metástasis (2) .

Frente a esta patología, el afrontamiento representa un conjunto de respuestas adaptativas ante situaciones problemáticas, donde el individuo desarrolla capacidades para manejar eficazmente la adversidad. Como señala Roy Callista, estos esfuerzos están orientados hacia el bienestar y reflejan una concepción holística del ser humano, quien interactúa constantemente con su entorno para adaptarse a las circunstancias cambiantes. La adaptación constituye un proceso dinámico de interacción continua entre el individuo y su ambiente. Según Cepeda, esta capacidad permite responder adecuadamente a las exigencias y transformaciones del entorno, tanto en dimensiones biológicas como sociales (3). Esta investigación tiene como objetivo primordial determinar la relación entre las características sociodemográficas y el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco – 2024. Empleando el instrumento de la escala del proceso de afrontamiento – adaptación y la ficha de recolección de datos para las características

sociodemográficas. El estudio está estructurado en cuatro capítulos, de la siguiente forma:

CAPITULO I: Comprende el problema de investigación, caracterización del problema, formulación del problema, objetivos, hipótesis, variables y la justificación.

CAPITULO II: Considera el marco teórico que sustenta los estudios previos, bases teóricas y definición de términos.

CAPITULO III: Describe el diseño metodológico, tipo de estudio, población, muestra y tipo de muestreo, operacionalización de variables, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, procesamiento y plan de análisis de datos.

CAPITULO IV: Detalla los resultados de la investigación constituidos por tablas, análisis e interpretación de cada uno de los objetivos propuestos en el estudio.

Finalmente, se consignan las :

Conclusiones

Sugerencia

Referencias bibliográficas

Anexos

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Caracterización del problema

El cáncer constituye un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células anormales que han experimentado alteraciones en sus mecanismos reguladores del ciclo celular (4), a diferencia de las células normales, las células cancerosas pierden la capacidad de autolimitación en su proliferación, ignoran las señales de muerte celular programada apoptosis, desarrollan capacidad para invadir tejidos adyacentes y, en etapas avanzadas, generan metástasis al diseminarse a órganos distantes a través del sistema circulatorio o linfático (5). Por tanto, el cáncer constituye uno de los mayores desafíos de salud pública a nivel mundial, ubicándose como la segunda causa principal de mortalidad, según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud OMS, a pesar de la reducción en las tasas de mortalidad, una disminución del 29%, equivalente a 2,9 millones menos de muertes, se estima que para 2040 la incidencia mundial prácticamente se duplicará, alcanzando entre 29 y 37 millones de nuevos casos (6).

Este diagnóstico desencadena en los pacientes un amplio espectro de respuestas emocionales que pueden comprometer tanto su bienestar físico como su calidad de vida general, donde, las reacciones incluyen emociones intensas como miedo, ansiedad, ira y desesperación, configurando así un proceso que integra dimensiones biomédicas, emocionales y psicológicas. Frente a esta realidad, las estrategias de afrontamiento adaptativo emergen como recursos fundamentales para superar los obstáculos que enfrentan los pacientes oncológicos, además, el afrontamiento adaptativo implica emplear mecanismos cognitivos y emocionales que fortalecen la resiliencia y permiten mantener el equilibrio emocional, gestionar satisfactoriamente los factores estresantes y afrontar los desafíos de la enfermedad (7).

El proceso de afrontamiento-adaptación representa un conjunto dinámico de esfuerzos cognitivos, conductuales y emocionales que el individuo implementa para gestionar demandas internas y externas percibidas como desafiantes o excedentes a

sus recursos habituales, particularmente en situaciones críticas como el diagnóstico y tratamiento oncológico y, según el modelo teórico de Callista Roy, este proceso involucra la activación de mecanismos reguladores que son las respuestas neurológicas, químicas y endocrinas automáticas, y las cognoscitivas que aluden al procesamiento perceptual, aprendizaje y juicio que interactúan para producir respuestas adaptativas en cuatro modos esenciales: fisiológico, autoconcepto, desempeño de roles e interdependencia, permitiendo al individuo integrar la experiencia de enfermedad dentro de su realidad cotidiana mientras mantiene la integridad psicosocial y moviliza recursos internos y externos para enfrentar efectivamente las múltiples demandas del proceso oncológico (4).

La investigación en diversos contextos geográficos ha revelado patrones significativos en la relación entre características sociodemográficas y estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos, por ejemplo en Etiopía, un estudio realizado en el Hospital Especializado Tikur Anbesa durante el 2020 mostró que el 51,1% de los pacientes presentaban estrategias de afrontamiento positivo, identificando que los factores sociodemográficos influían decisivamente en la adaptación: quienes contaban con apoyo social 70% de la muestra afrontaban el estrés casi tres veces mejor que quienes carecían de este recurso (8).

Huzla, et al. durante el 2022 en su investigación evidenciaron que mujeres con educación vocacional y residentes de ciudades pequeñas <10.000 habitantes mostraron mayor uso del estilo constructivo de afrontamiento $p=0,039$ y $p=0,02$, respectivamente, mientras que el estado civil también resultó relevante, por ende, estos hallazgos subrayan cómo el entorno geográfico y social influye en los procesos adaptativos de los pacientes oncológicos (9).

Paralelamente, Faraci y Bottaro en su estudio en Italia durante el 2021 identificaron el género como predictor clave en las estrategias de afrontamiento, siendo las mujeres 70,2% de la muestra más propensas a utilizar estrategias desadaptativas como desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y evitación, además, el nivel educativo y los ingresos mostraron una relación inversa con el fatalismo, mientras que mantener un estado laboral activo se participa positivamente con el espíritu de lucha (10).

Por otro lado, Macia P, et al, en su estudio durante el 2020 se profundizó en la resiliencia como factor determinante, encontrando que las personas con nivel bajo de resiliencia $M=54,8$ eran significativamente mayores que aquellas con nivel más alto $M=48,1$. Los pacientes con mayor resiliencia mostraron resultados más altos en el uso de estrategias adaptativas, destacando la aceptación y la revalorización positiva como las más frecuentes (11).

En el aspecto de Sudamérica en Brasil durante el 2024 un análisis comparativo entre tres grupos de pacientes reveló que aquellos más jóvenes mostraron mayor uso de resolución de problemas mediana: 1,7; $p=0,006$, mientras que la adaptación al tratamiento, reflejada en la calidad de vida, resultó significativamente inferior en pacientes mayores mediana: 6,5 vs. 7,9 y 8,0; $p<0,01$, particularmente en los dominios de bienestar psicológico y síntomas (12).

Mientras que, el contexto colombiano durante el 2022 se aportó evidencia sobre la influencia del apoyo de la familia en la capacidad de afrontamiento: pacientes predominantemente mujeres 75%, adultos 61%, mediana 54 años y de nivel socioeconómico bajo 89%, también documentó que la mayoría 53% demostraba alta capacidad de afrontamiento (3).

Por otro lado, en Chile durante el 2021 la investigación desarrolló correlaciones significativas entre características sociodemográficas y adaptación emocional: las mujeres presentaron mayores niveles de depresión que los hombres $p=0,02$, el desempleo se determinó con mayor ansiedad $M=7,85$ y depresión $M=4,85$ comparado con pacientes laboralmente activos, y el nivel educativo influyó significativamente en la ansiedad $p=0,04$, con menor prevalencia en pacientes con estudios superiores 8,1% frente a aquellos con educación media 16,9%. La edad correlacionó negativamente con la ansiedad $r=-0,106$; $p=0,008$ y positivamente con la depresión (13).

En cuanto al Perú, la tasa de incidencia de cáncer ha experimentado un incremento significativo, pasando de 154.5 por 100 mil casos nuevos en 2012 a 192.6 en 2018, entre las mujeres, el cáncer de mama presenta la mayor tasa de incidencia 40.0, seguido del cáncer de cuello uterino 23.2, estómago 13.4, colorrectal 12.4 y tiroides 11.2. En los hombres, predomina el cáncer de próstata 47,8, seguido del cáncer de estómago 19,3 y colorrectal 14,2 (14).

Sin embargo, en estudio cualitativo realizado en un hospital de Lima Metropolitana durante el 2020 con 16 mujeres con cáncer de mama identificó tres estrategias principales de afrontamiento: el afrontamiento emocional más intenso en pacientes del estadio III, caracterizado por la búsqueda de apoyo social, afrontamiento religioso y reinterpretación positiva; el afrontamiento resolutivo predominante en estadio II, centrado en acciones diligentes como buscar opinión médica y seguimiento de indicaciones; y el afrontamiento evasivo, donde las pacientes aplazaban el afrontamiento mediante reflexión inmovilizante y buscaban distracción cognitiva y conductual (15).

En este sentido, el cáncer representa uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y, en el contexto del Hospital Antonio Lorena del Cusco se evidencia una alta incidencia de esta enfermedad en la población cusqueña, donde los pacientes manifiestan que diversos factores sociodemográficos influyen significativamente en su capacidad de afrontamiento y adaptación durante el tratamiento oncológico ambulatorio.

Muchos de los pacientes oncológicos refieren que provienen de diversas provincias y distritos rurales de la región Cusco señalan que el desplazamiento desde sus comunidades hasta el hospital implica recorrerá largas distancias, lo que les ocasiona un notable agotamiento físico además de representar un gasto elevado de transporte y hospedaje que afecta directamente su economía familiar. Este alejamiento temporal de su entorno social y familiar también genera sentimientos de soledad , desamparo y vulnerabilidad durante el proceso del tratamiento de la quimioterapia.

Otro aspecto que dificulta la adaptación al tratamiento es el nivel de escolaridad, los pacientes con menor grado de instrucción reportan dificultades para comprender su diagnóstico y el contenido de las explicaciones médicas. Expresan que les resulta difícil entender términos clínicos y seguir correctamente las indicaciones lo que incrementa la sensación de confusión, ansiedad e inseguridad ante su condición.

En cuanto a la ocupación, muchos de los pacientes refieren que antes del diagnóstico se dedicaban principalmente a la agricultura, el comercio o actividades que demandan un esfuerzo físico considerable. Tras el inicio del tratamiento les imposibilita de continuar con sus labores y ha generado una pérdida significativa de ingresos

económicos. Aunque algunos reciben apoyo de sus familiares, expresan sentimientos de culpa y dependencia, al percibirse como una carga para sus seres queridos.

Asimismo, en cuanto a la religión constituye un componente esencial en la vida de muchos pacientes oncológicos, varios pacientes oncológicos manifiestan que su fe les brinda consuelo emocional, esperanza y fortaleza para sobrellevar su tratamiento. Sin embargo, también se han identificado casos en las ciertas creencias religiosas interfieren con el tratamiento, especialmente cuando se priorizan practicas tradicionales, rituales o expectativas de sanaciones milagrosas.

Con respecto a la edad los pacientes representan otro factor determinante en su capacidad de afrontamiento y adaptación. En caso de adultos mayores, se observa una mayor vulnerabilidad, física y emocional, así como una mayor dependencia de sus familiares. Algunos refieren sentirse agotados por el desgaste físico que implica trasladarse al hospital. Por otro lado, los pacientes jóvenes tienden a experimentar un fuerte impacto emocional, ya que el diagnostico interrumpe etapas vitales relacionadas con la productividad , el desarrollo profesional o la maternidad, generando frustración , ansiedad y un sentimiento de pérdida de futuro.

En cuanto al sexo, las mujeres expresan mayor apertura para compartir emociones y buscar apoyo familiar , que les permite procesar la enfermedad. Sin embargo, también reportan altos niveles de angustia asociados a los cambios físicos como la caída de cabello, pérdida de peso, afectando su autoestima y precepción corporal . En cuanto al sexo masculino tienden a reprimir sus emociones y asumir una actitud de negación, lo que puede limitar el acceso a redes de apoyo.

Durante el tratamiento oncológico, los pacientes manifiestan que enfrentan series dificultades para sobrellevar los cambios que implican esta nueva etapa de vida, especialmente a partir de la cuarta sesión de quimioterapia, momento en el que comienzan a evidenciar efectos colaterales que impactan directamente en su bienestar físico y emocional. Describen alteraciones como perdida de cabello y cejas, oscurecimiento de las uñas, malestares óseos y articulares , somnolencia persistente , vómitos frecuentes y falta de apetito. Conforme avance el proceso, también reportan visión reducida y dolores musculares intensos lo que según indican su disposición a continuar con el tratamiento.

Asimismo, al recibir el diagnóstico, muchos expresan haber experimentado un fuerte impacto emocional, manifestado en pensamientos negativos, ansiedad constante y sentimientos de desesperanza. Para ello la enfermedad presenta una condena prolongada que deteriora su vitalidad. Durante las jornadas de quimioterapia, indican que interrumpen sus rutinas diarias limitándose a cumplir con sus tareas habituales. Algunos relatan que su capacidad funcional se ha visto reducida que solo pueden realizar una acción a la vez y encuentran dificultad para tomar decisiones ante el problema, especialmente con la escasa comprensión que tienen sobre su situación clínica.

A raíz de esta transformación, señalan que han tenido que dejar de lado sus actividades que antes formaban parte esencial de su vida. En su lugar han optado por tareas más ligeras lo que implica cambios en sus hábitos alimenticios y en su manera de organizar su tiempo. Aunque al principio la adaptación fue compleja algunos pacientes han logrado desarrollar estrategias como el sentido del humor o la aceptación progresiva de su estado.

Durante el proceso terapéutico, los pacientes con diferentes tipos de cáncer (cáncer de mama, próstata, estómago, ovario, cervix, linfoma de Hodgkin y otros tipos de cáncer) comentan que les ha resultado extremadamente difícil afrontar y adaptarse a una realidad distinta, especialmente a partir de la cuarta sesión de quimioterapia cuando comienzan a experimentar efectos secundarios. Esto es particularmente relevante considerando que algunos pacientes tienen un tiempo de enfermedad mayor a 1 año mientras que otros tienen un tiempo de enfermedad menor a 1 año.

Frente a este panorama se hace evidente la importancia de analizar como las características sociodemográficas tales como la edad, sexo, lugar de procedencia, nivel educativo, ocupación y religión influyen en el proceso de afrontamiento y adaptación. Para ello, se utilizan dimensiones fundamentales del afrontamiento y adaptación.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024?
- ¿Cómo es el afrontamiento - adaptación y sus dimensiones al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024?
- ¿Cómo se relacionan las características sociodemográficas con las dimensiones del afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024?
- ¿Cómo se relacionan el afrontamiento - adaptación con otras características de la enfermedad (tiempo de enfermedad y tipo de cáncer) al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024.

1.3.2. Objetivo específico

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024.
- Evaluar el nivel de afrontamiento - adaptación y sus dimensiones al tratamiento de los pacientes oncológicos ambulatorios del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024.
- Relacionar las características sociodemográficas con las dimensiones del afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024.

- Establecer la relación del afrontamiento - adaptación con otras características de la enfermedad (tiempo de enfermedad y tipo de cáncer) al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024.

1.4 Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

H: Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco – 2024

1.4.2. Hipótesis específicas

H: Los pacientes oncológicos ambulatorios del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024, presentan características sociodemográficas con predominio del sexo femenino, ocupación de amas de casas de procedencia rural y con nivel educativo primario.

H: Los pacientes oncológicos ambulatorios del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024, presentan baja capacidad de afrontamiento - adaptación al tratamiento.

H: Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y las dimensiones del afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024.

H: Existe relación significativa entre el afrontamiento - adaptación y otras características de la enfermedad (tiempo y tipo de cáncer) al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024.

1.5 Variables de estudio

Afrontamiento- adaptación

- Recursivo y centrado
- Reacciones físicas y enfocadas
- Proceso de alerta
- Procesamiento sistemático
- Conocer y relacionar

Características sociales

- Nivel de escolaridad
- Ocupación
- Religión

Características demográficas

- Edad
- Sexo
- Lugar de procedencia

Otras características

- Tiempo de enfermedad
- Tipo de cáncer

1.6 Justificación

El cáncer constituye actualmente la principal causa de mortalidad a nivel mundial, fenómeno atribuible a transformaciones significativas en los patrones alimenticios, estilos de vida y condiciones medioambientales que propician la manifestación temprana de esta patología, dado que, cuando un paciente recibe el diagnóstico de cáncer, experimenta un complejo entramado emocional dominado por el temor y la preocupación ante un futuro incierto, desencadenando pensamientos negativos vinculados a la ansiedad por las limitaciones funcionales que restringen sus actividades cotidianas, así como por la incertidumbre respecto a cómo su organismo responderá al tratamiento quimioterapéutico.

Esta investigación es relevante porque permite comprender cómo los pacientes oncológicos afrontan y se adaptan tras el diagnóstico, lo que facilita el desarrollo de intervenciones basadas en el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Este enfoque holístico ayuda a personalizar los cuidados y mejorar la calidad de vida del paciente.

Por tanto, este estudio permitirá comprender de manera integral cómo la enfermedad oncológica impacta las dimensiones psicológicas, físicas y económicas de los pacientes, analizando de qué manera estas circunstancias pueden influir, tanto positiva como negativamente, en su proceso de recuperación y calidad de vida durante el tratamiento, además, la presente investigación representa una valiosa contribución como referente científico para futuros estudios en este campo, mientras que sus

hallazgos constituirán un recurso fundamental para el equipo de gestión del Hospital Antonio Lorena, permitiéndoles reconocer con mayor precisión la influencia del cáncer en los diversos aspectos de la vida del paciente y comprender los complejos procesos de afrontamiento y adaptación. En consecuencia, beneficiará al personal de salud al proporcionar evidencia para la implementación de acciones de mejora en el servicio de oncología, optimizando el cuidado humanizado y ofreciendo mejores posibilidades de subsistencia y bienestar a los pacientes oncológicos durante su proceso terapéutico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estudios previos

2.1.1. Antecedentes internacionales

Cepeda L. et. al- "Afrontamiento y adaptación del adulto con cáncer: el arte del cuidado de enfermería" Colombia, 2022. Objetivo: Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con tratamiento oncológico. Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal con una población de 100 pacientes con el instrumento utilizado ESCAPS . Resultados: encontró que el 75% de los pacientes es de sexo femenino ,edad mediana de 54 años con un máximo de 81 años y mínima con 21 años, el 78% son de una zona urbana, el 41% estudia solo primaria ,el tipo de cáncer que más predomina es cáncer de mama de 43%, el 17% tienen cánceres ginecológicos ,cánceres hematológicos tienen el 11% y un 10% tienen cánceres gastrointestinales. Respecto a la capacidad de afrontamiento y adaptación el 53% tienen una alta capacidad y el 7% tienen una capacidad baja. Conclusión: deliberando así que el cáncer de mama es el que más prevalece, las mujeres que son en mayor porcentaje manejan un afrontamiento adecuado de manera positiva y tratan de salir adelante usando estrategias de afrontamiento (3).

Cervantes P. et al.- "Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de mujeres con cáncer de mama en quimioterapia", México, 2022. Objetivo: Analizar la relación existente entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento empleadas por mujeres con cáncer de mama durante su tratamiento de quimioterapia. Metodología: Investigación de diseño analítico, transversal y prolectivo, que incluyó una muestra de 62 pacientes femeninas diagnosticadas con cáncer mamario sometidas a quimioterapia. Se aplicaron dos instrumentos validados por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer, complementados con la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación. Resultados: Se identificó una correlación positiva significativa entre la estrategia "Ingenioso-enfocado" y diversos indicadores de calidad de vida, incluyendo funcionalidad autónoma $r_s=.249$, $p=0.025$, capacidad cognitiva $r_s=.238$, $p=0.031$, estabilidad emocional $r_s=.216$, $p=0.046$, perspectiva futura $r_s=.396$, $p=0.001$, percepción global de salud $r_s=.345$, $p=0.003$ e

imagen corporal $rs=.415$, $p<0.001$. Simultáneamente, esta estrategia de afrontamiento mostró correlaciones negativas con manifestaciones sintomáticas como fatiga $rs=-.381$, $p=0.001$, disnea $rs=-.286$, $p=0.012$, insomnio $rs=-.284$, $p=0.013$, molestias en brazo $rs=-.328$, $p=0.005$ y mama $rs=-.339$, $p=0.004$, así como efectos secundarios del tratamiento sistémico $rs=-.263$, $p=0.020$. Conclusión: Las pacientes con neoplasia mamaria que implementan predominantemente la estrategia de afrontamiento "ingenioso-enfocado" durante el proceso terapéutico evidencian una percepción más favorable de su calidad de vida, sugiriendo la importancia de fortalecer estos mecanismos adaptativos como componente complementario en la atención oncológica integral (16).

Velázquez A, Reyes M.M .- “ Correlación entre las relaciones intrafamiliares y el nivel de afrontamiento y adaptación en pacientes con cáncer” , Puebla ,2022. Objetivo: Establecer la relación entre el nivel de relaciones intrafamiliares con el proceso de afrontamiento y adaptación. Metodología :Tipo descriptivo, correlacional y transversal con una población de 60 pacientes con cáncer de mama y cáncer colorrectal con el instrumento utilizado de escala de evaluación sobre relaciones intrafamiliares y ECAPS. Resultados: refiriendo que ambos sexos el promedio de edad fue 54.2, un 80% es de sexo femenino y lo restante es de masculino, un 46.7% solo estudio nivel primario, respecto a la ocupación el 25% esta empleado mientras que el 10% desempleado, el 61,7% es ama de casas , el 71.7% tiene cáncer de mama y un 21.7% cáncer colorrectal, respecto al nivel de afrontamiento y adaptación un 35% tiene un nivel alto, el 48.3% nivel medio mientras que un 16.7% tiene un nivel bajo respectivamente. Conclusión: El nivel de afrontamiento – adaptación se relaciona significativamente con el nivel de relaciones intrafamiliares, la familia es un apoyo principal del paciente oncológico, cuánto mayor sea la relación entre la familia y el paciente mayor será el nivel de afrontamiento de los pacientes con cáncer (17).

