



Universidad  
Norbert Wiener

**Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela Académico Profesional de Enfermería**

Estrategia de afrontamiento y calidad de vida en  
pacientes oncológicos Hospital Militar Central, Lima,  
2022

**Trabajo académico para optar el título de especialista  
en Enfermería Oncológica**

**Presentado por:**

Avalos Zevallos, Ana Milagros

**Código ORCID:** 0000-0003-2661-3342

**Asesor:** Mg. Palomino Taquire, Rewards

**Código ORCID:** 0000-0002-4694-8417

**Línea de Investigación General:** Salud, Enfermedad y Ambiente

**Lima – Perú**

**2022**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01

Yo, Avalos Zevallos, Ana Milagros, Egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, Segunda Especialidad en Enfermería Oncológica de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado “Estrategia de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos Hospital Militar Central, Lima, 2022”, Asesorado por El Asesor Docente Mg. Palomino Taquire, Rewards, DNI N° 44694649, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4694-8417>, tiene un índice de similitud de 20 (Veinte) %, con código oid:14912:206512916, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor(a)  
 Avalos Zevallos, Ana Milagros  
 DNI N° 02888563



.....  
 Firma de Asesor(a)  
 Mg. Palomino Taquire, Rewards  
 DNI N° 44694649

Lima, 27 de Noviembre de 2022

### **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto a mis hijos por ser mi centro motor, mi fortaleza, a mis padres por ser la luz de mis momentos más difíciles.

### **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradezco a Dios, por darme los ánimos para poder culminar este nuevo proyecto que me trace en este año, a mis hijos por ser mi fortaleza por creer en mi capacidad y por todo el apoyo que me brindaron, a mis padres por darme su amor y presencia, gracias infinitamente gracias señor.

**Asesor: Mg. Palomino Taquire, Rewards**  
**Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4694-8417>**

**JURADO**

**PRESIDENTE** : Dra. Gonzales Saldaña Susan Haydee

**SECRETARIO** : Dra. Uturunco Vera Milagros Lizbeth

**VOCAL** : Mg. Cabrera Espezua Jeannelly Paola

## Índice de contenido

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento .....	iv
Índice de contenido.....	vii
Índice de ilustraciones .....	x
Índice de tablas .....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
1. EL PROBLEMA .....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema .....	4
1.2.1. Problema general. ....	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1 Objetivo general. ....	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
1.4. Justificación de la investigación .....	5
1.4.1 Teórica. ....	5

1.4.2	Metodológica.....	5
1.4.3.	Práctica.....	6
1.5.	Delimitaciones de la investigación.....	7
1.5.1.	Temporal.....	7
1.5.2.	Espacial.....	7
1.5.3.	Análisis.....	7
2.	MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.	Antecedentes.....	8
2.1.1.	Antecedentes internacionales.....	8
2.1.2.	Antecedentes nacionales.....	10
2.2.	Bases teóricas.....	13
2.2.1.	Bases teóricas de la variable Proceso de afrontamiento del cáncer.....	13
2.2.1.1	Afrontamiento de la enfermedad.....	13
2.2.1.3	Modelos Teóricos de Enfermería del Afrontamiento del Cáncer.....	15
2.2.1.4	Otras orientaciones sobre el afrontamiento.....	16
2.2.1.5	Medición del proceso de afrontamiento del cáncer.....	26
2.2.2.	Bases teóricas de la variable Calidad de vida del paciente con cáncer.....	27
2.2.2.1	Calidad de vida del paciente con cáncer.....	27
2.2.2.2	Dimensiones de la variable Calidad de vida del paciente con cáncer.....	28
2.2.2.3	teorías de enfermería sobre calidad de vida.....	30
2.3.	Formulación de hipótesis.....	36



2.3.1. Hipótesis general. ....	36
2.3.2. Hipótesis específicas.....	36
3. METODOLOGÍA.....	38
3.1. Método de la investigación .....	38
3.2. Enfoque de la investigación.....	38
3.3. Tipo de investigación.....	38
3.4. Diseño de la investigación .....	39
3.5. Población, muestra y muestreo .....	40
3.6. Variables y operacionalización.....	41
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	43
3.7.1. Técnica.....	43
3.7.2. Descripción de instrumentos. ....	43
3.7.3. Validación.....	48
3.7.4. Confiabilidad. ....	50
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos .....	51
3.9. Aspectos éticos .....	52
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	55
Anexos.....	69
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	70
Anexo 2: Instrumentos Instrumento para medir la variable Proceso de afrontamiento del cáncer .....	72
Anexo 3: Instrumento para medir la variable Calidad de vida del paciente con cáncer..	74

Anexo 4: Consentimiento Informado .....	76
---	----

### Índice de ilustraciones

Ilustración 1. diseño de muestra de investigación .....	40
---	----

### Índice de tablas

Tabla 1. operacionalización de variables.....	42
Tabla 2. división de la variable proceso de afrontamiento del cáncer.....	45
Tabla 3. división de la variable calidad de vida del paciente con cáncer .....	47
Tabla 4. validez de contenido de los instrumentos para medir la variable estrategia de afrontamiento del cáncer .....	49
Tabla 5. validez de contenido de los instrumentos para medir la variable calidad de vida del paciente con cáncer.....	49
Tabla 6. resultado de cálculo del estadígrafo Alpha de Cronbach para las variables.....	51

## Resumen

**Introducción:** El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células que puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo, suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Los estilos de afrontamiento activos ante el cáncer se asocian con un mejor ajuste a la enfermedad, adherencia terapéutica y calidad de vida, incrementando el sentimiento de autoeficacia y control personal del paciente. **Objetivo:** Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022. **Métodos:** estudio de tipo aplicado, cuantitativo, correlacional y transversal. La muestra censal estará constituida por 50 pacientes oncológicos. Se usará la encuesta para aplicar dos cuestionarios en escala de tipo Likert adaptados por acosta para la población objetivo, están validados y son confiables para medir las variables en cuestión. Los datos recolectados serán procesados en SPSS 25 y las hipótesis se probarán usando la prueba estadística del coeficiente de correlación de Spearman dado la naturaleza cualitativa de las variables.

**Palabras claves:** Estrategia de afrontamiento, calidad de vida, pacientes oncológicos

## Abstract

**Introduction:** cancer is a process of uncontrolled growth and spread of cells that can appear practically anywhere in the body, usually invades surrounding tissue and can cause metastasis in distant parts of the body. Active coping styles in the face of cancer are associated with a better adjustment to the disease, therapeutic adherence and quality of life, increasing the patient's feeling of self-efficacy and personal control. **Objective:** to determine the relationship between coping strategies and quality of life in cancer patients at Hospital Militar Central Lima 2022. **Methods:** applied, quantitative. Correlational, correlational, and cross-sectional study. The census sample will consist of 50 cancer patients. The survey will be used to apply two questionnaires on a Likert-type scale adapted by Acosta for the target population, they are validated and reliable to measure the variables in question. The collected data will be processed in SPSS 25 and the hypotheses will be tested using the statistical test of Spearman's correlation coefficient given the qualitative nature of the variables.

**Key words:** coping strategy, quality of life, cancer patient.

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

A nivel mundial, el cáncer es una enfermedad que causa más de ocho millones de muertes cada año (1) y causa la mayor cantidad de muertes prematuras (2). En América, es la segunda causa de muerte; durante 2018 se diagnosticaron 3,8 millones de casos y 1,4 millones de personas de 69 años o menos fallecieron por cáncer (3). El diagnóstico de cáncer tiene un impacto significativo en aspectos biológicos, psicológicos, físicos y sociales. Implica múltiples desafíos y, por lo tanto, la experiencia de tener cáncer es altamente angustiada, ya que obliga a las personas a lidiar con la aflicción, el deterioro, la muerte, la trascendencia, conceptos para cada uno de los cuales se debe buscar un significado personal. Es en ese momento donde el afrontamiento se convierte en el principal mecanismo intermediario ante la presencia de crisis o en situaciones difíciles que implican estrés; se reconoce que las conductas utilizadas como estrategias de afrontamiento pueden promover la adaptación (4). Se define la capacidad de afrontamiento como la capacidad innata o adquirida de generar una respuesta, utilizando nuevas estrategias para adaptarse de manera efectiva a los cambios desafiantes (5). El cáncer lleva a los pacientes a enfrentar diversos cambios en sus vidas que generan sentimientos y emociones negativas en quienes lo padecen y en sus familias; asimismo, si se utilizan estrategias de afrontamiento efectivas, se pueden mitigar los efectos psicosociales que produce esta enfermedad (6). El campo de enfermería necesita saber cómo promover la salud de sus pacientes, pero también cómo ayudarlos a enfrentar los episodios cambiantes y los desafíos que plantean. su enfermedad (7)

A nivel nacional, según datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, (INEN) se estima que la incidencia anual del cáncer es de 150 casos por cada 100,000 habitantes aproximadamente, lo cual correspondería a 45,000 nuevos casos por cada año.

