

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN HOSPITALES

DEL MINSA – CUSCO, 2025

PRESENTADO POR:

Br. MARIA DEL CARMEN SALAS QUISPE

Br. GEORGE STALIN HECTOR TAYRO QUISPE

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA**

ASESORA:

Dra. MARICELA PAULLO NINA

CUSCO – PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el **Asesor** Dra. Maricela Pavullo Nina
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: Resiliencia y Calidad de Vida en pacientes
oncológicos en hospitales del MINSA - Cusco, 2025

Presentado por: Maria del Carmen Salas Quispe DNI N° 72948376
presentado por: George Stalin Hector Tayra Quispe DNI N°: 74764957
Para optar el título Profesional/Grado Académico de Licenciada (a) en Enfermería

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

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 sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<u>X</u>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación 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**
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 09 de Octubre de 20..25.....

Maricela Pavullo Nina
Firma

Post firma..... Maricela Pavullo Nina

Nro. de DNI..... 23822407

ORCID del Asesor..... 000 - 0001 - 7225 - 4534

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259 : 510751677

RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN HOSPITALES DEL MINSA - CUSCO, 2025 (2...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:510751677

103 páginas

Fecha de entrega

9 oct 2025, 9:40 p.m. GMT-5

20.807 palabras

117.216 caracteres

Fecha de descarga

9 oct 2025, 9:44 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN HOSPITALES DEL MINSA - CUS....pdf

Tamaño del archivo

1.1 MB

6% 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 15 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuente excluida
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
1 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

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.

PRESENTACIÓN

Señora Decana de la Facultad de Enfermería de la Tricentenaria Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

En concordancia con las disposiciones del reglamento de grados y títulos de la Facultad de Enfermería, se presenta esta tesis como parte del proceso para obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería titulado “RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN HOSPITALES DEL MINSA - CUSCO, 2025”.

Anhelando que los resultados dados por la presente investigación sean de un aporte relevante para instituciones implicadas y a su vez al público en general.

Br. María Del Carmen Salas Quispe

Br. George Stalin Hector Tayro Quispe

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecemos a Dios por permitirnos sobrellevar la vida en el día a día; darnos ese impulso que necesitábamos para dar cada paso, ser el punto de soporte y fortaleza ante situaciones adversas que nos hacía sentir débiles y que nos hacía pensar de que no podríamos salir de alguna dificultad.

A nuestra alma máter, la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, y a la Facultad de Enfermería, por habernos brindado una sólida formación académica a lo largo de nuestra carrera profesional.

A los docentes de la Facultad de Enfermería, por compartir sus conocimientos y experiencias con dedicación, guiándonos con principios éticos y valores que han marcado nuestra formación profesional.

A nuestra asesora Dra. Maricella Paullo Nina, por guiarnos con compromiso, brindarnos sus observaciones oportunas y acompañarnos con dedicación en cada etapa de este trabajo de investigación.

A las autoridades de los Hospitales Antonio Lorena y Regional del Cusco por brindarnos acceso a la información y las facilidades para la ejecución de nuestra investigación.

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía constante, por concederme la sabiduría, la salud y la fortaleza para seguir adelante y alcanzar los objetivos trazados.

A mis padres Luis Alberto y Maria por brindarme su apoyo incondicional, por su confianza infinita, quienes fueron mi motivación para seguir adelante y por el sacrificio que hicieron para que pueda llegar a cumplir mis metas tanto profesionales como personales.

A mi hermana Fiorella por ser mi confidente y acompañarme en mi proceso universitario y de vida.

A mi compañero de tesis y de experiencias George, por tenerme paciencia y por su grata compañía durante los últimos años de mi carrera hasta la conclusión de la tesis, gracias por ser parte de mi vida.

Maria del Carmen S.

DEDICATORIA

A Dios por iluminar mi camino, brindarme fuerzas en los momentos difíciles y permitirme avanzar con fe y esperanza en la realización de mis sueños.

A mi madre Edith por su apoyo incondicional; dándome motivación continua y una exigencia implacable para cumplir de manera satisfactoria mis metas y objetivos tanto profesionales como personales.

A mi abuela Gregoria por estar siempre apoyándome y acompañándome en este largo proceso.

A mi compañera de tesis y de experiencias Maria del Carmen, quien siempre estuvo a mi lado en esta travesía tan larga, dándome su apoyo incondicional y siempre motivándome a seguir adelante.

George Stalin Héctor T.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Caracterización del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación	5
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes de investigación	8
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Definición de términos	30
CAPÍTULO III	31
HIPOTESIS Y VARIABLES	31
3.1. Hipótesis	31
3.1.1. Hipótesis general	31
3.1.2. Hipótesis específicas	31
3.2. Variables	32
3.3. Variables intervinientes	32
3.4. Operacionalización de variable	34
CAPÍTULO IV	38
METODOLOGÍA	38
4.1. Tipo de estudio	38
4.1.1. Diseño de estudio	38
4.2. Área de estudio	38
4.3. Unidad de análisis	38

4.4.	Población	39
4.5.	Muestra	39
4.6.	Técnicas de recolección de datos	40
4.7.	Técnicas e instrumentos.....	40
4.8.	Validez y confiabilidad	42
4.9.	Recolección y procesamiento de datos	43
4.10.	Análisis de datos	44
CAPÍTULO V		45
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		45
5.1.	Resultados	45
5.2.	Discusión.....	54
CONCLUSIONES		60
SUGERENCIAS.....		61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Características sociodemográficas de los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.....	45
Tabla 2.	Nivel de resiliencia en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025	47
Tabla 3.	Nivel de Calidad de Vida según su dimensión Escala Global de Salud en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025	48
Tabla 4.	Nivel de Calidad de Vida según según su dimensión Escala Funcional en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025	49
Tabla 5.	Nivel de Calidad de Vida según su dimensión Escala de Síntomas en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025	50
Tabla 6.	Relación entre la resiliencia y la Escala Global de Salud en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA – Cusco, 2025.....	51
Tabla 7.	Relación entre la resiliencia y la Escala Funcional en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA – Cusco, 2025.	52
Tabla 8.	Relación entre la resiliencia y la Escala de Síntomas en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA – Cusco, 2025.....	53

RESUMEN

Se considera a la resiliencia como la capacidad de un paciente para afrontar y adaptarse a situaciones adversas; lo cual resulta importante para mantener una adecuada calidad de vida, ya que facilita la adaptación de las dificultades derivadas de la enfermedad como de su tratamiento mediante estrategias de afrontamiento.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos en Hospitales del MINSA – Cusco, 2025. **Metodología:** El estudio fue descriptivo, correlacional de corte transversal; la población fue de 363 pacientes oncológicos con una muestra de tipo no probabilista por conveniencia conformada por 61 pacientes, se aplicaron los instrumentos, la escala de resiliencia (ER-14) y la Escala de la calidad de vida (QLQ-C30). **Resultados:** El 49.2% de los pacientes tienen entre 40 a 55 años, el 59.0% son del sexo femenino, el 70.5% no trabaja, el 75.4% de pacientes provienen del área rural, el 52.5% tuvieron secundaria completa y un 29.2% son casados. El 45.9% de los pacientes tienen un nivel de resiliencia bajo, el 47.5% tienen un nivel regular en la escala funcional y en la escala global de la salud y sintomatológica tienen un nivel malo con un 42.9% y 42.6% respectivamente. **Conclusión:** La resiliencia se relaciona significativamente con la calidad de vida y con cada una de las dimensiones en los pacientes oncológicos de los hospitales del MINSA - Cusco, 2025; con un valor ($p < 0.001$) en cada una de las escalas.

Palabras claves: Resiliencia, Calidad, Pacientes, Oncología.

ABSTRACT

Resilience is considered a patient's ability to cope with and adapt to adverse situations. This is important for maintaining an adequate quality of life, as it facilitates adaptation to the difficulties arising from the disease and its treatment through coping strategies.

Objective: To determine the relationship between resilience and quality of life in cancer patients in MINSA Hospitals - Cusco, 2025. **Methodology:** The study was descriptive, correlational, cross-sectional; the population was 363 cancer patients with a non-probabilistic convenience sample made up of 61 patients, the instruments were applied, the resilience scale (ER-14) and the Quality of Life Scale (QLQ-C30).

Results: 49.2% of patients are between 40 and 55 years old, 59.0% are female, 70.5% do not work, 75.4% of patients come from rural areas, 52.5% had completed secondary school and 29.2% are married. 45.9% of patients have a low level of resilience, 47.5% have a fair level on the functional scale, and on the global health and symptomatic scale they have a poor level with 42.9% and 42.6% respectively.

Conclusion: Resilience is significantly related to quality of life and each of the dimensions in cancer patients at MINSA hospitals - Cusco, 2025; with a value ($p < 0.001$) on each of the scales.

Keywords: Resilience, Quality, Patients, Oncology.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con cáncer afrontan situaciones que afectan su estado de salud mental, físico y social; lo que exige procesos de adaptación ante dichas circunstancias, en este contexto, se resalta la resiliencia como la capacidad de adaptarse, afrontar y superar adversidades que impone la enfermedad y desarrollar estrategias para preservar y mejorar la calidad de vida comprendida como el grado de bienestar general del paciente.

Estudios han demostrado que la resiliencia actúa como recurso protector de la calidad de vida en pacientes oncológicos, ya que contribuye a un mejor perfil psicológico y favorece la adaptación frente a los cambios emocionales, las limitaciones físicas y las dificultades sociales derivadas de la enfermedad, a través de estrategias de afrontamiento positivas que mejoran el bienestar general del paciente (1).

La resiliencia en los pacientes con cáncer suele verse afectada debido a la incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad, el sufrimiento emocional, la desesperanza, la pérdida de interés en realizar actividades cotidianas, lo que repercute negativamente en su adaptación al proceso oncológico.

A su vez, la calidad de vida se ve comprometida por los efectos secundarios de los tratamientos y la presencia de síntomas como el dolor, la debilidad, el insomnio y la fatiga, los cuales limitan la capacidad de realizar actividades físicas, del mismo modo, el impacto emocional y social también se ve afectado, generando tristeza, preocupaciones y alteraciones en las relaciones interpersonales.

El siguiente estudio tiene como propósito determinar la relación entre la resiliencia con las dimensiones calidad de vida en los pacientes oncológicos en los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025; y está sistematizado en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Se desarrolla la caracterización del problema, formulación del problema, objetivos y la justificación.

Capítulo II: Aborda los antecedentes de investigación, el marco teórico, bases teóricas y definición de términos.

Capítulo III: Comprende la hipótesis, variables de estudio y la operacionalización de variables.

Capítulo IV: Aborda el diseño metodológico, tipo de estudio, la población y muestra, las técnicas de recolección de datos, los instrumentos, la validez y confiabilidad, la recolección y procesamiento de datos.

Capítulo V: Comprende los resultados, la discusión, conclusión, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Caracterización del problema

En la actualidad, el cáncer representa una de las enfermedades con mayor morbilidad y mortalidad a nivel mundial, cuyo impacto no solo representa un desafío para los sistemas de salud, sino también para las personas que lo padecen, asimismo estos atraviesan un proceso complejo que implica afrontar un distrés emocional, limitaciones funcionales y constante incertidumbre frente al futuro; lo que significa un cambio en la vida del paciente oncológico, quien se ve obligado a adaptarse a un nuevo estilo de vida marcado por consultas médicas, tratamientos prolongados y cuidados continuos generando consecuencias que trascienden el plano físico y psicológico; este conjunto de circunstancias impacta de manera significativa en su calidad de vida; siendo el dolor, la fatiga, las limitaciones funcionales, los problemas emocionales y la pérdida de roles sociales factores frecuentes que deterioran esta percepción (1,2).

Los pacientes oncológicos son aquellos individuos diagnosticados con un tipo de cáncer, patología caracterizada por la proliferación incontrolada de células que no cumplen con su ciclo normal de muerte, provocando la formación de tumores y su diseminación a otros órganos a través de metástasis; las cuales enfrentan no solo efectos físicos, sino también desafíos psicológicos, sociales y emocionales (3).

La resiliencia es la capacidad de un individuo para afrontar situaciones que representan un desafío en el transcurso de su vida impulsando su adaptación y actitud positiva para superar dicha adversidad (1).

La calidad de vida es un estado completo de bienestar físico y mental, que es afectado por una enfermedad y su tratamiento, comprendido de un concepto multidimensional que abarca aspectos psicológicos, físicos y sociales donde una persona logra un nivel óptimo de satisfacción y funcionalidad (2).

Ros J. en su estudio sobre la implicancia de la resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos en España; encontró que el 50.7% tuvieron un nivel de resiliencia bajo y el 36.4% una calidad de vida de nivel malo (4).

En el estudio de Chico M. acerca de la resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en Ecuador, se observó que el 22% tenían un nivel de resiliencia bajo y el 55.5% un nivel de calidad de vida regular (5).

En la investigación realizado por Mena D. sobre la resiliencia en pacientes oncológicos en la unidad de Quimioterapia en Lambayeque; se obtuvo que el 51.2% tuvieron un nivel de resiliencia bajo, a su vez en el estudio de Molero M, acerca de la resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en Lima, el 47.3% poseían un nivel de resiliencia bajo (6,7).

López L y Mori G. en su investigación sobre calidad de vida en pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en Lima, se encontró que el 70% tuvieron un nivel de calidad de vida mala, y Krederdt S. en su estudio sobre calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en el Hospital Nacional Arzobispo Loaiza en Lima; el 16% tuvo un nivel de calidad de vida mala (8,9).

A la entrevista, pacientes manifiestan que en su vida diaria se les hace difícil realizar sus tareas cotidianas, pero que tratan de lograr sus objetivos, otros refieren que perdieron el interés de hacer las cosas que antes les gustaban hacer, que no tienen la paciencia que solían tener antes, algunos se sienten más impulsivos, por el hecho

de que sienten que el cáncer está acabando con ellos, que hay días en que los síntomas son muy insoportables, que a pesar de eso tratan de salir adelante pero se presentan situaciones como cambios en el tratamiento o que el pronóstico médico no mejora, haciendo difícil superar estas adversidades con optimismo, y que no confíen en sí mismos en poder afrontar su enfermedad.

Además, los pacientes mencionan que su salud empeora con el paso del tiempo, que durante la última semana se sintieron peor, que sienten que el tratamiento no ayuda, y que con cada semana que pasa su estado de salud empeora.