Ricárdez A.- “Afrontamiento, adaptación y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama” ,Villahermosa, Tabasco 2022 . Objetivo :Evaluar el proceso de afrontamiento y adaptación relacionando la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. Metodología: estudio de tipo correlacional y descriptivo con una población de 14 pacientes oncológicas con cáncer de mama, utilizando el instrumento de ESCAPS. Resultados: hallo que la mayoría tenían edad de 49 a 50 años , un 57% eran de un

extracto socioeconómico medio, el 35.7% es alto mientras que el 17.1% es de bajo , el 100% de la población de estudio refieren tener una alta capacidad de afrontamiento y adaptación ,en los hallazgos encontrados los participantes buscan diferentes formas de solución frente a la enfermedad, manejando un pensamiento positivo, dentro del autoconcepto el 92.9% manifiestan una alta capacidad de afrontamiento en cuanto el 7.1% tiene un nivel compensatorio adaptativo. Conclusión: Por lo que un bajo nivel de autoconcepto no quiere decir que crea un déficit de proceso de adaptación frente a la enfermedad del cáncer (18).

Roifah I. et al.- "Factores que afectan los mecanismos de afrontamiento en pacientes en quimioterapia con el enfoque de la Teoría de Adaptación de Callista Roy", Indonesia, 2019. Objetivo: Analizar los factores que influyen en los mecanismos de afrontamiento en pacientes sometidos a quimioterapia, utilizando como marco conceptual la teoría de adaptación de Callista Roy. Metodología: Estudio de diseño transversal realizado con una población de 95 pacientes en tratamiento quimioterapéutico en el Hospital SumberGlagah de Mojokerto, Indonesia. Para la recolección de datos se empleó la Escala de Procesamiento de Afrontamiento y Adaptación CAPS, instrumento validado bajo el enfoque teórico adaptativo de Roy. Resultados: El análisis de regresión logística evidenció que los factores educativos $p=0.031$ y laborales $p=0.023$ ejercen una influencia significativa sobre los mecanismos de afrontamiento, mientras que el ciclo de quimioterapia $p=0.688$ no mostró efecto significativo. Los hallazgos sugieren que a mayor nivel educativo, los pacientes desarrollan mejor tolerancia y control frente a los estresores. Asimismo, el entorno laboral proporciona soporte social que contribuye al desarrollo de mecanismos adaptativos de afrontamiento. Conclusión: La educación y la situación laboral constituyen determinantes significativos en la configuración de mecanismos de afrontamiento adaptativos en pacientes oncológicos bajo tratamiento quimioterapéutico, mientras que la fase del ciclo de quimioterapia no representa un factor influyente. Estos resultados respaldan la aplicabilidad del modelo conceptual "Sistema Adaptativo Holístico" de Callista Roy en el contexto de enfermedades crónicas sometidas a tratamiento, especialmente en entornos oncológicos (19).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Parra K.- "Afrontamiento-adaptación y sufrimiento del familiar de paciente con enfermedad oncológica, Servicio de Onco-Hematología, H.N.C.A.S.E. - EsSalud, Arequipa 2019", Arequipa, 2020. Objetivo: Determinar la relación existente entre el sufrimiento y los procesos de afrontamiento-adaptación en familiares de pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el servicio de Onco-Hematología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo H.N.C.A.S.E. de EsSalud en Arequipa. Metodología: Investigación descriptiva de corte transversal con diseño correlacional, que utilizó como método la encuesta y como instrumento principal la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación CAPS. La muestra estuvo conformada por familiares de 117 pacientes hospitalizados en el servicio de Onco-Hematología durante el año 2019. Resultados: El análisis de los datos reveló que una significativa mayoría 90.6% de los familiares de pacientes oncológicos presentaron alta capacidad de afrontamiento y adaptación, mientras solo el 9.4% manifestaron baja capacidad. Respecto a los niveles de sufrimiento, el 76.1% de los familiares exhibieron un nivel de sufrimiento considerado normal, seguido por un 17.1% que presentaron sufrimiento mínimo, y únicamente el 6.8% experimentaron sufrimiento máximo. El análisis estadístico demostró una relación significativa $P < 0.05$ entre las variables de sufrimiento y capacidad de afrontamiento-adaptación. Conclusión: Existe una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de sufrimiento experimentado por los familiares de pacientes oncológicos y su capacidad de afrontamiento-adaptación, lo que sugiere la importancia de desarrollar intervenciones enfermeras orientadas a fortalecer estrategias adaptativas en el entorno familiar del paciente oncológico (20).

Jara C.Y.Y, Urbina V.T.A. "Fatiga y afrontamiento de mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia de un hospital de Chiclayo" ,Trujillo 2019. Objetivo : Determino la relación del nivel de fatiga con el nivel de afrontamiento de mujeres con cáncer de mama .Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, población conformada por 50 mujeres ,instrumento utilizado CAPS. Resultados : 48% de la población la edad oscila entre 46 a 60 años, el 90% tiene una religión mientras que el 10% no tiene religión, el 100% de la muestra siempre vive con un familiar ,con respecto al nivel de afrontamiento el 66% tiene un nivel mediano, el 30% un nivel alto

mientras que 4% un nivel bajo respectivamente .Conclusión: El 66% de las mujeres con cáncer de mamas los esfuerzos realizados para afrontar la enfermedad no tienen una respuesta positivas frente al cáncer (21).

Canchari v. y Castro M.- "Estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico del cáncer de mama en mujeres del servicio de oncología médica de un hospital del MINSA 2022", Perú, 2023. Objetivo: Caracterizar las estrategias de afrontamiento empleadas por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el servicio de oncología del Hospital Cayetano Heredia HCH durante el año 2022. Metodología: Investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 42 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que acudieron al servicio de oncología médica del HCH, se utilizó como técnica la encuesta virtual mediante la aplicación del cuestionario Brief Cope Inventory en su versión española. Resultados: Los participantes presentaron una edad media de 54.9 años $DE=12.1$, el análisis reveló que la media del tipo de afrontamiento activo fue de 35.98 $DE=5.75$, siendo la estrategia activa $Me:6.0$ la más utilizada y el humor $Me:2.0$ la menos empleada dentro de esta categoría. Por otra parte, la media del tipo de afrontamiento pasivo fue de 35.02 $DE=4.15$, destacando la religión $Me:8.0$ como la estrategia más utilizada y el uso de sustancias $Me:2.0$ como la menos frecuente en este grupo. Conclusión: Las mujeres con cáncer de mama no emplean un único tipo de afrontamiento, sino que recurren a diversas estrategias tanto de carácter activo como pasivo para hacer frente a su diagnóstico, lo que sugiere un abordaje adaptativo complejo ante la enfermedad (22)

León Salgado J.- "Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama servicio ambulatorio oncología en un hospital nacional de Lima 2022", Perú, 2022. Objetivo: Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con neoplasia de mama atendidas en el Servicio Ambulatorio de Oncología del Hospital Nacional Guillermo Almenara de Lima durante el año 2022. Metodología: Investigación de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 61 pacientes con cáncer de mama que asistían al Servicio Ambulatorio de Oncología, con edades distribuidas entre 38 y 85 años. Se empleó como técnica la encuesta y como instrumentos el Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-C30 y el Brief Cope Inventory

para medir las estrategias de afrontamiento en sus dimensiones de evasión y confrontación. Resultados: Se encontró que el 57.1% de los pacientes presentaba una calidad de vida medianamente saludable. Respecto a las estrategias de afrontamiento, el 100% de los pacientes utilizaban la estrategia de evasión de manera aceptable, de las cuales el 55.7% tenía una calidad de vida regular. En cuanto a la estrategia de confrontación, el 61.4% de quienes la utilizaban de manera aceptable presentaba una calidad de vida regular. El análisis de las dimensiones específicas reveló que entre los pacientes que utilizaban la estrategia de confrontación, el 77.5% presentaba una calidad física medianamente saludable, el 84.6% una calidad de vida social medianamente saludable, y el 79.3% una calidad psicológica saludable. Mediante el coeficiente de estimación de Spearman se establece una relación directa pero escasa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida $Rho=0.285$, $p=0.004$, así como entre la dimensión de evasión y la calidad de vida $Rho=0.234$, $p=0.004$, y entre la dimensión de confrontación y la calidad de vida $Rho=0.206$, $p=0.002$. Conclusión: Existe una relación significativa aunque escasa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, lo que sugiere que el uso adecuado de estrategias de afrontamiento podría contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, aunque existen otros factores que también influyen en esta relación (23).

Saenz Diaz T.- "Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos de un centro médico de Chiclayo, 2023", Perú, 2025. Objetivo: Determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia en pacientes oncológicos de un centro médico de Chiclayo, así como identificar las estrategias empleadas según sexo y tiempo transcurrido a partir del diagnóstico, considerando que el cáncer repercute negativamente en la vida de las personas ocasionando más sufrimiento físico y psicológico, lo que requiere mecanismos idóneos que faciliten la adaptación frente a esta situación estresante. Metodología: Investigación con diseño no experimental de tipo descriptivo. La población estuvo conformada por 50 pacientes oncológicos atendidos en un centro médico de Chiclayo durante el año 2023. Como instrumento de evaluación se utilizó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI, que permite identificar las estrategias que los pacientes utilizan para hacer frente a su enfermedad. Resultados: Se evidencia que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes oncológicos fueron: resolución de problemas, evitación de problemas y

pensamiento desiderativo. Al analizar las estrategias según el sexo, se encontró que las mujeres utilizaban mayoritariamente la resolución de problemas, mientras que los hombres empleaban con mayor frecuencia la evitación de problemas, el pensamiento desiderativo y la autocrítica. En cuanto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico, se identificó que durante el primer año los pacientes hacían mayor uso de la resolución de problemas; Sin embargo, a partir del primer año de diagnóstico, las estrategias predominantes pasaban a ser la evitación de problemas y el pensamiento desiderativo. Conclusión: Los pacientes oncológicos utilizan diversas estrategias de afrontamiento, siendo la resolución de problemas la más frecuente en términos generales. Existen diferencias significativas en el uso de estas estrategias según el sexo y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, lo que sugiere la necesidad de considerar estos factores al diseño de intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar la adaptación de estos pacientes a su enfermedad (24).

2.1.3. Antecedentes locales

Borda R, Ito M.- "Calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés de pacientes oncológicos del Hospital Regional Cusco – 2023", Perú, 2024. Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Regional Cusco durante el año 2023, considerando el impacto del cáncer como problema de salud pública en términos de morbilidad, mortalidad, costos y calidad de vida. Metodología: Estudio descriptivo, transversal y correlacional que incluyó a una población de 80 pacientes oncológicos. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: el cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ C-30, desarrollado por la Organización Europea y validado por Núñez López y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos CAEPO, desarrollado por María Teresa González y validado por Díaz et al. Resultados: El 32.5% de los pacientes tenía entre 55 y 65 años, el 70% era de sexo femenino y el 30% de sexo masculino. Respecto a la calidad de vida, el 52.5% de los pacientes reportó una calidad de vida moderada, el 30% una calidad de vida mala y sólo el 17.5% manifestó tener una buena calidad de vida. Al correlacionar la calidad de vida con las dimensiones del afrontamiento al estrés, se encontró una elevación positiva con las estrategias de enfrentamiento activo $r=0.377$, búsqueda de apoyo social $r=0.024$, autocontrol y control $r=0.455$, y negación $r=0.198$. Sin embargo, se

observará una evaluación negativa e inversa con las estrategias de ansiedad y preocupación $r=-0.506$, lo que indica que a mayor uso de estrategias basadas en la ansiedad y preocupación, menor es la calidad de vida percibida por los pacientes. Conclusión: Existe una relación significativa entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, evidenciando que las estrategias de afrontamiento positivas como el enfrentamiento activo, la búsqueda de apoyo social y el autocontrol están asociadas con una mejor calidad de vida, mientras que las estrategias centradas en la ansiedad y preocupación se relacionan inversamente con el bienestar general (25).

Morveli M.- "Locus de control, estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer de un Hospital del Cusco durante el 2021", Perú, 2022. Objetivo: Analizar la relación entre el locus de control de salud, las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos que reciben quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional "Adolfo Guevara Velasco" de Cusco durante el año 2021. Metodología: Estudio correlacional con una muestra de 103 pacientes con cáncer bajo tratamiento quimioterapéutico ambulatorio. Se emplearon tres instrumentos: la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud para evaluar las creencias de control sobre la salud; el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos CAEPO para medir las estrategias de afrontamiento; y la Escala de Adherencia al Tratamiento del Cáncer EATC para determinar el nivel de cumplimiento terapéutico. Resultados: Se encontró una variación ligera inversa y estadísticamente significativa entre el locus de control de "otros poderosos" y las estrategias de afrontamiento $\text{sig.}=0.013$, así como entre el locus de control de "causalidad o azar" y las estrategias de afrontamiento $\text{sig.}=0.030$. No se halló evaluación significativa entre el locus de control de salud y la adherencia al tratamiento, ni entre las estrategias de afrontamiento en general y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, al analizar específicamente las dimensiones de las estrategias de afrontamiento, se identificó una relación directa y significativa entre las estrategias de "autocontrol y control emocional" y "búsqueda de apoyo social" con la adherencia al tratamiento. Además, se observará que los pacientes que llevaban recibiendo tratamiento por menos de un año se presentaran predominantemente un locus de control basado en la "casualidad o azar". Conclusión: Las creencias sobre el control de la salud, particularmente cuando están basadas en la influencia de "otros

poderosos" o en la "causalidad o azar", se relacionan inversamente con las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos. Las estrategias de afrontamiento específicas como el autocontrol emocional y la búsqueda de apoyo social favorecen la adherencia al tratamiento, lo que sugiere la importancia de fomentar estas habilidades en los pacientes para mejorar los resultados terapéuticos (26).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teorías asociadas al afrontamiento y adaptación

2.2.1.1. Teoría transaccional del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman

El enfoque de Lazarus y Folkman representa uno de los paradigmas conceptuales más influyentes para comprender los mecanismos del estrés, habiendo establecido sus fundamentos hace varias décadas, aunque manteniendo plena vigencia en la actualidad debido a su capacidad explicativa, por lo que constituye el fundamento teórico sobre el cual se desarrolla la investigación, bajo esta perspectiva aplicada enfatiza particularmente la interacción dinámica entre la persona y su entorno mientras destaca cómo la respuesta al estrés depende principalmente de los procesos evaluativos individuales, de modo que ante la presencia de estresores el individuo activa un doble proceso de evaluación: inicialmente evalúa la relevancia de los factores estresantes valoración primaria y posteriormente examina sus capacidades y recursos disponibles para hacerles frente valoración secundaria, siendo estas evaluaciones determinantes cruciales en la selección de las estrategias de afrontamiento que implementará el sujeto. Las estrategias elegidas consecuentemente impactan tanto en las manifestaciones inmediatas de la respuesta al estrés como en dimensiones de mayor plazo relacionadas con la salud integral, el equilibrio psicológico y la funcionalidad social, aunque cabe mencionar que el diagrama representa una simplificación lineal de un sistema mucho más complejo y dinámico cuya naturaleza recursiva y efectos paralelos a corto y largo plazo fueron designados por los autores en anotaciones complementarias al modelo original (27).

En etapas posteriores, Lazarus junto con otros investigadores desarrolló una teoría integrativa de naturaleza cognitivo-motivacional-emocional que profundizó en el análisis de diversos procesos evaluativos específicos y su relación con distintas

respuestas emocionales, lo que permitió incorporar el concepto de estrés transaccional dentro de un marco teórico más amplio sobre las emociones, estableciendo así una integración conceptual entre la investigación del estrés y los procesos emocionales asociados. No obstante, nuestra investigación actual se concentra específicamente en el núcleo fundamental de la teoría transaccional del estrés: la interacción persona-entorno, motivo por el cual nuestro análisis no profundiza en procesos evaluativos o emocionales específicos sino que examina las trayectorias que conectan variables personales y ambientales con las estrategias de afrontamiento y sus efectos posteriores en la respuesta al estrés y la salud mental de los individuos (28), (29).

2.2.1.2. Modelo de adaptación de Callista Roy RAM

El modelo de adaptación de Roy posee una relevancia significativa en el contexto oncológico, especialmente cuando se aplica a pacientes que enfrentan intervenciones quirúrgicas relacionadas con el cáncer, siendo su finalidad principal acelerar, desarrollar y potenciar los procesos adaptativos de los individuos en la compleja transición entre salud y enfermedad que caracteriza la experiencia oncológica, además, la literatura especializada ha documentado ampliamente cómo la implementación de cuidados de enfermería basados en este modelo mejora considerablemente la capacidad adaptativa de los pacientes durante el proceso postquirúrgico oncológico, lo que resulta fundamental considerando las profundas alteraciones que estas intervenciones generan en múltiples dimensiones de la vida del paciente. Por tanto, constituye un marco teórico integral para comprender la capacidad humana de adaptación ante situaciones de salud-enfermedad, fundamentándose en una visión holística donde la persona funciona como un sistema adaptativo biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante mientras responde a estímulos focales como el diagnóstico de cáncer, contextuales apoyo familiar y residuales creencias culturales mediante dos subsistemas de afrontamiento interconectados: el regulador, que opera a través de procesos neuroquímicos automáticos, y el sistema cognador, que procesa información a nivel perceptual, emocional y de aprendizaje, manifestándose estos mecanismos adaptativos a través de cuatro modos interrelacionados que permiten evaluar respuestas: el fisiológico funciones orgánicas básicas, el de autoconcepto percepción sobre uno mismo, el de

función del rol desempeño social y el de interdependencia relaciones interpersonales (30).

El objetivo fundamental del modelo es promover la adaptación de las personas en sus cuatro modos adaptativos mediante la facilitación de respuestas adaptativas en situaciones de salud y enfermedad, proporcionando un marco conceptual para la evaluación sistemática de las respuestas humanas que guíe intervenciones de enfermería dirigidas a manipular estímulos del entorno, fortaleciendo los mecanismos de afrontamiento individuales ante situaciones estresantes para mejorar la calidad de vida mediante la optimización de procesos adaptativos. Los fundamentos teóricos y filosóficos del modelo se sustentan en la teoría de sistemas que visualiza a la persona como un sistema adaptativo holístico que interactúa constantemente con un entorno cambiante, incorporando conceptos de la teoría del estrés de Selye sobre respuestas fisiológicas y psicológicas al estrés, teorías del desarrollo que reconocen la influencia de procesos de crecimiento y maduración en la capacidad adaptativa, y principios cibernéticos que utilizan retroalimentación y control en los procesos adaptativos, todo ello enmarcado en fundamentos filosóficos humanísticos que enfatizan la dignidad y valor inherente de cada persona, el concepto de veritivy que refleja la verdad común de la diversidad humana, la responsabilidad cósmica que reconoce la interconexión universal y la responsabilidad mutua, y la actividad creativa que valora la capacidad humana para crear y transformar, incluyendo además fundamentos espirituales que reconocen la dimensión espiritual como componente integral de la persona y la importancia del significado y propósito en la experiencia humana (30).

Los componentes esenciales del modelo incluyen la conceptualización de la persona como sistema adaptativo biopsicosocial complejo que posee procesos de vida inherentes con capacidades innatas para mantener la integridad, mecanismos de afrontamiento especializados para responder a estímulos y cuatro modos adaptativos como manifestaciones observables de respuestas adaptativas, mientras que el ambiente constituye todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y comportamiento del sistema adaptativo, diferenciándose entre ambiente interno que incluye procesos fisiológicos, psicológicos y sociales internos, y ambiente externo conformado por factores físicos, sociales y culturales externos, definiendo la salud como un estado y proceso de ser y convertirse en una persona

integrada y completa que refleja la mutualidad entre la persona y el ambiente, estableciendo como meta de enfermería promover la adaptación de la persona en los cuatro modos adaptativos para contribuir a la salud, calidad de vida y muerte digna (30).

El modelo identifica tres tipos de estímulos que influyen en las respuestas adaptativas: los estímulos focales que son factores que confrontan inmediatamente a la persona y requieren una respuesta adaptativa inmediata como el diagnóstico de cáncer, procedimientos médicos invasivos, dolor agudo o cambios en el estado de salud; los estímulos contextuales que representan todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal incluyendo apoyo familiar y social, recursos económicos, nivel educativo, experiencias previas de enfermedad y factores culturales y religiosos; y los estímulos residuales que son factores cuyo efecto en la situación actual es indeterminado o desconocido como creencias inconscientes, experiencias pasadas no procesadas, factores genéticos e influencias culturales profundas. Es decir que, estos estímulos son procesados por dos subsistemas de afrontamiento interconectados: el subsistema regulador que opera a través de canales neuroquímicos automáticos para mantener procesos vitales mediante componentes de entrada como el sistema nervioso autónomo y sistema endocrino, procesos de control a través de retroalimentación neural y química, y respuestas de salida manifestadas en funciones corporales automáticas; y el subsistema cognador que procesa información a través de canales cognitivo-emocionales mediante procesos perceptuales de atención, codificación y memoria, procesos de aprendizaje a través de experiencia, insight e imitación, procesos de juicio mediante resolución de problemas y toma de decisiones, y procesos emocionales incluyendo defensa, búsqueda de alivio y afecto (30).