Actualmente, el mayor porcentaje de los diagnósticos de cáncer se realiza cuando la enfermedad se encuentra en etapa avanzada, alcanzando el 75% de casos diagnosticados. Este hecho conlleva a menor probabilidad de curación, menor calidad de vida, costo de tratamiento mayor y elevada mortalidad. La pobreza es factor que se relaciona con esta detección tardía del cáncer, debido a dificultades de acceso a los servicios de salud, a escasa cultura de prevención, a fuerte influencia de estilos de vida poco saludables, al bajo nivel de educación, entre otros (8). El Registro de Cáncer de Lima metropolitana muestra que los más frecuentes tipos de cáncer son: estómago, mama, cérvix, próstata y pulmón. Según estadística del Instituto Nacional de Estadística e Informática la población del Perú asciende a 28'220,764 habitantes, según los resultados del XI Censo de Población (9) y según estadísticas del MINSA (10) el cáncer ocupa el segundo lugar de mortalidad nacional con importante impacto socioeconómico. además, evidencio que tasas de incidencia para canceres en hombres y mujeres han aumentado entre periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100,000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100,000 mujeres. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) brinda atención a pacientes portadores de tumores benignos y malignos, así como de enfermedades pre- malignas y otras relacionadas a los diversos tipos de cáncer. Al incluir casos nuevos de cáncer en ambos sexos del INEN, es importante resaltar, que dentro de las cinco neoplasias más frecuentes se encuentran: (a) cáncer del cuello uterino, (b) cáncer de la mama y (c) cáncer de la próstata; los cuales son órganos accesibles que debido a su ubicación anatómica permiten detección precoz, por lo que si se ampliaran programas de prevención, el volumen de atención de casos de tales cánceres, al igual que el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad, disminuirían significativamente, otorgándole mayores posibilidades para un mejor afrontamiento de la enfermedad, como para tener una mejor calidad de vida (11).

A nivel institucional, el Hospital Militar Central, ubicado en Lima, cuenta con el Área de Oncología Médica, el cual se constituye como una especialidad médica, derivada de medicina interna, dedicada al diagnóstico y tratamiento del cáncer, centrada en atención del enfermo con cáncer como un todo, al que se trata con quimioterapia, terapia con hormonas y otros medicamentos (12). Se ha percibido que en dicha área, pacientes diagnosticados con cáncer tienen problemas con el afrontamiento, ya que muchos de ellos se niegan aceptar que tienen la enfermedad y no le toman importancia; debido a esto, se niegan al tratamiento. Por otro lado, se desea otorgar a todos estos pacientes una mejor calidad de vida o que muchos de ellos salgan recuperados, considerando que no todos son seniles y puedan encontrarse en estadios dos y tres, mejor dicho, en posible situación de curarse y salvarse de fallecer. Por tanto, el propósito de esta investigación es determinar la relación de la estrategia de afrontamiento de la enfermedad con la calidad de vida en los pacientes con cáncer del Hospital Militar Central, Lima, 2022.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general.**

¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022?

### **1.2.2. Problemas específicos.**

¿Cuál es la relación de la angustia cognitiva con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022?

¿Cuál es la relación de la preocupación ansiosa con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022?

¿Cuál es la relación del espíritu de lucha con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022?

¿Cuál es la relación de la evitación cognitiva con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022?

¿Cuál es la relación del fatalismo con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general.**

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022

### **1.3.2 Objetivos específicos.**

Determinar la relación entre la angustia cognitiva con la calidad de vida en



pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022.

Determinar la relación entre la preocupación ansiosa con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022.

Determinar la relación del espíritu de lucha con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022.

Determinar la relación entre la evitación cognitiva con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022.

Determinar la relación entre el fatalismo con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

##### **1.4.1 Teórica.**

presente proyecto de investigación permitirá discutir, replantear, cuestionar, reflexionar los conceptos de afrontamiento y calidad de vida con la finalidad de cerrar las brechas del conocimiento, el afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés, como sostiene la teoría de enfermería de Imogene King, “logros de metas”, define la enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción, fortaleciendo las relaciones entre el profesional de enfermería con el sujeto de cuidado y así mismo ofreciendo información acerca de las percepciones mutuas por parte de la enfermera y el sujeto.

##### **1.4.2 Metodológica.**

Los resultados de esta investigación se justifican metodológicamente, debido al aporte del proceso investigativo, vale decir, la metodología, la cual puede ser de utilidad y relevancia a otros investigadores que deseen profundizar en la línea de investigación con respecto a las variables aquí estudiadas, Proceso de afrontamiento del cáncer y Calidad de vida de pacientes oncológicos, ya sea cada una de forma independiente, como relacionadas entre sí.

#### **1.4.3. Práctica.**

Los resultados del presente proyecto de investigación servirán de insumos, a los directores del centro hospitalario, departamento de capacitación y docencia del HMC, jefa de enfermeras, y departamento de Oncología, con la finalidad de generar procesos de mejora continua, tanto en el proceso de afrontamiento del cáncer, como en la calidad de vida de pacientes oncológicos, en base a la teoría de enfermería de Rosemarie Rizzo Parse, la cual se centra en el accionar del ser humano, su calidad de vida y salud, a partir de sus contextos, vivencias y creencias. Esta apunta a la relación indivisible de la persona con su entorno, ya que somos seres abiertos que tienen una relación con un universo ilimitado, el cual es fuente de conocimiento inmenso. Para la comprensión de la persona se debe entender como un todo y no como un conjunto de partes que lo conforman, sino un todo en constante cambio e influenciado por su entorno, las enfermeras deben crear su propio conocimiento que guíe su práctica e investigación, para poder lograr el compromiso con la humanidad que se tiene. Así permite crear una relación con el paciente que no solo busca solucionar sus problemas, sino que también se basa en la observación de la enfermera, de las experiencias vividas con el paciente, y lo que se va aprendiendo de ellas, para así ayudarlo a encontrar la solución y, además, ir creando nuevas experiencias humanas.

## **1.5. Delimitaciones de la investigación**

### **1.5.1. Temporal.**

El presente proyecto de investigación se realizará en los meses de noviembre y diciembre del año 2022.

### **1.5.2. Espacial.**

El proyecto de investigación se realizará en las instalaciones del Hospital Militar Central, específicamente en el servicio de Oncología, ubicado en Av. Faustino Sánchez Carrión, Jesús María, en la provincia y departamento de Lima.

### **1.5.3. Población o unidad de análisis.**

La población de esta investigación está constituida por todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados con cáncer de estadios I - IV, entre varones y mujeres, siendo un total de 100 pacientes que son atendidos en el Hospital Militar Central.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes**

#### **2.1.1. Antecedentes internacionales.**

Cepeda et al. (13), realizaron una investigación planteando como objetivo, determinar las capacidades de afrontamiento y adaptación en pacientes con cáncer en tratamiento. Metodología: Estudio transversal cuantitativo y descriptivo; la muestra estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de cáncer que recibieron tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia entre junio y agosto de 2019, cumpliendo los criterios de inclusión. Se utilizó la Escala de Procesamiento de Adaptación y Afrontamiento (CAPS). Resultados: el 53 % de los pacientes participantes en el estudio presentaron altas capacidades de afrontamiento y adaptación; El 40 % presentó capacidades medias y el 7 % presentó capacidades bajas. Conclusión: El seguimiento continuo es sumamente importante durante todo el proceso de la enfermedad; tener una pareja sentimental se convierte en un factor protector ya que los pacientes se sienten escuchados y cuidados, lo que los motiva a seguir adelante con el tratamiento. En el campo de enfermería, conocer la experiencia de quien vive con una enfermedad permite trascender e impactar el cuidado al brindar una atención holística a los pacientes.

De igual manera, Wieder et al. (14), realizaron la investigación, estableciendo, como objetivo, evaluar la influencia de la adaptación y el afrontamiento del cáncer ginecológico en el nivel de aceptación de la enfermedad entre las mujeres estudiadas. Metodología: El estudio incluyó a 81 pacientes diagnosticadas con cáncer ginecológico. La adaptación mental al cáncer se midió con la escala Min-Mac, la aceptación de la enfermedad se midió con el AIS y el nivel de adaptación se midió con el CAPS. Resultados: La puntuación media del AIS fue de  $26,65 \pm 8,85$  puntos. Los métodos de adaptación y

afrontamiento no variaron significativamente según el tipo de cáncer diagnosticado. Predominó el estilo constructivo de lucha contra la enfermedad ( $45,11 \pm 6,01$ ). Las puntuaciones del AIS se correlacionaron significativa y positivamente con la intensidad del estilo constructivo de adaptación mental, y negativamente con la intensidad del estilo destructivo. Conclusiones: El grupo estudiado de pacientes con cáncer ginecológico mostró un nivel moderado de aceptación de la enfermedad, el estilo constructivo de adaptación fue el más prevalente y la localización del cáncer no tuvo efecto sobre los mecanismos de afrontamiento.

Así mismo, Alabbas et al. (15), realizaron un estudio con el objetivo, describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los niños saudíes en tratamiento contra el cáncer. Metodología: Los padres de niños en tratamiento contra el cáncer entre las edades de 2 y 12 años se inscribieron para responder a la versión en árabe del módulo de cáncer PedsQL™ 3.0 del informe proxy para padres. Resultados: De los 95 participantes del estudio, 61 (64,2%) eran neoplasias malignas hematológicas y 34 (35,8%) neoplasias malignas sólidas. La puntuación media de la CVRS total de nuestra muestra fue de 72,3, lo que está en línea con los resultados de estudios similares a nivel mundial. Conclusiones: Los profesionales de la salud deben considerar las subescalas de CVRS deficientes y sus riesgos asociados para mejorar los resultados del tratamiento.