También indican que se les dificulta poder hacer actividades físicas, refieren que antes podían caminar largas distancias pero que con la enfermedad se sienten más agitados y sin fuerzas, algunos refieren que necesitan ayuda para poder caminar, para preparar sus alimentos y en casos de adultos mayores ayuda para bañarse, además dicen que la mayor parte del tiempo suelen estar descansando, que las actividades que solían divertirse ya no las pueden hacer, como el hecho de practicar algún deporte, pasar tiempo con sus hijos o salir a la calle; algunos refieren que son una carga para su familia ya que estos dejan de hacer sus cosas para poder acompañarlos en sus tratamientos; en cuanto a lo emocional, los pacientes refieren que se encuentran tensos, preocupados, se sienten más irritables, y a la observación algunos se muestran desganados y con rostros tristes, unos dicen que se pierden en sus pensamientos y les resulta difícil concentrarse.

Por otro lado, señalan que sus cuerpos se sienten débiles, sin energías, hay veces que los dolores se vuelven intensos, que después de sus tratamientos se sienten nauseosos, hasta llegan a vomitar, algunos refieren tener malestar estomacal como diarreas o estreñimiento, falta de apetito, dificultad para conciliar el sueño e incluso algunos mencionan que no pueden dormir toda la noche.

Incluso manifiestan que la enfermedad trajo consigo problemas económicos, el gasto en cuidadores, gastos extra hospitalarios como transporte y falta de medicamentos que no cubre el seguro, las largas esperas para exámenes auxiliares y tener que hacerlas de forma particular o el solo hecho de no poder trabajar y solventar los gastos.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de los hospitales del MINSA - Cusco, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de resiliencia en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en cada una de sus dimensiones en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA – Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la escala salud global de la calidad de vida en pacientes oncológicos del MINSA - Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la escala de funcionamiento de la calidad de vida en pacientes oncológicos del MINSA - Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la escala de síntomas de calidad de vida en pacientes oncológicos de los hospitales del MINSA - Cusco, 2025?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.
- Medir el nivel de resiliencia en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.
- Medir el nivel de las dimensiones de calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.
- Relacionar la resiliencia con la escala global de salud de calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.
- Relacionar la resiliencia con la escala de funcionamiento de calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.
- Relacionar la resiliencia con la escala de síntomas de calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

1.4. Justificación

En la actualidad, el cáncer es identificado como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, a pesar de los avances tecnológicos, la detección precoz y tratamientos más oportunos, la enfermedad sigue siendo un gran desafío, donde las tasas de mortalidad y morbilidad continúan en constante ascenso (10).

Los resultados de esta investigación servirán para que las autoridades del Hospital Regional y Antonio Lorena del Cusco elaboren programas de actualización y capacitación para el personal de enfermería que brindan una atención directa a los pacientes oncológicos para poder mejorar su calidad de vida (11). Por ende, pacientes resilientes tienden a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento que sean efectivas, el cómo mantener una actitud optimista, establecer metas realistas y buscar apoyo, lo que impulsa una óptima calidad de vida; dichos mecanismos no solo reducen la angustia emocional, sino que también pueden tener un impacto positivo en la respuesta a los tratamientos, mejorando el pronóstico y la expectativa sobre su salud y su recuperación (12).

En consecuencia, este estudio servirá como base para mejorar la comprensión de la importancia de la resiliencia en el contexto oncológico por el personal multidisciplinario de los Hospitales Regional del Cusco y Antonio Lorena, destacando la relación entre resiliencia y calidad de vida, con el objetivo de fortalecerla y, en consecuencia, optimizar el bienestar integral de los pacientes; mediante la implementación de estrategias de afrontamiento, orientadas al fortalecimiento de las habilidades de autorregulación emocional, junto con el soporte afectivo, la escucha activa y el acompañamiento familiar, favoreciendo la construcción de un entorno de confianza en el cual el paciente puede exteriorizar sus emociones, lo que contribuye a enfrentar el proceso de la enfermedad con mayor afrontamiento, esperanza y capacidad adaptativa.

Además, los resultados de esta investigación serán de gran utilidad como base de datos adicional para el desarrollo de futuras investigaciones psicosociales y de salud pública que aportara a la ciencia de Enfermería una visión objetiva para implementar acciones que fortalezcan la resiliencia en los pacientes y mejoren su calidad de vida.

El presente estudio es éticamente viable puesto que los pacientes poseen una libre decisión de ser partícipes de esta investigación, al aceptar voluntariamente su participación a través del consentimiento informado, documento cuya finalidad es informar acerca del objetivo del estudio y abalar su colaboración.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Antecedentes internacionales

Rivera C, en su estudio “Resiliencia y Calidad de Vida en pacientes oncológicos de SOLCA Tungurahua”; Ecuador, 2024.

Objetivo: Desarrollar un estudio de correlación entre resiliencia y calidad de vida en los pacientes; Metodología: enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional y corte transversal, población de 70 pacientes, los instrumentos aplicados en su estudio fueron la escala resiliencia de Wagnild y Young (RS-14) y el cuestionario de calidad de vida QLQ-C30; Resultados: se tuvo que el 48.6% de los participantes presentaron un nivel de resiliencia normal, en cuanto a la escala de síntomas, el 64.3% tienen una mala calidad de vida, el 43.8% en la escala de funcional presenta un nivel regular y en la escala de estado global de salud un 61.2% un nivel regular; Conclusión: Hubo una correlación significativa entre la resiliencia con cada una de las dimensiones de calidad de vida (13).

Pineda B, en su estudio “Resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama”, Nicaragua, 2021.

Objetivo: Determinar la relación existente entre resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama; Metodología: Fue un estudio con diseño descriptivo, correlacional de corte transversal, población de 30 pacientes, los instrumentos a utilizar fueron la escala de resiliencia de Connor Davidson y el Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-C30; Resultados: Se obtuvo que el 80% de los participantes tuvieron un

nivel de resiliencia alto, en cuanto a la escala global de salud el 26.7% tienen una mala calidad de vida, en la escala de funcionamiento el 66.7% presentaron un nivel regular, y en la escala de síntomas un 56.7% un nivel malo; Conclusión: Existe una relación significativo entre la resiliencia y cada una de las dimensiones de calidad de vida en los pacientes (14).

Cuervo S, et al. en su estudio “La relación entre la resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos”; Colombia, 2021.

Objetivo: Establecer la relación entre la resiliencia y calidad de vida en pacientes hospitalizados del Hospital de Aguazul; Metodología: Fue de tipo correlacional con enfoque cuantitativo, participaron 120 pacientes, los instrumentos usados para las variables de resiliencia y calidad de vida fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (RS-14) y el cuestionario de calidad de vida QLQ-C30; Resultados: el 58.3% de los pacientes presentó un nivel regular de resiliencia, el 33.3% tuvo un nivel de calidad de vida mala en la escala global de salud; conclusión: Existe una correlación significativa moderada entre la resiliencia y la calidad de vida (15).

Ruiz I, et al. en su estudio “La importancia del apoyo social y la resiliencia en la calidad de vida de los pacientes con cáncer”; España, 2022.

Objetivo: Determinar la relación entre cada variable en pacientes con cáncer, Metodología: Descriptiva, correlacional de corte transversal, una población de 142 pacientes con cáncer del Hospital Costa Sol, los instrumentos utilizados fueron el QLQ-C30 para medir la calidad de vida y el CD-RISC-10 para medir la resiliencia, Resultados: En la escala funcional el 75% tenían un nivel bueno, en la escala de síntomas el 12% presentaba un nivel malo y la escala global de salud presentaba un nivel bueno con 63%, además un 42% presentaba un nivel de resiliencia normal;

Conclusión: Hubo una correlación significativa entre las variables de estudio, donde se muestra que la resiliencia se relaciona con cada una de las dimensiones de calidad de vida (16).

Hauché R, Pedron V, en su estudio “Capacidad de resiliencia en pacientes oncológicos al principio y al final de la enfermedad”; Argentina, 2021.

Objetivo: Comparar la capacidad de resiliencia entre sujetos adultos de la evolución en la enfermedad oncológica; Metodología: Descriptiva con muestreo no probabilístico intencional, población utilizada fue de 60 pacientes que asistían a los diferentes servicios oncológicos, el instrumento usado fue la escala de resiliencia de Wagnild y Young (RS-14); Resultados: Hubo resiliencia regular con 66.7% seguido por una resiliencia baja con 20% y el 13.3% presentó una alta resiliencia; Conclusión: la capacidad resiliente es mayor en aquellos pacientes que se encuentran en fase de supervivencia (12).

Antecedentes nacionales

Munayco J, et al. en su estudio “La asociación de la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia en una Institución de Salud”; Lima, 2024.

Objetivo: Relacionar la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia; Metodología: Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y no experimental con una población de 60 pacientes, haciendo uso de la escala de Resiliencia y el Cuestionario QLQ-C30 para calidad de vida; Resultados: El 50% tuvo un nivel de resiliencia baja y el 33.3% tuvieron una mala calidad de vida en la escala global de salud, el 45% tuvieron un nivel regular en la escala funcional;

Conclusión: Se evidenció una correlación significativa moderada resaltando que la resiliencia se relaciona con las dimensiones de calidad de vida (17).

Arenas N, Evaristo J, en su estudio “Calidad de vida en pacientes oncológicos de un instituto especializado”; Lima, 2022.

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes oncológicos de un instituto especializado; Metodología: El tipo de estudio fue descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, población conformada por 106 pacientes oncológicos, el instrumento utilizado fue el cuestionario de calidad de vida QLQ-C30; Resultados: Se tuvo en la escala global de la salud un nivel malo con 50%, en la escala de funcionamiento predominó el nivel bueno con 46.2% y en la escala de síntomas el nivel malo con 44.3%; Conclusión: Los pacientes oncológicos presentaron un nivel regular en cuanto a su calidad de vida (18).

Antecedentes locales

No se encontraron antecedentes locales.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Resiliencia

De acuerdo con Wagnild y Young, la resiliencia es una característica personal que reduce el impacto negativo del estrés, favorece la adaptación y refleja la fortaleza emocional de quienes pueden enfrentarse y ajustarse de manera positiva a las dificultades de la vida (19).

Gil destaca que la resiliencia consiste en la habilidad de un individuo para afrontar y superar circunstancias difíciles, involucrando cualidades que facilitan no solo una

adaptación adecuada, sino también una transformación personal, incluso cuando existen factores de riesgos (20).

La resiliencia está determinada por varias características, Oriol nos menciona que en el mundo físico, la resiliencia viene a ser sinónimo de la elasticidad, por que llega a recuperar su estado inicial, en el área de las ciencias de la salud es la adaptabilidad de las personas que se llegan a enfrentar a retos ya sean negativos o positivos; para la psicología la resiliencia surge de aquellas personas que llegaron a pasar eventos catastróficos superando así estas adversidades por la gran fortaleza que presentaba cada individuo; sin embargo, las personas llegan a hacerse vulnerables si se llega a alterar las condiciones de vida que forma su entorno (21).

La resiliencia está presente en varios entornos, uno de ellos es el enfocado en los pacientes donde se encuentran procesos de resiliencia que consta de generalidades como la promoción de factores resilientes que son; el compromiso con el comportamiento ya sea identificando la adversidad como la enfermedad, la valoración de los resultados de la resiliencia donde se aprende del proceso de salud enfermedad, donde se estima el impacto y se reconoce el mejoramiento de la calidad de vida (20).

2.2.2. Factores de la Resiliencia

Factores Protectores

Son los recursos internos y externos que apoyan a los individuos a afrontar las dificultades de manera efectiva, estos elementos se refieren a los aspectos que modifican como una persona responde ante una amenaza, lo que puede concluir a una reacción adaptativa, a veces incluso un evento desagradable puede convertirse en un factor protector si motiva al individuo a desarrollar mecanismos que permitan adaptarse y aprender a estar bajo presión (22).

A su vez estos factores se pueden dividir en:

- a) Internos: Autoestima, autocontrol, y habilidades de autorregulación emocional, optimismo y sentido del humor, la capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones y la confianza en la capacidad de superar obstáculos (22).
- b) Externos: El apoyo social (familia, amigos, comunidad), la educación y formación en habilidades, los entornos seguros y estables y los recursos económicos y accesos a servicios (22).

Factores de Riesgo

Son elementos que aumentan la posibilidad de que una persona enfrente dificultades para adaptarse a las adversidades, aunque no son determinantes, si influyen al nivel de vulnerabilidad que tiene una persona frente a situaciones estresantes o traumáticas (23).

Estos factores se subdividen en:

- a) Personales: Como los problemas de salud mental, baja autoestima, falta de habilidades de afrontamiento, riesgos físicos como enfermedades crónicas, discapacidades o condiciones de salud (22).
- b) Familiares: Conflictos familiares, abuso y negligencia, ausencia de apoyo parental y la dependencia familiar (22).
- c) Sociales: Aislamiento social, discriminación o exclusión, nivel educativo y conflicto comunitario (22).
- d) Económicos: Carencia de recursos económicos, ausencia de empleo y limitaciones para acceder a servicios sanitarios o redes de apoyo social (22).

Factores de Respuesta Adaptativa

Estos factores son los resultados de la relación entre los factores protectores y los de riesgo; Richardson, enfatiza en la capacidad del individuo para generar un cambio importante inicialmente, adaptarse al desafío y reconstruir un equilibrio más sólido (22).

Se dividen en los siguientes factores:

- a) Resilientes (de crecimiento y fortalecimiento): que comprende el aprendizaje de nuevas habilidades, transformación del trauma en propósito, fortalecimiento de relaciones y la adaptación proactiva (24).
- b) Defensivos (de superación con evitación): Se considera evitar situaciones similares, tener hábitos de protección y establecer límites estrictos contra situaciones semejantes (24).
- c) Deteriorados (dificultades en el proceso): Se tiene a la confrontación de problemas y tener conductas no saludables (24).

Wagnild y Young plantean que la resiliencia se compone de dos factores principales: El Factor I, denominado competencia personal, que abarca cualidades como la autoconfianza, la independencia, la toma de decisiones, la sensación de invulnerabilidad, la fortaleza, la creatividad y la perseverancia; y el Factor II, llamado captación de uno mismo y de la vida, el cual incluye la capacidad de adaptación, el equilibrio, la flexibilidad y una visión estable de la vida, así como un sentimiento de paz interior, incluso frente a experiencias negativas (19).