Los cuatro modos de adaptación constituyen las manifestaciones observables de las respuestas del sistema adaptativo, iniciando con el modo fisiológico relacionado con las funciones físicas básicas necesarias para mantener la vida, incluyendo necesidades básicas como oxigenación y circulación, nutrición e hidratación, eliminación urinaria e intestinal, actividad y reposo, protección e integridad de la piel, así como procesos complejos de función neurológica, función endocrina y percepción sensorial. El modo de autoconcepto se enfoca en los aspectos psicológicos y

espirituales de la persona, abarcando el yo físico que incluye sensación corporal e imagen corporal, y el yo personal que comprende autoconsistencia, ideal del yo y yo ético-moral-espiritual, siendo particularmente relevante en pacientes oncológicos que experimentan alteraciones en la imagen corporal post-cirugía, cambios en la autoestima, confrontación con la mortalidad y redefinición de la identidad personal.

El modo de función del rol se relaciona con los roles que la persona desempeña en la sociedad, diferenciando entre roles primarios determinados por edad, sexo y etapa de desarrollo, roles secundarios adquiridos por tareas específicas profesionales o familiares, y roles terciarios relacionados con actividades menores y temporales, incluyendo componentes de comportamientos instrumentales que involucran tareas específicas y comportamientos expresivos que manifiestan sentimientos y actitudes, aspectos frecuentemente afectados en pacientes oncológicos que experimentan limitaciones en el desempeño laboral, cambios en roles familiares, adaptación a nuevas dependencias y modificación de responsabilidades sociales. Finalmente, el modo de interdependencia se centra en las relaciones interpersonales y sistemas de apoyo, abarcando relaciones significativas que proporcionan apoyo afectivo, atención y respeto mutuos, valoración y afirmación, así como sistemas de apoyo que incluyen familia, amigos, comunidad y grupos de apoyo, siendo especialmente crítico en el contexto oncológico donde los pacientes experimentan necesidad aumentada de apoyo social, cambios en las dinámicas familiares, importancia de grupos de apoyo y desarrollo de relaciones terapéuticas significativas (30).

La aplicación del modelo en el contexto oncológico se manifiesta específicamente en cada modo adaptativo, donde el modo fisiológico evidencia efectos de la quimioterapia y radioterapia, cambios en la función inmunológica, alteraciones nutricionales y fatiga relacionada con el cáncer, mientras que los otros tres modos presentan desafíos únicos que requieren intervenciones especializadas basadas en el proceso de enfermería según Roy, que incluye evaluación del primer nivel mediante observación sistemática de respuestas, identificación de comportamientos adaptativos e ineficaces y documentación de manifestaciones específicas, seguida de evaluación del segundo nivel para identificar estímulos focales, contextuales y residuales que influyen en los comportamientos observados, diagnóstico de enfermería que formula enunciados reflejando el estado adaptativo de la persona, establecimiento de metas determinando

resultados esperados en términos de comportamientos adaptativos específicos con timeframes realistas y criterios observables, intervención mediante manipulación de estímulos para promover respuestas adaptativas, y evaluación para determinar la efectividad de las intervenciones comparando comportamientos con metas establecidas y modificando el plan según resultados obtenidos. La relevancia contemporánea del Modelo de Adaptación de Roy se mantiene en la práctica de enfermería actual debido a su enfoque holístico que considera múltiples dimensiones de la experiencia humana, su aplicabilidad en diversos contextos clínicos y poblaciones, su contribución al desarrollo de intervenciones basadas en evidencia, su compatibilidad con modelos de cuidados centrados en la persona y su utilidad en la investigación en enfermería y ciencias de la salud, proporcionando en el contexto específico de la oncología un marco comprehensivo para entender y abordar las complejas necesidades adaptativas de los pacientes, facilitando un cuidado integral que trasciende los aspectos puramente biomédicos para incluir dimensiones psicosociales y espirituales fundamentales en la experiencia del cáncer (31).

La aplicación de este modelo en el contexto oncológico resulta particularmente valiosa porque permite abordar sistemáticamente las múltiples dimensiones afectadas por el cáncer y sus tratamientos, ya que siguiendo un proceso metodológico de evaluación comportamental en los cuatro modos adaptativos, identificación de estímulos influyentes, establecimiento de diagnósticos enfermeros precisos, definición colaborativa de metas realistas, implementación de intervenciones dirigidas a modificar estímulos para promover la adaptación positiva y evaluación constante de resultados, los profesionales de enfermería pueden desarrollar cuidados holísticos que trasciendan el manejo sintomático para facilitar la adaptación integral del paciente, considerando tanto aspectos físicos como psicológicos, sociales y espirituales, reconociendo la naturaleza dinámica de este proceso adaptativo a lo largo de toda la trayectoria de la enfermedad y potenciando los recursos propios del paciente para desarrollar respuestas adaptativas efectivas incluso en las circunstancias más desafiantes que el cáncer puede presentar (32).

2.2.2. Cáncer

El cáncer es una enfermedad caracterizada por la proliferación descontrolada de células transformadas que están sujetas a evolución por selección natural, por lo que, se reconoce que las células cancerosas no solo crecen sin las restricciones normales de los tejidos sanos, sino que también experimentan un proceso evolutivo donde las adaptaciones celulares les permiten evadir mecanismos de muerte celular, aumentar su absorción de recursos, cooptar células normales, evadir el sistema inmunitario y crear condiciones favorables para su supervivencia. A diferencia de las células normales, cuya proliferación está regulada por mecanismos de control tisular, las células cancerosas operan bajo limitaciones ecológicas como disponibilidad de recursos, espacio y acumulación de toxinas (33).

La comprensión del cáncer ha evolucionado históricamente desde su identificación inicial como simplemente un "tumor" o masa en crecimiento, hasta el reconocimiento de su naturaleza celular por Rudolf Virchow en el siglo XIX, y posteriormente como una "enfermedad genética" con la identificación de mutaciones impulsoras en el siglo XX. La conceptualización más reciente incorpora elementos evolutivos, reconociendo que las poblaciones de células cancerosas desarrollan adaptaciones en respuesta a presiones selectivas de su microambiente, lo que explica fenómenos como la resistencia a medicamentos y la progresión de la enfermedad (33).

2.2.2.1 Tipos de cáncer: clasificación y características

El cáncer es una enfermedad multifactorial caracterizada por el crecimiento y división descontrolados de células anormales, a diferencia del proceso celular normal, donde las células envejecidas o dañadas mueren y son reemplazadas ordenadamente, en el cáncer las células dañadas sobreviven cuando deberían morir, y se forman células nuevas innecesariamente, además, este proceso oncogénico progresivo resulta en la acumulación de variantes patogénicas que alteran profundamente la fisiología celular (34).

Clasificación por localización anatómica. Los tipos de cáncer generalmente reciben el nombre de los órganos o tejidos donde se originan las células malignas, donde, esta

clasificación representa la forma más común de categorización y refleja las características histológicas y moleculares específicas de cada localización:

- **Cánceres del Sistema Respiratorio:** Incluyen cáncer de pulmón carcinoma de células pequeñas y no pequeñas, cáncer de laringe y mesotelioma pleural.
- **Cánceres del Sistema Digestivo:** Abarcan cáncer colorrectal, gástrico, pancreático, hepático, esofágico y de vesícula biliar.
- **Cánceres del Sistema Reproductor:** Comprenden cáncer de mama, próstata, ovario, útero, cervical y testicular.
- **Cánceres del Sistema Urinario:** Incluyen cáncer de vejiga, riñón y uretra.
- **Cánceres del Sistema Endocrino:** Como cáncer de tiroides, paratiroides y suprarrenal.
- **Cánceres del Sistema Nervioso:** Tumores cerebrales y de médula espinal.
- **Cánceres de Piel:** Melanoma, carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas.

Clasificación por tipo de tejido. Otra forma importante de clasificar los cánceres es según el tipo de células donde se originan:

- **Carcinomas:** Derivados de células epiteliales que recubren órganos y glándulas. Representan aproximadamente el 80-90% de todos los cánceres.
- **Sarcomas:** Se desarrollan en tejidos conectivos como huesos, cartílagos, grasa, músculo y vasos sanguíneos.
- **Leucemias:** Afectan células en suspensión como la sangre y médula ósea. Se clasifican en agudas o crónicas, y según el tipo celular afectado mieloide o linfoide.
- **Linfomas:** Se originan en el sistema linfático, clasificándose principalmente en linfoma de Hodgkin y linfoma no Hodgkin.

- **Mielomas:** Cánceres que se desarrollan en células plasmáticas de la médula ósea.
- **Melanomas:** Se originan en células productoras de melanina melanocitos.
- **Tumores del Sistema Nervioso Central:** Incluyen diversos tipos de tumores cerebrales y medulares.

Clasificación por características moleculares. Los avances en genómica han permitido clasificar los cánceres según sus perfiles moleculares, proporcionando información crucial para tratamientos dirigidos:

- **Cánceres HER2-positivos:** Sobreexpresan el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2.
- **Cánceres con mutaciones en BRCA1/BRCA2:** Asociados principalmente con cánceres de mama y ovario hereditarios.
- **Cánceres con inestabilidad microsatelital MSI:** Caracterizados por defectos en el sistema de reparación del ADN.
- **Cánceres con mutaciones en EGFR:** Frecuentes en ciertos tipos de cáncer de pulmón.
- **Cánceres con reordenamientos ALK:** Presentes en un subconjunto de cánceres de pulmón.

Esta clasificación molecular ha revolucionado el enfoque terapéutico, permitiendo el desarrollo de tratamientos dirigidos específicamente a las alteraciones genéticas presentes en cada tumor (34).

Clasificación por estadios. El sistema TNM Tumor-Nódulos-Metástasis clasifica los cánceres según su estadio de desarrollo:

- **Estadio 0:** Carcinoma in situ, células anormales confinadas al lugar de origen.
- **Estadio I-III:** Representan niveles progresivos de invasión local y regional.
- **Estadio IV:** Cáncer metastásico que se ha diseminado a órganos distantes.

Esta clasificación es crucial para determinar el pronóstico y planificar el tratamiento más adecuado para cada paciente (34).

2.2.2.2 Modalidades de tratamiento del cáncer

Las modalidades de tratamiento del cáncer pueden clasificarse en convencionales y avanzadas, donde, la selección del tratamiento depende de múltiples factores como el tipo histológico del cáncer, su localización anatómica, estadio clínico, características moleculares del tumor, estado general del paciente y sus comorbilidades. Actualmente, más de la mitad de los ensayos clínicos en curso a nivel mundial se centran en el desarrollo de nuevos tratamientos oncológicos, lo que refleja la prioridad que representa esta enfermedad en la investigación médica global (35).

- **Terapias Convencionales.** Las estrategias tradicionales de tratamiento oncológico comprenden la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, que continúan siendo los pilares fundamentales del manejo del cáncer, además, la cirugía ofrece mejores resultados cuando se realiza en etapas tempranas de la enfermedad, permitiendo la resección completa del tumor con márgenes adecuados. La radioterapia utiliza radiación ionizante para destruir células cancerosas, aunque su principal limitación es el daño potencial a tejidos y órganos sanos circundantes; por su parte, la quimioterapia sistémica ha contribuido significativamente a reducir la morbilidad y mortalidad del cáncer, pero presenta importantes desafíos como la toxicidad en células de rápida división médula ósea, folículos pilosos, mucosa intestinal, el desarrollo de resistencia farmacológica mediante diversos mecanismos moleculares y la dificultad para seleccionar regímenes y dosis óptimas que equilibren eficacia y efectos adversos (35).
- **Terapia con Células Madre.** Representa una innovadora estrategia terapéutica contra el cáncer, utilizando células indiferenciadas capaces de diferenciarse en diversos tipos celulares. Incluye tres categorías principales: células madre pluripotentes embrionarias e inducidas por factores de Yamanaka, células madre adultas hematopoyéticas, mesenquimales y neurales y células madre cancerosas. Además, estas terapias funcionan mediante mecanismos como el proceso de homing migración dirigida, el efecto tumor-trópico atracción de células madre al microambiente tumoral y la

secreción de factores paracrinos. A pesar de resultados prometedores, esta modalidad enfrenta desafíos como el riesgo de tumorigénesis, efectos adversos en trasplantes alogénicos, toxicidad farmacológica, respuestas inmunitarias exacerbadas e infecciones virales (35)..

- **Terapia Farmacológica Dirigida.** Comprende fármacos diseñados para interferir con moléculas específicas involucradas en el crecimiento y diseminación tumoral, donde, estos agentes actúan mediante diversos mecanismos como la inhibición enzimática, la inducción de apoptosis y el bloqueo de la angiogénesis. A diferencia de la quimioterapia convencional, estos fármacos poseen mayor especificidad hacia las células cancerosas, reduciendo el daño colateral a tejidos sanos. Las principales categorías incluyen anticuerpos monoclonales como trastuzumab y rituximab e inhibidores de moléculas pequeñas como erlotinib y sorafenib (35).
- **Terapia de Ablación.** Representa un enfoque mínimamente invasivo para destruir tumores sin extirparlos quirúrgicamente, siendo particularmente útil para lesiones pequeñas menores de 3 cm y cuando la cirugía está contraindicada, además, las modalidades más utilizadas incluyen la ablación térmica radiofrecuencia, microondas, ultrasonido focalizado de alta intensidad que utiliza calor extremo, y la crio ablación que emplea ciclos de congelación-descongelación para inducir muerte celular (35).
- **Terapia Génica.** Comprende diversas estrategias para modificar genéticamente las células cancerosas o el sistema inmune del paciente, donde, estas incluyen la expresión de genes proapoptóticos y quimiosensibilizadores, restauración de genes supresores de tumores como p53, potenciación de respuestas inmunitarias antitumorales y silenciamiento dirigido de oncogenes mediante tecnologías de ARN interferente. Los vectores utilizados para la transferencia genética incluyen virus modificados adenovirus, retrovirus, liposomas catiónicos y nanopartículas poliméricas. Aunque esta modalidad ofrece ventajas como alta especificidad y potencial para tratamientos personalizados, enfrenta importantes desafíos como la integración genómica imprecisa, respuestas inmunes contra los vectores y dificultades para lograr una administración eficiente a las células diana, aspectos que continúan siendo objeto de intensa investigación para mejorar su aplicabilidad clínica (35).

2.2.2.3 Medidas Preventivas del Cáncer

Prevención Primaria

Consiste en reducir la incidencia del cáncer mediante la disminución de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables:

- **Dieta saludable:** Una alimentación rica en frutas, verduras, cereales integrales y fibra puede disminuir el riesgo de varios tipos de cáncer. También es importante reducir el consumo de carnes procesadas, grasas saturadas y azúcares refinados. Se ha demostrado que una dieta equilibrada contribuye a mantener un peso corporal adecuado, lo cual está vinculado a menor riesgo de cáncer.
- **Actividad física regular:** Al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada disminuyen el riesgo de cáncer de colon, mama y endometrio. Además, ayuda a mantener un peso saludable, lo que es clave en la prevención del cáncer.
- **Evitar sustancias tóxicas:** El consumo de tabaco está vinculado a más del 30% de todos los casos de cáncer, especialmente de pulmón, laringe, esófago y vejiga. El alcohol también aumenta el riesgo de cáncer de hígado, mama, boca y esófago.
- **Lactancia materna prolongada:** La lactancia tiene un efecto protector frente al cáncer de mama y ovario, tanto para la madre como beneficios inmunológicos para el niño(36).

Prevención Secundaria

Busca detectar el cáncer en etapas tempranas cuando el tratamiento es más efectivo:

- **Tamizaje y diagnóstico precoz:** La realización periódica de pruebas como el Papanicolaou y pruebas de ADN-VPV para cáncer de cuello uterino, mamografías para cáncer de mama, endoscopía digestiva para cáncer gástrico, y colonoscopías para cáncer colorrectal.
- **Campañas de concientización:** Programas educativos dirigidos a la población sobre la importancia de los chequeos preventivos, síntomas iniciales de cáncer, autoexploración mamaria y factores de riesgo(36)

Prevención Terciaria

Se orienta a reducir el impacto de la enfermedad ya diagnosticada:

- **Tratamiento oportuno:** Incluye cirugías, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y terapias dirigidas, según el tipo de cáncer y su etapa. Un tratamiento adecuado puede aumentar la supervivencia y calidad de vida del paciente.
- **Rehabilitación y apoyo:** Involucra cuidados paliativos, apoyo psicológico, servicios de fisioterapia y nutrición para mejorar la funcionalidad y bienestar del paciente. También se incluyen programas para la reintegración social y laboral (36)

2.2.3. Afrontamiento - adaptación

El concepto de afrontamiento ha sido conceptualizado como aquellos esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que las personas implementan para gestionar demandas percibidas como estresantes o que sobrepasan sus capacidades personales, clasificándose habitualmente en dos principales categorías: las estrategias centradas en el problema, utilizadas por quienes intentan manejar o transformar directamente el factor estresante causante de malestar mediante diversas acciones como la búsqueda activa de asesoramiento o información, la planificación sistemática y la acción directa, mientras las estrategias centradas en la emoción son empleadas por quienes buscan regular. prioritariamente su respuesta emocional ante la situación estresante a través de un espectro de conductas que abarcan desde la búsqueda de contención emocional hasta la reinterpretación positiva de la experiencia adversa. Por tanto, ha sido, ampliamente reconocido en la literatura científica que el afrontamiento efectivo facilita la adaptación a situaciones de cambio vital, contribuyendo significativamente al logro y mantenimiento del bienestar psicológico, como lo demuestran específicamente estudios en pacientes con cáncer donde se ha evidenciado que el ajuste psicológico se correlaciona positivamente con la utilización de estrategias cognitivas adaptativas y la búsqueda de sistemas de apoyo. social, hallazgos que subrayan el valor potencial de fortalecer sistemáticamente las habilidades para un afrontamiento adaptativo y eficaz en pacientes que enfrentan el desafío del diagnóstico y tratamiento oncológico (37).

Además, se puede referir que el afrontamiento representa un conjunto integrado de respuestas psicológicas manifestadas a través de conductas, acciones y

pensamientos estratégicamente implementados por las personas para manejar las exigencias generadas por situaciones valoradas como estresantes o amenazantes, como es el caso del diagnóstico y tratamiento oncológico, clasificándose tradicionalmente en dos modalidades fundamentales según su foco de acción: el afrontamiento centrado en el problema, orientado específicamente a modificar o gestionar directamente la situación estresante mediante acciones concretas como la planificación sistemática, la búsqueda activa de información relevante o la implementación de soluciones prácticas a dificultades específicas derivadas de la enfermedad, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción se dirige prioritariamente a regular los estados afectivos suscitados por la situación mediante estrategias como la búsqueda de apoyo emocional, la reinterpretación positiva de experiencias adversas o la aceptación gradual de circunstancias inevitables, pudiendo ambas modalidades funcionar adaptativamente según las circunstancias particulares y la etapa específica del proceso oncológico en que se encuentre el paciente, aunque la investigación científica ha identificado consistentemente que ciertas estrategias como la aceptación realista, la búsqueda activa de información, el afrontamiento activo y la movilización de apoyo social tienden a asociarse con mejores resultados en términos de bienestar psicológico, calidad de vida y adaptación funcional, mientras que otras estrategias como la negación persistente, la auto culpabilización, la rumiación catastrófica o el desenganche conductual suelen correlacionarse con mayor malestar emocional y peor ajuste psicosocial en el contexto de la experiencia oncológica (38).

Además, el afrontamiento constituye un proceso dinámico que integra un repertorio de respuestas cognitivas, emocionales y conductuales específicamente dirigidos a gestionar las demandas internas y externas percibidas como desafiantes o desbordantes durante situaciones estresantes como el diagnóstico y tratamiento del cáncer, por ende, representando un mecanismo adaptativo fundamental el cual mediante los pacientes oncológicos intentan mantener su equilibrio psicológico y ante las múltiples preocupaciones sociales, emocionales y funcionales relacionadas con la salud que emergen a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, desde las incertidumbres iniciales sobre el pronóstico hasta los desafíos asociados con los tratamientos y sus efectos secundarios, las alteraciones en la imagen corporal, las

reinterpretaciones existenciales y las reestructuraciones en los roles familiares y sociales (39).

Por otro lado, se puede señalar que, la adaptación al contexto oncológico representa un proceso dinámico y multidimensional donde la persona despliega diversos recursos psicológicos para afrontar críticamente los desafíos inherentes a la experiencia del cáncer, proceso en el cual intervienen factores clave como la resiliencia, que permite recuperarse y crecer a partir de la adversidad; el optimismo disposicional, que favorece expectativas positivas sobre los resultados futuros; las estrategias de afrontamiento específicas, que constituyen los esfuerzos cognitivos y conductuales implementadas para mitigar emociones negativas y manejar las repercusiones físicas, sociales y psicológicas de la enfermedad; el apoyo social percibido, que proporciona contención emocional e instrumental; y las emociones y actitudes positivas cultivadas durante este proceso, configurándose así un entramado complejo donde interactúan elementos patogénicos generadores de malestar y salutogénicos promotores de bienestar cuyo equilibrio determina significativamente la calidad de vida experimentada durante la trayectoria oncológica y el grado de funcionalidad que la persona logra mantener o recuperar a pesar de las limitaciones impuestas por la enfermedad y sus tratamientos (40).

2.2.4. Importancia del afrontamiento - adaptación en pacientes oncológicos

El afrontamiento constituye un componente crucial en la experiencia oncológica al representar el conjunto de mecanismos psicológicos mediante los cuales los pacientes gestionan activamente las Múltiples demandas estresantes generadas por el diagnóstico, tratamiento y secuelas del cáncer, cumpliendo dos funciones fundamentales que determinan significativamente su adaptación global: la resolución pragmática de problemas concretos derivados de la enfermedad y la regulación adaptativa de las respuestas emocionales suscitadas por esta experiencia potencialmente traumática, operando a través de diferentes dimensiones como la búsqueda activa de información estilo confrontativo que permite al paciente conocer, comprender y participar en decisiones sobre su condición, o la evitación selectiva de cierta información estilo evitativo que puede funcionar como mecanismo protector temporal ante contenidos emocionalmente abrumadores, constituyendo así un proceso dinámico y contextual cuyos patrones específicos influyen decisivamente en

aspectos tan relevantes como la adherencia a tratamientos, el manejo de síntomas, la comunicación con el equipo sanitario, la preservación de roles sociales significativos y, en última instancia, la calidad de vida experimentada durante toda la trayectoria de la enfermedad (41).