De igual manera, Musavi et al. (16), realizaron un estudio teniendo como objetivo, identificar el impacto de la educación para el autocontrol del dolor en la gravedad del dolor y la calidad de vida en pacientes con cánceres metastásicos que utilizan enfoques de medicina complementaria. Metodología: Enfoque cuantitativo; diseño experimental con grupo control y grupo experimental; muestra de 82 pacientes con cáncer metastásico de la Clínica de Especialidades Oncológicas del Hospital Ahvaz Golestan. Resultados: Se observó

que después de la intervención, la tendencia de la intensidad del dolor durante las semanas 1 a 7 fue significativamente diferente en los grupos de intervención y control ( $P < 0,0001$ ).

Conclusiones: La educación para el autocontrol del dolor tiene un impacto positivo en la gravedad del dolor y la calidad de vida.

Por último, Krajewski et al. (17), en el artículo científico, establecieron, como objetivo, evaluar el manejo del dolor, la aceptación de la enfermedad y la adaptación al cáncer en un grupo homogéneo de pacientes diagnosticados con cáncer de vejiga no músculo-invasivo (NMIBC). Metodología: Se evaluó prospectivamente un grupo de 252 pacientes varones programados para un tratamiento. Resultados y conclusiones. Entre los métodos para hacer frente al cáncer, el estilo constructivo es definitivamente dominante con una alta intensidad de la estrategia del espíritu de lucha. El estilo destructivo de afrontamiento del cáncer alcanzó valores bajos con una estrategia de impotencia/desesperanza de baja intensidad. De las estrategias de afrontamiento del dolor, las autoafirmaciones y la oración/esperanza fueron las formas más comúnmente elegidas, mientras que el catastrofismo fue la más rara.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales.**

Gómez (18), en su trabajo académico, estableció, como objetivo, determinar cómo se relaciona el nivel de satisfacción familiar con la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales de un Instituto Especializado 2021. Metodología: Enfoque cuantitativo; tipo básico; diseño no experimental transversal correlacional; método hipotético-deductivo; técnica de la encuesta; cuestionarios, como instrumentos; muestra probabilística de 166 usuarios con enfermedades oncológicas terminales que ingresan al servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor. No hubo resultados ni conclusiones, porque fue solo proyecto de tesis.

Así mismo, Kgori (19), en su tesis, estableció, como objetivo, determinar los factores sociodemográficos y familiares asociados a las estrategias de afrontamiento de los padres de niños con cáncer hospitalizados. Metodología: Enfoque cuantitativo; tipo básico; diseño no experimental transversal correlacional; muestra de 20 padres de niños con cáncer hospitalizados, durante enero a febrero del 2018; método hipotético-deductivo; técnica de la encuesta; cuestionarios (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento COPE-28 y el Cuestionario de Características Sociodemográficas y Familiares), como instrumentos. Resultados: Mediante la prueba R de Pearson, a un nivel de significancia = 0,05, se obtuvo un p-valor > 0,05, por lo que se aceptó la hipótesis nula. Conclusiones: No hay relación de variables.

De igual manera, Prada (20), en su tesis, estableció, como objetivo, determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los pacientes sobre el tratamiento de quimioterapia en el servicio de Oncohematología del Hospital Militar Central, Lima en el año 2019. Metodología: Enfoque cuantitativo; tipo básico; diseño no experimental transversal correlacional; muestra de 108 pacientes diagnosticados con cáncer de 14 años a más de agosto a noviembre del 2019; método hipotético-deductivo; técnica de la encuesta; cuestionario para medir la primera variable y escala Likert para medir la segunda. Resultados: Mediante la prueba Rho de Spearman, a un nivel de significancia = 0,05, se encontró un p-valor = 0,77, por lo que se afirmó la hipótesis nula. Conclusiones: No hay relación de variables.

Así mismo, Kredert, et, al (21), realizaron una tesis, estableciendo, como objetivo, determinar la relación entre la calidad de vida y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Metodología: El estudio fue cuantitativo, aplicado, direccionado a alcanzar respuestas al problema del servicio ambulatorio mencionado, prospectivo, transversal,

relacional que asoció ambas variables. La población estuvo conformada por 200 pacientes, en tanto que la muestra fue de 43 pacientes durante el mes setiembre 2019, previo consentimiento informado. Se entrevistó con el instrumento QLQ-C30, desarrollado por la Organización Europea para el Estudio y Tratamiento del Cáncer (EORTC), así mismo el cuestionario Brief Cope Inventory, de Caver. Los resultados fueron que cerca de dos tercios (63%) tuvieron calidad de vida medianamente saludable, con tendencia hacia calidad de vida saludable (21%). En dimensión física, más de la mitad (61%) tuvo calidad de vida medianamente saludable, en dimensión social, casi dos tercios (63%) tuvo calidad de vida saludable, en dimensión psicológica primó la calidad de vida saludable (47%). En casi la totalidad (93%) predominó la estrategia de confronte. Se concluye que no hay relación entre la calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama [ $\chi^2 = 1,24$  Vs  $\chi^2_{2\text{ gl. al } 5\%} = 5,99$ ].

Por último, Linares (22), en su tesis, estableció, como objetivo, determinar la relación que existe entre la calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia – Consultorio Oncológico MedicArte, 2017. Metodología: Enfoque cuantitativo y tipo aplicativo, método descriptivo, diseño correlacional; fue realizado en una muestra de 70 pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario Calidad de Vida EORTC-QLQ C-30 y Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos CAEPO ambos modificados por el autor, validados por juicio de expertos. Resultados y conclusiones: Existe correlación directa y positiva entre calidad de vida y afrontamiento al estrés, según la correlación de Spearman de 0.670, teniendo un resultado moderado.



## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Bases teóricas de la variable Proceso de afrontamiento del cáncer.**

#### **2.2.1.1 Afrontamiento de la enfermedad**

Stanton y Revenson (22), describen la adaptación a la enfermedad de varias formas. Primero, la adaptación es multifacética y dinámica. En segundo lugar, las personas pueden sentir emociones tanto negativas como positivas a lo largo de la trayectoria de su enfermedad. Tercero, el proceso de ajuste es heterogéneo; no todos experimentan desafíos idénticos, y cada individuo aporta diferentes recursos personales y psicológicos "a la mesa". Otra explicación de esta heterogeneidad es que la adaptación depende del contexto. El contexto incluye los aspectos médicos de la enfermedad (¿Ha perdido la persona una capacidad funcional esencial, como caminar o recordar cosas? ¿El tratamiento es enfermarse y en qué grado?), aspectos del entorno social (¿Hay personas que puedan brindar apoyo?), y disponibilidad de recursos (¿La paciente tiene seguro médico? ¿Vive en un entorno familiar que le permita la independencia?) (23).

Por otra lado Gonzales (78), plantea que el afrontamiento es una acción cognitiva y motora que la persona emplea para resguardar su integridad física y psíquica frente a las demandas externas e internas que puede ser adaptativas o desadaptativas en la medida en que se adecue o no a la situación del paciente.

#### **2.2.1.2 Dimensiones de la variable Proceso de afrontamiento del cáncer**

Las dimensiones de la variable Proceso de afrontamiento del cáncer son: (a) angustia cognitiva, (b) preocupación ansiosa, (c) espíritu de lucha, (d) evitación cognitiva y (e) fatalismo (32,33,37).

### **Dimensión 1. Angustia cognitiva**

La angustia cognitiva es la preocupación o nerviosismo que el paciente experimenta caracterizada por pensamientos angustiosos y negativos que pueden afectar notablemente su buena salud (32,33,37).

### **Dimensión 2. Preocupación ansiosa**

La preocupación ansiosa se refiere a la ansiedad que es particularmente alta al inicio del tratamiento oncológico particularmente al inicio de la quimioterapia, por lo cual niveles altos de ansiedad pueden llegar a disminuir la adaptación del paciente durante el proceso de atención a su salud (32,33,37).

### **Dimensión 3. Espíritu de lucha**

El espíritu de lucha trata con recursos personales que incluyen la capacidad para: buscar información pertinente; compartir preocupaciones y encontrar consuelo cuando se necesita; volver a definir una situación de manera que se pueda facilitar su solución; considerar las alternativas y analizar las consecuencias; emplear el sentido del humor para hacer menos tensa una situación (32,33,37).

En población oncológica, mediante esta dimensión, se han de manejar las demandas internas y externas que implican el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y seguimiento de la enfermedad, caracterizada por una mejor adaptación al proceso oncológico. Esto concuerda con la literatura que identifica dichos estilos asociados con una mayor adherencia terapéutica, mejor adaptación ante la enfermedad y tratamiento, mayor calidad de vida, satisfacción con la vida y el futuro; así como percepción de autoeficacia principalmente en los estadios iniciales de la enfermedad (32,33,37).

#### **Dimensión 4. Evitación cognitiva**

La evitación cognitiva se refiere a las estrategias y esfuerzos dirigidos a prevenir experiencias negativas y eventos aversivos que provocan ansiedad (32,33,37).

#### **Dimensión 5. Fatalismo**

El fatalismo es la desesperanza ante la enfermedad, lo cual hace referencia a la capitulación de los esfuerzos, ya que la persona siente que nada puede cambiar o hacer. Este estilo puede afectar al desarrollo del cáncer de manera indirecta, por ejemplo, haciendo que los sujetos tarden más en buscar atención médica y menor adherencia a la medicación. Se asocia con menor calidad de vida y mayores niveles de ansiedad, depresión y dolor (32,33,37).