2.2.3. Tipos de Resiliencia

- a) Psicológica: Que es una composición de rasgos personales y conductas de afrontamiento (23).

- b) Familiar: Conjunto de procesos interactivos entre los miembros de una familia donde llegan a fortalecer con el tiempo, acomodándose en diversos estilos de organización y desafíos psicosociales (23).
- c) Comunitaria: Viene a ser el conjunto de valores, movilizaciones y disposiciones colectivas donde las comunidades se enfrentan a daños hechos por desastres naturales y obtienen éxito y fortaleza (23).
- d) Vicaría: Donde convierte al psicoterapeuta en forma de respuesta a la resiliencia ante un trauma (23).
- e) Espiritual: Definida como la capacidad de responder a la adversidad y eventos traumáticos sin tener síntomas críticos en su capacidad vital del cuerpo, mente y del espíritu, saliendo así con éxito (23).

2.2.4. Dimensiones de la resiliencia.

Confianza en uno mismo: Se refiere a la creencia personal de las propias capacidades, reconociendo tanto las fortalezas como las limitaciones, lo cual permite desarrollar habilidades a lo largo de la vida y fomentar la autonomía; para esta dimensión podemos ver indicadores de como son la autorrealización durante el desarrollo del individuo; la decisión que tiene; la superación que enfrentan a las dificultades; ser confiable y por último, la autoconfianza en sus capacidades (19).

Ecuanimidad: En esta dimensión se tiene una perspectiva balanceada de las experiencias, tomándolas con tranquilidad, entre sus indicadores encontramos a la serenidad, la aceptación en su capacidad y habilidades (19).

Perseverancia: Constante ante la adversidad y el abatimiento, en esta dimensión se implica las ansias de querer seguir luchando para poder construir su vida practicando

la autodisciplina para poder alcanzar sus metas, presenta los siguientes indicadores como ser constante encontrando salidas y ser tenaz ante las situaciones (19).

Satisfacción personal: Comprende que la vida tiene un propósito y un significado, aquí encontraremos indicadores como son el humor en donde la persona encuentra una buena disposición de ánimos; el propósito y ser optimista con una actitud positiva sin retrocesos (19).

Sentirse bien solo: Es cuando el individuo trata de entender que la vida de uno mismo es singular, aunque se comparta algunas experiencias siempre se tendrán diferencias y por ello se afronta solitariamente, es muy importante que uno se sienta bien con su propia compañía ya que nos otorga una sensación de libertad haciéndonos sentir únicos e individuales (19).

2.2.5. Teoría del sentido de coherencia SOC

La teoría salutogénica de Antonovsky plantea que la manera en que los individuos perciben y confrontan los desafíos de la vida, influyen directamente en la salud y bienestar, así mismo dentro de este enfoque, el autor desarrolla el concepto de sentido de coherencia (SOC) como un recurso psicológico fundamental para así poder afrontar situaciones adversas; el autor divide esta teoría en tres conceptos: comprensibilidad, donde la persona tiene la capacidad de entender y dar sentido a las experiencias que se le presentan; manejabilidad, que implica que una persona dispone de los recursos necesarios para poder afrontar las demandas y finalmente la significatividad, el cual refleja la motivación para enfrentar los retos y verlos como valiosos, entonces si una persona tiene una elevado sentido de coherencia este actúa como un recurso clave para la salud, dado que facilita el afrontamiento adaptativo frente a situaciones adversas (25).

2.2.6. Modelo de adaptación de Callista Roy

Roy plantea que el individuo es un sistema adaptativo que interactúa constantemente con su entorno, respondiendo a los cambios y desafíos mediante procesos fisiológicos, psicológicos y sociales, este modelo sirve como un marco para poder comprender como las personas enfrentan situaciones adversas y para orientar las intervenciones de enfermería hacia la promoción de respuestas adaptativas que mantengan la salud y la calidad de vida. Su funcionamiento se basa en la identificación de estímulos focales, contextuales y residuales que afectan a la persona, compone de varios componentes; el paciente como sistema, el entorno, mecanismos de adaptación y estímulos; este modelo se relaciona con la resiliencia, dado que ambos conceptos implican la capacidad de afrontar de manera positiva las demandas físicas, emocionales y sociales que impone la enfermedad. Un paciente con resiliencia alta, siguiendo el planteamiento de Roy, logra utilizar sus recursos internos y externos para adaptarse y así encontrar sentido de preservar su calidad de vida a pesar de la adversidad (26).

2.2.7. Modelo de Resiliencia de Richardson

Este modelo centra su atención en la manera en que los individuos enfrenten y se adaptan positivamente a las adversidades, considerando a la interacción entre factores de riesgo y de protección, resaltando que la resiliencia no constituye una característica fija, sino un proceso dinámico que puede variar con el tiempo, y que puede ser influenciado tanto por recursos internos como la autoestima y la flexibilidad emocional, como por recursos externos como el apoyo social y el acceso a oportunidades; además reconocen el potencial de crecimiento postraumático, un proceso en el que, tras enfrentar adversidades, los individuos pueden experimentar

cambios positivos, como una mayor apreciación de la vida y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales (22).

Este modelo tiene una aplicación significativa en la salud, particularmente en el marco de las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer, donde la resiliencia puede ser fundamental para el afrontamiento del diagnóstico, el tratamiento y la adaptación a los cambios derivados de la enfermedad, al considerar los factores que contribuyen a la resiliencia, como el apoyo social y los recursos emocionales, se puede mejorar el bienestar de los pacientes y potenciar su capacidad para superar los retos asociados con la enfermedad (22).

2.2.8. Calidad de vida

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) define a la calidad de vida como el bienestar general de una persona, que es afectada por su enfermedad y los tratamientos relacionados a ella, abarcando aspectos tanto físicos, emocionales, sociales y funcionales (27).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos da un enfoque más integral, definiendo calidad de vida como “el estado completo de bienestar físico, social y mental de una persona sin limitarse sólo a la ausencia de enfermedad”, es el conjunto de cualidades que influyen a hacer agradable y valiosa la vida, como individuos sociales, nuestro bienestar está profundamente ligado a interacciones interpersonales positivas que nos proporcionen beneficios materiales como emocionales, así como el reconocimiento y la validación, por lo tanto, desde un enfoque sociológico la calidad de vida va más allá del bienestar individual, sino también va a una salud colectiva (28).

La calidad de vida se puede entender como la agregación de puntuaciones de espectros cuantificables de la vida de un individuo, incluyendo en salud física, entorno habitacional, vínculos sociales y actividades, esta conceptualización objetiva facilita la comparación entre individuos basándose en criterios que evalúan su día a día (28).

2.2.9. Dimensiones de la calidad de vida

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) ha creado un método integral para medir la calidad de vida en pacientes oncológicos, que incluye tres áreas fundamentales (27).

Escala Global de Salud: Esta dimensión hace referencia a la percepción general del bienestar físico psicológico y social del individuo, así como su satisfacción con la vida en general, es una medida global que abarca varios aspectos de la calidad de vida del paciente (29).

Escala Funcional: Esta escala analiza cómo la enfermedad y el tratamiento afecta la habilidad del paciente para realizar sus actividades diarias, así como su funcionamiento físico, emocional y social; las áreas típicas incluyen la capacidad para trabajar, participar en actividades sociales, realizar actividades domésticas y disfrutar de hobbies (30,31).

- a) **Función Física:** Se refiere a la habilidad del paciente para llevar a cabo actividades físicas normales y mantener un nivel de energía adecuado, esta subescala evalúa la capacidad del individuo para realizar tareas como caminar, levantar objetos, subir escaleras y participar en actividades físicas (27,32).
- b) **Actividades cotidianas:** Esta subescala mide la habilidad del paciente para realizar actividades cotidianas esenciales, como el trabajo, las labores del hogar, el

autocuidado y la participación en actividades de ocio, evaluando así la autonomía funcional del individuo en su vida diaria (30,33).

- c) Rol Emocional: Esta subescala evalúa el impacto de los aspectos emocionales de la enfermedad en la vida del paciente, incluida la capacidad para desempeñar roles emocionales como trabajar, cuidar de la familia o mantener relaciones interpersonales, mide la habilidad de la persona para manejar las exigencias emocionales que implica la enfermedad (34).
- d) Función Cognitiva: Evalúa la función cognitiva y la claridad mental del paciente, incluida la capacidad para concentrarse, recordar información, tomar decisiones y realizar tareas intelectuales. Esta subescala aborda aspectos cognitivos del funcionamiento diario del individuo (35,36).
- e) Función social: Esta escala evalúa el impacto de la enfermedad en la capacidad del paciente para participar en actividades sociales, mantener relaciones interpersonales y cumplir roles sociales; así como el grado en que la enfermedad afecta las interacciones sociales y la vida comunitaria del individuo (27,32).

Escala de Síntomas: Los síntomas pueden ser físicos (dolor, fatiga, náuseas), psicológicos (ansiedad, depresión) o sociales (dificultades en las relaciones interpersonales), la evaluación de los síntomas proporciona información crucial sobre el impacto de la enfermedad y el tratamiento en la calidad de vida del paciente (37).

- a) Fatiga: Se caracteriza por una sensación persistente de agotamiento físico, mental o emocional que no se alivia con el descanso y que puede interferir significativamente en la capacidad funcional y la calidad de vida. Se ha descrito como uno de los síntomas más debilitantes y prevalentes en pacientes con cáncer (38,39).

- b) Dolor: Puede variar desde molestias leves hasta dolores intensos y debilitantes; puede ser causado por la propia enfermedad, los efectos secundarios al tratamiento o ambas cosas, la valoración precisa del control del dolor resulta indispensable para favorecer la mejora en la calidad de vida de los pacientes (40,41).
- c) Náuseas y vómitos: Estos son efectos adversos derivados de tratamientos, tales como la quimioterapia y la radioterapia, los cuales pueden implicar significativamente la calidad de vida de los pacientes, quienes con frecuencia requieren intervenciones farmacológicas especializadas (42,43).
- d) Disnea: La dificultad respiratoria, o disnea, en pacientes oncológicos puede originarse por diversos factores, incluyendo la progresión del cáncer, la existencia de metástasis pulmonares o los efectos secundarios de determinados tratamientos (44).
- e) Insomnio: Común en pacientes con cáncer y puede ser causado por múltiples factores, como el dolor, la ansiedad, la depresión y los efectos secundarios del tratamiento; la evaluación y el manejo del insomnio son importantes para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes (45,46).
- f) Anorexia: La anorexia es falta de apetito, frecuente en personas con cáncer, y puede originarse por diversos factores como el estrés, los efectos secundarios del tratamiento, la depresión o cambios en el gusto y el olfato, evaluarla y tratarla adecuadamente es clave para evitar la desnutrición (47).
- g) Estreñimiento: Es un efecto secundario común de la terapia del cáncer y puede ser provocado por diversos factores, como la inmovilidad, la deshidratación, la dieta y el uso de ciertos medicamentos (48).

- h) **Diarrea:** Es un efecto secundario común de la terapia del cáncer y puede ser causada por la quimioterapia, radioterapia, los medicamentos y las infecciones (49).

Estas dimensiones proporcionan un marco integral para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer, considerando aspectos físicos, emocionales, sociales y económicos (37).

2.2.10. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem presentó esta teoría en la década de los cincuenta y la publicó en 1972 en donde está compuesta por otras tres teorías que son el autocuidado el cual se refiere a la realización de actividades autogestionadas por individuo adultos en momentos específicos, motivados por el deseo de preservar una vida activa y saludable que contribuya a su crecimiento personal y bienestar general, esta teoría enseña cómo manejar los signos y síntomas de los pacientes, promoviendo conductas orientadas a la independencia (50).

La teoría del Déficit del cuidado ocurre cuando hay un desequilibrio entre las necesidades terapéuticas humanas y la habilidad desarrollada para el autocuidado, resultado en una incapacidad para identificar o satisfacer una o más de estas necesidades terapéuticas; es aquí donde interviene los sistemas de enfermería que trata de las intervenciones que lleva a cabo el personal de enfermería, los cuales están alineados con las necesidades del autocuidado de los pacientes, con el fin de salvaguardar y gestionar la realización y progreso de sus propias actividades de autocuidado (50,51).

2.2.11. Teoría de la incertidumbre

Desarrollada por Mishel Merle donde nos dice que es la incapacidad de una persona para emprender el significado de los sucesos asociados a una enfermedad, esta situación se presenta cuando se requiere tomar decisiones y el individuo es inseguro de otorgar valores concretos a objetos y eventos, ni de anticipar las consecuencias con precisión, debido a la falta de información y conocimientos suficientes (50).

La incertidumbre surge como una condición mental cuando los acontecimientos no están claramente definidos originada por la limitada información que tiene el paciente sobre dichos eventos, estas circunstancias inciertas pueden convertirse en un gran factor de estrés, desencadenando respuestas fisiológicas y elevando la respuesta emocional del paciente, esta teoría es valorada en la práctica cotidiana, proporcionando apoyo al paciente y a sus seres queridos para enfrentar el diagnóstico, facilitando la aceptación, gestión y superación de su salud o enfermedad lo que a su vez mejora su calidad de vida (50,51).

2.2.12. Oncología

La oncología es parte de la medicina que se encarga de estudiar, diagnosticar, tratar y prevenir el cáncer; se enfoca en la identificación de tumores malignos y en el desarrollo de estrategias para su manejo, que incluyen tratamientos como cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapias biológicas, además la oncología abarca la investigación sobre los mecanismos biológicos, genéticos y moleculares que subyacen el cáncer, con el objetivo de comprender sus causas y mejorar las opciones terapéuticas, este campo se caracteriza por su enfoque disciplinario que integra avances científicos y tecnologías emergentes para abordar tanto el tratamiento como la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer (52).

2.2.13. Cáncer

El cáncer comprende un tipo de enfermedades definidas por el crecimiento desregulado de células anómalas que desarrollan la habilidad de infiltrar tejido adyacentes y diseminarse a órganos distantes a través del proceso de metástasis; Según el instituto nacional del cáncer esta enfermedad puede afectar prácticamente a cualquier tejido del cuerpo; estas alteraciones ocurren por mutaciones en oncogenes, genes supresores tumorales y genes reparadores del ADN (53,54). La inestabilidad genómica y la evasión del sistema inmune son algunas de las características distintivas de las células tumorales, estas células malignas poseen la facultad de eludir los mecanismos habituales que regulan el crecimiento celular y de impedir la apoptosis (55).