La relevancia del afrontamiento en el contexto oncológico se hace particularmente evidente al observar las marcadas diferencias en la adaptación psicológica entre diferentes pacientes ante circunstancias médicas objetivamente similares, donde algunos logran encontrar significado trascendente en la experiencia, percibiendo la enfermedad como un punto de inflexión transformador que paradójicamente enriquece su valoración de la vida y les permite experimentar un crecimiento postraumático manifestado en mayor apreciación por aspectos cotidianos, profundización de relaciones significativas y clarificación de prioridades vitales, mientras otros, incluso con pronósticos favorables y adecuados recursos de apoyo disponibles, desarrollan respuestas desadaptativas caracterizadas por desesperanza social, rechazo de intervenciones beneficiosas y deterioro significativo en su percepción de calidad de vida, diferencias que no pueden explicarse exclusivamente por factores médicos o contextuales sino principalmente por los patrones específicos de afrontamiento implementados, lo que subraya la importancia crítica de evaluar sistemáticamente estos patrones e incorporar intervenciones específicas a potenciar estrategias adaptativas como componente esencial de una atención oncológica integral que aborde tanto biomédicas como psicosociales (42).

2.2.5. Tipos de afrontamiento

El afrontamiento psicológico constituye un conjunto organizado de procesos cognitivos y conductuales que la persona implementa estratégicamente para mantener su adaptación psicosocial frente a las múltiples amenazas y desafíos que representan el diagnóstico y tratamiento del cáncer, manifestándose a través de diferentes estilos y estrategias específicas que varían con magnitud según factores personales, situacionales y contextuales mientras evolucionan dinámicamente a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (15).

- **El estilo de afrontamiento emocional** engloba aquellas estrategias orientadas principalmente a regular y modular las respuestas afectivas

generadas por la experiencia oncológica, incluyendo la búsqueda activa de apoyo emocional en el entorno familiar y amistoso donde el paciente encuentra comprensión, validación y contención afectiva; el recurso a la espiritualidad y prácticas religiosas que proporcionan consuelo, esperanza y un marco de significado trascendente; la transformación positiva mediante la cual se reinterpreta la experiencia adversa encontrando beneficios y oportunidades de crecimiento; la negación temporal como mecanismo protector ante información abrumadora; y la aceptación gradual que permite integrar cognitiva y emocionalmente la realidad del diagnóstico sin que esto implique resignación pasiva sino más bien una base realista para la acción adaptativa (15).

- **El estilo de afrontamiento resolutivo** comprende estrategias específicamente dirigidas a solucionar problemas concretos derivados de la enfermedad y sus tratamientos, caracterizándose por un abordaje activo y pragmático que incluye la diligencia en la búsqueda y ejecución de acciones directas sobre aspectos modificables de la situación; la búsqueda sistemática de apoyo profesional para obtener información, asesoramiento y tratamientos adecuados; el aplazamiento reflexivo de ciertas respuestas afrontativas para permitir una mejor evaluación de alternativas; el planeamiento metódico que estructura y organiza los cursos de acción más eficaces; y la reorganización prioritaria que implica la omisión temporal de actividades ordinarias para concentrar recursos en las demandas más urgentes relacionadas con la salud (15).
- **El estilo de afrontamiento evitativo** engloba aquellas estrategias mediante las cuales la persona intenta distanciarse psicológicamente de la situación amenazante, incluyendo la concentración y manifestación externalizada de los efectos adversos como forma de descargar tensión emocional; la distracción cognitiva que redirige deliberadamente la atención hacia pensamientos no relacionados con la enfermedad; y la distracción conductual mediante actividades que absorben temporalmente la atención y proporcionan alivio momentáneo del malestar, funcionando estos mecanismos como moduladores de la intensidad y ritmo con que la información potencialmente abrumadora es procesada e integrada, aunque su utilización predominante y persistente como estilo principal puede interferir con los procesos adaptativos necesarios para un afrontamiento eficaz a largo plazo (15).

2.2.6. La resiliencia en el contexto oncológico

La resiliencia representa una capacidad humana fundamental que adquiere singular relevancia en el contexto del cáncer, constituyéndose como aquella cualidad dinámica que permite a los pacientes oncológicos no solo resistir ante la adversidad del diagnóstico y tratamiento sino también transformar esta experiencia potencialmente traumática en una oportunidad de crecimiento personal y adaptación positiva, manifestándose a través de la habilidad para mantener el equilibrio psicológico, desarrollar respuestas adaptativas efectivas y encontrar significado en la experiencia de enfermedad mientras se preserva o recupera la capacidad funcional del cáncer en múltiples dimensiones vitales a pesar de las circunstancias difíciles. al proceso oncológico (43).

La experiencia clínica e investigativa ha demostrado consistentemente que los pacientes oncológicos con mayores niveles de resiliencia experimentan menor sintomatología ansiosa y depresiva, mejor adherencia a los tratamientos médicos, mayor satisfacción con la atención recibida, relaciones interpersonales más positivas y una calidad de vida significativamente superior tanto durante las fases activas de tratamiento como en la supervivencia a largo plazo, lo que posiciona a esta cualidad como un factor protector crucial cuyo desarrollo debe ser perfectamente incorporado en los abordajes psicoterapéuticos dirigidos a esta población (43).

Las intervenciones psicológicas orientadas al fomento de la resiliencia en pacientes oncológicos obtienen resultados particularmente favorables cuando integran componentes específicos como el desarrollo de estrategias de afrontamiento activo, la regulación emocional adaptativa, el cultivo de emociones positivas como gratitud y esperanza, el fortalecimiento de redes de apoyo social, la flexibilidad cognitiva para adaptarse a las nuevas circunstancias, la práctica de la autocompasión, la resignificación de la experiencia traumática y la conexión con valores personales profundos y sentido de propósito vital (43).

2.2.7. Dimensiones del afrontamiento -adaptación

El afrontamiento-adaptación constituye un proceso dinámico multidimensional que engloba la totalidad de patrones cognitivos, emocionales y conductuales específicamente desplegados por las personas para responder adaptativamente ante situaciones percibidas como desafiantes o estresantes, representando la capacidad humana para movilizar recursos personales y ambientales que permitirán manejar de manera efectiva las demandas generadas por circunstancias adversas como el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Este constructo integra tanto los esfuerzos deliberados y conscientes como las respuestas automáticas que se activan para mantener el equilibrio biopsicosocial y funcional, evolucionando continuamente según la interacción entre las características individuales, los recursos disponibles y las demandas específicas de cada etapa de la enfermedad (32).

Recursivo y centrado. Esta dimensión comprende la capacidad del individuo para implementar estrategias cognitivas constructivas orientadas a la resolución de problemas, caracterizándose por un enfoque reflexivo y propositivo que permite analizar sistemáticamente la situación, considerar alternativas viables y desarrollar planes de acción específicos. Incluye la activación de procesos mentales como el razonamiento lógico, la planificación estructurada y la creatividad aplicada para generar soluciones adaptativas ante los diversos desafíos que presenta la experiencia oncológica, representando un abordaje predominantemente racional y orientado a objetivos (32).

Creatividad para afrontar la enfermedad. Capacidad para generar respuestas novedosas, flexibles y efectivas ante los desafíos por la enfermedad, trascendiendo abordajes convencionales para desarrollar soluciones personalizadas que se adaptan a las circunstancias específicas del paciente.

- **Soluciones frente a la enfermedad.** Implementación de acciones concretas y estrategias específicas dirigidas a resolver problemas prácticos derivados de la enfermedad y su tratamiento, incluyendo la búsqueda activa de información, recursos y apoyos pertinentes.

Reacciones físicas y enfocadas. Comprende las manifestaciones fisiológicas y conductuales específicas mediante las cuales el organismo responde a las demandas impuestas por la situación estresante, incluyendo cambios en patrones de actividad, descanso, alimentación y otros comportamientos observables que reflejan los esfuerzos adaptativos del individuo. Esta dimensión abarca la capacidad para reconocer, monitorear y modularmente conscientemente las respuestas corporales asociadas al estrés, transformándolas en acciones concretas y organizadas orientadas a recuperar o mantener el equilibrio físico durante el proceso de enfermedad (32).

- **Respuestas físicas.** Conjunto de reacciones corporales observables mediante las cuales el organismo manifiesta su adaptación a las demandas impuestas por la enfermedad, incluyendo modificaciones en patrones de actividad, descanso, alimentación y autocuidado.

Proceso de alerta. Esta dimensión refleja la capacidad del individuo para mantenerse vigilante y atento a los cambios en su condición física y emocional, caracterizándose por un estado de conciencia intensificada que permite detectar oportunamente signos y síntomas relevantes, anticipar dificultades potenciales y responder proactivamente. Implica una disposición activa para monitorear indicadores internos y externos que requieran modificaciones en las estrategias de afrontamiento, involucrando procesos atencionales, perceptuales y evaluativos que posibilitan una respuesta adaptativa rápida y flexible (32).

- **Reacciones de alerta frente a la enfermedad-** Activación de mecanismos atencionales intensificados que permiten la detección temprana y valoración adecuada de cambios significativos en la condición de salud, síntomas emergentes o efectos del tratamiento.

Conocer y relacionar. Esta dimensión comprende la capacidad del individuo para integrar activamente nueva información sobre su condición médica con sus conocimientos previos y experiencias personales, estableciendo conexiones significativas que permiten una comprensión más profunda y contextualizada de su situación oncológica. Implica procesos cognitivos de asimilación, comparación y síntesis mediante los cuales el paciente construye marcos interpretativos coherentes

que dan sentido a su experiencia, facilitando la identificación de patrones, relaciones causa-efecto y posibles trayectorias de evolución que fundamentan decisiones informadas y adaptativas (32).

- **Uso de la imaginación.** Capacidad para utilizar representaciones mentales y visualizaciones constructivas que faciliten la comprensión, aceptación y manejo de la experiencia oncológica, permitiendo anticipar escenarios, ensayar respuestas y desarrollar perspectivas alternativas.

Procesamiento sistémico. Constituye la capacidad para abordar metódicamente las demandas de la enfermedad mediante la organización secuencial y estructurada de la información relevante, la priorización efectiva de necesidades y la implementación ordenada de acciones adaptativas. Esta dimensión representa un enfoque analítico y deliberado que permite descomponer situaciones complejas en componentes manejables, establecer conexiones lógicas entre ellos y desarrollar abordajes graduales y coherentes, favoreciendo la percepción de control y predicibilidad en circunstancias potencialmente abrumadoras (32).

- **Manejo metódico de la situación.** Abordaje organizado y estructurado de los diversos aspectos relacionados con la enfermedad, caracterizado por la planificación secuencial, priorización efectiva y seguimiento sistemático de acciones adaptativas. Refleja la capacidad para implementar procedimientos ordenados que optimicen recursos y favorezcan resultados predecibles.

2.2.8. Características sociodemográficas

Edad. Es el transcurso de tiempo que ocurre desde el momento del nacimiento hasta la muerte, la vida humana se divide: infancia, juventud, adultez y vejez. La importancia de la edad conforma una dificultad de división entre el tiempo de vida de la persona con respecto a los hechos comunes que se examinan alrededor de su propia obra, algunas ramas de ciencia sociales, indican la edad de la persona como un objeto de estudio, en tal sentido la edad alcanza el nivel de categoría de análisis, atención social y gubernamental (44).

Sexo. Son las características físicas y biológicas que distinguen entre la mujer y el varón, desde el momento del nacimiento el bebé se distingue a partir del sexo, el sexo determina muchos aspectos de la vida del ser humano, esta es esencial porque a partir de ello se puede decidir en la vestimenta, el deporte que se debe practicar, la carrera profesional , todos estos estereotipos influyen en la determinación del sexo (45).

Nivel de escolaridad. Es el nivel más alto de estudios efectuados, sin considerar si han finalizado o aún continúan con una formación incompleta. Pueden estar en los siguientes niveles; analfabeto se denomina cuando la persona no sabe leer ni escribir ;primario comprende que inician su educación básica ; secundario son aquellas que tienen una educación compleja para desarrollar competencias y afianzar la identidad personal; superior comprende la formación de personas que concluyeron sus estudios en los centros universitarios (46).

Ocupación. Se refiere a toda actividad relevante en la que el individuo se involucra a diario a cambio de un salario o remuneración, por otra parte también se entiende como un conjunto de tareas y funciones que realiza el hombre (47).

Religión. Es una doctrina en la que existe una relación entre la persona y Dios, la cual se manifiesta mediante el culto ya sea público o privado, así mismo el culto se entiende como manifestaciones que se presentan a Dios (48).

Lugar de procedencia. Se define como el lugar de nacimiento o el origen de donde alguien proviene, por otro lado Duff y Harris mencionan que el principio de procedencia que exige la identificación de una serie de documentos acumulados por una persona, familia u organización que deben ser conservados para fines de futuros (49).

2.3 Definición conceptual de términos

Afrontamiento: se entiende como los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar situaciones estresantes que percibe como desbordantes de sus recursos personales. Según Lazarus y Folkman, este proceso puede dividirse en estrategias centradas en el problema (dirigidas a modificar la situación) y en la emoción (orientadas a regular la respuesta emocional), siendo crucial en el manejo del cáncer (50).

Adaptación: se refiere a la capacidad del individuo para responder positivamente ante cambios impuestos por el entorno. En pacientes con cáncer, este proceso implica ajustar rutinas, emociones y roles sociales, promoviendo el bienestar general (51).

Estrategias de afrontamiento: Mecanismos psicológicos y conductuales que utilizan los pacientes para hacer frente al estrés y los desafíos derivados de la enfermedad (52).

Calidad de vida: Percepción integral del bienestar físico, mental y social de los pacientes oncológicos durante su tratamiento (53).

Apoyo sociofamiliar: Red de soporte emocional, instrumental y psicológico proporcionado por familiares y entorno social cercano durante el proceso de tratamiento (54).

Paciente oncológico: es aquel diagnosticado con cáncer y en alguna etapa de tratamiento o seguimiento. Su capacidad de afrontamiento depende de factores sociodemográficos, psicológicos, culturales y clínicos, afectando directamente su adaptación (55) .

Importancia del contexto sociodemográfico: Factores como el nivel educativo, tipo de ocupación, zona de residencia y red de apoyo familiar influyen significativamente en la forma en que los pacientes enfrentan su diagnóstico y tratamiento (56).

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo, nivel y diseño de la investigación

Según el enfoque de Hernández Sampieri (57).

Tipo de estudio:

Descriptivo, su propósito central consistió en describir las variables de características sociodemográficas y afrontamiento – adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco-2024(57).

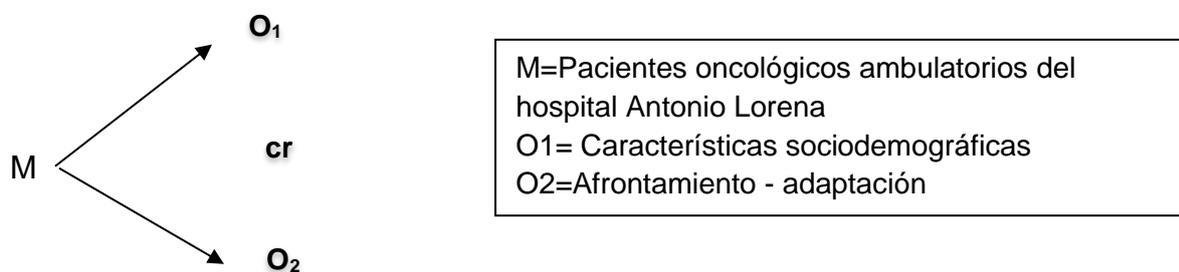
Nivel de estudio:

Correlacional, orientado específicamente a determinar y cuantificar el grado de relación existente entre las características sociodemográficas y las capacidades de afrontamiento-adaptación al tratamiento oncológico que presentan los pacientes ambulatorios atendidos en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2024 (57).

Diseño de estudio:

No experimental, caracterizado por la observación y análisis de los fenómenos en su ambiente natural sin introducción de condiciones o estímulos que podrían alterar las variables estudiadas, recolectando datos en un único momento temporal durante el año 2024.

Transversal, permitió realizar la investigación en un momento determinado y específico (57).



3.2. Área de investigación

El hospital Antonio Lorena ubicado en la ciudad de Cusco, Perú, fue construido en el año 1930 y declarado por la UNESCO como patrimonio cultural de la humanidad. Años anteriores el servicio de quimioterapia oncológica funcionaba en el C.S. San Antonio y en la actualidad, este año 2025, se trasladó al hospital de contingencias en el distrito

de Santiago debido a problemas de corrupción vinculados a la modernización de su local. Este nosocomio cuenta con diversos servicios asistenciales, entre ellos el Servicio de Oncología, área específica donde se desarrolló la presente investigación.

El Servicio de Oncología del Hospital Antonio Lorena constituye una unidad especializada que brinda atención integral a pacientes con diagnóstico de cáncer de la región Cusco y áreas de influencia, esta unidad cuenta con áreas diferenciadas para consulta externa, hospitalización y tratamiento ambulatorio, además, el área de quimioterapia ambulatoria, donde específicamente se realizó el estudio, está equipada con 12 sillones reclinables y personal especializado conformado por 4 médicos oncólogos, 6 enfermeras con especialidad en oncología y 4 técnicos de enfermería.

Los pacientes reciben protocolos de tratamiento que varían según el tipo de cáncer, estadio y condición general, con un promedio de permanencia en el servicio de 4 a 6 horas por sesión, además, el área cuenta con un sistema de apoyo psicológico básico, aunque con limitaciones en cuanto a programas estructurados de soporte para el afrontamiento y adaptación al tratamiento.

3.3 Población

Para el presente estudio, la población estuvo integrada por 175 pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio del hospital Antonio Lorena,2024.

3.3.1 Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por los pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio del hospital Antonio Lorena,Cusco-2024.

3.4 Muestra

Se realizo de manera probabilística quedando constituida por 120 pacientes. Para lo cual se aplicó la siguiente formula:

$$N = \frac{Z^2 pq N}{E^2(N-1) + Z^2 pq}$$

La fórmula utilizada corresponde al cálculo del tamaño muestral para poblaciones finitas, donde cada elemento cumple una función específica en la determinación de una muestra estadísticamente representativa:

Z = 1.96: Representa el valor crítico del nivel de confianza en la distribución normal estándar para un nivel de confianza del 95%.

E = 0.05: Corresponde al margen de error máximo admisible en la investigación, establecido en un 5%.

p = 0.05: Representa la proporción esperada de pacientes que presentan la característica de interés, donde, se da a conocer a pacientes que tienen una baja capacidad de afrontamiento

q = 0.05: Corresponde a la proporción de individuos que no presentan la característica de interés $q = 1-p$. Al igual que p, se establece en 0.5 para maximizar el tamaño de la muestra y asegurar su representatividad estadística.

N = 175: Representa el tamaño de la población total accesible.

$$Z = 1.96$$

$$E = 0.05$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$N = 175$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.25 * 175}{0.0025 * 174 + 0.9604}$$

$$n = \frac{168.07}{1.40} = 120$$

3.4.1 Tipo de muestreo

El tipo de muestra que se utilizó es probabilístico, específicamente el muestreo aleatorio simple, mediante el cual cada paciente oncológico ambulatorio atendido en el Hospital Antonio Lorena de Cusco durante el periodo establecido tuvo exactamente la misma probabilidad de ser incluido en la muestra de estudio

3.5 Criterios de inclusión

- Que oscilan entre 18 a más de 60 años
- Que desean participar en la investigación voluntariamente.

3.6 Criterios de exclusión

- Que no reciben quimioterapia ambulatoria
- Menores de 18 años
- No desean participar en la investigación voluntariamente.
- Con problemas de salud mental

3.7 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA
AFRONTAMIENTO – ADAPTACION	Afrontamiento – adaptación son esfuerzos conductuales y cognitivos para responder a ciertas situaciones estresantes buscando adaptarse a una posición de cambio vital.	Recurso y centrado	Creatividad para afrontar la enfermedad Soluciones frente a la enfermedad	Baja 11-27 Alta 28-44	Ordinal
		Reacciones físicas y enfocadas	Respuestas físicas	Baja 13-32 Alta 33-52	
		Proceso de alerta	Reacciones de alerta frente a la enfermedad	Baja 9-22 Alta 23- 36	
		Procesamiento sistemático	Manejo metódico de la situación	Baja 6-18 Alta 19-24	
		Conocer y relacionar	Uso de la imaginación	Baja 8-24 Alta 25-32	

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA
EDAD	Es el tiempo basado en números de meses o años transcurridos desde el nacimiento de una persona.	18-29 años 30-59 años 60 a más	Intervalar
SEXO	Características biológicas y fisiológicas de una persona.	Femenino Masculino	Nominal
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Grado de estudios aprobado por las personas en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional.	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Nominal
OCUPACION	Actividad física que satisface las necesidades de la persona.	Ama de casa Trabajador dependiente Trabajador independiente No trabaja	Nominal
RELIGION	Dogma que encamina a fortalecer la fe y la espiritualidad de la persona.	Católico Evangélico Cristiano Otro	Nominal
LUGAR DE PROCEDENCIA	Lugar de donde proviene	Rural Urbano	Nominal

OTRAS CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Tiempo que pasa desde el diagnóstico y continua con el tratamiento	Mayor a 1 año Menor a 1 año	Nominal
TIPO DE CÁNCER	El cáncer se desarrolla en diferentes partes del cuerpo por ello existe una clasificación del cáncer, para tratar la enfermedad.	Mama Próstata Estomago Ovario Cérvix Linfoma de Hodgkin Otros tipos de cáncer	Nominal

3.8 Técnicas de recolección de datos

La encuesta y entrevista, técnicas empleadas para solicitar información a una persona sobre sus características sociodemográficas al tratamiento oncológico y la variable de estudio afrontamiento - adaptación.