### **2.2.1.3 Modelos Teóricos de Enfermería del Afrontamiento del Cáncer**

#### **Teoría del proceso de enfermería de Ida Jean Orlando Pelletier**

La teoría centrada en la necesidad del paciente, por ello Orlando resalta la relación recíproca entre paciente y enfermera, concibe la función profesional de la enfermería como la resolución y el cumplimiento de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. Identifica y resalta los elementos del proceso de enfermería y le da particular importancia a la participación del paciente en el mismo. La vigilancia de las manifestaciones verbales y no verbales del paciente con las que expresa sus necesidades. Con estos datos la enfermera fomenta acciones destinadas a satisfacer la necesidad de ayuda del paciente. Esta teoría se centra en el propósito de la enfermera en mejorar la salud física y mental partiendo de la percepción individual de los problemas y del bienestar que tiene el propio paciente. (75)

### **Teoría de enfermería de adaptación y afrontamiento de Callista Roy:**

El modelo de adaptación de Roy que proporciona a la enfermería fue utilizar las teorías de Harry Helson sobre psicofísica, que abarca desde las ciencias sociales y el comportamiento humano y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse, las cuales pueden surgir tanto del entorno interno y externo; por lo tanto, el nivel de adaptación está compuesta por el efecto de tres clases de estímulo:

**1. Estímulos focales**, son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.

**2. Estímulos contextuales**, son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

**3. Estímulos residuales**, corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias, pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados. (75)

#### **2.2.1.4 Otras orientaciones sobre el afrontamiento**

##### **Teorías de afrontamiento**

El afrontamiento ha sido ampliamente estudiado en la psicología social, de la personalidad, del desarrollo, clínica y de la salud y es esencial para comprender la adaptación a las enfermedades crónicas (23).

##### **Paradigma de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman ( 1984)**

Quizás la teoría de afrontamiento más conocida sea el paradigma de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (24), en el que el afrontamiento se define como “esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar demandas externas

y/o internas específicas que se evalúan como exigentes o que exceden”. los recursos de la persona” (p. 141). Hay mucho que considerar en esta definición. En primer lugar, al igual que el proceso de adaptación, el afrontamiento es dinámico. Las personas pueden utilizar diferentes estrategias de afrontamiento según el contexto o la fase de la enfermedad. Por ejemplo, un paciente de cáncer recién diagnosticado puede utilizar diferentes estrategias de afrontamiento que cuando se encuentra en una etapa más avanzada de la enfermedad. En segundo lugar, el afrontamiento implica cogniciones (pensamientos, creencias) y comportamientos (acciones). Una persona con esclerosis múltiple puede involucrarse en intentos activos de buscar apoyo social o cambiar su entorno (comportamiento), así como esfuerzos para replantear la enfermedad (cognición). En tercer lugar, los factores estresantes pueden ser externos (cambiar el horario de trabajo debido a la quimioterapia) o internos (preocupación por la progresión de la enfermedad). Cuarto, aunque el afrontamiento y la adaptación están relacionados, no son el mismo concepto. Es decir, no podemos hacer determinaciones a priori sobre si una estrategia de afrontamiento específica es efectiva; más bien, el éxito de una estrategia de afrontamiento depende del contexto (23).

El paradigma del estrés y el afrontamiento propone que el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas, o la decisión de “afrontar” en absoluto, se basa en evaluaciones psicológicas del factor estresante. Las personas primero evalúan si un evento califica o no como un factor estresante en un proceso llamado evaluación primaria: ¿Qué significa este factor estresante para mi salud? ¿Es una amenaza (factor estresante futuro), una pérdida (factor estresante pasado) o un desafío? Luego, en un proceso conocido como evaluación secundaria, deciden si tienen los recursos para hacer frente al factor estresante: ¿Puedo controlarlo? ¿He experimentado esto antes y qué hice entonces? Con base en estas valoraciones, los individuos eligen una o más estrategias de afrontamiento en respuesta al factor estresante. Después de los intentos de hacer frente a un factor estresante, los individuos

vuelven a evaluar si los esfuerzos de afrontamiento han tenido éxito y el ciclo de evaluación-afrontamiento comienza de nuevo (23).

En la teoría original del estrés y el afrontamiento, los esfuerzos de afrontamiento se clasificaron como centrados en el problema o en la emoción. El afrontamiento centrado en el problema se refiere a los esfuerzos para cambiar la situación resolviendo o minimizando el factor estresante (p. ej., planificación, búsqueda de apoyo). El afrontamiento centrado en la emoción se refiere al manejo de la angustia emocional causada por el factor estresante, en particular si el factor estresante es incontrolable. El afrontamiento centrado en las emociones implica expresar y procesar las emociones, minimizar el factor estresante, calmarse a sí mismo (p. ej., beber, ir de compras) y buscar apoyo emocional. Sin embargo, muchos esfuerzos de afrontamiento contienen aspectos de afrontamiento centrados tanto en el problema como en la emoción, (por ejemplo, pedir apoyo social), por lo que esta distinción se ha vuelto menos importante. Una definición más compleja, el afrontamiento con enfoque emocional, implica procesar y expresar emociones (25).

### **Aproximación frente a evitación de Carver (2007)**

Un segundo enfoque clasifica las estrategias de afrontamiento como acercamiento o evitación (26). Estas categorías se refieren a la motivación de un individuo para enfrentar o evitar un factor estresante. Las estrategias orientadas al acercamiento son activas (es decir, buscar apoyo social, resolución de problemas), mientras que las estrategias orientadas a la evitación están orientadas hacia el escape (es decir, negación, abuso de drogas y alcohol) (23).

### **Enfoque combinado: aproximación frente a evitación y afrontamiento conductual de Moos y Holahan (2003)**

Moos y Holahan (27) combinaron el enfoque de afrontamiento (aproximación frente a evitación) con el tipo de afrontamiento (conductual frente a cognitivo). El afrontamiento conductual se refiere a las estrategias utilizadas para cambiar situaciones, mientras que el afrontamiento cognitivo implica cambiar los pensamientos o las percepciones de los factores estresantes, lo que da como resultado cuatro categorías de estrategias de afrontamiento: enfoque conductual (es decir, buscar apoyo social), enfoque cognitivo (es decir, reformular positivamente la situación), evitación conductual (es decir, consumir drogas y alcohol) y evitación cognitiva (es decir, participar en la negación o la minimización) (23).

Vale la pena señalar que estas tres teorías se superponen. Por ejemplo, la estrategia de reevaluación positiva podría considerarse una estrategia de afrontamiento centrada en la emoción, una estrategia de afrontamiento orientada al enfoque o una estrategia de afrontamiento de enfoque cognitivo (23).

### **Afrontamiento y Adaptación**

Aunque ninguna estrategia de afrontamiento única es eficaz para todas las personas todo el tiempo, la investigación sugiere que el afrontamiento orientado a la evitación se asocia con una peor adaptación a la enfermedad que el afrontamiento orientado al enfoque. Gran parte de esta evidencia proviene de estudios transversales y, por lo tanto, no se puede establecer la causalidad. Sin embargo, varias revisiones sistemáticas indican que las estrategias de afrontamiento específicas afectan la salud mental en diferentes maneras. En muchos estudios, las estrategias de evitación se han asociado con un aumento de la ansiedad

y la depresión entre las personas con esclerosis múltiple, melanoma maligno (tipo de cáncer con mal pronóstico), insuficiencia cardíaca y VIH/SIDA (23).

### **Afrontamiento orientado al enfoque**

El afrontamiento de resolución de problemas se ha asociado con una disminución de los síntomas físicos, el afecto negativo, los síntomas depresivos y la fatiga, es decir, una mejor salud mental y física. De manera similar, la búsqueda de apoyo social también se ha asociado con una adaptación positiva a la enfermedad, aunque la magnitud de esta relación suele ser menor que la que existe entre el afrontamiento orientado a la evitación (es decir, la negación) y la adaptación negativa. Por lo tanto, el afrontamiento orientado al enfoque podría aumentar el ajuste a través de la reducción de estados emocionales negativos como la depresión y la fatiga (23).

Los efectos positivos del afrontamiento orientado al enfoque dependen de factores contextuales, como el estadio de la enfermedad. Por ejemplo, entre los pacientes con VIH/SIDA, el afrontamiento orientado al enfoque conductual, como la búsqueda de información sobre el tratamiento, fue más eficaz en puntos anteriores de la trayectoria de la enfermedad. De manera similar, la asociación entre el afrontamiento orientado al enfoque y el ajuste entre las personas con cánceres en estadio tardío no es tan fuerte en comparación con aquellos con cánceres en estadio temprano. Una razón para esto puede ser que las etapas posteriores de la enfermedad presentan diferentes desafíos (es decir, hacer arreglos para el final de la vida) que las etapas anteriores (es decir, decidir entre opciones de tratamiento) (23).

### **Crecimiento postraumático como ajuste**

Los estudios que examinan la adaptación a la enfermedad se centran principalmente



en los indicadores de adaptación negativa, como los síntomas depresivos y la ansiedad. En este contexto, un “buen” ajuste se refiere a menos síntomas o menor ansiedad. En comparación, menos estudios analizan los resultados positivos, aunque eso ha cambiado en los últimos años (23).