2.2.14. Tipos de cáncer más prevalentes

- a) Cáncer de mama: Origen en el tejido mamario en donde las células cancerosas empiezan a desarrollarse en los conductos galactóforos o lóbulos que producen leche formando nódulos o engrosamiento, es el más común a nivel mundial, especialmente en mujeres, con alta prevalencia en países desarrollados por cambios en estilos de vida, como retraso en la maternidad y obesidad (56,57).
- b) Cáncer de Pulmón: Origen en el tejido pulmonar, en las células que recubren los conductos de aire, existiendo dos tipos; cáncer pulmonar de células pequeñas y no pequeñas, relacionado con el tabaquismo, presenta alta mortalidad y es el segundo más común en ambos sexos; se observa un aumento de casos también en no fumadores expuestos a contaminación del aire y carcinógenos industriales (58).

- c) **Cáncer Colorrectal:** Afecta el revestimiento interno del colon y recto formando pólipos, con alta incidencia tanto a hombres como mujeres y se asocia a dietas ricas en grasas y baja actividad física; la detección mediante colonoscopia ha reducido su mortalidad en muchos países (59).
- d) **Cáncer de próstata:** Es uno de los más diagnosticados en hombres mayores, este tipo de cáncer inicia en el epitelio glandular de la próstata y su detección temprana mediante antígeno prostático específico (PSA) ha generado controversia sobre riesgos de sobretratamiento (60,61).
- e) **Leucemia:** Esta enfermedad afecta la médula ósea y la producción de células sanguíneas, caracterizándose por la proliferación anormal de células hematopoyéticas inmaduras cuya acumulación progresiva conlleva una reducción en la generación de células sanguíneas normales, se trata de un tipo de cáncer hematológico que demanda un abordaje terapéutico especializado (62).

2.2.15. Factores de riesgo

Entre los principales factores de riesgo se destacan:

La exposición a carcinógenos como el consumo de tabaco, exposición a radiación, el alcohol y los estilos de vida como la obesidad, la actividad física y la exposición a agentes infecciosos como el virus del papiloma humano (VPH) y la hepatitis B (63).

A nivel molecular, la acumulación de mutaciones en genes reguladores del ciclo celular, como TP53, BRCA1 y BRCA2 y alteraciones epigenéticas influyen en la progresión tumoral (63,64).

2.2.16. Sintomatología

Los síntomas del cáncer varían ampliamente dependiendo del tipo y la ubicación del cáncer, pero algunos síntomas son comunes en la mayoría de tipos de cánceres que incluyen pérdida de peso inexplicada, fatiga persistente, dolor, hemorragias, cambios en la piel, problemas respiratorios, sangrado inusual, náuseas, vómitos, cambios en el apetito, cansancio y dolor en diversas zonas del cuerpo (65).

2.2.17. Diagnóstico

El diagnóstico se lleva a cabo a través de una combinación de análisis sanguíneos, técnicas e imagenología, como la radiografías, tomografías computarizadas y resonancia y resonancias magnéticas, así como biopsias que posibilitan la evaluación histopatológica del tejido comprometido (65).

El diagnóstico temprano es importante para el tratamiento afectivo del cáncer y mejora significativamente las tasas de supervivencia, la implementación de programas de detección, como mamografías para el cáncer de mama y pruebas de PSA para el cáncer de próstata, ha demostrado reducir la mortalidad asociada a estas enfermedades (66).

2.2.18. Tratamientos locales y sistémicos

El tratamiento del cáncer depende del tipo y la etapa del cáncer, las opciones incluyen:

- a) Cirugía: La cirugía en oncología puede curar el cáncer si no ha metastatizado, pero no siempre es posible determinar si el cáncer se ha diseminado antes de la operación, durante la cirugía, se extirpan los ganglios linfáticos cercanos para verificar la diseminación del cáncer, si se encuentra que ha metastatizado, es probable que se necesite quimioterapia o radioterapia para prevenir una caída,

en algunos casos , la cirugía no era apropiada debido a la ubicación del tumor o la necesidad de órganos esenciales, se prefiere la radioterapia o quimioterapia, si el cáncer ha metastatizado, la cirugía no es el tratamiento principal, pero puede ser útil para reducir el tamaño del tumor y mejorar la efectividad de otros tratamiento, o para aliviar síntomas en procedimientos paliativos, sin embargo, la extirpación de las metástasis no suele curar el cáncer, aunque el algunos casos, como el cáncer renal con pocas metástasis , puede ser beneficiosa (67).

b) Radioterapia: Uso de radiación para destruir células cancerosas, es una opción común para muchos tipos de cáncer, especialmente cuando los tumores no pueden ser extirpados completamente por cirugía (68). Este tratamiento utiliza radiación para destruir células cancerosas, cuyo ADN se daña gradualmente durante días o semanas, causando su muerte incluso después de finalizar el tratamiento, existen dos tipos principales: Radioterapia de haz externo: constituye un tratamiento localizado que administra radiación dirigida a una región específica del cuerpo, como el tórax en pacientes con cáncer pulmonar minimizando el impacto sobre el resto del organismo, radioterapia interna: la fuente de radiación se coloca dentro del cuerpo, y puede ser: Braquiterapia: usa semillas o cápsulas sólidas cerca o dentro del tumor, tratando solo una zona específica; terapia sistémica: una fuente líquida que viaja por la sangre atacando células cancerosas en todo el cuerpo; el tipo de radioterapia se determina según el tipo, tamaño y ubicación del cáncer, la cercanía a tejidos sensibles y factores como la edad y salud del paciente (69).

c) Quimioterapia: Medicamentos para eliminar células malignas, a menudo se utiliza en combinación con otros tratamientos para maximizar la eficacia, estos medicamentos actúan inhibiendo la expresión de genes o proteínas presente en las células malignas, como se ha evidenciado, el avance en los tratamientos

antitumorales contemporáneos supera ampliamente el enfoque exclusivo de las quimioterapias (70). Es un tratamiento que elimina células cancerosas de rápido crecimiento, aunque también afecta células sanas, como las de la boca , intestinos y cabello, causando efectos secundarios como las náuseas, caída del pelo y llagas, que suelen desaparecer al finalizar el tratamiento, puede administrarse de varias formas: Oral (tabletas o líquidos), intravenosa (en una vena mediante aguja, catéter o puerto), inyección (en músculo o bajo la piel), intratecal (en el líquido del cerebro y médula espinal), intraperitoneal (en la cavidad abdominal) intra arterial (en arterias que alimentan el tumor) o tópica (crema en la piel); Dispositivos como catéteres, puertos y bombas se utilizan para facilitar el tratamiento prolongado y es importante monitorear posibles infecciones (71).

- d) Terapias Dirigidas: Tratamientos específicos que atacan características moleculares particulares de las células cancerosas, es un tratamiento del cáncer que actúa sobre proteínas específicas responsables del crecimiento y propagación de las células cancerosas, constituyen la base de la medicina personalizada; incluye medicamentos micro moléculas, que penetran en las celular y actúan sobre dianas internas y anticuerpo monoclonales, diseñados en laboratorio para identificar y atacar células cancerosas; estos pueden identificar y señalar las células para que el sistema inmunológico las reconozca y elimine, inhibir su crecimiento o transportar toxinas para eliminarlas, ofreciendo un enfoque más preciso y menos dañino para las células sanas (68).

2.2.19. Tratamientos psicosociales:

- a) Psicoterapia: Técnicas basadas en diálogos con el propósito de ayudar al paciente a aceptar su diagnóstico, enfrentar la enfermedad, aceptar decisiones informadas y aliviar su sufrimiento y temor ante la muerte (72).
- b) Meditación: Proceso reflexivo de modificación de ideas para obtener una sensación de bienestar, disminuyendo niveles de cortisol y mejorar la calidad de vida (72).
- c) Arte Terapia: Combinación de técnicas artísticas donde el paciente logra canalizar emociones negativas y construya emociones positivas, se hace uso de la música donde se activa el eje hipotalámico y aumenta la actividad eléctrica del cerebro facilitando la relajación y la generación de imágenes positivas (72).

2.2.20. Tratamientos físicos

- a) Ejercicios: Movimientos corporales que aumentan el gasto energético disminuyendo los síntomas depresivos mediante diferentes mecanismos como el aprovechamiento de O₂, cambiando la acumulación de monoaminas mejorando la función inmune y a su vez mejora la percepción (72).
- b) Masajes: Actúa estimulando el sistema nervioso simpático reduciendo ligeramente la ansiedad y el dolor incrementando la calidad de vida (72).
- c) Risoterapia: Técnica terapéutica que utiliza el cambio en el sentido del humor del paciente como la herramienta principal donde se activan los campos hipotalámicos mejorando la red de citocinas vinculadas al sueño y una liberación de hormonas anestésicas (beta endorfinas) para aliviar síntomas depresivos y generar afrontamiento (72).

En las últimas décadas, el desarrollo de terapias personalizadas ha mejorado los pronósticos en algunos tipos específicos de cáncer, como el uso de Trastuzumab (anticuerpo monoclonal) en cáncer de mama HER2 positivo (73). Sin embargo, persisten desafíos en la equidad de acceso a tratamientos avanzados en países de bajos ingresos (74).

2.3. Definición de términos

Enfermedad: Es una alteración o desviación del estado fisiológico causada por diferentes factores externos o patógenos.

Salud: Estado general de un organismo vivo en donde ejecuta sus funciones vitales con eficiencia, asociada con el bienestar físico, mental y social.

Proliferación: Multiplicación de células o crecimiento celular, mediante división celular

Diseminación: Proceso en el cual una enfermedad se propaga desde su área inicial a otras partes mediante diferentes mecanismos.

Afrontamiento: Conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que las personas utilizan para manejar y adaptarse a las condiciones de salud ya sean estresantes o desafiantes.

Bienestar: Concepto amplio en donde la persona presenta una buena salud de manera holística, para sentirse altamente satisfecho con la vida.

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Ha= Existe relación significativa entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos en los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Ho= No existe relación significativa entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

3.1.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1:

Ha= Existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala global de salud de la calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Ho= No existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala global de salud de la calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Hipótesis específica 2:

Ha= Existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala funcional de la calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Ho= No existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala funcional de la calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Hipótesis específica 3:

Ha= Existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala de síntomas de la calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Ho= No Existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala de síntomas de la calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

3.2. Variables

Resiliencia

Calidad de vida:

- Escala Global de Salud
- Escala Funcional
- Escala de Síntomas

3.3. Otras variables

Edad, sexo, situación laboral, procedencia, nivel de instrucción y estado civil

3.4. Operacionalización de variable

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Categoría	Escala
Resiliencia	Para Wagnild y Young, es la capacidad de las personas para adaptarse y enfrentar situaciones adversas de manera positiva a pesar de las dificultades o experiencias negativas, lo que permite superar obstáculos y preservar el bienestar psicológico. (19).	Es la capacidad de adaptarse positivamente ante la adversidad, superando dificultades y manteniendo el bienestar emocional.	Competencia personal	Autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia.	Muy baja=14 - 30 Baja= 31 - 48 Normal= 49 - 63 Alta= 64 - 81 Muy alta= 82 – 98	Ordinal
			Aceptación de uno mismo y de la vida	Adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable.		
Calidad de vida	Según la EORTC es el bienestar general de un paciente que es afectado por su enfermedad y los tratamientos relacionados con ella, abarcando aspectos tanto	Es el estado en el que la persona alcanza un bienestar integral en su vida, incluyendo el aspecto físico,	Escala Global de salud	Estado global de salud	Muy mala=0 - 25 Mala= 26 - 50 Regular=51 - 75 Buena= 76 - 100	Ordinal
			Escala Funcional	Función física Actividades cotidianas Rol emocional	Muy mala=0 - 25 Mala= 26 - 50 Regular=51 - 75 Buena= 76 - 100	Ordinal

	físicos como emocionales, sociales y funcionales (27).	social y emocional.		Función cognitiva Función social Impacto Económico		
			Escala de síntomas	Fatiga Dolor Náuseas y vómitos Disnea Insomnio Anorexia Estreñimiento Diarrea Impacto económico	Buena=0- 25 Regular= 26 - 50 Mala= 51 - 75 Muy mala = 76 - 100	Ordinal
Otras Variables						
Características sociodemográficas						
Edad	La Real Academia de la Lengua Española lo define como el tiempo en años que ha vivido una persona (75).	Número de años vividos de la persona al momento de la investigación	Número de años cumplidos	• 25-39 • 40-55 • 56-65	Ordinal	

Sexo	La Real Academia de la Lengua Española lo define como la condición orgánica que puede ser masculina o femenina de los seres humanos (76).	Condición orgánica que puede tener el individuo al momento de la investigación		• Masculino • Femenino	Nominal
Situación Laboral	El MTPE define como condición en el que se encuentra una persona respecto a su vínculo con el mercado de trabajo (77).	Estatus actual de una personan en relación con el empleo.	Actividad Laboral	• Trabaja • No trabaja	Nominal
Procedencia	La real academia de lengua española define como el lugar de origen de donde se nace o deriva (78).	Lugar de origen de donde procede la persona.		• Urbano • Rural	Nominal
Nivel de instrucción	Según el INEI se define como el grado más elevado de estudios realizados por una persona (79).	Nivel de educación alcanzado de una persona en relación a logros académicos.		• Primaria • Secundaria • Técnico superior • Superior • Ninguno	Ordinal

Estado civil	Según el INEI, se define como el estado legal y conyugal de una persona en relación a su pareja (80).	Situación conyugal en la que se encuentra una persona.		• Soltero • Casado • Conviviente • Viudo • Divorciado	Nominal
---------------------	---	--	--	---	---------

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo: Permite describir el nivel de resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos atendidos en los Hospitales del MINSA - Cusco.

Correlacional: Permite determinar la relación estadística entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos.

4.1.1. Diseño de estudio

Transversal: Se aplicó y recabo la información en un solo momento, lo que permitió la comprensión de la situación y el comportamiento de las variables en ese momento específico.