3.9 Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

La ficha de recolección de datos constituye un instrumento estructurado diseñado para capturar información sociodemográfica y clínica relevante de pacientes oncológicos ambulatorios, este formulario incluye campos para registrar la fecha de aplicación y la edad del participante, seguido de variables categóricas que abarcan características sociales como el nivel de escolaridad clasificado en cinco niveles desde sin instrucción hasta superior universitario, la ocupación los cuales son ama de casa, trabajador dependiente , trabajador independiente Y no trabaja , la religión con opciones que incluyen católica, cristiana, evangélica y otros, por consiguiente las características demográficas tenemos la edad, el sexo (varón/mujer) y el lugar de procedencia diferenciado entre rural y urbano, y finalmente otras características de la enfermedad como el tipo de cáncer especificando siete categorías diagnósticas principales que incluyen cáncer de mama, próstata, estómago, ovario, cérvix, linfoma de Hodgkin y otros tipos de cáncer. Y el tiempo de enfermedad.

ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN CAPS

Roy Callista construyó este instrumento Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación CAPS en el año 2004, con el propósito de determinar e identificar el estilo, las estrategias y la capacidad de afrontamiento que usan las personas ante una situación. El instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación CAPS está compuesta por 47 ítems agrupados en 5 factores. La calificación obtenida va desde 47 hasta 188 puntos, un alto puntaje menciona que hay uso adecuado de las estrategias de afrontamiento. Si existe un bajo nivel de afrontamiento se llega a un puntaje menor o igual a 117, en cambio sí tiene una alta capacidad se obtiene un puntaje mayor a 117. Al final va ser calificada mediante la escala de Likert de cuatro puntos nunca, rara vez, algunas veces, siempre. Respecto a los 5 factores presentados por Roy los tres primeros factores cuantifican

los comportamientos, y con relación a los dos últimos estos miden las estrategias que usan las personas.

Las siguientes dimensiones son:

- Recursivo y centrado 4,7,19,26,42,10,46,2,34,16,29 ítems
- Reacciones físicas y enfocadas 5,8,15,23,24,33,35,39,43,45,47 ítems
- Proceso de alerta 1 ,11,17,18,25,27,31,40,44 ítems
- Procesamiento sistemático 3,12, 14,22,30,41 ítems
- Conocer y relacionar 6,9,21,28,32,36,37,38 ítems

Con la siguiente escala de puntuación:

- Nunca = 1 punto
- Rara vez = 2 puntos
- Casi siempre = 3 puntos
- Siempre = 4 puntos

BAREMO

La categorización de las puntuaciones obtenidas en las distintas estrategias de afrontamiento, definidas como factores que componen la escala utilizada para medir la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación. El Factor 1 (Recursivo y centrado) comprende un rango total de puntuación entre 11 y 44, clasificándose como capacidad baja de 11 a 27 y alta de 28 a 44. En el Factor 2 (Físico y enfocado), los puntajes varían entre 13 y 52, considerando baja capacidad de 13 a 32 y alta de 33 a 52. El Factor 3 (Proceso de alerta) abarca un rango de 9 a 36, siendo baja la puntuación de 9 a 22 y alta de 23 a 36. El Factor 4 (Procesamiento sistemático) se sitúa entre 6 y 24 puntos, con una categoría baja de 6 a 18 y alta de 19 a 24. En cuanto al Factor 5 (Conocer y relacionar), las puntuaciones oscilan entre 8 y 32, estableciendo una capacidad baja entre 8 y 24, y alta de 25 a 32. Finalmente, la escala total tiene un rango de 47 a 188 puntos, donde se considera baja capacidad de afrontamiento y adaptación de 47 a 117 y alta de 118 a 188. Esta clasificación permite interpretar de forma cuantitativa el nivel de capacidad adaptativa de los participantes, según los criterios establecidos para cada dimensión.

3.10 Validez de la escala de medición de afrontamiento- adaptación (CAPS)

El instrumento de medición empleado en esta investigación corresponde a la Escala de Proceso de Afrontamiento y Adaptación ESCAPS desarrollada originalmente por Callista Roy en 2004 con el propósito fundamental de evaluar las estrategias que implementan las personas para enfrentar situaciones estresantes, habiendo sido sometida a rigurosos procesos de validación en diversos contextos culturales y lingüísticos que incluyen versiones en inglés, español y característico.

- **Primera fase** : Gutiérrez, Veloza, Moreno y Durán. de Villalobos en el año 2007 en Colombia, realizó la traducción conceptual rigurosa de cada ítem por expertos bilingües con posterior aprobación de la autora original.
- **Segunda fase**: Para determinar de validez facial, realizaron una evaluación mediante dos grupos diferenciados personas mayores de 50 años para verificar comprensibilidad y 11 enfermeras expertas en el modelo de Roy que evaluaron claridad, precisión y comprensión.
- **Tercera Fase**: Finalmente la evaluación de consistencia interna y estabilidad mediante prueba-reprueba utilizando coeficientes de tensión de Spearman, resultando en la validación definitiva de un instrumento compuesto por 47 ítems organizados en cinco factores con excelentes propiedades psicométricas evidenciadas en coeficientes de tensión que oscilaron entre $r=0.62$ y $r=0.87$ (62).

Confiabilidad de la escala de medición de afrontamiento -adaptación(CAPS)

El instrumento evidencia una alta confiabilidad, aspecto fundamental para garantizar la precisión y estabilidad de las mediciones realizadas en investigaciones clínicas. En este estudio, se reportaron coeficientes alfa de Cronbach entre 0.90 y 0.94, lo que indica una excelente consistencia interna entre los ítems que componen la escala. Esta elevada confiabilidad asegura que las respuestas obtenidas reflejan de manera coherente las dimensiones evaluadas, minimizando el error de medición y fortaleciendo la replicabilidad de los resultados. De esta forma, se refuerza la solidez metodológica del estudio, permitiendo una evaluación confiable de los procesos de afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos ambulatorios, condición indispensable para el desarrollo de intervenciones clínicas basadas en evidencia(52).

3.11 Plan de procedimiento de recolección de datos

La investigación se desarrolló en el Hospital Antonio Lorena centrándose en pacientes de tratamiento oncológico ambulatorio que manifestaron su voluntad de participar.

Inicialmente se gestionó el permiso con el directivo general de Oncología mediante una solicitud formal acompañada del proyecto detallado, incluyendo objetivos, metodologías, consideraciones éticas e instrumento a aplicar y, una vez obtenida la autorización escrita, se procedió a coordinar con el Comité de Ética en Investigación del hospital para la revisión y aprobación del protocolo; posteriormente, se inició coordinación directa con la jefa de enfermeras del servicio de quimioterapia oncológica, definiendo un cronograma de trabajo con días y horarios adecuados para abordar a los pacientes sin interferir con sus procedimientos médicos programados. Mientras que, el proceso de selección se realizó mediante identificación cuidadosa de los pacientes según criterios de exclusión e inclusión establecidos, implementando luego el proceso de consentimiento informado donde se explicó detalladamente a cada paciente los objetivos, naturaleza voluntaria, confidencialidad, beneficios y riesgos mínimos, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin afectar su atención médica regular, además, proporcionó un documento de consentimiento en lenguaje claro y accesible, firmado por cada participante con copia para ellos y para los registros. Tras obtener el consentimiento, se le explicó a cada paciente las características de la ficha de recolección de datos y del cuestionario, así como la forma adecuada de respuesta, ofreciendo asistencia para aquellos con limitaciones visuales o dificultades para escribir. La recolección de datos se llevó a cabo en el marco temporal definido, manteniendo un ambiente de respeto, empatía y consideración hacia las particularidades y estado emocional de los pacientes oncológicos.

3.12 Plan de procesamiento de análisis de datos

Tras concluir la etapa de recolección, todos los cuestionarios fueron verificados para descartar omisiones o incongruencias y, posteriormente, los datos se ingresaron en el software SPSS Statistics 27. Con este programa se realizó la depuración (detección de valores atípicos, codificación de respuestas abiertas y homologación de categorías), seguida de la generación de una base de datos definitiva. A continuación, se elaboraron tablas de frecuencia y tablas cruzadas que describen las variables sociodemográficas y los niveles de capacidad de afrontamiento-adaptación (alta o baja). Para contrastar la hipótesis de independencia entre cada par de variables categóricas, se aplicó la prueba de Chi Cuadrado, la cual es apropiada porque no exige supuestos de normalidad, trabaja directamente con frecuencias absolutas y permite cuantificar si las diferencias entre los valores observados y los valores

esperados son lo suficientemente grandes como para descartar el azar. De este modo, el estadístico obtenido indicó en qué casos existían asociaciones estadísticamente significativas, proporcionando una base sólida para interpretar cómo las características sociodemográficas se relacionan con la forma en que las personas afrontan y se adaptan a su situación.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Este capítulo presenta los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recopilados, los cuales fueron procesados utilizando el software estadístico SPSS. Los resultados se exponen en tablas que permiten dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
AMBULATORIOS, HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2024

Características		N°	%		
Demográficas	Sexo	Masculino	33	27,5	
		Femenino	87	72,5	
		Total	120	100	
	Edad	18-29 años	16	13,3	
		30-59 años	99	82,5	
		60 a mas	5	4,2	
		Total	120	100	
	Lugar de procedencia	Rural	71	59,2	
		Urbano	49	40,8	
		Total	120	100	
	Sociales	Ocupación	Ama de casa	64	53,3
			Trabajador dependiente	30	25,0
Trabajador independiente			16	13,3	
No trabaja			10	8,4	
Total			120	100	
Religión		Católico	62	51,7	
		Cristiana	39	32,5	
		Evangélico	13	10,8	
		Otros	6	5,0	
		Total	120	100	
Nivel de escolaridad		Sin instrucción	7	5,8	
		Primaria	55	45,8	
	Secundaria	54	45,1		
	Superior	4	3,3		
	Total	120	100		
Tiempo de enfermedad	> de 1 año	67	55,8		
	< de 1 año	53	44,2		
	Total	120	100		
Otras Características De la enfermedad	Tipo de cáncer	Cáncer de mama	34	28,3	
		Cáncer de próstata	21	17,5	
		Cáncer de estomago	18	15,0	
		Cáncer de ovario	17	14,2	
		Cáncer de cérvix	1	0,8	
		Linfoma de Hodgkin	6	5,0	
		Otro tipo de cáncer	23	19,2	
		Total	120	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación y análisis

El análisis sociodemográfico de los 120 pacientes en tratamiento oncológico ambulatorio del Hospital Antonio Lorena reveló un predominio significativo del sexo femenino 72,5%, frente a una proporción menor de varones 27,5%, en cuanto a la distribución por edad, se observa una marcada concentración en el rango de 30 a 59 años 82,5%, seguida por el grupo de 18 -29 años 13,3%, mientras que la población de 60 años a más representó apenas el 4,2% de la muestra. El perfil educativo de los participantes evidencia limitaciones significativas en su nivel de instrucción formal: el 45,8% solo incluyó educación primaria, el 45,0% alcanzó el nivel secundario, un 5,8% carece de instrucción formal, y únicamente el 3,3% posee estudios superiores. Respecto a la ocupación, más de la mitad de los pacientes 53,3% se identifican como ama de casa, lo que sugiere un posible impacto en la dinámica familiar cuando estos individuos enfrentan un diagnóstico oncológico. Los trabajadores dependientes constituyeron el 25,0% de la muestra, seguidos por trabajadores independientes 13,3% y no trabajan 8,4%.

La afiliación religiosa mostró predominio católico 51,7%, con presencia significativa de otras denominaciones cristianas 32,5% y evangélicas 10,8%, mientras que, la procedencia geográfica reveló que la mayoría 59,2% proviene de zonas rurales, además, el análisis clínico indicó que el 55,8% de los pacientes lleva más de un año con la enfermedad, mientras que el 44,2% presenta un diagnóstico más reciente, además, la distribución por tipo de cáncer mostró mayor prevalencia de cáncer de mama 28,3%, seguido por cáncer de próstata 17,5%, estómago 15,0% y ovario 14,2%. Estos hallazgos confirman la hipótesis planteada .

Los resultados concuerdan con lo reportado por Roifah et al. (19) quienes encontraron que el 74% de los pacientes oncológicos en su estudio eran mujeres, con predominio de nivel educativo básico 51% con secundaria completa y una mayoría con ocupación laboral 78%. Asimismo, guardan similitud con lo hallado por Canchari y Castro (22), quienes identifican una edad media de 54.9 años $DE=12.1$ en mujeres con cáncer de mama, aunque con algunas diferencias respecto a nuestra población donde prevalece más la procedencia rural. Desde una perspectiva teórica, estos resultados se alinean con lo planteado por Lazarus y Folkman en su teoría transaccional del estrés y

afrontamiento (27), donde se enfatiza que las características personales y los factores contextuales constituyen elementos determinantes en los procesos evaluativos que conducen a la selección de estrategias de afrontamiento específicas.

TABLA 2
AFRONTAMIENTO - ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES
ONCOLÓGICOS AMBULATORIOS, HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO-2024

	N°	Porcentaje
Baja Capacidad	85	70,8
Alta Capacidad	35	29,2
Total	120	100,0

Fuente: Escala de medición de afrontamiento y adaptación de Roy Callista(CAPS)

Interpretación y análisis

El análisis integral del proceso de afrontamiento y adaptación al tratamiento oncológico ambulatorio reveló que el 70,8% de los pacientes presentó una baja capacidad, mientras que solo el 29,2% demostró una alta capacidad. Además, ello sugiere que la mayoría de los pacientes experimentan dificultades significativas para adaptarse a las exigencias multidimensionales del tratamiento oncológico. Estos resultados son contrastantes con lo reportado por Cepeda et al. (3) quienes encontraron que el 53% de los pacientes oncológicos presentaban alta capacidad de afrontamiento y solo un 7% capacidad baja. De manera similar, difieren de los hallazgos de Velázquez y Reyes (17) quienes identificaron que el 35% de los pacientes tenía un nivel alto de afrontamiento-adaptación y un 48,3% nivel medio.

Estas diferencias significativas podrían explicarse considerando las características sociodemográficas particulares de nuestra población, con alta prevalencia de pacientes de procedencia rural y bajo nivel educativo, lo que según Roifah et al. (19) representa factores determinantes en la configuración de mecanismos adaptativos, dado que, los investigadores demostraron mediante análisis de regresión logística que los factores educativos $p=0.031$ ejercen una influencia significativa sobre los mecanismos de afrontamiento, sugiriendo que a mayor nivel educativo, los pacientes desarrollan mejor tolerancia y control frente a los estresores. Estos resultados contrastan significativamente con lo reportado por Ricárdez (18) quien encontró que el 100% de su población de estudio presentaba alta capacidad de afrontamiento y adaptación en mujeres con cáncer de mama, diferencia que podría explicarse por el

menor tamaño muestral (14 pacientes) y las características específicas de su población de estudio

Desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Roy (30), estos resultados podrían interpretarse como una manifestación de respuestas inefectivas en los cuatro modos adaptativos fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia, posiblemente debido a la influencia negativa de estímulos contextuales como el limitado acceso a información, recursos y sistemas de apoyo adecuados, especialmente en pacientes de procedencia rural.

TABLA 3

**DIMENSIONES DEL AFRONTAMIENTO- ADAPTACION DE LOS PACIENTES
ONCOLOGICOS AMBULATORIOS,HOSPITAL ANTONIO LORENA,CUSCO-2024**

Dimensiones	Capacidad		Baja		Alta		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Recursivo y centrado	88	73.3	32	26.7	120	100		
Reacciones físicas y enfocadas	57	47.5	63	52.5	120	100		
Proceso de alerta	85	70.8	35	29.2	120	100		
Procesamiento sistemático	114	95	6	5	120	100		
Conocer y relacionar	118	98.3	2	1.7	120	100		

Fuente: Escala de medición de afrontamiento y adaptación de Roy Callista(CAPS)

Interpretación y análisis

En la dimensión recursivo y centrado el 73.3% de los pacientes tienen una baja capacidad mientras que el 26.7% tiene alta capacidad; en la dimensión reacciones físicas y enfocadas el 47.5% tiene una baja capacidad y un 52.5% tiene una alta capacidad; en la dimensión proceso de alerta el 70.8% tiene una baja capacidad mientras que el 29.2% tiene una alta capacidad; en la dimensión procesamiento sistemático el 95% tiene baja capacidad y 5% tiene alta capacidad por último en la dimensión conocer y relacionar un 98.3% tiene baja capacidad y un 1.7% tiene alta capacidad.

Asimismo, se identifica la capacidad de afrontamiento y adaptación en la dimensión proceso de alerta, teniendo una capacidad baja, demostrando así que los pacientes de oncología tienen comportamientos de rendirse, no se sienten comprometidos con ellos mismo. Sin embargo, resultados de Parra(20) en su estudio de afrontamiento y adaptación en mujeres con cáncer de mama refieren que tienen un alto nivel de afrontamiento ante el cáncer.

TABLA 4

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADO CON LA DIMENSION RECURSIVO Y CENTRADO DEL AFRONTAMIENTO – ADAPTACIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS, H A L, CUSCO-2024

		Recursivo y centrado				Prueba estadística
		Baja		Alta		
		N°	%	N°	%	
Sexo	Masculino	26	21.7	7	5.8	X2=0.693 P=0.405
	Femenino	62	51.7	25	20.8	
	Total	88	73.3	32	26.7	
Edad	18-29 años	10	8.3	6	5.0	X2=2.479 P=0.289
	30-59 años	75	62.5	24	20.0	
	60 a mas	3	2.5	2	1.7	
	Total	88	73.3	32	26.7	
Nivel de escolaridad	Sin instrucción	6	5.0	1	0.8	X2=5.619 P=0.132
	Primaria	42	35.0	13	10.8	
	Secundaria	39	32.5	15	12.5	
	Superior	1	0.8	3	2.5	
	Total	88	73.3	32	26.7	
Ocupación	Ama de casa	48	40.0	16	13.3	X2=19.751 P=0.000
	Trabajador dependiente	25	20.8	5	4.2	
	Trabajador independiente	5	4.2	11	9.2	
	No trabaja	10	8.3	0	0.0	
	Total	88	73.3	32	26.7	
Religión	Católico	44	36.7	18	15.0	X2=0.656 P=0.883
	Cristiana	30	25.0	9	7.5	
	Evangélico	10	8.3	3	2.5	
	Otros	4	3.3	2	1.7	
	Total	88	73.3	32	26.7	
Zona de procedencia	Rural	47	39.2	24	20.0	X2=4.528 P=0.033
	Urbano	41	34.2	8	6.7	
	Total	88	73.3	32	26.7	
Tiempo de enfermedad	> de 1 año	46	38.3	21	17.5	X2=1.697 P=0.193
	< de 1 año	42	35.0	11	9.2	
	Total	88	73.3	32	26.7	
Tipo de Cáncer	Cáncer de mama	21	17.5	13	10.8	X2=7.901 P=0.245
	Cáncer de próstata	16	13.3	5	4.2	
	Cáncer de estomago	14	11.7	4	3.3	
	Cáncer de ovario	12	10.0	5	4.2	
	Cáncer de cérvix	0	0.0	1	0.8	
	Linfoma de Hodgkin	5	4.2	1	0.8	
	Otro tipo de Cáncer	20	16.7	3	2.5	
	Total	88	73.3	32	26.7	

Fuente: Escala de medición afrontamiento y adaptación de Callista Roy(CAPS)

Interpretación y análisis

El análisis de la dimensión "Recursivo y Centrado" revela que una proporción significativa de pacientes oncológicos ambulatorios 73,3% presenta baja capacidad, mientras que solo el 26,7% demuestra alta capacidad, además, al examinar posibles asociaciones, se encontraron que variables como sexo $p=0,405$, edad $p=0,289$, nivel educativo $p=0,132$, religión $p=0,883$ y tiempo de enfermedad $p=0,193$ no presentan relaciones estadísticamente significativas con esta capacidad. Sin embargo, dos variables mostraron asociaciones estadísticamente significativas: la ocupación $p=0,000$ y la zona de procedencia $p=0,033$, respecto a la ocupación, destaca que los trabajadores independientes presentan la mayor proporción de alta capacidad 9,2% del total, mientras que ningún desempleado mostró esta capacidad. En cuanto a la zona de procedencia, se observa que los pacientes rurales muestran mayor proporción de alta capacidad 20,0% frente a los urbanos 6,7%, este hallazgo, podría reflejar mecanismos de resiliencia más desarrollados en comunidades rurales, donde las adversidades cotidianas y el menor acceso a servicios podrían haber fortalecido capacidades adaptativas que resultan útiles al enfrentar el tratamiento oncológico.

Estos hallazgos son congruentes con lo reportado por Roifah et al. (19) quienes encontraron que los factores laborales $p=0.023$ ejercen una influencia significativa sobre los mecanismos de afrontamiento, el entorno laboral, especialmente en trabajadores independientes, podría proporcionar un soporte social que contribuye al desarrollo de mecanismos adaptativos de afrontamiento, aspecto que coincide con nuestros resultados donde este grupo mostró la mayor proporción de alta capacidad adaptativa 68,8%. La asociación entre procedencia rural y mejores capacidades adaptativas en ciertas dimensiones resulta interesante y podría interpretarse desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (27) quienes señalan que las experiencias previas de afrontamiento influyen en los recursos personales disponibles. Es posible que los pacientes rurales hayan desarrollado mayor resiliencia ante las adversidades cotidianas, lo que transferirían como recurso adaptativo al enfrentar el diagnóstico y tratamiento oncológico.