El crecimiento postraumático se refiere a un cambio positivo experimentado como resultado de la adversidad, que refleja niveles más altos de funcionamiento psicológico. Las personas que reportan crecimiento postraumático se encuentran transformadas como resultado de la enfermedad, a menudo al construir una reserva de fuerza personal, adquiriendo una mejor apreciación de la vida o fortaleciendo las relaciones con familiares y amigos (23).

La investigación ha encontrado una relación entre hacer frente a la enfermedad y el crecimiento postraumático. Las estrategias orientadas al enfoque (p. ej., aceptación, reevaluación positiva) se asocian con CPT, mientras que las estrategias de evitación (p. ej., escape, autoinculpación) no lo están. Aunque los estudios que examinan el constructor de crecimiento postraumático se han realizado principalmente con poblaciones de cáncer, el afrontamiento orientado al enfoque (reevaluación positiva, búsqueda de apoyo emocional y aceptación) se ha asociado con un mayor crecimiento postraumático entre personas con diversas enfermedades, como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, enfermedades del corazón y VIH/SIDA. En consecuencia, se deben considerar tanto los aspectos positivos como los negativos de la adaptación a la enfermedad (23).

### **Afrontamiento diádico**

La mayoría de los estudios sobre el afrontamiento de enfermedades crónicas se han centrado en los esfuerzos de afrontamiento individuales. Recientemente, se ha desarrollado

un interés en cómo las parejas afrontan una enfermedad crónica como una unidad (28). La angustia psicológica del paciente y la pareja están relacionadas; a medida que aumenta la angustia de uno de los miembros de la pareja, también lo hace la del otro. Una revisión sistemática de estudios de pacientes con cáncer encontró que las mujeres experimentaron más angustia que los hombres, ya fueran pacientes con cáncer o parejas (29). Es probable que esto refleje la diferencia de género en la depresión que se encuentra en la población general, con mujeres que informan y experimentan una mayor depresión (ya sea que tengan una enfermedad física o no). En general, los resultados del metaanálisis resaltan la necesidad de que los investigadores examinen el impacto de la enfermedad en el paciente y las parejas, así como la influencia mutua de los pacientes y las parejas entre sí (28).

El afrontamiento diádico (30) se refiere a la idea de que cuando ocurre un evento adverso, las parejas evalúan el evento como un estresor compartido, combinando sus recursos para enfrentar el problema juntos. El afrontamiento diádico se basa en el modelo de estrés y afrontamiento (24) descrito anteriormente (23).

El afrontamiento centrado en la relación, una forma de afrontamiento diádico, implica esfuerzos cognitivos y conductuales para resolver los factores estresantes mientras se mantienen intactas las relaciones cercanas. A menudo se estudian dos tipos de estrategias de afrontamiento de relaciones: amortiguamiento protector y compromiso activo. La amortiguación protectora se refiere a la supresión de las propias preocupaciones para minimizar la angustia del otro miembro de la pareja o para evitar conflictos en la relación. Por ejemplo, un esposo que se somete a un tratamiento contra el cáncer puede ocultar sus temores de morir para evitar que su esposa se preocupe. Varios estudios han demostrado que la amortiguación protectora es perjudicial para la persona que realiza la protección. Sin embargo, el compromiso activo implica incluir a la pareja en el diálogo sobre circunstancias

estresantes para generar soluciones que sean aceptables para ambas partes. es. La participación activa puede beneficiar a los pacientes al permitirles recuperar un sentido de control personal sobre los eventos que rodean su enfermedad; puede beneficiar a las parejas al reducir los sentimientos de impotencia (23).

El modelo transaccional sistémico (STM) de afrontamiento (30) proporciona un marco para la investigación diádica que se ha utilizado en muchos estudios. Cuando se enfrentan a un factor estresante compartido, los socios responden tanto individualmente como como una unidad colectiva. A nivel individual (ver el paradigma de estrés y afrontamiento anterior), la evaluación cognitiva de una persona de un estresor diádico está determinada por sus propias necesidades y preocupaciones. Sobre la base de estas valoraciones, se desencadena un proceso de comunicación del estrés, en el que cada persona comunica su propio estrés a la pareja con la esperanza de recibir apoyo emocional y/o práctico. En el nivel diádico, la pareja se las arregla para manejar juntos aspectos de la enfermedad. En el STM, el ajuste incluye resultados a nivel individual (p. ej., angustia) y resultados a nivel de díada (p. ej., calidad de la relación) (23).

El STM distingue entre diferentes tipos de afrontamiento diádico. El afrontamiento diádico positivo incluye la resolución compartida de problemas, la búsqueda de información, la expresión emocional, el apoyo práctico, el compromiso mutuo y la delegación de tareas. El afrontamiento diádico negativo implica ignorar las solicitudes de apoyo y evitar el problema y la pareja. La resolución conjunta de problemas (una forma de afrontamiento diádico positivo) se asoció con una disminución de la angustia relacionada con el cáncer y un mayor ajuste marital entre las mujeres con cáncer de mama metastásico y sus maridos; la evitación mutua (una forma de afrontamiento diádico negativo) se relacionó con un peor ajuste. Un estudio longitudinal de parejas que enfrentan cáncer de mama corroboró estos

hallazgos y también sugirió que ciertos tipos de afrontamiento diádico pueden beneficiar a una pareja y no a la otra. Específicamente, los pacientes pueden experimentar una mayor angustia cuando sus parejas les delegan tareas, mientras que las parejas pueden beneficiarse cuando los pacientes les delegan tareas a ellos. Una razón para esto puede ser que la delegación de tareas por parte de la pareja reduce los sentimientos de impotencia del cuidador, no necesariamente los del paciente. Aunque el estudio del afrontamiento diádico es complejo, existe evidencia sólida de que una enfermedad crónica es un desafío, compartido tanto por los pacientes como por sus parejas íntimas, y que estudiar los procesos diádicos dentro de este contexto es un esfuerzo justificado (23).

### **Afrontamiento familiar**

De acuerdo con la teoría de los sistemas familiares, la familia es un sistema unitario, compuesto por partes individuales relacionadas que se influyen entre sí. Es probable que el diagnóstico de un miembro de la familia genere factores estresantes tanto individuales como compartidos, que requieran un reajuste por parte de toda la familia, no solo de la persona que está enferma o del cónyuge. Como el alcance de este tema es amplio, nos enfocamos solo en los padres y hermanos que enfrentan la enfermedad de un niño (23).

Los estudios sobre el impacto psicológico de las enfermedades infantiles han documentado un aumento del estrés postraumático, los síntomas depresivos y la ansiedad entre los padres. Además, los padres informaron la mayor incertidumbre, ansiedad, síntomas depresivos y estrés postraumático inmediatamente después del diagnóstico de cáncer de su hijo. Algunos padres continuaron experimentando estas secuelas 5 o más años después del diagnóstico. Las madres a menudo informan más factores estresantes que los padres, ya que es probable que brinden más atención al niño enfermo (23).

Las estrategias particulares de afrontamiento de los padres son más efectivas en etapas específicas de la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento orientadas a la evitación son más funcionales en las primeras etapas de la enfermedad del niño cuando los padres informaron sentirse abrumados por el diagnóstico y la incertidumbre que genera. Sin embargo, cuando los niños están en tratamiento, el afrontamiento evitativo se relacionó con un mayor malestar psicológico, y el afrontamiento orientado al enfoque se relacionó con un menor malestar. Una serie de estudios han demostrado que la angustia de los padres elevada plantea implicaciones psicológicas para el niño. Por ejemplo, la angustia de los padres está relacionada con los síntomas depresivos y puede interferir con el manejo del régimen de tratamiento de sus hijos por parte de los padres (23).

### **Proceso de afrontamiento del cáncer**

El afrontamiento del cáncer se refiere a las actitudes y comportamientos que se utilizan para mantener su bienestar emocional y adaptarse al estrés causado por el cáncer. Diferentes personas afrontan la situación de diferentes maneras, y algunas formas de afrontamiento tienen más éxito que otras para promover el bienestar emocional y el ajuste psicológico de una persona. Actualmente, es posible que se esté lidiando con tratamientos y sus efectos secundarios. También se puede estar lidiando con una recurrencia de su cáncer o con dolor y discapacidad. Su vida ha sido interrumpida y alterada por su enfermedad, y está lidiando con el efecto en sus seres queridos de todo lo que le está sucediendo. Cuando alguien tenía cáncer hace cincuenta años, había poca discusión sobre cómo él o ella estaba "afrontando". La persona acaba de lidiar con eso. Sin embargo, en los últimos veinticinco años, la noción de que los pacientes están afrontando sus enfermedades, de mejor o peor manera, ha recibido una enorme atención por parte de los profesionales de la salud. En la

década de 1990, aparecieron en revistas médicas y de salud mental más de dos mil quinientos artículos sobre diferentes aspectos de cómo afrontar el cáncer (31).

### **2.2.1.5 Medición del proceso de afrontamiento del cáncer**

En un estudio basado en encuestas se consideran los siguientes instrumentos de investigación estandarizados: Escala de Adaptación Mental al Cáncer (Mini-Mac) de M. Watson et al., según la adaptación de Z. Juczyn'ski (32); Escala de Aceptación de Enfermedades (AIS) de B.J. Felton et al., adaptada por Z. Juczyn'ski (32); Escala de Procesamiento de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de C. Roy (33).