4.2. Área de estudio

El área de estudio de la presente investigación fueron los Hospitales del MINSA Regional y Antonio Lorena del Cusco, en los servicios de hospitalización y quimioterapia ambulatoria del área de oncología de ambos hospitales respectivamente.

4.3. Unidad de análisis

Pacientes hospitalizados en el servicio de oncología y atendidos en la unidad de quimioterapia ambulatoria de los hospitales del MINSA Regional y Antonio Lorena del Cusco durante los meses de Abril y Mayo del 2025.

4.4. Población

La población estuvo conformada por 363 pacientes oncológicos en el área de hospitalización y a su vez que asistían a la unidad de quimioterapia ambulatoria de los hospitales del MINSA Regional del Cusco y Antonio Lorena en el año 2025.

Criterios de inclusión para los pacientes:

- Que tengan diagnóstico confirmado de cáncer y que se encuentren en tratamiento oncológico.
- Que otorguen su consentimiento informado.
- Que sean mayores de edad.

Criterios de exclusión para los pacientes:

- Que declinaron su participación en el estudio.
- Que presentan un déficit cognitivo que obstaculice su capacidad de entender y responder al instrumento.
- Que tengan incapacidad para comunicarse en el idioma español
- Que tengan situación clínica inestable o de gravedad
- Que sean menores de edad.

4.5. Muestra

Fue de tipo no probabilístico por conveniencia, donde se seleccionaron 61 pacientes con características específicas adecuadas para el estudio.

4.6. Técnicas de recolección de datos

Encuesta: Método utilizado para nuestra recolección de datos sobre la resiliencia y calidad de vida en los pacientes, así como las características sociodemográficas a través de un cuestionario.

4.7. Técnicas e instrumentos

Instrumento Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER-14)

La escala de resiliencia (ER-14) originalmente elaborada por Wagnild y Young, para luego ser adaptada al español por Carbajal, constituida por 14 ítems, este instrumento evalúa el nivel de resiliencia individual, que se considera una característica de su personalidad positiva que posibilita a las personas adaptarse a situaciones complicadas (81).

Este instrumento mide dos dimensiones: Factor I: Competencia personal; (constituida por 11 ítems y sus componentes son independencia, decisión, autoconfianza, perseverancia e ingenio) y factor II: Aceptación de uno mismo de la vida (constituida por 3 ítems y sus componentes son balance, adaptabilidad y una percepción de la vida estable); Cada ítem se puntúa en una escala de Likert desde 1=totalmente en desacuerdo, 2=desacuerdo, 3 =poco en desacuerdo,4=ni acuerdo, ni desacuerdo, 5 =Ligeramente de acuerdo, 6=De acuerdo, 7=Totalmente de acuerdo (81).

Entonces las disposiciones finales oscilan entre una mínima y una máxima puntuación que va desde 14 a 98 donde se proponen niveles de resiliencia: 14 a 30 (Muy baja),31 a 48 (Baja), 49 a 63 (Normal), 64 a 81(Alta), 82 a 98 (Muy alta) (81).

Instrumento Escala de Calidad de vida QLQ-C30 (EORTC)

El cuestionario fue elaborado por la Organización Europea para la investigación y el tratamiento del cáncer (EORTC), este cuestionario constituye un instrumento integral diseñado para evaluar la calidad de vida que presenta el individuo, especialmente en relación con la salud de pacientes oncológicos que participan en ensayos clínicos (31).

El instrumento Escala de Calidad de Vida se compone por 3 dimensiones; escala global de salud, escala funcional, escala de síntomas y adicionalmente seis ítems individuales (31).

La primera dimensión; escala global de salud comprende dos ítems (29,30); la dimensión escala funcional que comprende función física (1,2,3,4,5) actividades cotidianas (6,7), rol emocional (21,22,23,24), función cognitiva (20,25), función social (26,27) y la dimensión escala de síntomas comprendida por Fatiga (10,12,18) dolor (9,19) náuseas y vómitos (14,15) y los ítems independientes: disnea (8), insomnio (11), anorexia (13), estreñimiento (16), diarrea (17) y el impacto económico (28) (31).

La evaluación de cada ítem se realiza mediante una escala de tipo Likert con valores que oscilan entre 1 y 4 donde; 1 (en absoluto); 2 (un poco); 3 (Bastante); 4 (Mucho), en cambio en los ítems 29 y 30 esta se valora del 1 al 7 donde; 1 (pésima); 2 (muy mala); 3 (mala); 4 (regular); 5 (Buena); 6 (Muy buena); 7 (Excelente); para luego aplicarlas mediante fórmulas estandarizadas dadas por la EORTC, donde se toma una puntuación

$$RS(\text{Puntuación bruta}) = \frac{\text{Suma de ítems de la escala}}{\text{Número de ítems respondidos}} ; \text{ para luego}$$

transfórmala en una escala de puntuación de 0 a 100 mediante la fórmula

$$S(\text{Puntuación transformada}) = \frac{RS-1}{\text{rango}} \times 100 \text{ para las dimensiones escala global de}$$

salud y escala de síntomas; en cambio para la escala funcional la fórmula es $S(Puntuación\ transformada) = 1 - (\frac{RS-1}{rango}) \times 100$, donde el rango es la diferencia entre la diferencia entre la puntuación mayor con la menor de la escala likert, las puntuaciones para poder medir el nivel de calidad de vida en la dimensión escala global de salud y escala de funcionamiento van de 0 a 100; 0-25 (Muy mala), 26-50 (Mala), 51-75 (regular) y 76 -100 (Buena) y en la dimensión escala de síntomas la puntuación va desde 0 a 100 donde; 0-25 (Buena), 26-50 (Regular), 51-75 (Mala) y 76-100 (Muy mala) (31).

4.8. Validez y confiabilidad

Instrumento escala de resiliencia de Wagnild y Young (ER-14)

Según el estudio de Carbajal K, en el 2021, Escala de Resiliencia ER-14 propiedades psicométricas y datos normativos en la población adulta de Lima Metropolitana, 2021 el cual tuvo como objetivo realizar la validez del instrumento, se utilizó un método de tipo psicométrico, con diseño instrumental con una muestra no probabilística por conveniencia de 407 adultos, se concluyó que el instrumento es válido y confiable para medir la resiliencia en población adulta (81).

La confiabilidad del instrumento fue realizada por el método de consistencia Alpha de Cronbach, cuyo resultado fue excelente ($\alpha=0.89$), este resultado permite afirmar que el constructo en cuestión es adecuado y un instrumento coherente para medir el nivel de resiliencia en individuos adultos (81). A su vez se determinó nuevamente la confiabilidad del instrumento en nuestra población de estudio donde se evidenció un resultado excelente con un alfa de Cronbach de 0.937 (ANEXO 4).

Instrumento de escala de la calidad de vida QLQ-C30 (EORTC)

Según el estudio de Sánchez P, Valdelamar J, titulado Validación para la utilización de la Escala EORTC QLQ-C30 para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer; en cual tuvo como objetivo establecer la validez del instrumento y su confiabilidad en pacientes oncológicos, se hizo uso de metodología factorial exploratoria y correlacional en una muestra de 486 pacientes; donde se concluyó que el instrumento QLQC.30 es válido y confiable para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer (82).

La confiabilidad del instrumento fue realizada por el método de consistencia Alpha de Cronbach, cuyo resultado fue excelente ($\alpha=0.94$), este resultado permite afirmar que los ítems en relación a los indicadores de confiabilidad son adecuados y que es un instrumento perfecto para medir la calidad de vida en pacientes (82). Por otro lado, se determinó nuevamente la confiabilidad del instrumento en nuestra población de estudio donde se evidenció un resultado muy aceptable con un alfa de Cronbach de 0.853 (ANEXO 4).

4.9. Recolección y procesamiento de datos

Para la recolección de datos se considerará los siguientes aspectos:

Primero: Se solicitó los permisos y solicitudes necesarias a la Decana de la Facultad de Enfermería por medio de mesa de partes para posteriormente ser entregadas junto a los tramites en el Hospital Regional y Antonio Lorena

Segundo: Se realizó tramites de solicitud dirigidas al director ejecutivo de los Hospitales Regional y Antonio Lorena para la aplicación de los Instrumentos a través

de mesa de partes y centro de capacitación de cada Hospital, en las áreas de hospitalización oncológica y quimioterapia ambulatoria.

Tercero: Una vez obtenido el permiso se dio a conocer a las Licenciadas a cargo de los Departamentos de Oncología de ambos Hospitales para poner en conocimiento sobre estudio y poder realizar la aplicación de los instrumentos coordinando los horarios oportunos en los que podíamos asistir para realizar los cuestionarios a los pacientes.

Cuarto: Para la aplicación de los instrumentos a los pacientes hospitalizados se hizo la visita al área de hospitalización de ambos hospitales y para los pacientes que recibían quimioterapia se logró ubicarlos el día de sus citas en el servicio de quimioterapia ambulatoria; todo esto durante los meses de mayo y junio del 2025.

Quinto: Se aplicó el cuestionario de resiliencia y calidad de vida previo una explicación del estudio que se estaba realizando, solicitando el consentimiento informado para la su aplicación; además cada paciente tuvo un tiempo oportuno de 20 minutos a más para poder responder.

4.10. Análisis de datos

Una vez recogidos los datos obtenidos se elaboró una base de datos de estadística inferencial haciendo uso del programa Excel y SPSS versión 26 para su posterior análisis de los datos descriptivos, frecuencias; datos sociodemográficos y correlaciones mediante la prueba estadística no paramétrica (Rho de Spearman) y comparación con los resultados con otras investigaciones previas.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Características	n	%
Edad		
25 a 39	15	24.6
40 a 55	30	49.2
56 a 65	16	26.2
Total	61	100
Sexo		
Femenino	36	59.0
Masculino	25	41.0
Total	61	100
Situación laboral		
No trabaja	43	70.5
Trabaja	18	29.5
Total	61	100
Procedencia		
Rural	46	75.4
Urbano	15	24.6
Total	61	100
Nivel de Instrucción		
Secundaria	32	52.5
Primaria	16	26.2
Superior	9	14.8
Técnico Superior	2	3.3
Ninguno	2	3.3
Total	61	100
Estado Civil		
Casado	30	49.2
Conviviente	16	26.2
Soltero	11	18.0
Viudo	3	4.9
Divorciado	1	1.6
Total	61	100

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado.

Interpretación:

Se halló que la distribución etaria de los pacientes oncológicos presentada en la tabla 1, el 49.2% de pacientes tuvieron entre 40 a 55 años, un 26.2 % entre 56 a 65 años y un 24.6% entre 24 a 39 años; respecto al sexo, se evidencio un claro predominio femenino con un 59 % y el sexo masculino con un 41%; en relación con la situación laboral, el 70.5% de los pacientes no trabajan y el 29 % trabajan, en cuanto a la procedencia, el 75.4% de los pacientes provienen de zonas rurales y el 24.6% provienen de zonas urbanas; en el nivel de instrucción, el presente estudio reportó que la mayoría de los pacientes contaba con secundaria completa con un 52.5%, seguido por primaria con un 26.2%, educación superior con 14.8%, técnico superior con 3.3% y sin estudios un 3.3%; finalmente, en cuanto al estado civil, la mayoría de los pacientes eran casados con un 29.2%, seguidos de convivientes con 26.2%, solteros con 18%, viudos con 4.6% y divorciados con 1.6%.

Tabla 2. Nivel de resiliencia en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Resiliencia	n	%
Muy Baja	6	9.8
Baja	28	45.9
Normal	22	36.1
Alta	5	8.2
Total	61	100

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento aplicado.

Interpretación:

En la tabla se muestra que del total de pacientes un 45.9% presenta un nivel de resiliencia bajo y el 8.2% presentan un nivel de resiliencia alto.

Tabla 3. Nivel de Calidad de Vida según su dimensión Escala Global de Salud en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Escala Global de Salud	n	%
Mala	30	49.2
Regular	28	45.9
Buena	3	4.9
Total	61	100

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento aplicado.

Interpretación:

En la tabla se observa que, en cuanto al nivel de calidad de vida en la escala global de salud, el 49.2% de los pacientes presentaron un nivel malo, mientras que el 4.9% presentó un nivel bueno.

Tabla 4. Nivel de Calidad de Vida según su dimensión Escala Funcional en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Escala Funcional	n	%
Muy Mala	1	1.6
Mala	28	45.9
Regular	29	47.5
Buena	3	4.9
Total	61	100

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento aplicado.

Interpretación:

En la tabla se muestra que el 47.5% de los pacientes oncológicos evaluados presenta un nivel regular y un 1.6% presentan un nivel muy malo en la escala funcional de calidad de vida.

Tabla 5. Nivel de Calidad de Vida según su dimensión Escala de Síntomas en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.

Escala de Síntomas	n	%
Buena	6	9.8
Regular	25	41.0
Mala	26	42.6
Muy Mala	4	6.6
Total	61	100

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento aplicado.

Interpretación:

En la tabla se observa que el 42.6% de los pacientes presentaban un nivel malo, mientras que un 6.6% tuvieron un nivel muy malo en relación a la escala de síntomas de calidad de vida.

Tabla 6. Relación entre la resiliencia y la Escala Global de Salud en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA – Cusco, 2025.

Resiliencia \ Escala global de salud	Mala		Regular		Buena		Prueba estadística	
	n	%	n	%	n	%	rho*	p**
Muy baja	6	9.8	0	0	0	0	0,771	<0.001
Baja	22	36.1	6	9.8	0	0		
Normal	2	3.3	20	32.8	0	0		
Alta	0	0	2	3.3	3	4.9		
Total	30	49.2	28	45.9	3	4.9		

*Coeficiente de correlación de Spearman (rho)

**Significancia de (p)

Fuente: Elaboración propia a través del programa de SPSS. V26

Interpretación:

En la tabla se observa que el 36.1% revelan tener una baja resiliencia y un nivel malo dentro de la escala global de salud y un 32.8% tienen resiliencia normal y un nivel regular en la escala global de salud; a su vez se hizo uso del estadístico Rho de Spearman; donde se muestra que existe una correlación significativa alta (rho=0771) la cual se confirma mediante un valor significativo de ($p < 0.001$); y se corrobora que existe una relación significativa entre la resiliencia con la escala global de salud de la calidad de vida en pacientes oncológicos, es decir que a menor nivel de resiliencia, existe mejor nivel de calidad de vida en su escala global.