Por otra parte, resulta preocupante la baja capacidad generalizada en las dimensiones "Procesamiento Sistemático" 95,0% con baja capacidad y "Conocer y Relacionar" 98,3% con baja capacidad, lo que sugiere dificultades significativas para organizar

información, planificar respuestas estructuradas e integrar conocimientos previos con información nueva, aspectos cruciales para la adaptación efectiva según el modelo de Roy (30).

TABLA 5

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADO CON LA DIMENSION REACCIONES FÍSICAS Y ENFOCADAS DEL AFRONTAMIENTO – ADAPTACIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS , H A L, CUSCO-2024.

		Reacciones físicas y enfocadas				Prueba estadística
		Baja		Alta		
		Nº	%	Nº	%	
Sexo	Masculino	20	16.7	13	10.8	X2=3.135 P=0.077
	Femenino	37	30.8	50	41.7	
	Total	57	47.5	63	52.5	
Edad	18-29 años	5	4.2	11	9.2	X2=1.595 P=0.450
	30-59 años	48	40.0	51	42.5	
	60 a mas	4	3.3	1	0.8	
	Total	57	47.5	63	52.5	
Nivel de escolaridad	Sin instrucción	4	3.3	3	2.5	X2=4.168 P=0.244
	Primaria	28	23.3	27	22.5	
	Secundaria	25	20.8	29	24.2	
	Superior	0	0.0	4	3.3	
	Total	57	47.5	63	52.5	
Ocupación	Ama de casa	26	21.7	38	31.7	X2=9.023 P=0.029
	Trabajador dependiente	21	17.5	9	7.5	
	Trabajador independiente	5	4.2	11	9.2	
	No trabaja	5	4.2	5	4.2	
	Total	57	47.5	63	52.4	
Religión	Católico	27	22.5	35	29.2	X2=2.122 P=0.547
	Cristiana	22	18.3	17	14.2	
	Evangélico	6	5.0	7	5.8	
	Otros	2	1.7	4	3.3	
	Total	57	47.5	63	52.5	
Zona de procedencia	Rural	31	25.8	40	33.3	X2=1.027 P=0.311
	Urbano	26	21.7	23	19.2	
	Total	57	47.5	63	52.5	
Tiempo de enfermedad	> de 1 año	30	25.0	37	30.8	X2=0.451 P=0.502
	< de 1 año	27	22.5	26	21.7	
	Total	57	47.5	63	52.5	
Tipo de Cáncer	Cáncer de mama	17	14.2	17	14.2	X2=6.927 P=0.328
	Cáncer de próstata	11	9.2	10	8.3	
	Cáncer de estomago	10	8.3	8	6.7	
	Cáncer de ovario	5	4.2	12	10.0	
	Cáncer de cérvix	0	0.0	1	0.8	
	Linfoma de Hodgkin	1	0.8	5	4.2	
	Otro tipo de Cáncer	13	10.8	10	8.3	
	Total	57	47.5	63	52.5	

Fuente: Escala de medición afrontamiento y adaptación de Callista Roy(CAPS)

Interpretación y análisis

En la dimensión "Físico y enfocado", que evalúa la capacidad para movilizar recursos físicos y mantener la concentración en aspectos concretos del tratamiento, se observa una distribución más equilibrada: 52,5% de los pacientes presenta alta capacidad frente a 47,5% con baja capacidad y al analizar posibles asociaciones con variables sociodemográficas, se encontró que el sexo $p=0,077$, aunque cercano al umbral de significancia, no alcanzó a establecer una asociación concluyente, sin embargo, es importante destacar, que las mujeres mostraron mayor proporción de alta capacidad 41,7% frente a los hombres 10,8%, tendencia que merece consideración clínica aun sin alcanzar significancia estadística.

Variables como edad $p=0,450$, nivel educativo $p=0,244$, religión $p=0,547$, zona de procedencia $p=0,311$, tiempo de enfermedad $p=0,502$ y tipo de cáncer $p=0,328$ tampoco mostraron asociaciones estadísticamente significativas con esta dimensión, la única variable que mostró asociación significativa fue la ocupación $p=0,029$, específicamente, las amas de casa presentaron la mayor proporción de alta capacidad 31,7% del total, seguidas por los trabajadores independientes 9,2%.

Estos resultados difieren parcialmente de los reportados por Jara y Urbina (21), quienes encontraron una relación significativa entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la capacidad de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama, sin embargo, coinciden con lo señalado por Roifah et al. (19), quienes determinaron que el ciclo de quimioterapia $p=0.688$ no mostraba efecto significativo sobre los mecanismos de afrontamiento.

La tendencia observada hacia mayor capacidad adaptativa en pacientes con cáncer de mama 44,1% podría relacionarse con los hallazgos de Cervantes et al. (16) quienes identificaron correlaciones positivas significativas entre estrategias de afrontamiento adaptativas y diversos indicadores de calidad de vida en mujeres con este diagnóstico, además, estos investigadores evidenciaron que las pacientes que implementan predominantemente estrategias de afrontamiento "ingenioso-enfocado" durante el proceso terapéutico muestran una percepción más favorable de su calidad de vida.

Desde la perspectiva teórica del modelo de adaptación de Roy (30) estos resultados sugieren que los estímulos focales tipo de cáncer y contextuales tiempos de

enfermedad podrían tener menor influencia en la activación de los subsistemas reguladores que otros factores como las características sociodemográficas, especialmente en nuestra población de estudio.

TABLA 6

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADO CON LA DIMENSION PROCESO DE ALERTA DEL AFRONTAMIENTO – ADAPTACIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS, H A L, CUSCO-2024

		Proceso de alerta				Prueba estadística
		Baja		Alta		
		Nº	%	Nº	%	
Sexo	Masculino	21	17.5	12	10.0	X ² =1.141 P=0.285
	Femenino	64	53.3	23	19.2	
	Total	85	70.8	35	29.2	
Edad	18-29 años	10	8.3	6	5.1	X ² =0.779 P=0.678
	30-59 años	71	59.2	28	23.3	
	60 a mas	4	3.3	1	0.8	
	Total	85	70.8	35	29.2	
Nivel de escolaridad	Sin instrucción	3	2.5	4	3.3	X ² =7.584 P=0.055
	Primaria	42	35.0	13	10.8	
	Secundaria	39	32.5	15	12.5	
	Superior	1	0.8	3	2.5	
	Total	85	70.8	35	29.2	
Ocupación	Ama de casa	46	38.3	18	15.0	X ² =7.341 P=0.062
	Trabajador dependiente	24	20.0	6	5.0	
	Trabajador independiente	7	5.8	9	7.5	
	No trabaja	8	6.7	2	1.7	
	Total	85	70.8	35	29.2	
Religión	Católico	41	34.2	21	17.5	X ² =4.378 P=0.223
	Cristiana	30	25.0	9	7.5	
	Evangélico	8	6.7	5	4.2	
	Otros	6	5.0	0	0.0	
	Total	85	70.8	35	29.2	
Zona de procedencia	Rural	50	41.7	21	17.5	X ² =0.014 P=0.905
	Urbano	35	29.2	14	11.7	
	Total	85	70.8	35	29.2	
Tiempo de enfermedad	> de 1 año	50	41.7	17	14.2	X ² =1.057 P=0.304
	< de 1 año	35	29.2	18	15.0	
	Total	85	70.8	35	29.2	
Tipo de Cáncer	Cáncer de mama	20	16.7	14	11.7	X ² =6.287 P=0.392
	Cáncer de próstata	13	10.8	8	6.7	
	Cáncer de estomago	15	12.5	3	2.5	
	Cáncer de ovario	13	10.8	4	3.3	
	Cáncer de cérvix	1	0.8	0	0.0	
	Linfoma de Hodgkin	5	4.2	1	0.8	
	Otro tipo de Cáncer	18	15.0	5	4.2	
	Total	85	70.8	35	29.2	

Fuente: Escala de medición afrontamiento y adaptación de Callista Roy(CAPS)

Interpretación y análisis

La evaluación de la dimensión "Proceso de alerta", que examina la capacidad para identificar y responder adecuadamente a estímulos relacionados con la enfermedad, muestra que el 70,8% de los pacientes presenta baja capacidad, mientras que solo el 29,2% alcanza alta capacidad, además, el análisis inferencial no identificó asociaciones estadísticamente significativas con las variables sexo $p=0,285$, edad $p=0,678$, religión $p=0,223$, zona de procedencia $p=0,905$, tiempo de enfermedad $p=0,304$ ni tipo de cáncer $p=0,392$.

Sin embargo, dos variables mostraron tendencias estadísticas relevantes aunque sin alcanzar el umbral convencional de significancia: el nivel de escolaridad $p=0,055$ y la ocupación $p=0,062$, respecto al nivel educativo, se observará que los pacientes con educación superior presentan proporcionalmente mayor capacidad de alerta 2,5% del total con alta capacidad, representando el 75% dentro de su categoría, en comparación con los otros grupos. En cuanto a la ocupación, los trabajadores independientes mostraron mayor proporción relativa de alta capacidad 7,5% del total, lo que podría relacionarse con las demandas de autogestión y monitorización constante que caracterizan este tipo de actividad laboral.

Estos resultados confirman los hallazgos de Roifah et al. (19) respecto a la influencia significativa de factores laborales sobre los mecanismos de afrontamiento. Asimismo, coinciden parcialmente con lo señalado por León Salgado (23), quien encontró una relación significativa aunque escasa entre factores sociodemográficos y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, además, la asociación entre procedencia rural y mayor capacidad adaptativa resulta un hallazgo interesante que podría interpretarse desde la teoría de resiliencia en el contexto oncológico (43), donde se destaca que experiencias previas de adversidad pueden fortalecer capacidades adaptativas transferibles a nuevos contextos estresantes, puesto que, los pacientes rurales posiblemente han desarrollado mecanismos de resiliencia más efectivos ante las dificultades cotidianas, que luego implementan al enfrentar el diagnóstico y tratamiento oncológico.

TABLA 7

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADO CON LA DIMENSION PROCESAMIENTO SISTEMÁTICO DEL AFRONTAMIENTO – ADAPTACIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS , H A L, CUSCO-2024.

		Procesamiento sistemático				Prueba estadística
		Baja		Alta		
		N°	%	N°	%	
Sexo	Masculino	30	25.0	3	2.5	X2=1.604 P=0.205
	Femenino	84	70.0	3	2.5	
	Total	114	95.0	6	5.0	
Edad	18-29 años	16	13.3	0	0.0	X2=1.297 P=0.523
	30-59 años	95	79.2	4	3.3	
	60 a mas	3	2.5	2	1.7	
	Total	114	95.0	6	5.0	
Nivel de escolaridad	Sin instrucción	7	5.8	0	0.0	X2=3.814 P=0.282
	Primaria	54	45.0	1	0.8	
	Secundaria	49	40.8	5	4.2	
	Superior	4	3.3	0	0.0	
	Total	114	95.0	6	5.0	
Ocupación	Ama de casa	60	50.0	4	3.3	X2=0.965 P=0.810
	Trabajador dependiente	29	24.2	1	0.8	
	Trabajador independiente	15	12.5	1	0.8	
	No trabaja	10	8.3	0	0.0	
	Total	114	95.0	6	5.0	
Religión	Católico	58	48.3	4	3.3	X2=1.276 P=0.735
	Cristiana	38	31.7	1	0.8	
	Evangélico	12	10.0	1	0.8	
	Otros	6	5.0	0	0.0	
	Total	114	95.0	6	5.0	
Zona de procedencia	Rural	65	54.2	6	5.0	X2=4.359 P=0.037
	Urbano	49	40.8	0	0.0	
	Total	114	95.0	6	5.0	
Tiempo de enfermedad	> de 1 año	64	53.3	3	2.5	X2=0.087 P=0.768
	< de 1 año	50	41.7	3	2.5	
	Total	114	95.0	6	5.0	
Tipo de Cáncer	Cáncer de mama	33	27.5	1	0.8	X2=3.213 P=0.782
	Cáncer de próstata	19	15.8	2	1.7	
	Cáncer de estomago	18	15.0	0	0.0	
	Cáncer de ovario	16	13.3	1	0.8	
	Cáncer de cérvix	1	0.8	0	0.0	
	Linfoma de Hodgkin	6	5.0	0	0.0	
	Otro tipo de cáncer	21	17.5	2	1.7	
	Total	114	95.0	6	5.0	

Fuente: Escala de medición afrontamiento y adaptación de Callista Roy(CAPS)

Interpretación y análisis

El análisis de la dimensión "Procesamiento sistemático", que evalúa la capacidad para organizar metódicamente información y planificar respuestas estructuradas ante los desafíos del tratamiento, revela una situación crítica: el 95,0% de los pacientes oncológicos ambulatorios presenta baja capacidad, mientras que solo un 5,0% alcanza alta capacidad, además, al evaluar posibles asociaciones con variables sociodemográficas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas con sexo $p=0,205$, edad $p=0,523$, nivel educativo $p=0,282$, ocupación $p=0,810$, religión $p=0,735$, tiempo de enfermedad $p=0,768$ ni tipo de cáncer $p=0,782$.

No obstante, la variable "zona de procedencia" mostró una asociación estadísticamente significativa $p=0,037$, con un patrón inesperado: todos los pacientes con alta capacidad de procesamiento sistemático 5,0% del total provenían exclusivamente de zonas rurales, mientras que ningún paciente urbano alcanzó este nivel.

El patrón observado podría relacionarse con lo reportado por Roifah et al. (19), quienes determinaron que factores educativos y laborales influyen significativamente en los mecanismos de afrontamiento. En entornos rurales, la necesidad de resolver problemas cotidianos con recursos limitados podría desarrollar capacidades específicas de organización y planificación que resultan adaptativas al enfrentar la complejidad del tratamiento oncológico. Este desarrollo de habilidades específicas en contextos de adversidad coincide con lo señalado por Cepeda et al. (3), quienes encontraron que pacientes con menores recursos educativos formales pueden desarrollar estrategias adaptativas efectivas basadas en experiencias prácticas y sistemas de apoyo comunitario.

Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (27), este fenómeno podría interpretarse como un ejemplo de cómo los procesos evaluativos secundarios valoración de recursos disponibles pueden optimizarse mediante experiencias previas de afrontamiento exitoso, incluso en contextos con limitaciones objetivas. La vida en entornos rurales, caracterizada por desafíos logísticos cotidianos y necesidad de planificación ante recursos limitados, podría constituir un entrenamiento involuntario pero efectivo para desarrollar capacidades de procesamiento sistemático transferibles al contexto oncológico. Según el modelo de adaptación de Roy (30), la capacidad para

procesar información de manera sistemática constituye un componente esencial, fundamental para desarrollar respuestas adaptativas efectivas frente a los estímulos del entorno oncológico.

TABLA 8

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADO CON LA DIMENSION
CONOCER Y RELACIONAR DEL AFRONTAMIENTO – ADAPTACIÓN DE LOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS, H A L, CUSCO-2024**

		Conocer y relacionar				Prueba estadística
		Baja		Alta		
		N°	%	N°	%	
Sexo	Masculino	32	26.7	1	0.8	X2=0.516 P=0.472
	Femenino	86	71.7	1	0.8	
	Total	118	98.3	2	1.7	
Edad	18-29 años	16	13.3	0	0.0	X2=0.431 P=0.806
	30-59 años	97	80.8	2	1.7	
	60 a mas	4	3.3	0	0.0	
	Total	118	98.3	2	1.7	
Nivel de escolaridad	Sin instrucción	7	5.8	0	0.0	X2=0.205 P=0.977
	Primaria	54	45.0	1	0.8	
	Secundaria	53	44.2	1	0.8	
	Superior	4	3.3	0	0.0	
	Total	118	98.3	2	1.7	
Ocupación	Ama de casa	63	52.5	1	0.8	X2=2.733 P=0.435
	Trabajador dependiente	30	25.0	0	0.0	
	Trabajador independiente	15	12.5	1	0.8	
	No trabaja	10	8.3	0	0.0	
	Total	118	98.3	2	1.7	
Religión	Católico	61	50.8	1	0.8	X2=3.644 P=0.303
	Cristiana	39	32.5	0	0.0	
	Evangélico	12	10.0	1	0.8	
	Otros	6	5.0	0	0.0	
	Total	118	98.3	2	1.7	
Zona de procedencia	Rural	70	58.3	1	0.8	X2=0.071 P=0.790
	Urbano	48	40.0	1	0.8	
	Total	118	98.3	2	1.7	
Tiempo de enfermedad	> de 1 año	67	55.8	0	0.0	X2=2.571 P=0.109
	< de 1 año	51	42.5	2	1.7	
	Total	118	98.3	2	1.7	
Tipo de cáncer	Cáncer de mama	33	27.5	1	0.8	X2=2.666 P=0.849
	Cáncer de próstata	20	16.7	1	0.8	
	Cáncer de estomago	18	15.0	0	0.0	
	Cáncer de ovario	17	14.2	0	0.0	
	Cáncer de cérvix	1	0.8	0	0.0	
	Linfoma de Hodgkin	6	5.0	0	0.0	
	Otro tipo de cáncer	23	19.2	0	0.0	
	Total	118	98.3	2	1.7	

Fuente: Escala de medición afrontamiento y adaptación de Callista Roy(CAPS)

Interpretación y análisis

La evaluación de la dimensión "Conocer y relacionar", que examina la capacidad para integrar conocimientos previos con información nueva y establecer conexiones significativas entre conceptos, evidencia la deficiencia más severa entre todas las

dimensiones estudiadas: el 98,3% de los pacientes presenta baja capacidad, mientras que solo un exiguo 1,7% apenas 2 pacientes alcanza alta capacidad, además, el análisis inferencial no identificó asociaciones estadísticamente significativas entre esta dimensión y ninguna de las variables sociodemográficas evaluadas: sexo $p=0,472$, edad $p=0,806$, nivel educativo $p=0,977$, ocupación $p=0,435$, religión $p=0,303$, zona de procedencia $p=0,790$, tiempo de enfermedad $p=0,109$ ni tipo de cáncer. $p=0,849$.

Estos resultados contrastan parcialmente con lo reportado por León Salgado (23) quien identificó diferencias en las estrategias específicas de afrontamiento según características sociodemográficas en pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, coinciden con los hallazgos de Morveli Mayorga (25) que destacan la importancia de factores cognitivos como el locus de control y su influencia en las estrategias de afrontamiento, independientemente de variables sociodemográficas.

La deficiencia generalizada en esta dimensión podría explicarse desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Roy (30) considerando que el subsistema cognador, responsable del procesamiento perceptual y de información, podría verse especialmente afectado por estresores focales como el diagnóstico oncológico y sus implicaciones. La sobrecarga cognitiva y emocional asociada al cáncer podría comprometer significativamente la capacidad para establecer conexiones conceptuales entre experiencias previas y la nueva realidad de la enfermedad, dificultando la integración adaptativa de información relevante para el afrontamiento efectivo.

Desde la teoría transaccional del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (27) estos hallazgos podrían interpretarse como evidencia de un deterioro generalizado en los procesos evaluativos cognitivos valoración primaria y secundaria que subyacen a la selección e implementación de estrategias de afrontamiento efectivas. La incapacidad para integrar conocimientos previos con información nueva sobre la enfermedad y sus tratamientos limitaría significativamente las opciones de respuesta adaptativa disponibles para el paciente.

TABLA 9

AFRONTAMIENTO - ADAPTACIÓN RELACIONADO CON OTRAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD (TIEMPO DE ENFERMEDAD Y TIPO DE CÁNCER) AL TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS AMBULATORIOS, H A L, CUSCO - 2024

		Afrontamiento - adaptación				Prueba estadística
		Baja		Alta		
		N°	%	N°	%	
Tiempo de enfermedad	> de 1 año	46	68,7	21	31,3	X ² =0,348 P=0,555
	< de 1 año	39	73,6	14	26,4	
	Total	85	70,8	35	29,2	
Tipo de Cáncer	Cáncer de mama	19	55,9	15	44,1	X ² =8,802 P=0,185
	Cáncer de próstata	15	71,4	6	28,6	
	Cáncer de estomago	15	83,3	3	16,7	
	Cáncer de ovario	13	76,5	4	23,5	
	Cáncer de cérvix	0	0,0	1	100,0	
	Linfoma de Hodgkin	5	83,3	1	16,7	
	Otro tipo de cáncer	18	78,3	5	21,7	
Total	85	70,8	35	29,2		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación

El análisis de la asociación entre las variables de salud y el proceso de afrontamiento y adaptación al tratamiento oncológico ambulatorio mostró que el tiempo de enfermedad no presentó una relación estadísticamente significativa con la capacidad de afrontamiento $X^2=0,348$; $p=0,555$, aunque se observó una tendencia en la que los pacientes con más de un año de enfermedad tuvieron una mayor proporción de alta capacidad 31,3% en comparación con aquellos con menos de un año de diagnóstico 26,4%, la diferencia no fue significativa. Asimismo, el tipo de cáncer tampoco evidenció una asociación significativa con la capacidad de afrontamiento y adaptación $X^2=8,802$; $p=0,185$, sin embargo, se identificaron diferencias en la proporción de alta capacidad entre los distintos tipos de cáncer, destacando que los pacientes con cáncer de mama mostraron el mayor porcentaje de alta capacidad 44,1%, mientras que aquellos con cáncer de estómago, linfoma de Hodgkin y otros tipos de cáncer

presentaron los porcentajes más bajos 16,7% - 23,5%. Estos resultados difieren de los reportados por Jara y Urbina (21), quienes encontraron una relación significativa entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la capacidad de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama, sin embargo, coinciden con lo señalado por Roifah et al. (19) quienes determinaron que el ciclo de quimioterapia $p=0.688$ no mostraba efecto significativo sobre los mecanismos de afrontamiento, lo que sugiere que factores temporales relacionados con la enfermedad podrían tener menor influencia en la capacidad adaptativa que otros elementos contextuales o personales.