#### **Escala de Adaptación Mental al Cáncer (Mini-Mac)**

La escala Mini-Mac permite evaluar cómo una persona se adapta al cáncer y cómo enfrenta la enfermedad y sus síntomas, como dolor, fatiga y falta de bienestar. Contiene 29 afirmaciones, que se utilizan para evaluar cuatro dominios: estrategias de afrontamiento divididas en estrategias constructivas (espíritu de lucha y reevaluación positiva) y destructivas (ansiedad, preocupación e impotencia-deseesperanza). Cada declaración se evalúa en una escala de cuatro puntos: de 1, definitivamente no, a 4, definitivamente sí. Los puntos se suman para cada estrategia por separado. La puntuación final puede oscilar entre 7 y 28 puntos. Luego, los resultados se convierten en puntajes de sten, que se interpretan de la siguiente manera: 1 a 4 sten (10 a 24 puntos): bajo; 5–6 sten (25–29 puntos)—promedio; y 7–10 sten (30–40 puntos)—alto. Cuanto mayor sea la puntuación, menor será la intensidad de los comportamientos característicos de una determinada estrategia de afrontamiento (32).

## **Escala de Aceptación de Enfermedades (AIS)**

El AIS se utiliza para evaluar el grado en que el paciente acepta su condición. Se compone de ocho declaraciones que describen las consecuencias negativas de la mala salud. El sujeto evalúa su estado actual en relación con cada una de las frases en una escala de cinco puntos: desde 1—totalmente de acuerdo hasta 5—totalmente en desacuerdo. El resultado general de la aceptación de la enfermedad.

La medición es la suma de puntos que puede oscilar entre 8 y 40. Los resultados finales se dividen en tres rangos: una puntuación inferior a 19 puntos refleja una aceptación débil, una puntuación entre 20 y 35 puntos, aceptación moderada, y una puntuación superior a 36, aceptación total. aceptación y adaptación a la enfermedad (32).

### **2.2.2. Bases teóricas de la variable Calidad de vida del paciente con cáncer.**

#### **2.2.2.1 Calidad de vida del paciente con cáncer**

La oncología contemporánea se enfoca no solo en el tratamiento farmacológico sino también en una comprensión más completa de las experiencias de los pacientes y sus familias, priorizando la asignación de recursos y la planificación y brindando atención holística que afectará de manera medible la calidad de vida (38,39).

La calidad de vida en cáncer es un concepto dinámico, multidimensional, que hace referencia a todos los aspectos de la vida y necesidades del paciente, evaluando continuamente procesos de equilibrio entre la situación real y la situación ideal en un momento dado (40-42).

La calidad de vida es un sentimiento subjetivo, mayormente determinado por las

necesidades, creencias, valores y actitudes individuales; además, es un valor que cambia con el tiempo (43).

Un análisis de la literatura muestra que los pacientes con cáncer pueden tener categorías de necesidades muy diferentes. La enfermedad es una experiencia desagradable a la que cada persona reacciona individualmente. Las reacciones mentales relacionadas con la enfermedad y las necesidades del paciente dependen de los rasgos de personalidad y de la comprensión del paciente de su nueva situación. El estado mental del paciente cambia con el tiempo, la progresión de la enfermedad y el tratamiento, y una actitud positiva juega un papel importante en el proceso de recuperación (44-46).

La calidad de vida suele ser evaluada subjetivamente por el paciente, y si esto no es posible, la evaluación puede ser realizada por un médico, enfermera o cuidador. Las pruebas de calidad de vida son la base para evaluar el estado de los pacientes oncológicos. Permiten obtener información valiosa de los pacientes no solo sobre los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, sino también sobre la evaluación de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales. Tener en cuenta la evaluación de la calidad de vida realizada por el paciente en el curso de la enfermedad tiene un efecto positivo en el bienestar de los pacientes, sus familias y sus cuidadores, así como en la satisfacción con el cuidado oncológico interdisciplinario y holístico (47-50).

#### **2.2.2.2 Dimensiones de la variable Calidad de vida del paciente con cáncer**

Las dimensiones de la variable Calidad de vida del paciente con cáncer son: (a) estado físico general de salud, (b) ambiente familiar y social, (c) estado emocional y (d) capacidad de funcionamiento personal (51,52,53).



### **Dimensión 1. Estado físico general de salud**

Estado físico general de salud es el bienestar físico de la persona al sentir que ninguno de sus órganos o funciones está menoscabado; el cuerpo funciona eficientemente y hay una capacidad física apropiada para responder ante diversos desafíos de la actividad vital de cada uno (51,52,53).

### **Dimensión 2. Ambiente familiar y social**

El ambiente familiar y social son las condiciones o la forma como se establecen las relaciones entre los integrantes de la familia y del círculo de amigos, compañeros, entre otros con quienes se mantiene contacto, a través de una buena comunicación y armonía, lo que tiene una repercusión en el afrontamiento de una enfermedad (51,52,53).

### **Dimensión 3. Estado emocional**

El estado emocional es un estado complejo de activación que se produce como reacción ante una situación percibida (emoción). La emoción es la manifestación más evidente; una emoción es un estado agudo que se caracteriza por la interrupción de la experiencia y la actividad rutinaria; como tal, la emoción puede generar sentimiento subjetivo de placer o disgusto, respuesta fisiológica (por ejemplo, el cambio de la frecuencia cardíaca) y respuesta conductual (51,52,53).

### **Dimensión 4. Capacidad de funcionamiento personal**

La capacidad de funcionamiento personal es la capacidad del sujeto para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales; por tanto, son utilizados un sin número de instrumentos para medir la funcionalidad en la esfera física, mental y

social. Hay que tomar en cuenta la propia evolución de patologías múltiples superpuestas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre ellos la polifarmacia y la automedicación, por un lado, y por otro la presencia de afecciones crónicas e invalidantes y hasta la influencia de factores sociales y psicológicos (51,52,53).

### **2.2.2.3 teorías de enfermería sobre calidad de vida**

#### **Teoría de calidad de vida de Peplau**

Hildegard Peplau es anunciada como una de las primeras enfermeras académicas en desarrollar una perspectiva teórica para la enfermería. Su carrera se forjó y su teoría se desarrolló en un momento en que prevalecía un modelo biomédico de salud y la enfermería era considerada como una serie de roles funcionales. Sin embargo, Peplau fue progresista y visionario; consideraba la enfermería como un arte curativo. Según Peplau, la enfermería implica la interacción terapéutica entre dos o más individuos motivados a unirse por la búsqueda de una meta común, cuyo producto es el crecimiento mutuo. El objetivo común proporciona el incentivo para la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente.

El logro de la meta se logra a través de una serie de fases secuenciales: fase de orientación, fase de trabajo y fase de terminación. En la fase de orientación, la enfermera y el paciente se encuentran con diferentes antecedentes, conocimientos y experiencias de vida que influyen en sus diferentes percepciones. Durante la fase de trabajo, la enfermera observa, interpreta y decide un curso de acción empleando diferentes habilidades y asumiendo diferentes roles, como consejero, maestro o recurso. Con el tiempo, esta secuencia se repite y la relación evoluciona y madura hasta que conduce a la fase de terminación. La teoría de Peplau resuena con las teorías contemporáneas que describen la enfermería como una práctica relacional, y sus ideas continúan contribuyendo a la investigación y la práctica, particularmente en la enfermería de salud mental actual (71).

La calidad de vida está integrada en la teoría de enfermería de Peplau como un fenómeno intangible que lo abarca todo; es la percepción subjetiva del estado de vida de una persona. La calidad de vida “es sinónimo de bienestar o bienestar psicológico” y suele asociarse a la salud. Si bien la relación es fundamental para la teoría de Peplau, la calidad de vida es un subproducto de la relación y es importante para su teoría. Peplau sostuvo que la calidad de vida es principalmente una percepción subjetiva. Varía con las circunstancias cambiantes; depende del tiempo y de la situación. Sin embargo, tiene una cualidad intangible. Ella afirmó, “la calidad de vida no es un estado estático, ni es un objetivo firme, sino que es más como un objetivo en movimiento, sobre la condición de vida de una persona que varía con las circunstancias cambiantes”. De acuerdo con los supuestos que sustentan la teoría de Peplau, la calidad de vida está influenciada principalmente por la salud, las relaciones personales y el contexto. Su descripción detallada de los atributos del concepto facilita la aplicación práctica en enfermería (71).

### **Teoría de calidad de vida de Martha E. Rogers**

Dos décadas después de que Peplau postulara sobre la naturaleza del conocimiento enfermero, Martha E. Rogers propuso su propio marco conceptual para la enfermería. Estuvo muy influenciada por la teoría de sistemas y una base temprana de artes liberales. Según Wright, Rogers fue una de las primeras enfermeras académicas en considerar a las personas como el fenómeno central de interés para las enfermeras. Según la teoría de Rogers, los seres humanos y su entorno son totalidades unificadas, o sistemas abiertos que intercambian continuamente energía entre sí. De hecho, esta visión holística de los seres humanos puede ser el aspecto del marco conceptual de Roger que más resuena para las enfermeras en la práctica. La salud y la enfermedad no son conceptos claramente definidos, pero se consideran palabras cargadas de valor que se utilizan para expresar los procesos evolutivos

de la vida. Rogers definió el medio ambiente como un campo de energía pandimensional que cambia continuamente. Se considera que la enfermería es la aplicación de modalidades de curación para promover la interacción humana con el medio ambiente y la realización del potencial (71).