Tabla 7. Relación entre la resiliencia y la Escala de Funcional en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA – Cusco, 2025.

Resiliencia \ Escala Funcional	Escala Funcional								Prueba estadística	
	Muy mala		Mala		Regular		Buena		rho*	p**
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Muy Baja	1	1.6	5	8.2	0	0.0	0	0.0	0.795	<0.001
Baja	0	0.0	22	36.1	6	9.8	0	0.0		
Normal	0	0.0	1	1.6	20	32.8	1	1.6		
Alta	0	0.0	0	0.0	3	4.9	2	3.3		
Total	1	1.6	28	45.9	29	47.5	3	4.9		

*Coeficiente de correlación de Spearman (rho)

**Significancia de (p)

Fuente: Elaboración propia a través del programa de SPSS. V26

Interpretación:

En la tabla se observa que el 36.1% de los pacientes con baja resiliencia también presentaban un nivel malo en la escala funcional y un 32.8 % presentan un nivel normal de resiliencia y a su vez un nivel regular en la escala funcional. Además se analizó la relación entre la resiliencia y la dimensión de escala de funcionamiento en pacientes oncológicos con la prueba de correlación de Spearman, los resultados muestran una correlación alta entre ambas variables ($\rho=0.795$), con un valor $p<0.001$, lo que permitió rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, confirmando que existe una relación significativa directa entre la resiliencia y el funcionamiento en la calidad de vida de los pacientes oncológicos, es decir que a menor resiliencia menor será la calidad de vida en su escala funcional.

Tabla 8. Relación entre la resiliencia y la Escala de Síntomas en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA – Cusco, 2025.

	Escala de síntomas	Buena		Regular		Mala		Muy mala		Prueba Estadística	
		n	%	n	%	n	%	n	%	rho*	p**
Resiliencia											
	Muy Baja	0	0	0	0	3	4.9	3	4.9		
	Baja	0	0	6	9.8	21	34.4	1	1.6	-0.788	<0.001
	Normal	3	4.9	17	27.9	2	3.3	0	0		
	Alta	3	4.9	2	3.3	0	0	0	0		
	Total	6	9.8	25	41	26	42.6	4	6.6		

*Coeficiente de correlación de Spearman (rho)

**Significancia de (p)

Fuente: Elaboración propia a través del programa de SPSS. V26

Interpretación:

En la tabla se evidencia que el 34.4% de los pacientes con baja resiliencia también presentan un nivel malo en cuanto a la sintomatología y el 27.9% presentan una resiliencia normal y regular calidad de vida; además, se exponen los resultados para analizar la asociación entre la resiliencia y la escala de síntomas utilizando el coeficiente Rho de Spearman donde los resultados evidencian una correlación negativa alta (rho = -0.788); y un valor $p < 0.001$, lo que muestra que una menor resiliencia se asocia con una mayor percepción de síntomas y por consecuencia un menor nivel en la escala de síntomas vinculados a la enfermedad y al tratamiento; este hallazgo confirma la existencia de una relación significativa inversa entre resiliencia y escala de síntomas.

5.2. Discusión

En el estudio resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos en los Hospitales de MINSA – Cusco, 2025; respondiendo a los objetivos de la investigación se discute los siguiente:

En relación con las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos, se encontró que el 49.2% tenía edades entre 40 y 55 años, resultado semejante a lo reportado por Munayco, donde predominaban los mayores de 50 años con un 63.3% (17). En cuanto al sexo, se observó un claro predominio femenino con un 59%, lo cual coincide con los hallazgos de Cuervo y Rivera con 67.5% y 74.3% respectivamente (15,13). Respecto a la situación laboral, el 70.5% de los pacientes no trabajaba, en concordancia con lo descrito por Pineda, quien reportó un 53.3% en la misma condición (14). En lo referente a la procedencia, el 75.4% provenía de zonas rurales, resultado similar al de Rivera con un 72.9% (13). Asimismo, en el nivel de instrucción se evidenció que el 52.5% contaba con secundaria completa, hallazgo que se asemeja a lo señalado por Munayco con un 46% (17). Finalmente, en cuanto al estado civil, el 29.2% eran casados, proporción menor a la reportada por Pineda y Ruiz con 63.3% 62% respectivamente (14,16).

Estos resultados muestran que la población oncológica estudiada se concentra en la adultez media, con un predominio femenino que refleja la elevada incidencia de cáncer en mujeres, el elevado porcentaje de pacientes sin empleo pone en evidencia el impacto de la enfermedad en la productividad y economía familiar, mientras que la procedencia rural resalta la desigualdad en el acceso a servicios de salud. Finalmente, la menor proporción de pacientes casados respecto a otros estudios

podría señalar un apoyo conyugal menos sólida, aspecto que influye directamente en la resiliencia y calidad de vida de esta población.

Respecto al nivel de resiliencia en pacientes oncológicos se encontró el siguiente resultado, que el 45.9% tienen un nivel de resiliencia bajo; estos hallazgos guardan relación con la investigación de Munayco quien reportó que el 50% de los pacientes evaluados presentaban una resiliencia baja (17), así como en el estudio de Hauche, donde el 20% de los pacientes mostraron resiliencia baja (11). Estos resultados muestran que gran parte de la población oncológica presenta sensación de desesperanza, preocupación, incertidumbre sobre el tiempo de vida y la falta de apoyo familiar, así como la dificultad para afrontar estos cambios con paciencia y serenidad. Además, evidenciando que muchos no cuentan con estrategias adecuadas de afrontamiento, lo que limita su capacidad de adaptarse al impacto físico, emocional y social que implica el cáncer; esta situación refuerza la necesidad de considerar intervenciones que fortalezcan los factores internos y externos como el apoyo emocional, la escucha activa y la enseñanza de estrategias a los pacientes para mejorar su capacidad de respuesta ante la enfermedad.

Acerca del nivel de calidad de vida en pacientes oncológicos en su escala global de salud, se encontró que los pacientes en su mayoría tenían un nivel malo con un 49.2%; este hallazgo guarda relación con el estudio realizado por Pineda, en el que el 26.7% de los pacientes presentaron un nivel malo (14); y también con el estudio de Cuervo que se halló que el 33.3% evidenciaron un nivel malo (15). La consistencia entre estos resultados sugiere que los pacientes con diagnóstico oncológico suelen experimentar un deterioro en su percepción de su salud y bienestar general, los pacientes expresan esta percepción negativa con frases como, me siento cansado,

ya no puedo hacer mis actividades como antes o mi salud está cada vez peor, lo que evidencia que la enfermedad y sus tratamientos afectan no solo lo físico, sino también lo emocional y social.

En lo que respecta al nivel de calidad de vida en su escala funcional; predominaba el nivel regular en los pacientes con un 47.5%; los datos de Munayco señalan que un 45% de los pacientes presentó nivel regular en la escala funcional, valor similar al encontrado en nuestro estudio, lo cual sugiere cierta concordancia en cuanto al predominio del nivel regular (17). Así mismo en el estudio de Rivera, se reportó que un 43.8% de los pacientes presentaron un nivel regular, también en concordancia con nuestros hallazgos (13). Esto refuerza la tendencia observada en diversas investigaciones donde el nivel regular, parece ser el más frecuente entre pacientes oncológicos, posiblemente como resultado de las limitaciones físicas, la dificultad para hacer actividades normales como caminar, levantar objetos o subir escaleras, el impacto emocional, como conservar las relaciones interpersonales y así mismo cumplir roles sociales, sin embargo también se denota el esfuerzo de los pacientes por mantener un cierto grado de autonomía durante su enfermedad.

En el nivel de calidad de vida en la Escala de Síntomas, el nivel malo prevalece con un 42.6%; estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Pineda donde señala que el 56.7% de los pacientes experimentan una calidad de vida mala (14). Del mismo modo Arenas en sus hallazgos el 44.3% de los pacientes tuvo un nivel malo en la escala de síntomas (18). Estos resultados indican como los síntomas repercuten sobre la vida cotidiana de las personas con cáncer, esta dimensión puede deteriorarse debido a síntomas persistentes como dolor, fatiga, náuseas, vómitos, pérdida de apetito y trastornos del sueño, muchos de ellos derivado de los tratamientos como la

quimioterapia, sumándose factores emocionales como la preocupación, depresión, miedo al avance de la enfermedad y la incertidumbre sobre el futuro que agravan el malestar percibido y el bienestar general del paciente.

Al relacionar la resiliencia con la escala Global de Salud en los pacientes oncológicos; se muestra que existe una correlación significativa alta con un ($\rho=0.771$) confirmado por un valor de significancia ($p<.001$); este resultado se encuentra en concordancia con el estudio de Ruiz quien reportó una correlación entre la resiliencia y calidad de vida ($\rho=0.377$; $p<0.01$) (16). Se confirma así la existencia de una relación entre ambas variables, evidenciando que la resiliencia cumple un rol protector frente al desgaste físico y emocional que provoca el tratamiento oncológico. En este contexto, la resiliencia favorece el uso de estrategias de afrontamiento más saludables, el mantenimiento de una actitud positiva y la capacidad de ajustarse a los cambios que impone la enfermedad, además los factores como el respaldo familiar, el acceso continuo a su tratamiento y la presencia de redes sociales de apoyo pueden fortalecer aún más esta capacidad de adaptación; por ende los pacientes con mayor resiliencia suelen expresar frases como puedo superar esta enfermedad o tengo mucha fe, lo que refleja su mejor disposición para enfrentar los síntomas, asumir los cambios y sostener una percepción más favorable de su salud.

En concerniente a la relación entre resiliencia con la escala Funcional en los pacientes oncológicos; los resultados muestra una correlación significativa alta con un ($\rho=0.795$) y un valor de significancia ($p<.001$); el hallazgo es consistente con lo reportado por otros autores, como Rivera donde se obtuvo una correlación positiva significativa ($\rho=0.512$; $p<0.001$) (13), del mismo modo Ruiz encontró correlación significativa entre ambas variables ($\rho=0.497$; $p=0.017$) (16), confirmando la

existencia de una asociación directa. Asimismo, Munayco reportó una correlación positiva moderada ($\rho=0.547$; $p<0.001$) (17), estos resultados confirman que existe una asociación directa entre ambas variables, mostrando que los pacientes con baja resiliencia son más propensos a experimentar un deterioro funcional debido a la falta de recursos psicológicos y sociales, como la ausencia de estrategias de afrontamiento, baja autoestima, aislamiento o conflictos familiares, factores que se intensifican con el impacto de la enfermedad, estos pacientes suelen manifestar que no pueden trabajar por la enfermedad o que se sienten una carga para su familia, reflejando su dificultad para adaptarse. Por el contrario, aquellos con mayor resiliencia logran sobrellevar mejor estas limitaciones y expresan actitudes como que tratan de mantenerse independiente o no necesitan mucha ayuda para hacer sus cosas, lo que les permite mantener un mejor desempeño en sus actividades diarias y conservar en mayor medida su autonomía.

Respecto a la relación de la resiliencia con la escala de Síntomas en los pacientes oncológicos; se evidencia que existe una correlación significativa negativa alta con un ($\rho=-0.788$) y un valor de significancia ($p<0.001$); estos resultados son consistentes con los reportados por Pineda, quien también identificó una correlación negativa alta ($\rho = -0.795$; $p = 0.044$) entre la resiliencia y la escala de síntomas (14). Del mismo modo Ruiz reportó una correlación negativa moderada ($\rho= -0.517$; $p < 0.001$) (16). Estos resultados reflejan que los pacientes con menor capacidad de afrontamiento y de recursos emocionales tienden a experimentar más molestias o síntomas percibidos, estos datos resaltan que la falta de mecanismos de afrontamiento como la autorregulación emocional, el optimismo, la confianza en uno mismo y la capacidad de resolución de problemas puede exacerbar la experiencia subjetiva del dolor, la

fatiga, las náuseas, u otros síntomas propios de la enfermedad, al mismo tiempo incrementa la preocupación y la tristeza afectando las relaciones interpersonales.

CONCLUSIONES

Primero. Las características sociodemográficas de la población estudiada la mayoría de los pacientes oncológicos son mujeres, con un rango de edad entre 40 a 55 años y provienen de zonas rurales. Además, un alto porcentaje no trabaja y tiene como nivel máximo de instrucción la educación secundaria lo que puede limitar el acceso a información y recursos de salud, en cuanto al estado civil, predominan los casados y convivientes, lo que sugiere cierto grado de soporte familiar.

Segundo. El Nivel de resiliencia en los pacientes oncológicos es predominantemente baja.

Tercero. El nivel de calidad de vida en la escala global de salud y síntomas se tuvo un nivel malo en ambas y en la escala funcional se obtuvo un nivel regular.

Cuarto. Se estableció que existe una relación positiva significativamente alta entre la resiliencia y la dimensión de la calidad de vida: escala global de salud ($\rho=0.771$; $p<0.001$).

Quinto: Se estableció que existe una relación positiva significativamente alta entre la resiliencia y la dimensión de la calidad de vida: escala funcional ($Rho=0.795$; $p<0.001$).

Sexto. Se estableció que existe una relación negativa significativamente alta entre la resiliencia y dimensión de la calidad de vida: escala de síntomas ($Rho= - 0.788$; $p<0.001$).

SUGERENCIAS

A las autoridades del Hospital Regional y Antonio Lorena del Cusco

Se sugiere que las autoridades de los hospitales que refuercen las estrategias institucionales para el cuidado integral del paciente oncológico incorporado en sus planes operativos la promoción de la resiliencia como componente clave del tratamiento; es fundamental que implementen políticas que garanticen el acceso equitativo a servicios oncológicos especializados, especialmente para poblaciones rurales, así como reforzar la infraestructura y los recursos humanos que permitan una atención continua, humanizado y centrada en el paciente.

A la jefatura del servicio de Oncología y Quimioterapia ambulatoria

Se aconseja a la Licenciada responsable del Área de Oncología que promueva en el personal enfermero brindar una atención empática, personalizada y basada en la comunicación efectiva, reconociendo la importancia de factores como la resiliencia en el proceso de recuperación, se sugiere capacitarse en habilidades de comunicación terapéutica y estrategias de acompañamiento emocional, promoviendo un vínculo empático que contribuya a reducir el estrés, la ansiedad y el sufrimiento del paciente durante el proceso del tratamiento.