La tendencia observada hacia mayor capacidad adaptativa en pacientes con cáncer de mama 44,1% podría relacionarse con los hallazgos de Cervantes et al. (16) quienes identificaron correlaciones positivas significativas entre estrategias de afrontamiento específicas y diversos indicadores de calidad de vida en mujeres con este diagnóstico, puesto que, estos investigadores evidenciaron que las pacientes que implementan predominantemente estrategias de afrontamiento "ingenioso-enfocado" durante el proceso terapéutico muestran una percepción más favorable de su calidad de vida. Esta mayor capacidad adaptativa en pacientes con cáncer de mama también coincide con lo reportado por Cepeda et al. (3) quienes encontraron que el cáncer de mama era el tipo de neoplasia con mayor prevalencia 43% en su estudio y que las mujeres "manejan un afrontamiento adecuado de manera positiva y tratan de salir adelante usando estrategias de afrontamiento". Además, los hallazgos son congruentes con lo señalado por Saenz Díaz (24) quien identificó que durante el primer año los pacientes oncológicos hacían mayor uso de estrategias de resolución de problemas, mientras que a partir del primer año predominaban estrategias de evitación, sugiriendo una evolución temporal en los mecanismos adaptativos.

Desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Roy (30) estos resultados sugieren que los estímulos focales tipo específico de cáncer y contextuales tiempo transcurrido desde el diagnóstico podrían ejercer una influencia secundaria en comparación con otros factores como las características sociodemográficas o los sistemas de apoyo disponibles. Según este modelo, la adaptación se manifiesta a través de cuatro modos interrelacionados fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia, y los hallazgos sugieren que el tipo específico de cáncer podría impactar diferencialmente estos modos, particularmente en el caso del cáncer de mama, donde factores como el mayor acceso a grupos de apoyo y programas psicosociales específicos podrían favorecer especialmente el modo de interdependencia.

La ausencia de asociación significativa entre el tiempo de enfermedad y la capacidad de afrontamiento-adaptación contrasta con la perspectiva teórica de Lazarus y Folkman (27) que sugiere que el afrontamiento es un proceso dinámico que evoluciona a lo largo del tiempo.

TABLA 10
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL AFRONTAMIENTO - ADAPTACIÓN
 AL TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS AMBULATORIOS, HOSPITAL
 ANTONIO LORENA, CUSCO-2024.

		Afrontamiento - adaptación				Prueba estadística
		Baja		Alta		
		N°	%	N°	%	
Sexo	Masculino	24	72,7	9	27,3	X ² =0,079 P=0,779
	Femenino	61	70,1	26	29,9	
	Total	85	70,8	35	29,2	
Nivel de escolaridad	Sin instrucción	6	85,7	1	14,3	X ² =7,202 P=0,066
	Primaria	43	78,2	12	21,8	
	Secundaria	35	64,8	19	35,2	
	Superior	1	25,0	3	75,0	
	Total	85	70,8	35	29,2	
Ocupación	Ama de casa	43	67,2	21	32,8	X ² =21,998 P=0,000
	Trabajador dependiente	27	90,0	3	10,0	
	Trabajador independiente	5	31,3	11	68,8	
	No trabaja	10	100,0	0	0,0	
	Total	85	70,8	35	29,2	
Religión	Católico	40	64,5	22	35,5	X ² =4,571 P=0,206
	Cristiana	32	82,1	7	17,9	
	Evangélico	8	61,5	5	38,5	
	Otros	5	83,3	1	16,7	
	Total	85	70,8	35	29,2	
Zona de procedencia	Rural	45	63,4	26	36,6	X ² =4,675 P=0,031
	Urbano	40	81,6	9	18,4	
	Total	85	70,8	35	29,2	

Fuente: Ficha de recolección de datos y Escala de afrontamiento y adaptación de Callista Roy

Interpretación y análisis

El análisis de la asociación entre características sociodemográficas y el proceso global de afrontamiento-adaptación reveló patrones significativos en nuestra población de estudio. Se evidencia que el sexo no presenta asociación significativa con la capacidad de afrontamiento $p=0,779$, con proporciones similares de alta capacidad entre hombres 27,3% y mujeres 29,9%. Esta ausencia de diferencias significativas entre géneros difiere de lo observado por Velázquez y Reyes (17), quienes encontraron que las mujeres presentaban mayor capacidad adaptativa, aunque coincide con los hallazgos de Parra (20) respecto a la independencia entre variables de género y capacidad de afrontamiento en el contexto oncológico.

El nivel educativo mostró una tendencia sugestiva sin alcanzar significancia estadística convencional $p=0,066$, observándose un gradiente positivo en la proporción de alta capacidad conforme aumenta el nivel educativo: sin instrucción 14,3%, primaria 21,8%, secundaria 35,2% y superior 75,0%. Esta tendencia es congruente con los hallazgos de Roifah et al. (19) quienes encontraron que los factores educativos $p=0.031$ ejercen una influencia significativa sobre los mecanismos de afrontamiento, sugiriendo que a mayor nivel educativo, los pacientes desarrollan mejor tolerancia y control frente a los estresores oncológicos. Estos resultados se complementan con los hallazgos locales de Borda e Ito (25) quienes encontraron que las estrategias de afrontamiento positivas como el enfrentamiento activo y la búsqueda de apoyo social están asociadas con mejores resultados adaptativos en pacientes oncológicos del Hospital Regional Cusco.

Desde la perspectiva teórica del afrontamiento según Lazarus y Folkman (27) el nivel educativo podría constituir un recurso personal que amplía el repertorio de estrategias disponibles y mejora la capacidad para procesar información compleja relacionada con la enfermedad y sus tratamientos.

La variable ocupación demostró una asociación altamente significativa con el afrontamiento $p=0,000$, destacando que los trabajadores independientes presentaron la mayor proporción de alta capacidad 68,8%, seguidos por amas de casa 32,8%, mientras que ningún desempleado alcanzó este nivel. Estos resultados reafirman lo señalado por Roifah et al. (19) quienes identificaron los factores laborales $p=0.023$ como determinantes significativos en la configuración de mecanismos de

afrontamiento adaptativo. El entorno laboral, especialmente en trabajadores independientes, podría proporcionar no solo estabilidad económica sino también un sentido de propósito, autonomía y refuerzo de la autoeficacia, elementos considerados importantes en la resiliencia oncológica según señala la literatura especializada (42).

Aunque la religión no mostró asociación significativa $p=0,206$, se observaron diferencias en la distribución de alta capacidad: evangélicos 38,5%, católicos 35,5%, cristianos no católicos 17,9%, sugiriendo variaciones en el soporte espiritual y comunitario según denominaciones específicas. Estos hallazgos coinciden parcialmente con lo reportado por Jara y Urbina (21) quienes encontraron que el 90% de su muestra declaraba alguna religión, y aquellos con creencias religiosas mostraban mejores niveles de afrontamiento. La espiritualidad constituye un recurso fundamental en el contexto oncológico, como señala la teoría del estilo de afrontamiento emocional (15), proporcionando consuelo, esperanza y un marco de significado trascendente ante la experiencia de enfermedad.

Finalmente, la zona de procedencia evidencia asociación significativa $p=0,031$, con mayor proporción de alta capacidad en pacientes rurales 36,6% frente a urbanos 18,4%. Este hallazgo, consistente con patrones similares en dimensiones específicas, refuerza la hipótesis de mecanismos de resiliencia potenciados en contextos rurales, donde las adversidades cotidianas y redes comunitarias tradicionales podrían favorecer adaptaciones más efectivas ante la enfermedad. Desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Roy (30), este fenómeno podría explicarse por la presencia de estímulos contextuales específicos del entorno rural que fortalecen modos adaptativos particulares, especialmente el de interdependencia, caracterizado por redes de apoyo comunitario más cohesionadas.

Contrariamente a lo que podría esperarse, considerando las limitaciones en acceso a servicios especializados que suelen enfrentar las poblaciones rurales, estos pacientes demostraron mayor capacidad adaptativa. Este hallazgo sugiere que los factores culturales y las estructuras de apoyo tradicionales podrían compensar las desventajas en acceso a recursos sanitarios formales, alineándose con la perspectiva teórica de la resiliencia en el contexto oncológico (42) que enfatiza la importancia de recursos personales y comunitarios como determinantes de la adaptación efectiva frente a la adversidad.

CONCLUSIONES

PRIMERA. Se concluye que los pacientes oncológicos ambulatorios del Hospital Antonio Lorena, Cusco, presentan características sociodemográficas con marcado predominio de mujeres, personas de edad de 30 a 59 años, bajo nivel educativo, procedencia rural y ocupación mayoritariamente como amas de casa.

SEGUNDA. Se evidencia que los pacientes oncológicos ambulatorios del Hospital Antonio Lorena presentan predominantemente una baja capacidad de afrontamiento-adaptación al tratamiento,. Este déficit es especialmente crítico en las dimensiones cognitivas superiores como "Conocer y relacionar" y "Procesamiento sistemático", mientras que la dimensión "Físico y enfocado" muestra resultados relativamente más favorables.

TERCERA. Se determina que existe relación estadísticamente significativa entre algunas características sociodemográficas y ciertas dimensiones del afrontamiento-adaptación al tratamiento, confirmando parcialmente la hipótesis planteada . Específicamente, la ocupación mostró asociación significativa con la dimensión "Recursivo y centrado" y "Físico y enfocado", mientras que la zona de procedencia se relacionó significativamente con "Recursivo y centrado" y "Procesamiento sistemático".

CUARTA. Se constata que no existe relación estadísticamente significativa entre el tiempo de enfermedad ni el tipo de cáncer con el nivel global de afrontamiento-adaptación al tratamiento, rechazando la hipótesis planteada. Sin embargo, se identifican tendencias clínicamente relevantes, como la mayor proporción de alta capacidad adaptativa en pacientes con cáncer de mama frente a aquellos con cáncer de estómago o linfoma de Hodgkin, diferencias que podrían relacionarse con la disponibilidad diferencial de grupos de apoyo específicos y el impacto funcional variable según la localización tumoral.

QUINTA. Se establece que existe relación estadísticamente significativa entre algunas características sociodemográficas y el proceso de afrontamiento-adaptación al tratamiento, confirmando parcialmente la hipótesis planteada . La ocupación demostró una fuerte asociación, destacando que los trabajadores independientes presentaron la mayor proporción de alta capacidad adaptativa, mientras los pacientes que no

trabajan no alcanzaron este nivel, asimismo, la zona de procedencia evidencia asociación significativa, con mayor proporción de alta capacidad en pacientes rurales frente a urbanos.

SUGERENCIAS

AL MINISTERIO DE SALUD, Se propone desarrollar un modelo integral de atención psicosocial oncológica que, reconociendo la relación significativa entre la ocupación y la procedencia geográfica de los pacientes y su capacidad de afrontamiento, integra la formación de promotores de salud comunitarios en zonas rurales, así como la capacitación del personal de salud para aplicar un enfoque diferenciado según las características sociodemográficas, priorizando el fortalecimiento de los factores protectores identificados en pacientes rurales y trabajadores independientes.

A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE CUSCO, se recomienda implementar políticas regionales de atención oncológica diferenciada que consideren las características sociodemográficas identificadas en el estudio, promoviendo la articulación entre servicios de salud urbanos y rurales para garantizar continuidad en el cuidado integral del paciente oncológico.

A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA Y AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA, se recomienda implementar un sistema de registro y caracterización sociodemográfica sistemática de los pacientes oncológicos ambulatorios, que permita documentar con mayor precisión las particularidades de esta población, especialmente considerando el predominio de mujeres con bajo nivel educativo y procedencia rural, además, esta información debería utilizarse para adaptar culturalmente los materiales educativos, simplificar los documentos de consentimiento informado y desarrollar estrategias de comunicación médico-paciente que consideren el contexto sociocultural andino.

AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA se sugiere desarrollar protocolos de intervención diferenciados según el perfil ocupacional y zona de procedencia de los pacientes, considerando las asociaciones significativas identificadas en el estudio, específicamente, se recomienda implementar estrategias de acompañamiento reforzado para pacientes desempleados y trabajadores dependientes, quienes mostraron menor capacidad adaptativa, así como identificar y potenciar los mecanismos de afrontamiento presentes en pacientes rurales, que podrían transferirse como aprendizajes para pacientes urbanos con menor capacidad de afrontamiento.

A LOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ,se recomienda participar activamente en programas de capacitación sobre técnicas de apoyo emocional y comunicación efectiva con el paciente, desarrollar habilidades para identificar signos de deterioro en la capacidad de afrontamiento, establecer redes de apoyo familiar que fortalezcan los recursos adaptativos del paciente, y colaborar en la implementación de rutinas domiciliarias que promuevan el autocuidado y la adherencia terapéutica, considerando que el soporte familiar constituye un factor determinante en el proceso de adaptación al tratamiento oncológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2022 [Consultado 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Upadhyay A. Cáncer: Un territorio desconocido; replanteándose antes de avanzar [Internet]. Genes y Enfermedades. 2022; 8(5): 655-661 [Consultado el 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352304220301203>
3. Cepeda L, Mosquera J, Rojas D, Perdomo R. Afrontamiento y adaptación del adulto con cáncer: el arte del cuidado de enfermería [Internet]. Aquichán. 2022-Colombia; 22(1) [Consultado 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/15061>
4. Ríos JA, Zavala V, Garrido FC, Zolezzi JM, Barake MF, Labbé TP, et al. Bases biológicas del cáncer: una propuesta de contenidos mínimos para las carreras de la salud. Int J Med Surg Sci. [Internet]. 2021;8(3):1-2. [Consultado 22 de enero de 2025]. Disponible en: doi: 10.32457/ijmss.v8i3.1606.
5. Saini A, Kumar M, Baht BS, Saini V. Causas y tratamientos del cáncer [Internet]. Revista Internacional de Ciencias Farmacéuticas e Investigación. 2020; 11(7): 3121-3134 [Consultado el 25 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/342625564_CANCER_CAUSES_AND_TREATMENTS
6. Organización Mundial de la Salud - OMS. Informe de la OMS sobre el cáncer: establecer prioridades, invertir con prudencia y brindar atención para todos [Internet]. 2020 [Consultado 28 de enero de 2025]. Disponible en: https://www-who-int.translate.google.com/publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all?x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=tc
7. Topal C, Gurel R, Ucgun T, Kilinc B. Propiedades psicométricas de la Escala Turca de Afrontamiento Adaptativo de la Enfermedad en Pacientes Adultos con Cáncer [Internet]. Seminarios de Enfermería Oncológica. 2025; 1(1) [Consultado el 30 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749208125000403>
8. Kelkil B, Atnafu N, Dinegde N, Wassie M. Estrategias de afrontamiento del estrés y sus factores asociados en pacientes con cáncer de mama en el hospital

- especializado Tikur Anbesa, Etiopía: Estudio transversal institucional [Internet]. BMC Women's Health. 2022; 22(252) [Consultado el 2 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-022-01792-0>
9. Huzla S, Owsianowska J, Glaz A, Wozniak D, Jurczak A. La importancia de la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico en el contexto de la aceptación de la enfermedad [Internet]. Int. J. Environ. Res. Salud Pública. 2022 - Polonia 19(12) [Consultado el 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/12/7218>
 10. Faraci P, Bottaro R. Un estudio transversal que examina la relación entre las características sociodemográficas y los estilos de afrontamiento en un grupo de pacientes con cáncer [Internet]. Clin Neuropsychiatry. 2021 - Italia; 18(1): 3-12 [Consultado el 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8629058/#ref50>
 11. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, Iraurgi I. Expresión de resiliencia, afrontamiento y calidad de vida en personas con cáncer [Internet]. Más uno. 2020- España 15(7) [Consultado 10 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0236572>
 12. Meneguín SI, Felipe H, Fernández C, Zorzi A, Oliveira C. Estudio comparativo de la calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos [Internet]. Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ. 2024 - Brasil; 14(2) [Consultado el 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2254-9625/14/2/23>
 13. Villoria E, Lara L, Salcedo R. Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas [Internet]. Revista médica de Chile. 2021; 49(5): 708-7157 [Consultado 15 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872021000500708&script=sci_arttext
 14. Vallejos C. Situación del Cáncer en el Perú [Internet]. Diagnóstico. 2020 - Perú; 59(2): 77-85 [Consultado 18 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/347001446_Situacion_del_Cancer_en_el_Peru
 15. Rivera F, Cubillas P, Malvaceda E. Afrontamiento psicológico en pacientes mujeres con cáncer de mama de un hospital de Lima Metropolitana [Internet]. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2020; 39(4): 400-408 [Consultado 20 de febrero de 2025].

Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v39n4/1726-4642-rins-39-04-400.pdf>

16. Cervantes P, Reynaga L, Dávalo A, González A, Rodríguez R. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de mujeres con cáncer de mama en quimioterapia [Internet]. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2025; 8(6) [Consultado 22 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/15621>
17. Velásquez A. Correlación entre las relaciones intrafamiliares y el nivel de afrontamiento y adaptación en pacientes con cáncer [Internet]. 2022 [Consultado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: https://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lef/velazquez_lopez_a/
18. Ricardez A. Afrontamiento, adaptación y calidad de vida de mujeres con cáncer de mamas. [Internet]. 2022 [Consultado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/562877058/Proyecto-Callista-Roy>
19. Roifah R, Elies M, Tri R, Nur H. Factores que afectan los mecanismos de afrontamiento en pacientes de quimioterapia con el enfoque de la teoría de adaptación de Callista Roy [Internet]. 2019 [Consultado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositori.ubs-ppni.ac.id/handle/123456789/479>
20. Parra K. Afrontamiento-adaptación y sufrimiento del familiar de paciente con enfermedad oncológica, Servicio de Onco-Hematología, HNCASE - EsSalud, Arequipa 2019 [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2020 [Consultado 5 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c2facd93-5e40-4c6f-a9a2-a27b10d9d76a/content>
21. Jara C, Urbina V. Fatiga y afrontamiento de mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia de un hospital de Chiclayo", Trujillo 2019 [Internet]. 2020 [Consultado 8 de marzo de 2025]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAO_5722b9811b95286d889429f92585bdc5
22. Canchari V, Castro M. Estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico del cáncer de mama en mujeres del servicio de oncología médica de un hospital del MINSA 2022 [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023 [Consultado 10 de marzo de 2025]. Disponible en:

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13673/Estrategias_CanchariLopez_Victoria.pdf?sequence=3&isAllowed=y

23. León J. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama servicio ambulatorio oncología en un hospital nacional de Lima 2022 [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener; 2022 [Consultado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0605d51d-0f79-4f77-9224-76411913ccbc/content>
24. Saenz X. Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos de un centro médico de Chiclayo, 2023 [Internet]. Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2025 [Consultado 15 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/8187>
25. Borda R, Ito M. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés de pacientes oncológicos del Hospital Regional Cusco – 2023 [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2024 [Consultado 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/10016>
26. Morveli M. Locus de control, estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer de un Hospital del Cusco durante el 2021 [Internet]. Tesis de pregrado, Universidad San Antonio Abad del Cusco; 2022 [Consultado 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/6780/253T20220287.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Obbarius N, Fischer F, Liegl G, Obbarius A, Rose M. Una versión modificada del concepto de estrés transaccional según Lazarus y Folkman se confirmó en una muestra de pacientes psicosomáticos hospitalizados [Internet]. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12(1) [Consultado el 22 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.584333/full>
28. Faryabi R, Rahimi T, Daneshi S, Movahed E, Yusefi A. Estilos de afrontamiento del estrés en familiares de pacientes con la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en el sur de Irán: Aplicación de la teoría de afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman [Internet]. *The Open Public Journal Health*. 2022; 1(1) [Consultado el 25 de marzo de 2025]. Disponible en:

<https://openpublichealthjournal.com/VOLUME/15/ELOCATOR/e187494452209210/>

29. Camacho O, Pedroza F, Navarro G, de la Roca Chiapas J, Fulgencio M. Modelo transaccional de estrés y estilos de afrontamiento en la investigación del estrés psicológico: Análisis crítico [Internet]. Análisis crítico. Uaricha. 2024; 22(1): 42-53 [Consultado 28 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/708/727>
30. Yeşilyurt K. El efecto del modelo de adaptación de Roy en el estado de adaptación de los pacientes [Internet]. J Educ Res Nurs. 2023; 20(3): 277-283 [Consultado el 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN-03342-REVIEW-OZTEPE_YESILYURT.pdf
31. Callista. Aplicación de la Teoría de Adaptación de Roy a un programa de atención para enfermeras [Internet]. Applied Nurse Research. 2020; 16(56) [Consultado el 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7428709/>
32. Wang X, Zhang Q, Shao J, Ye Z. Conceptualización y medición de la adaptación dentro del modelo de adaptación de Roy en la atención crónica: un protocolo de revisión exploratoria [Internet]. BMJ Open. 2020; 20(10) [Consultado el 5 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7311031/>
33. Brown J, Amend S, Austin R, Gatenby R, Hammarlund E, Pienta K. Actualización de la definición de cáncer [Internet]. Mol Cancer Res. 2023; 6(11) [Consultado el 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10618731/>
34. Carbone, C. Cancer Classification at the Crossroads [Internet]. Cancers. 2020; 12(4): 1-6 [Consultado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6694/12/4/980>
35. Debela D, Muzazu S, Manyazewal T. Nuevos enfoques y procedimientos para el tratamiento del cáncer: Perspectivas actuales [Internet]. SAGE Open Medicine. 2021; 1(2) [Consultado el 12 de abril de 2025]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/20503121211034366>
36. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Manual de prevención del cáncer [Internet]. Lima: INEN; 2019 [consultado el 18 de enero de 2025]. Disponible en: https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/10/MANUAL-PREVENCION-CANCER_final-16.01.19.pdf