Rogers formuló originalmente cinco supuestos para describir la relación entre los seres humanos y su entorno. Más recientemente, los bloques de construcción originales del marco conceptual de Rogers se convirtieron en cuatro elementos críticos (campo de energía, apertura, patrón y pan dimensionalidad) para describir lo que puede caracterizarse como una relación mutua entre los seres humanos y su entorno. Implícita en la teoría de Rogers está la noción de satisfacción con la vida, una valoración del proceso de vida. La satisfacción con la vida, o calidad de vida, cambia. La calidad de vida es relativa a las circunstancias de cada uno. También es ilimitado, ya que varía a lo largo de todo el curso de la vida del individuo. Las relaciones causales o los resultados no son el foco de la teoría de Rogers. La calidad de vida no está bien desarrollada en el trabajo original de Rogers. Por ejemplo, existe una discusión limitada sobre cómo evoluciona la satisfacción con la vida a lo largo del curso de la vida, lo que deja un importante vacío conceptual. Sin embargo, otros han ampliado su trabajo. Por ejemplo, Caroselli a. y Barrett sostuvo que la satisfacción con la vida está influenciada por el sentido de poder percibido por un individuo. La investigación adicional de los factores que influyen en la satisfacción con la vida también ayudaría a llenar los vacíos conceptuales y promover la utilidad pragmática del concepto (71).

### **Teoría de calidad de vida de Imogene M. King**

El marco conceptual de enfermería de Imogene King también surgió en la década de 1970, cuando la teoría general del sistema era generalizada. Durante la década siguiente, su marco conceptual evolucionó hasta convertirse en un sistema formal para la enfermería. Al

igual que Rogers, King creía que los seres humanos son sistemas abiertos en constante interacción con su entorno. King representó esto como tres sistemas: el sistema personal (individuos), el sistema interpersonal (grupos) y el sistema social (sociedad). Un conjunto específico de conceptos interrelacionados corresponde a cada sistema e influyen en las transacciones entre los humanos y su entorno. Por ejemplo, las enfermeras perciben a los pacientes en una situación determinada recopilando datos a través de sus sentidos. Las enfermeras y los pacientes interactúan entre sí y con su entorno para lograr sus objetivos. Las enfermeras ayudan a las personas a mantener o recuperar la salud, y la salud se considera el producto o resultado de la capacidad de una persona para cumplir funciones sociales. El establecimiento de objetivos es el vehículo a través del cual se realizan las transacciones del sistema (71).

Según King, la calidad de vida es equivalente a la satisfacción con la vida. Está influenciado por la capacidad de uno para establecer y alcanzar metas y percibir una sensación de logro. La satisfacción con la vida también se ve influida por la comunicación, la interacción y las transacciones entre los individuos. Es atemporal y no está ligado a la cultura. La calidad de vida también puede ser considerada como una fuerza que motiva el desempeño de un individuo. De esta manera, sirve como fuente de energía y derivado de la energía. Parecería entonces que este concepto jugaría un papel bastante significativo en la teoría de King. Sin embargo, la calidad de vida no es conceptualmente madura en la teoría de King, solo sale a la luz en trabajos recientes. Parece estar incrustado en la noción de bienestar y satisfacción con la vida, sin descripción explícita o forma significativa, limitando su utilidad pragmática (71).

### **Teoría de calidad de vida de Madeleine M. Leininger**

La teoría transcultural del cuidado de Madeline Leininger evolucionó durante una

época de puntos de vista ideológicos contrapuestos sobre la salud; los académicos de enfermería comenzaron a enfatizar las propiedades curativas de las relaciones, mientras que los servicios de salud permanecieron arraigados en un sistema biomédico. La atención de enfermería centrada en la comunidad ganó prominencia, y una inminente revolución curricular presagiaba un cambio en la educación de enfermería. El trabajo de Leininger está claramente influenciado por su formación en antropología. Ella dijo que la cultura es el anteproyecto para la forma de vida del hombre, y solo mediante la comprensión de la cultura podemos esperar obtener la comprensión más completa del hombre como un ser social y cultural. Con ese fin, basó su teoría en la noción de cuidado de la cultura: los valores aprendidos, las creencias y los patrones de vida que ayudan, facilitan o permiten que otro individuo o grupo mantenga el bienestar. Asumió que la salud es un estado de bienestar culturalmente definido y refleja las habilidades de los individuos para cumplir con sus roles sociales culturalmente atribuidos. Salud, enfermedad y el cuidado son etiquetas que comunican valores y significado culturalmente definidos. La enfermería es la prestación de cuidados culturalmente definidos, y el corazón de la enfermería es la relación terapéutica enfermera-paciente (71).

De acuerdo con los supuestos que sustentan la teoría de Leininger, la calidad de vida es un fenómeno abstracto construido culturalmente. Representa los valores, creencias, símbolos y expresiones modeladas de una cultura particular. Leininger describió la calidad de vida como una fuerza poderosa para guiar, mantener y promover la salud y el bienestar de culturas particulares. La calidad de vida es un estímulo más que un resultado o un subproducto. Para comprender la importancia de este estímulo, las personas necesitan ampliar su ámbito de conocimiento sobre las creencias, los valores y los patrones sociales de grupos específicos de personas. Leininger proporcionó ejemplos de cinco grupos culturales diferentes para ilustrar cómo se constituye culturalmente la calidad de vida. Sin

embargo, el impacto de la experiencia individual vivida en la percepción subjetiva de la calidad de vida queda por explorar en la discusión. De hecho, Leininger corre el riesgo del esencialismo cultural al asumir la igualdad dentro del grupo. Por ejemplo, describió un escenario de cientos de hindúes bañándose en las orillas del río Ganges en uno de sus ejemplos de calidad de vida. Ella dijo, para estas personas hindúes, la realidad de la vida se deriva en gran medida de sus creencias, valores y prácticas religiosas durante muchas generaciones. Se hace una generalización radical sobre la naturaleza de un fenómeno percibido subjetivamente por cientos de personas. Además, hay una atención limitada a las fuerzas sociales, políticas e históricas que dan forma a la cultura y la percepción de la calidad de vida de un individuo en la teoría de Leininger. Por ejemplo, en el ejemplo indio, no hay discusión sobre el estatus social de los hindúes en India y el impacto potencial en la calidad de vida percibida. Estos vacíos conceptuales limitan la utilidad pragmática del concepto (71).

### **Teoría de calidad de vida de Rosemarie Parse**

La teoría de Rosemarie Parse surgió en medio de un movimiento global hacia el individualismo, la reducción de los servicios de salud y la recesión económica. Dentro de un enfoque de ciencia, sintetizó el trabajo de Rogers con principios de filósofos fenomenológicos existenciales, principalmente Heidegger, Sartre y Merleau. En la teoría del desarrollo humano, afirmó que los seres humanos se consideran totalidades que actúan con intención y eligen libremente. La teoría se guio originalmente por tres principios que incorporaban las ideas centrales de significado, ritmo y trascendencia. Recientemente, y dentro del contexto de cambios tecnológicos rápidos y eficiencias de costos en el cuidado de la salud, ha enfatizado aún más la idea de la cocreación indivisible al unir las palabras humano y convertirse en humano. Dentro del proceso enfermera-persona, las enfermeras viven una verdadera presencia como una forma especial de estar con otro que reconoce las

prioridades de valor del otro como primordiales. Cuando se vive la verdadera presencia, la enfermera es testigo del flujo y reflujo rítmico de la vida del individuo, y la calidad de vida es el objetivo principal de la enfermería. La calidad de vida es la visión humana indivisible sobre la vida momento a momento a medida que los patrones cambiantes de las perspectivas cambiantes tejen el tejido de la vida a través de la interconexión humano-universo. La calidad de vida es explícita como una percepción subjetiva y global del significado de las experiencias vividas en el momento, fluctúa momento a momento en cocreación con el universo (71).

A través de una extensa investigación, se han descrito explícitamente la calidad de vida en sus diversas formas subjetivas. Los académicos de Rosemarie Parse han proporcionado una multitud de ejemplos para informar la comprensión de la calidad de vida y como se constituye en diferentes contextos. La comprensión promueve la capacidad de las enfermeras para estar con las personas de manera que honren sus experiencias vividas. La calidad de vida tiene una utilidad pragmática para la disciplina porque articula el objetivo de la práctica de enfermería (71).

## **2.3. Formulación de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general.**

Existe relación significativa entre la estrategia de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022.

### **2.3.2. Hipótesis específicas.**

La angustia cognitiva se relaciona directamente con la calidad de vida de pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima2022.

La preocupación ansiosa se relaciona directamente con la calidad de vida de



pacientes oncológico del Hospital Militar Central, Lima 2022.

El espíritu de lucha se relaciona directamente con la calidad de vida de pacientes oncológico del Hospital Militar Central, Lima 2022.

La evitación cognitiva se relaciona directamente con la calidad de vida de pacientes oncológico del Hospital Militar Central, Lima 2022.