A la directora de la Escuela Profesional de Enfermería

Se sugiere que se implemente capacitaciones dirigidas a los estudiantes sobre el abordaje integral del paciente oncológico, que incluya no solo el manejo clínico sino también el acompañamiento emocional. Es importante fomentar en ellos una visión humanista de la enfermería, reforzando la empatía, la comunicación terapéutica y la

comprensión del impacto del cáncer en la calidad de vida, para formar profesionales más preparados y sensibles a las necesidades del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rueda P, Cerezo M. Resiliencia y cáncer: una relación necesaria. Scielo. Diciembre 2020; 2(13): p. 90-97. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v13n2/1989-3809-ep-13-02-00090.pdf>
2. Sánchez R, Sierra F, Martín E. ¿Que es calidad de vida para un paciente con cáncer? Av En Psicología Latinoamericana. Setiembre 2015; 33(3): p. 85-86. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3215/>
3. Instituto Nacional del Cáncer. ¿Que es el cáncer? [Internet].; 2021 [citado 15 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
4. Ros J. Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en la calidad de vida de pacientes oncológicos. Tesis doctoral. Murcia: Universidad Católica de Murcia, Departamento de Ciencias Sociales y de la Salud; 2017. Disponible en: <https://acortar.link/goa3Q3>
5. Chico M. Resiliencia y calidad de vida en pacientes con mujeres con cáncer mama. Tesis de Licenciatura. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Departamento de psicología clínica; 2017. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/items/c1abd3ae-cb18-4c36-b15cb44d63065e33>
6. Mena D. Resiliencia y Capacidad de Autocuidado del Paciente Oncológico en la unidad de quimioterapia del hospital regional de Lambayeque. Tesis de Licenciatura. Lambayeque: Universidad Señor de Sipan, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. Disponible en: <https://acortar.link/7ndeTs>
7. Molero M. Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del distrito de San Borja, 2017. Tesis de Licenciatura. Lima:

- Universidad Inca Garcilazo de la Vega, Facultad de Psicología y Trabajo Social; 2017. Disponible en: <https://1library.co/document/q76r8pvy-resiliencia-pacientes-reciben-tratamiento-oncologico-clinica-oncosalud-distrito.html>
8. Lopez L, Mori G. Calidad de vida en pacientes con cáncer del área de transfusión ambulatoria del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Tesis de Maestría. Callao: Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/item/2c360aab-3d14-48b6-b34f-b58330d64873>
 9. Kredert S, Huincho B, León J. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer de mama servicio ambulatorio Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima. CURAE. Diciembre 2020; 3(2): p. 1-16. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1430/1975>
 10. Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas del Cáncer. [Internet].; 2015 [citado 30 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
 11. Hauché R, Pedrón V. Capacidad de resiliencia en pacientes oncológicos al principio y al final de la enfermedad. Revista Psicológica. Junio 2022; 21(1): p. 5-17. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/view/12236>
 12. Barroihet S, Forzaz M, Garrido E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Especialidad Psiquiatría. Enero 2005; 6(33): p. 7-9. Disponible en: <https://acortar.link/laX6wk>
 13. Rivera P. Resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos de Solca Tungurahua. Tesis de Licenciatura. Ambato: Pontificia Universidad Católica

- del Ecuador, Departamento de Psicología; 2024. Disponible en: [https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/68fee43e-5fdb-4600 - mnn-b0a5-d2ad566ee4d4/content](https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/68fee43e-5fdb-4600-mnn-b0a5-d2ad566ee4d4/content)
- 14 Pineda B. Resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello. Tesis de Licenciatura. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Departamento de Ciencias Médicas; 2021. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/9257/1/249152.pdf>
 - 15 Cuervo S, Martínez A, Cruz J. Relación entre inteligencia emocional, optimismo, resiliencia y calidad de vida en pacientes hospitalizados en el Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E. Tesis de Licenciatura. El Yopal: Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad del Ciencias de la Salud; 2021. Disponible en: <https://acortar.link/lk2yMO>
 - 16 Ruiz I, Hombrados I, Melguizo A, Martos M. La importancia del apoyo social, el optimismo y la resiliencia en la calidad de vida de los pacientes con cáncer. *Front Psychol.* Marzo 2022; 13(833176): p. 2-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8959607/>
 - 17 Munayco J, Neira M, Sánchez I. Asociación entre resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia en una institución de salud. *Revista Confluencia.* Setiembre 2024; 7(1): p. 1-7. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/1101>
 - 18 Arenas N, Evaristo J. Calidad de vida en pacientes oncológicos de un Instituto Especializado de Lima, 2022. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Maria

Auxiliadora, Departamento de Ciencias de la Salud; 2022. Disponible en:
<https://acortar.link/PF5gr5>

- 19 Wagnild G, Young H. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Primera ed. Estados Unidos: Novella; 1993. Disponible en:
<https://es.slideshare.net/ipsiasinstitutopsiquiatrico/39013071escaladeresilienciadewagnildyyoung>
- 20 Gil E. La resiliencia: conceptos y modelos aplicables al entorno escolar. El Guiniguada. Octubre 2010; 1(19): p. 16-5. Disponible en:
<https://ojsspd.c.ulpgc.es/ojs/index.php/ElGuiniguada/article/view/421>
- 21 Oriol A. Resiliencia. Educ Med. 2012 Marzo; 2(15): p. 77-78. Disponible en:
<https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n2/colaboracion2.pdf>
- 22 Richardson G. La metateoría de la resiliencia y la resiliencia. Journal of Clinical Psychology. Abril 2002; 58(3): p. 307-321. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.10020>
- 23 Pérez R, Renedo M, Beltran J, Miedes A. ¿Que es la resiliencia? Hacia un modelo integrador. Jornades From Investig. Marzo 2010; 1(15): p. 231-248. Disponible en: <https://acortar.link/tJxzEq>
- 24 Luthar S, Cicchetti D, Becker B. El constructo de la resiliencia: una evaluación crítica y directrices para el trabajo futuro. Child Dev. Junio 2000; 71(3): p. 543-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10953923/>
- 25 Antonovsky A. Salud, estrés y afrontamiento. Primera ed. California: Joney Bass Inc. Publishers; 1982. Disponible en: <https://raggeduniversity.co.uk/wp-content/uploads/2025/02/Health-Stress-and-Coping-Aaron-Antonovsky-compressed.pdf>

- 26 Roy C. El modelo de Adaptación de Roy. Tercera ed. Connor M, editor. New Jersey: Pearson Education Inc.; 2008. Disponible en: <https://archive.org/details/royadaptationmod03edroyc/page/n5/mode/2up>
- 27 Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez N, et al. La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer QLQ-C30: un instrumneto de calidad de vida para su uso en ensayos clínicos internacionales en oncología. J Natl Cancer Inst. Marzo 1993; 85(5): p. 365-76. Disponible en: <https://academic.oup.com/jnci/article-lookup/doi/10.1093/jnci/85.5.365>
- 28 Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica. Abril 2012; 30(1): p. 61-71. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082012000100006
- 29 Sprangers M, Cull A, Bjordal K, Groenvold M, Aaronson N. Grupo de estudios de calidad de vida de la EORTC. Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer: enfoque de la evaluación de la calidad de vida; directrices para el desarrollo de módulos de cuestionarios. Quaility of Life Research. Agosto 1993; 2(4): p. 287-295. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/BF00434800>
- 30 Osoba D, Rodriguez G, Myles J, Zee B, Pater J. Interpretación de la importancia de los cambios en las puntuaciones de calidad de vida relacionadas con la salud. Journal of Clinical Oncology. Enero 1998; 16(1): p. 139-44. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.1998.16.1.139>

- 31 Fayers P, Bottomley A. Investigación sobre la calidad de vida dentro del EORTC QLQC-30. *European Journal of Cancer*. Marzo 2002; 38(4): p. 125-133. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804901004488>
- 32 Hjerstad M, Fayers P, Haugen D, Aass N, Kaasa S, Hanks G, et al. Estudios que comparan escalas de valoración numéricas, escalas de valoración verbal y escalas analógicas visuales para la evaluación de la intensidad del dolor en adultos: una revisión sistemática de la literatura. *Journal of Pain and Symptom Management*. Junio 2011; 41(6): p. 1073-1093. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392411000145>
- 33 Scott N, Fayers P, Aaronson N, Bottomley A, Graeff A, Groenvold M, et al. Análisis de funcionamiento diferencial de ítems de instrumentos de calidad de vida relacionados con la salud mediante regresión logística. Resultados de la calidad de vida de la salud. *Health and Quality of Life Outcomes*. Agosto 2010; 8(81): p. 2-9. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-8-81>
- 34 Cella D, Tulsky D, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. La escala de valoración funcional de la terapia del cáncer: desarrollo y validación de la medida general. *Journal of clinical Oncology*. Marzo 1993; 11(3): p. 570-9. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
- 35 Wefel J, Saleeba A, Buzdar A, Meyers C. Disfunción cognitiva aguda y de inicio tardío asociada con la quimioterapia en mujeres con cáncer de mama. *American Cancer Society*. Julio 2010; 116(14): p. 3348-3356. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.25098>

- 36 Wefel J, Kesler S, Noll K, Schagen S. Características clínicas, fisiopatología y tratamiento del deterioro cognitivo relacionado con el cáncer del sistema nervioso no central en adultos. American Cancer Society. Diciembre 2014; 65(2): p. 123-138. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21258>
- 37 Bjordal K, Graeff A, Fayers P, Bottomly A, Kaasa S, EORTC. Un estudio de campo de 12 países del EORT QLQ-C30 (versión 3.0) y el módulo específico para el cáncer de cabeza y cuello (EORTC QLQ-H&N35) en pacientes de cabeza y cuello. European Journal of Cancer. Setiembre 2000; 36(14): p. 1796-1807. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804900001866>
- 38 Yabroff K, Dowling E, Guy G, Vanegas M, Davidoff A, Virgo K, et al. Dificultades económicas asociadas con el cáncer en los Estados Unidos: hallazgos de una muestra poblacional en adultos sobrevivientes de cáncer. Journal of Clinical Oncology. Diciembre 2015; 34(3): p. 259-267. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2015.62.0468>
- 39 Bower J. Fatiga relacionada con el cáncer: mecanismos, factores de riesgo y tratamientos. Nature Reviews Clinical Oncology. Agosto 2014; 11(10): p. 597-609. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrclinonc.2014.127>
- 40 Caraceni A, Shkodra M. Evaluación y clasificación del dolor oncológico. Cancers. Abril 2019; 11(4): p. 510. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6694/11/4/510>
- 41 Swarm R, Paice J, Angelescu D, Are M, Yang J, Buga S, et al. Evaluación y clasificación del dolor oncológico. J Natl Compr Canc Netw. Agosto 2019;

- 17(8): p. 977-1007. Disponible en: <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/17/8/article-p977.xml>
- 42 Hesketh P, Kris M, Basch E, Bohkle K, Baubour S, Clark L, et al. Actualización de la guía de práctica clínica de la sociedad americana de oncología clínica. *Journal Clinical Oncology*. Octubre 2017; 35(28): p. 3240-3261. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28759346/>
- 43 Roila F, Molassiotis A, Herrstedt J, Warr D, Wetering M. Actualización de las directrices de MASCC y ESMO de 32201+6 para la prevención de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia y radioterapia y de las náuseas y vómitos en pacientes con cáncer avanzado. *Annals of oncology*. Setiembre 2016; 27(5): p. 119-133. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0923753419316412>
- 44 Organización Panamericana de la Salud. Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios. [Internet].; 2024 [citado 12 de Diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-2-2024-crece-carga-mundial-cancer-medio-creciente-necesidad-servicios>
- 45 Palesh O, Aldridge A, Zeitzer J, Koopman C, Neri E, Giese J, et al. La interrupción del sueño medida por actigrafía como predictor de supervivencia entre mujeres con cáncer de mama avanzado. *Sleep Research Society*. Mayo 2014; 37(5): p. 837-842. Disponible en: <https://academic.oup.com/sleep/article/37/5/837/2416793>
- 46 Savard J, Ivers H, Villa J, Caplette A, Morin C. Curso natural del insomnio comórbido con el cáncer: un estudio longitudinal de 18 meses. *Journal of*

- Clinical Oncology. Agosto 2011; 29(26): p. 3580-3586. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2010.33.2247>
- 47 Jatoi A, Daly B, Hughes V, Dallal G, Kehayias J, Roubenoff R. ¿Los pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas no metastásico muestran un gasto energético en reposo alterado?. Ann Thorac Surg. Agosto 2001; 72(2): p. 348-351. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003497501028478>
- 48 Bouras E, Tangalos E. Estreñimiento crónico en el adulto mayor. Gastroenterología. Gastroenterology Clinics of North America. Setiembre 2009; 38(3): p. 463-480. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889855309000570>
- 49 Benson A, Ajani J, Catalano R, Engelking C, Kornblaus S, Martenson J, et al. Pautas recomendadas para el tratamiento de la diarrea inducida por el tratamiento del cáncer. Journal of Clinical Oncology. Julio 2004; 22(14): p. 2918-2926. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2004.04.132>
- 50 Nava M. La calidad de vida: Analisis multidimensional. Revista de Enfermería Neurológica. Diciembre 2012; 11(3): p. 129-137. Disponible en: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/143>
- 51 Triviño Z, Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichan. Junio 2005; 5(1): p. 4-12. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56>

- 52 Vincent D, Devita J, Theodore L. *Cáncer Principios y Práctica de Oncología*. Doceava ed. Llavina N, editor. Barcelona: Wolters Kluwer; 2023. Disponible en: <https://user-biackli.cld.bz/9788419663085-DeVita-Cancer-12ed/2/>
- 53 Hanahan D, Weinberg R. Características del cáncer: la próxima generación. *Cell*. Marzo 2011; 144(5): p. 646-674. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0092867411001279>
- 54 Vogelstein B, Papadopoulos N, Velculescu V, Zhou S, Diaz L, Kinzler K. Paisajes del genoma del cáncer. *Science*. Marzo 2013; 339(6127): p. 1546-1558. Disponible en: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.1235122>
- 55 Ribatti D. El concepto de vigilancia frente a tumores: las primeras teorías. *Oncotarget*. Enero 2017; 8(4): p. 7175-7180. Disponible en: <https://www.oncotarget.com/lookup/doi/10.18632/oncotarget.12739>
- 56 Sung H, Ferlay J, Siegel R, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Estadísticas Globales del Cáncer 2020: Estimaciones de Incidencia y Mortalidad en todo el mundo para 36 tipos de cáncer en 185 países. *Sociedad Americana del Cáncer*. Febrero 2021; 71(3): p. 209-249. Disponible en: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- 57 Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama. [Internet].; 2024 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- 58 Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de Pulmón. [Internet].; 2024 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/pulmon>.