37. Ochoa A, Macia P, Alegría B, García C, Irauirgi G. El papel de la resiliencia y las estrategias de afrontamiento como predictores del bienestar en pacientes con cáncer de mama [Internet]. *European Journal of Oncology Nursinn*. 2024; 71(1) [Consultado el 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1462388924001182>
38. Religioni U, Czerw A, Badowska-Kozakiewicz A. Evaluación del dolor, aceptación de la enfermedad, adaptación a la vida y estrategias de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con cáncer gástrico [Internet]. *Revista de Educación sobre el Cáncer*. 2020; 75: 724–730 [Consultado el 20 de abril de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-019-01519-0>
39. Frey M, Davis E, Glynn S, Lin J, Ellis A, Tomito S. Adaptación y prevención de estrategias de afrontamiento para mujeres con cáncer de ovario durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. *Oncología Ginecológica*. 2022; 160(2) [Consultado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825820341287>
40. Samancas M, Zapata C, Galva G, Celedon J, Hernandez J. Adaptación a la enfermedad, resiliencia y optimismo en mujeres con cáncer de mama [Internet]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2023; 52(4) [Consultado 24 de abril de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502023000400280
41. Zhang B, Xiao O, Gu J, Ma Q, Han L. Un estudio cualitativo sobre las experiencias de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con cáncer de páncreas y sus cónyuges [Internet]. *Scientific Reports*. 2024; 14(18) [Consultado el 26 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-69599-7>
42. Roszkowska M, Białczyk K. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia [Internet]. *Cancers*. 2023; 15(23) [Consultado el 28 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6694/15/23/5515>
43. Rueda P, Cerezo M. Resiliencia y cáncer: una relación necesaria [Internet]. *Escritos de Psicología (Internet)*. 2020; 13(2) [Consultado 30 de abril de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092020000200005
44. Molina R. Edad como categoría analítica instrumental para la investigación [Internet]. *CONTRASTE Regional*. 2022; 1(1): 35-55 [Consultado 2 de mayo de

- 2025]. Disponible en: <https://revistacontraste.com/index.php/contrast/article/view/14>
45. Molinari V, Benítez S, Abeijón M. El sexo y el género como objetos de indagación histórica. Módulo de la Unidad 2 [Internet]. Psicología UBA. 2022; 1(1): 1-20 [Consultado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.elseminario.com.ar/Biblioteca/Molinari_Benitez_Abeijon_Sexo_Genero_Objetos_Indagacion_Historica.pdf
46. Pereira G. Relación entre el grado de instrucción académica y la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 65 años de edad [Internet]. Odontología Activa Revista Científica. 2020; 5(3): 19-24 [Consultado 6 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/500>
47. Tobar M. La ocupación como objeto y herramienta: ¿cuándo la ocupación está viva? [Internet]. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2020; 28(3): 1051-1060 [Consultado 8 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/4C7Q4SspkrHPwgSGZLqPdMq/?format=pdf>
48. Caicedo F, Dohmen T, Pondofer A. Religión y cooperación en todo el mundo [Internet]. Revista de comportamiento económico y organización. 2023; 215(2): 479-489 [Consultado 10 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167268123003475>
49. Escamirosa C, Rivera R, Rös M. Las denominaciones de origen e indicaciones geográficas como estrategia comercial de productos provenientes de comunidades rurales [Internet]. Universidad y Ciencia. 2024; 13(3): 40-53 [Consultado 12 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://revistas.unica.cu/index.php/uciencia/article/view/8540/5885>
50. Martínez A, Gómez JL. Formalización del concepto de afrontamiento: Una aproximación en el cuidado de la salud [Internet]. Escritos de Psicología (Internet). 2017; 13(2) [Consultado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v11n3/1988-348X-ene-11-03-744.pdf>
51. Builes I, Manrique H, Henao CM. Individualización y adaptación: entre determinaciones y contingencias [Internet]. Rev. Critica de ciencias sociales y juridicas. 2017; 30(1): 30-36 [Consultado 16 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/181/18153284002.pdf>

52. Toribio L, Andradre P. Estrategias de afrontamiento funcional y disfuncional y salud mental positiva en universitarios [Internet]. Revista Costarricense de Psicología (Enero-Junio 2025, publicación continua). 2025; 44(1) [Consultado 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/324>
53. Ruidiaz K, Cacante J. Desarrollo histórico del concepto Calidad de Vida: una revisión de la literatura [Internet]. Rev. cienc. ciudad. 2021; 10(3): 86-99 [Consultado 20 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2539>
54. Romero R, Casado R, Rebollo M, Ángeles J. Influencia de las redes de apoyo sociofamiliares en el cuidado de las personas mayores dependientes: un estudio cualitativo [Internet]. Rev Esp Salud Pública. 2023; 97(1) [Consultado 22 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/176>
55. Rosales J, Patiño J, García H. Conceptos básicos para aprender a llevar una vida con cáncer [Internet]. Urología colombiana. 2024; 32(2) [Consultado 24 de mayo de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2027-01192023000200025&script=sci_arttext
56. Aranda M, Acosta M, Benard S, Luna M. ¿Diagnóstico o estigma? Problematizar la enfermedad [Internet]. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2023; 12(1) [Consultado 26 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v12n1/2393-6606-ech-12-01-e3071.pdf>
57. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Primera ed.: McGraw Hill; 2018.

ANEXOS



ANEXO 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación que lleva por título “**Características sociodemográficas y afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024**”. Que tiene por objetivo determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con tratamiento oncológico ambulatorio, para lo cual este trabajo hará uso del cuestionario sobre el afrontamiento-adaptación. Para realizar necesitamos de su apoyo para completar el siguiente cuestionario.

Después de haber leído detenidamente el consentimiento y después de absolver mis dudas en lenguaje comprensible, entiendo que mi participación es **VOLUNTARIA**, que puedo retirarme del estudio libremente sin tener que dar explicaciones por mi abandono.

Al firmar este consentimiento no estoy renunciando a ninguno de mis derechos.
ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN ESTE ESTUDIO.

En caso tenga consultas o dudas comunicarse con las investigadoras: **KAROLIN NELLY USCAPI NINAN** con DNI **74375160** y **JUDITH DIANA VILLAGRA CONDE** con DNI **75796461** estudiantes de la escuela profesional de enfermería de la universidad nacional de San Antonio Abad del Cusco.

NOMBRE

FECHA

FIRMA

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES: La presente ficha tiene por finalidad registrar los datos sociodemográficos de los pacientes oncológicos que pertenecen al hospital Antonio Lorena, Cusco. Por favor marque con un aspa(x) su respuesta con veracidad. La información que nos brinde será estrictamente confidencial.

1. EDAD:

2. SEXO:

() Varón

() Mujer

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

() Sin instrucción

() Primaria

() Secundaria

() Superior técnico

() Superior universitario

4. OCUPACIÓN

() Ama de casas

() Trabajador dependiente

() Trabajador independiente

() No trabajan

5. RELIGIÓN

() Católica

() Cristiana

() Evangélico

() Otros

6. LUGAR DE PROCEDENCIA

() Rural

() Urbano

7. TIPO DE CÁNCER

() Cáncer de mama

() Cáncer de próstata

() Cáncer de estómago

() Cáncer de ovario

() Cáncer de cérvix

() Linfoma de hodgkin

() Otro tipo de cáncer

8. TIEMPO DE ENFERMEDAD

() Mayor a un año

() Menor a un año

ANEXO 3

ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN (CAPS)

A continuación, le presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de su vida. Marque la alternativa que considere conveniente. Recuerde que no hay respuestas correctas, ni incorrectas. No olvide responder a todas las preguntas tomando en cuenta el siguiente recuadro:

1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre

N.º	Ítems	1	2	3	4
FACTOR 1: Recursivo y centrado					
1.	Puedo hacer varias cosas a la vez sin confundirme				
2.	Cuando tengo un problema, se me ocurren formas de solucionarlo				
3.	Reconozco mi problema y trato de entender todo lo que está pasando				
4.	Busco información para tener más opciones de qué hacer				
5.	Cuando estoy preocupado, me cuesta hacer mis tareas del día.				
6.	Trato de recordar qué cosas me ayudaron antes en otros problemas				
7.	Trato de hacer que las cosas me vayan bien				
8.	Solo pienso en lo que me da miedo de mi enfermedad				
9.	Me siento bien cuando veo que estoy manejando bien mi problema				
10.	Tengo claro cómo me gustaría que mejore mi situación.				
11.	Soy menos eficaz bajo estrés				

FACTOR 2: Reacciones físicas y enfocadas					
12.	No actúo hasta que entiendo bien lo que me está pasando				
13.	Mi enfermedad me parece muy complicada de entender				
14.	Pienso en mi problema, paso por paso				
15.	Parece que hago las cosas más lentas sin saber por qué				
16.	Trato de cambiar mis sentimientos tristes por otros más positivos				
17.	Me mantengo ocupado durante el día cuando tengo crisis				
18.	Acepto las cosas tal como están pasando				
19.	Estoy atento a todo lo que tiene que ver con mi enfermedad				
20.	Al principio de mi enfermedad, reaccioné exageradamente				
21.	Recuerdo cosas que me ayudaron en otros momentos difíciles				
22.	Miro mi situación desde diferentes puntos de vista				
23.	A veces me quedo quieto un momento sin hacer nada				
24.	Me cuesta explicar por qué me enfermé				
FACTOR 3: Proceso de alerta					
25.	Puedo encontrar soluciones cuando el problema es complicado				
26.	Trato de usar mis habilidades para enfrentar lo que me pasa				
27.	Me adapto bien cuando tengo que ir a lugares desconocidos				

28.	Utilizo el humor para manejar las situaciones difíciles				
29.	Para mejorar mi enfermedad, estoy dispuesto a cambiar mi vida				
30.	Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso				
31.	Cuando estoy estresado, sigo siendo eficiente				
32.	Puedo conectar lo que me pasa ahora con cosas que viví antes				
33.	Me culpo a mí mismo por cualquier dificultad que tengo				
FACTOR 4: Procesamiento sistemático					
34.	Trato de ser creativo y propongo soluciones.				
35.	Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas.				
36.	Aprendo de las soluciones de los demás.				
37.	Miro la situación positivamente como un reto.				
38.	Planteo soluciones, aunque parezcan difíciles de alcanzar				
39.	Experimento cambios en la actividad física.				
FACTOR 5: Conocer y relacionar					
40.	Analizo los detalles de mi enfermedad tal como pasaron				
41.	Trato de aclarar cualquier duda antes de hacer algo				
42.	Trato de enfrentar mi crisis desde el primer momento				
43.	Me doy cuenta que me estoy enfermado				
44.	Aprendo nuevas habilidades para resolver problemas de mi enfermedad				

45.	Me rindo fácilmente ante las dificultades				
46.	Hago un plan para enfrentar las partes más difíciles de mi enfermedad				
47.	Tengo esperanzas de cómo van a mejorar las cosas a pesar de mi enfermedad.				

Fuente: Escala de medición de afrontamiento y adaptación-callista roy

ANEXO 4

ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO- ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

La escala de Roy Callista fue elaborada en el año 2004 en inglés nombrada como Copín Adaptation Processing Scale CAPS, con el propósito de conocer que estrategias utilizan las personas para afrontar y adaptarse ante una situación difícil. Este instrumento está compuesto por 47 ítems y 5 dimensiones como son: recursivo y centrado, físico y enfocado, el proceso de alerta, procesamiento sistemático y conocimiento relacionando, que se califica con la escala de Likert de 1 a 4 puntos: nunca 1, rara vez 2, casi siempre 3, siempre 4. Hasta el momento existen investigaciones que determinan la validez y confiabilidad del instrumento en la versión inglés que es propia de Roy, tailandés y español. En la versión inglesa Roy aplicó a 243 personas que padecían de lesión de médula espinal y a 104 individuos con diagnóstico de tumores benignos con lesiones en la base de cráneo como resultado se obtuvo 0.94 de alfa de Cronbach y un índice de Spearman 0.84 para el factor 1, 0.84;0.80;0.72; y 0.72 respectivamente.

Callista Roy no menciona en su investigación las categorías sobre el afrontamiento, sino que solo menciona que los valores son máximos y mínimos, el instrumento en español realizó por Gutiérrez y sus colaboradores ahí menciona las categorías como baja capacidad que oscila de 47 a 117 puntos y alta capacidad con un puntaje de 118 a 188 lo que concluye que las personas hacen buen uso de las estrategias de afrontamiento y adaptación.

ANEXO 5
SOLICITUD PARA APLICAR EL INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE ENFERMERIA
DECANATO



CIUDAD UNIVERSITARIA PERAYOC TELLEP. CENTRAL 084239898 - ANEXO 1420

Cusco, 12 de agosto de 2024.

Oficio No. 344 -2024-EPEN-FEN-UNSAAC.

Sr.
Dr. DENNIS MENDOZA GAMARRA
DIRECTOR DEL HOSPITAL LORENA DEL CUSCO

Presente. -

ASUNTO. - **SOLICITO FACILIDADES PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS.**

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo presentarle a las señoritas: **JUDITH DIANA VILLAGRA CONDE** identificada con DNI. N° 75796461 y **KAROLIN NELLY USCAPI NINAN** identificada con DNI: 74375160, Bachilleres en Enfermería, quienes vienen desarrollando el trabajo de tesis titulado **"AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION AL TRATAMIENTO ONCOLOGICO AMBULATORIO DE PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, 2024"**, para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Por tal motivo, mucho agradeceré a usted brindar todas las facilidades posibles, a fin que las interesadas puedan aplicar los instrumentos de trabajo necesarios, en el desarrollo del referido proyecto de tesis, en la Institución de su digna representada, de tal forma cumplir con su cometido, objetivos y fines de su investigación.

Reiterándole mi sincero reconocimiento de forma anticipada por la gentil atención que se sirva dispensar al presente, hago propicia la oportunidad para hacerle llegar a usted las expresiones de mi mayor distinción.

Atentamente.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE ENFERMERIA

[Firma]
Dra. CLAYDIA CHAGAS CHACON
DECANA

C.c.
Archivo
C.C.C./

ANEXO 6
AUTORIZACION DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA



CUSCO



GOBIERNO
REGIONAL DEL
CUSCO

GERENCIA
REGIONAL DE
SALUD

HOSPITAL
ANTONIO
LORENA

OFICINA DE INVESTIGACIÓN,
DOCENCIA Y CAPACITACIÓN



*Año del Bicentenario de la Consolidación de Nuestra Independencia y de la Conmemoración de las
Heroicas Batallas de Junin y Ayacucho*

AUTORIZACION

El que suscribe Dra. YANNET HUACAC GUZMAN Jefe de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

AUTORIZA:

Que, las bachilleres de Enfermería **USCAPI NINAN KAROLIN NELLY Y VILLAGRA CONDE JUDITH DIANA**, de la **UNIVERSIDAD SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**, quienes solicitan autorización para la aplicar instrumento de investigación a los pacientes del servicio de quimioterapia de nuestra Institución, cumpliendo con los requisitos correspondientes, doy autorización para que se le brinde el acceso y la información pertinente que le ayude a culminar satisfactoriamente el proyecto de Investigación Titulado "AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION DE PACIENTES CON TRATAMIENTO ONCOLOGICO AMBULATORIO DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, 2024", el cual fue presentado fue presentado a la Institución.

Se expide la presente a petición de los interesados para los trámites académicos respectivos.

Cusco, 25 de Noviembre del 2024

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA


Dra. Yannet Huacac Guzman
CIRUJIA GENERAL Y GINECOLOGICA
C.M.P. 48477 R.N.E. 34018
JEFE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DOCENCIA

ANEXO 7
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	ESCALA	TIPO DE INVESTIGACIÓN
<p>Problema general</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es la relación entre las características sociodemográficas y el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024? <p>Problemas Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024? • ¿Cómo es el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024? • ¿Cómo se relacionan las características sociodemográficas con las 	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre las características sociodemográficas y el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024 <p>Objetivo específico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos ambulatorios del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024 • Evaluar el nivel de afrontamiento - adaptación al tratamiento de los pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024 • Analizar la relación entre las características sociodemográficas 	<p>Hipótesis general</p> <p>H₁: Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024.</p> <p>H₀: No existe relación significativa entre las características sociodemográficas y el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024</p>	<p>Variable de estudio x1:</p> <p>AFRONTAMIENTO - ADAPTACIÓN</p>	<p>El afrontamiento involucra los esfuerzos cognitivos y la conducta humana para sobrellevar un problema.</p>	<p>Recursivo y centrado</p>	<p>Creatividad para afrontar la enfermedad soluciones frente al problema</p>	<p>Baja capacidad 11-27</p> <p>Alta capacidad 28-44</p>	<p>Ordinal</p> <p>Escala total 47-188</p> <p>Capacidad baja 47-117</p> <p>Capacidad alta 118-188</p>	<p>1. Tipo de investigación</p> <p>No experimental con enfoque cuantitativo</p> <p>2. Nivel de investigación</p> <p>Descriptivo</p> <p>3. Diseño de la investigación</p> <p>Diseño transversal</p> <p>4. Población</p> <p>Pacientes oncológicos del centro de salud Antonio Lorena N=175</p> <p>5. Muestra</p> <p>probabilístico n=120</p>
					<p>Reacciones físicas y enfocadas</p>	<p>Respuestas físicas</p>	<p>Baja capacidad 13-32</p> <p>Alta capacidad 33-52</p>		
					<p>Proceso de alerta</p>	<p>Reacciones de alerta frente a la enfermedad</p>	<p>Baja capacidad 9-22</p> <p>Alta capacidad 23- 36</p>		
					<p>Procesamiento sistemático</p>	<p>Manejo metódico de la situación</p>	<p>Baja capacidad 6-18</p> <p>Alta capacidad 19 24</p>		
					<p>Conocer y relacionar</p>	<p>Uso de la imaginación</p>	<p>Baja capacidad 8-24</p> <p>Alta capacidad 25-32</p>		
<p>VARIABLES DE AJUSTE:</p> <p>EDAD</p>	<p>Personas que oscilan entre las edades de 18 a más de 60 años</p>	<p>18-29años</p> <p>30-59años</p> <p>60 a mas</p>	<p>Intervalar</p>						

<p>dimensiones del afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024?</p> <p>• ¿Cómo se relacionan el tiempo de enfermedad y el tipo de cáncer y el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024?</p>	<p>con las dimensiones del afrontamiento al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024</p> <p>• Establecer la relación entre el tiempo de enfermedad y el tipo de cáncer con el afrontamiento - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024</p>	<p>Lorena, Cusco - 2024.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>H₁: Los pacientes oncológicos ambulatorios del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024, presentan características sociodemográficas heterogéneas, con predominio de pacientes de nivel socioeconómico bajo, procedentes de zonas rurales y con nivel educativo básico.</p> <p>H₁: Los pacientes oncológicos ambulatorios del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024, presentan en</p>	<p>SEXO</p>	<p>La persona se distingue de los demás por sus características sexuales.</p>	<p>Femenino Masculino</p>	<p>Nominal</p>	<p>6. Técnicas de recolección de datos</p> <p>Se utilizo la técnica de la entrevista</p> <p>7. Instrumentos de recolección de datos</p> <p>Escala del proceso de afrontamiento y adaptación CAPS</p>
			<p>NIVEL DE ESCOLARIDAD</p>	<p>Máximo grado de estudios aprobado por las personas en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional</p>	<p>Sin instrucción Primaria Secundaria Superior</p>	<p>Nominal</p>	
			<p>OCUPACION</p>	<p>Actividad física que satisface las necesidades de la persona</p>	<p>Ama de casa Trabajador dependiente Trabajador independiente Desempleado</p>	<p>Nominal</p>	
			<p>RELIGION</p>	<p>Los seres humanos tienen el dogma de creer en un Divino para mantener una vida estable.</p>	<p>católico Evangélico cristiano Otro</p>	<p>Nominal</p>	
			<p>LUGAR DE PROCEDENCIA</p>	<p>Lugar de donde proviene</p>	<p>Rural Urbano</p>	<p>Nominal</p>	
			<p>TIEMPO DE ENFERMEDAD</p>	<p>Tiempo que pasa desde el diagnóstico y continua con el tratamiento</p>	<p>Mayor a 1 año Menor a 1 año</p>	<p>Nominal</p>	

		<p>su mayoría un nivel medio de afrontamiento o - adaptación al tratamiento. H₁: Existe relación significativa entre las características sociodemográficas edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico y las dimensiones del afrontamiento o - adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorio, Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024. H₁: Existe relación significativa entre el tiempo de enfermedad y el tipo de cáncer con el nivel de afrontamiento o -</p>	<p>TIPO DE CANCER</p>	<p>El cáncer se desarrolla en diferentes partes del cuerpo por ello existe una clasificación del cáncer, para tratar la enfermedad.</p>	<p>Cáncer de: Mama Próstata Estomago Ovario Cérvix Linfoma de Hodgkin Otros tipos de cáncer</p>	<p>Nominal</p>	
--	--	---	------------------------------	---	---	----------------	--

		adaptación al tratamiento de pacientes oncológicos ambulatorios , Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2024					
--	--	---	--	--	--	--	--