- 59 Siegel R, Miller K, Jemal A. Estadísticas del cáncer, 2020. CA: A Cancer Journal for Clinicians. Enero 2020; 7-30; 70(1). Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21590>
- 60 Loeb S, Bjurlin M, Nicholson J, Tammela T, Penzon D, Carter H, et al. Sobrediagnóstico y sobretratamiento del cáncer de próstata. European Urology. Junio 2014; 65(6): p. 1046-1055. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283813014905>
- 61 Vera N. Epidemiología del cáncer de próstata. National Library of Medicine. Abril 2007; 175(1): p. 1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17432550/>
- 62 Centro de cáncer clínico. Universidad de Navarra. Leucemia aguda: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. [Internet].; 2023 [citado 20 de Octubre 2024]. Disponible en: <https://cancercenter.cun.es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/leucemia-aguda>
- 63 Kinzler K, Vogelstein B. Genes de susceptibilidad al cáncer. Guardianes y cuidadores. Nature. Abril 1997; 1(386): p. 761-763. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/386761a0#citeas>
- 64 Feinberg A, Koldobskiy M, Gondor A. Moduladores, modificadores y mediadores epigenéticos en la etiología y progresión del cáncer. Nature Review Genetics. Marzo 2016; 17(5): p. 284-299. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrg.2016.13>
- 65 Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [Internet].; 2022 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

- 66 Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del Cáncer en España 2023. [Internet].; 2023 [citado 21 de Octubre de 2024]. Disponible en: https://www.infocop.es/pdf/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf
- 67 Correa J, Figuerio J, Castaño R, Madrid J, Calle M, Sanabria A. Principios de cirugía oncológica. Revista Colombiana de Cirugía. Julio 2016; 31(3): p. 185-196. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/291>
- 68 Sociedad Americana contra el Cáncer. Tratamiento para el cáncer (opciones de tratamiento contra el cáncer). [Internet].; 2020 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types.html>
- 69 Sociedad Americana contra el Cáncer. Radioterapia para el Cáncer. [Internet].; 2017 [citado 2 de Diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia>.
- 70 Sociedad Americana contra el Cáncer. Tratamiento de Quimioterapia para el cáncer. [Internet].; 2019 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/chemotherapy.html>
- 71 Instituto Nacional del Cáncer. Quimioterapia para tratar el cáncer. [Internet].; 2015 [citado 2 Diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/quimioterapia>
- 72 Coutiño L, Piña M, Guimaraes G, Tobías A, López L. Intervenciones no farmacológicas para reducir síntomas depresivos en mujeres con cáncer de

- mama. Salud Pública México. Julio 2019; 61(4): p. 532-533. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9980>
- 73 Slamon D, Leyland B, Shak S, Fuschs H, Hank M, Pathon V, et al. Uso de quimioterapia más un anticuerpo monoclonal contra HER2 para el cáncer de mama metastásico que sobre expresa HER2. The New England Journal of Medicine. Marzo 2001; 344(11): p. 783-792. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM200103153441101>
- 74 Farmer P, Frenk J, Knaul F, Shulman L, Alleyne G, Armstrong L, et al. Expansión de la atención y el control del cáncer en países de ingresos bajos y medios: un llamado a la acción. The Lancet. Octubre 2010; 376(9747): p. 1186-1893. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20709386/>
- 75 Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española - Edición del Tricentenario. Edad. [Internet].; 2023 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
- 76 Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española - Edición del Tricentenario. Sexo. [Internet].; 2023 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
- 77 Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Compendio de Normas Laborales del Régimen Privado. [Internet].; 2024 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7471142/6359927-vf-compendio-de-normas-laborales-del-regimen-privado-2024.pdf?v=1741103297>

- 78 Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española - Edición del Tricentenario. Procedencia. [Internet].; 2023 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia>
- 79 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nivel de Instrucción. [Internet].; 2024 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0023/nideinst.htm>
- 80 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado Civil. [Internet].; 2024 [citado 20 de Octubre de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0044/C6-6.HTM
- 81 Carbajal K. Escala de resiliencia (ER-14): propiedades psicométricas y datos normativos en población adulta de Lima Metropolitana, 2021. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021. Disponible en: <https://acortar.link/sjK7xG>
- 82 Sanchez P, Valderamar J. Validación para utilización en Colombia de la escala EORTC QLQ C-30 para evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Revista Colombiana de Cancerología. Mayo 2020; 24(2): p. 61-71. Disponible en: http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152020000200061

ANEXOS

ANEXO 01
INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
“RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLOGICOS EN
HOSPITALES DEL MINSA CUSCO-2025”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los que suscriben, Bach. María del Carmen Salas Quispe y Bach. George Stalin Héctor Tayro Quispe, estudiantes de la Facultad de Enfermería, vienen desarrollando el estudio titulado: “Resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos en hospitales del MINSA – 2025”.

El propósito de esta investigación es analizar la relación entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico oncológico, con el objetivo de contribuir al conocimiento científico y a la mejora de los cuidados en salud.

Se le informa que la información recopilada será tratada con estricta confidencialidad y anonimato, y será utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación. En ningún momento se revelará su identidad ni datos personales que puedan permitir su identificación.

Al aceptar participar, se le solicitará responder un cuestionario que no implica ningún tipo de riesgo físico ni psicológico.

Si tiene dudas o desea mayor información sobre el estudio, puede comunicarse con los investigadores antes de tomar una decisión.

Acepto ser partícipe de este cuestionario SI () NO ()

Firma
DNI:

RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Instrucciones: Por favor responda a todas las preguntas personalmente, con veracidad marcando una (X). La información que nos brinde será estrictamente confidencial.

a. Edad:		e. Nivel de instrucción:	
b. Sexo:		Primaria	()
Femenino	()	Secundaria	()
Masculino	()	Técnico superior	()
c. Situación Laboral:		Superior	()
Trabaja	()	Ninguno	()
No trabaja	()	f. Estado civil:	
d. Procedencia	()	Soltero	()
Urbano	()	Casado	()
Rural	()	Conviviente	()
		Viudo	()
		Divorciado	()

INSTRUMENTO ESCALA DE RESILIENCIA (ER-14)

La Escala de Resiliencia de 14 Ítems (ER-14) evalúa la capacidad de las personas para superar desafíos, adaptarse y crecer tras situaciones adversas.

Instrucciones: A continuación, se le presenta una serie de frases a las cuales usted responderá marcando una (X) en el recuadro que usted corresponda. No existen respuestas correctas ni incorrectas; estas tan solo nos permitirán conocer su opinión personal sobre sí mismo.

Recuerde no dejar espacios en blanco en ningún ítem.

Puntuación: En donde: **1:** Totalmente en desacuerdo **2:** Desacuerdo **3:** Poco en desacuerdo **4:** Ni acuerdo, ni desacuerdo **5:** Poco de acuerdo **6:** De acuerdo **7:** Totalmente de acuerdo

ITEM	1 Totalmente en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Totalmente de acuerdo
1. Por lo general, puedo resolver mis problemas.							
2. Normalmente, logro llevar adelante lo que quiero hacer.							
3. Me esfuerzo para alcanzar mis objetivos.							
4. Soy una persona auto disciplinada.							
5. Confronto dificultades con esperanza.							
6. Mantengo el interés por mis actividades, incluso cuando se complican.							
7. Tengo confianza en mis habilidades.							
8. Supero los problemas con paciencia.							
9. Acepto la responsabilidad de mis decisiones.							
10. Soy capaz de adaptarme a los cambios.							
11. Sigo adelante cuando las cosas se ponen difíciles.							
12. Soy persistente.							
13. Afronto la vida con optimismo.							
14. Confío en mí mismo.							

PUNTUACIÓN FINAL ER-14: Nivel de Resiliencia					
Puntuación	14-30	31-48	49-63	64-81	82-98
Nivel de Resiliencia	(Muy baja)	(Baja)	(Normal)	(Alta)	(Muy alta)

INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (EORTC QLQ-C30)

El Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-C30 de la EORTC es un instrumento estandarizado para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer, cubriendo varios aspectos de salud y bienestar. Este cuestionario está dividido en varias escalas y dominios (funcionales, síntomas, y una escala global de calidad de vida), cada uno compuesto por diferentes ítems.

Instrucciones: Por favor, lea cada pregunta detenidamente y elija la respuesta que mejor describa su estado durante la última semana. No hay respuestas correctas o incorrectas, ya que este cuestionario busca comprender su experiencia y bienestar. Por favor, en las siguientes preguntas marque con X en el recuadro, según la puntuación que considere usted.

Puntuación:

1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho

Ítem	1	2	3	4
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?				
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?				
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?				
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?				
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?				
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?				
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?				
8. ¿Tuvo sensación de “falta de aire” o dificultad para respirar?				
9. ¿Ha tenido dolor?				
10. ¿Necesito parar para descansar?				
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?				
12. ¿Se ha sentid débil?				
13. ¿Le ha faltado el apetito?				
14. ¿Ha tenido náuseas?				
15. ¿Ha vomitado?				
16. ¿Ha estado estreñido/a?				
17. ¿Ha tenido diarrea?				
18. ¿Estuvo cansado/a?				
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?				
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?				

21. ¿Se sintió nervioso/a?				
22. ¿Se sintió preocupado/a?				
23. ¿Se sintió irritable?				
24. ¿Se sintió deprimido?				
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?				
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?				
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?				
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o e tratamiento médico?				

Puntuación:

1: Pésima 2: Muy malo 3: Malo 4: Regular 5: Bueno 6: Muy bueno
7: Excelente

Ítem	1 Pésima	2	3	4	5	6	7 Excelente
29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?							
30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?							

Puntuación Final QLQ C-30: Nivel de calidad de vida.

Primero: Se halla una puntuación promedio de los ítems de cada escala con la siguiente fórmula:

$$RS(\text{Raw Score}) = \frac{\text{Suma de ítems de la escala}}{\text{Número de Ítems respondidos}}$$

Segundo: Luego se transformará en una escala de puntuación de 0 a 100 mediante la fórmula aplicada para la dimensión:

Escala Global de Salud y Síntomas:

$$S(\text{Puntuación transformada}) = \frac{(RS - 1)}{\text{Rango}} \times 100$$

Escala de Funcional

$$S(\text{Puntuación transformada}) = 1 - \left(\frac{1 - RS}{\text{Rango}} \right) \times 100$$

Donde el rango es la es el resultado de la diferencia entre el mayor valor de la escala Likert con el valor menor.

Teniendo una puntuación final de:

Escala de Salud Global y Escala de Funcionamiento:

Puntuación	Nivel de Calidad de Vida
0 – 25	Muy mala
26 – 50	Mala
51 – 75	Regular
76 – 100	Buena

Escala de Síntomas:

Puntuación	Nivel de Calidad de Vida
0 – 25	Buena
26 – 50	Regular
51 – 75	Mala
76 – 100	Muy mala

ANEXO 03

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO DE INVESTIGACIÓN
Problema General ¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de los hospitales del MINSA - Cusco, 2025?	Objetivo General Determinar la relación que existe entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025	Hipótesis General Ha= Existe relación significativa entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos en los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025 Ho= No existe relación significativa entre la resiliencia y la calidad de vida en los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.	Variable de Estudio (X1): Resiliencia	Competencia personal Aceptación de uno mismo y de la vida	4.1. Tipo de Estudio Descriptivo Correlacional; de corte Transversal. 4.2. Área de Estudio Hospitales del MINSA Regional y Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco, en los servicios de hospitalización y quimioterapia ambulatoria del área de oncología de ambos hospitales respectivamente. 4.3. Unidad de Análisis Pacientes hospitalizados en el servicio de
Problemas Específicos • ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025? • ¿Cuál es el nivel de resiliencia en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025? • ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en	Objetivos Específicos • Identificar las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025. • Medir el nivel de resiliencia en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025. • Medir el nivel de calidad de vida en cada una de sus	Hipótesis específica 1: Ha= Existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala global de salud de la calidad de vida en los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025 Ho= No existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala global de salud de la calidad de vida en los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025 Hipótesis específica 2:	Variable de Estudio (X2): Calidad de vida	Escala de Salud Global Escala de Funcionamiento Escala de Síntomas	

cada una de sus dimensiones en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA – Cusco, 2025? • ¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la escala salud global de la calidad de vida en pacientes oncológicos del MINSA - Cusco, 2025? • ¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la escala de funcionamiento de la calidad de vida en pacientes oncológicos del MINSA - Cusco, 2025? • ¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la escala de síntomas de calidad de vida en pacientes oncológicos de los hospitales del MINSA - Cusco, 2025?	dimensiones en pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025. • Relacionar la resiliencia con la escala global de salud de calidad de vida en los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025. • Relacionar la resiliencia con la escala de funcionamiento de calidad de vida en los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025. • Relacionar la resiliencia con la escala de síntomas de calidad de vida en los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.	Ha= Existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala funcional de la calidad de vida en los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025. Ho= No existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala funcional de la calidad de vida en los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco,2025. Hipótesis específica 3: Ha= Existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala de síntomas de la calidad de vida en los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025. Ho= No Existe una relación significativa entre la resiliencia y la escala de síntomas de la calidad de vida en los pacientes oncológicos de los Hospitales del MINSA - Cusco, 2025.			oncología y atendidos en la unidad de quimioterapia ambulatoria de los hospitales del MINSA Regional y Antonio Lorena del Cusco durante el año 2025. 4.4. Muestra La muestra está conformada por 61 pacientes oncológicos que estarán en el área de hospitalización y a su vez que asistirán a la unidad de quimioterapia ambulatoria de los Hospitales del MINSA Regional del Cusco y Antonio Lorena en el año 2025.
--	---	---	--	--	--