El fatalismo se relaciona directamente con la calidad de vida de pacientes oncológico del Hospital Militar Central, Lima 2022.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de la investigación**

En esta investigación se usará el método hipotético-deductivo. El método es el procedimiento (53) general mediante el cual se lleva a cabo una investigación científica (53,54). Es la estrategia general mediante la cual se va a llevar cabo la investigación y presentar los resultados de esta (53).

El razonamiento hipotético-deductivo es un enfoque de razonamiento científico ampliamente utilizado en el campo de la ciencia; se define como lo relacionado con el método de proponer hipótesis, hacer uso de ellas para probar si se aceptan o se niegan al determinar su correspondencia con los hechos observados (55).

#### **3.2. Enfoque de la investigación**

Esta investigación es de enfoque cuantitativo.

El enfoque es la acción y efecto de dirigir la atención o el interés de resolver un problema desde unos previos supuestos, para tratar de resolverlo de forma acertada (53)

Si se considera una visión objetiva, el enfoque se denomina cuantitativo, ya que se va a analizar e interpretar resultados considerando la realidad investigada de la manera más objetiva posible, es decir, tal cual es percibida empíricamente, para lo cual se usa como indiscutible recurso la percepción de las evidencias tal como se dan en la realidad, la matemática (conteo, porcentajes, ratios, etc.) y el tratamiento estadístico (frecuencias, promedios, probabilidades, estadígrafos, etc.) (53)

#### **3.3. Tipo de investigación**

Esta investigación de tipo aplicada.

La investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. (54)

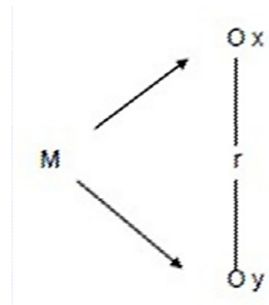
### **3.4. Diseño de la investigación**

El diseño de esta investigación es no experimental transversal correlacional.

El diseño no experimental es un tipo de diseño que tiende a recoger datos observados de la realidad existente (58,61). Es el diseño del enfoque cuantitativo que implica la observación de la realidad para la obtención de conclusiones en base a ella (53). Implica estudio realizado sin existencia de manipulación deliberada de las variables consideradas para luego analizarlas, mediante la observación en su ambiente natural. Según el corte, un diseño no experimental puede ser: (a) transversal y (b) longitudinal (58).

El diseño transeccional o transversal implica recolección de la información en un solo momento, en un tiempo único (58).

El diseño transeccional correlacional implica establecer relaciones entre dos o más variables en determinado momento (58).

**Diseño:**

*Ilustración 1. diseño de muestra de investigación*

Donde:

M = Muestra de la investigación

Ox = V1: estrategia de afrontamiento del cáncer

Oy = V2: Calidad de vida del paciente oncológico

r = Relación entre variables.

### 3.5. Población, muestra y muestreo

La población de esta investigación está constituida por todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados con cáncer de estadios I - IV, entre varones y mujeres, siendo un total de 100 pacientes que son atendidos en el Hospital Militar Central.

El muestreo censal es aquel tipo de muestreo en donde los resultados obtenidos con ellos representan a la población en general; por lo que la muestra censal es igual a la población. La muestra censal es la misma población que se considera como muestra a fin de ser analizada en base a estadígrafos inferenciales. Como la población es tratada con estadística descriptiva, al hacerse muestra puede ser tratada con estadísticos (estadígrafos,

pruebas), es decir, con estadística inferencial (probabilística) (54).

### **3.6. Variables y operacionalización**

Las variables de esta investigación son:

X1: estrategia de afrontamiento del cáncer

X2: Calidad de vida del paciente oncológico

Tabla de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores/Ítems	Escala de medición	Nivel o Rango
<b>v<sub>1</sub>: estrategia de afrontamiento del cáncer</b>	Actitudes y comportamientos que se utilizan para mantener su bienestar emocional y adaptarse al estrés causado por el cáncer <sup>(31)</sup> .	Estrategia de afrontamiento del cáncer se dimensiona en: (a) angustia cognitiva, (b) preocupación ansiosa, (c) espíritu de lucha, (d) evitación cognitiva y (e) fatalismo.	Angustia cognitiva	Ítems 1 a 8	Ordinal	Siempre = 5
			Preocupación ansiosa	Ítems 9 a 16		Casi siempre = 4
			Espíritu de lucha	Ítems 17 a 20		A veces = 3
			Evitación cognitiva	Ítems 21 a 24		Casi nunca = 2
			Fatalismo	Ítems 25 a 29		Nunca = 1
<b>v<sub>2</sub>: Calidad de vida del paciente con cáncer</b>	Todos los aspectos de la vida y necesidades del paciente, evaluando continuamente procesos de equilibrio entre la situación real y la situación ideal en un momento dado <sup>(39-41)</sup> .	La calidad de vida del paciente con cáncer se dimensiona en: (a) estado físico general de salud, (b) ambiente familiar y social, (c) estado emocional y (d) capacidad de funcionamiento personal.	Estado físico general de salud	Ítems 1 a 7	Ordinal	Siempre = 5
			Ambiente familiar y social	Ítems 8 a 14		Casi siempre = 4
			Estado emocional	Ítems 15 a 20		A veces = 3
			Capacidad de funcionamiento personal	Ítems 21 a 27		Casi nunca = 2
						Nunca = 1

Tabla 1. operacionalización de variables

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica.**

En esta investigación se usará la técnica de la encuesta.

La técnica es el procedimiento (53) específico mediante se realiza la investigación científica (54). Es la estrategia específica mediante la cual se va a llevar a cabo la investigación y deriva en un instrumento (53).

La encuesta es la técnica más común y ampliamente utilizada para investigación cuantitativa, usadas para la recopilación de datos haciendo preguntas relevantes a encuestados que se creen que tienen información relevante sobre lo que se busca adquirir. Estas encuestas son preparadas mediante una lista formal de preguntas a distribuirse a los encuestados, los que por sí mismos pueden informar sobre sus pensamientos, percepciones y consideraciones (53,67).

#### **3.7.2. Descripción de instrumentos.**

Es esta investigación se usarán escalas Likert como instrumentos; uno para cada variable.

El instrumento es el objeto (53) físico o virtual con el cual se recogen los datos obtenidos en una investigación científica (54).

La escala denominada Likert es un instrumento psicométrico, muy utilizado en ciencias sociales y en los estudios de mercado, mediante el cual un encuestado debe manifestar si está de acuerdo o en desacuerdo con respecto a una afirmación, a un ítem o a un reactivo, lo cual es realizado mediante escala ordenada y de una dimensión (68).

**Instrumento para la variable estrategia de afrontamiento del cáncer****Ficha técnica:**

**Nombre:** MINI-MAC (Mini - Mental Adjustment to Cancer)

**Autor:** Maggie Watson, Matthew G. Law, Maria dos Santos, Steven Greer, John Baruch y  
Judith Bliss

**Año:** 1994

**Adaptación:** Dr. Marcos Walter Acosta Montedoro; investigador científico; experto en diseño, creación y adaptación de instrumentos de recojo de información científica; catedrático; consultor científico

Número de ítems: 29 ítems

**Tiempo de aplicación:** 30 minutos

Tipo de escala: Politómica

**División:** La variable tiene 5 dimensiones.



**Tabla 2.***División de la variable Proceso de afrontamiento del cáncer*

Dimensiones	Indicadores/Ítems
1. Angustia cognitiva	1. Siento que la vida no tiene esperanza
	2. No puedo manejarlo
	3. No puedo hacer frente
	4. Siento que no hay nada que pueda hacer para ayudarme
	5. No tengo muchas esperanzas en el futuro
	6. Siento que me rindo
	7. Me siento completamente perdido sobre qué hacer.
	8. Creo que es el fin del mundo
2. Preocupación ansiosa	9. Estoy molesto por tener cáncer.
	10. Me preocupa que el cáncer regrese o empeore
	11. estoy un poco asustada
	12. Me cuesta creer que esto me está pasando
	13. Sufro una gran ansiedad al respecto.
	14. Me siento muy enojado por lo que me ha pasado
	15. Estoy aprensivo
	16. Es un sentimiento devastador
3. Espíritu de lucha	17. Estoy decidido a vencer esta enfermedad.
	18. Soy muy optimista
	19. Veo mi enfermedad como un desafío
	20. Trato de luchar contra la enfermedad
4. Evitación cognitiva	21. Hago un esfuerzo positivo para no pensar en mi enfermedad.
	22. Me distraigo cuando me vienen a la cabeza pensamientos sobre mi enfermedad.
	23. No pensar en eso ayuda a sobrellevar la situación
	24. Deliberadamente empujo todos los pensamientos de cáncer fuera de mi mirad
	25. Desde mi diagnóstico de cáncer, ahora me doy cuenta de lo preciosa que es la vida y estoy haciendo la prueba.
5. Fatalismo	26. Me he puesto en las manos de Dios
	27. He tenido una buena vida. Lo que se deja es un bono
	28. Por el momento tomo un día a la vez
	29. Cuento mis bendiciones

*Tabla 2. división de la variable proceso de afrontamiento del cáncer***Fuente:** Watson et al., 1994.**Validación:** La validación se dio de acuerdo al criterio de juicio de expertos.**Población objetivo:** Pacientes con cáncer del Hospital Militar Central, año 2022.

**Objetivo:** Medir la variable dependiente estrategia de afrontamiento del cáncer.

**Calificación:**

5	4	3	2	1
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

*Instrumento para la variable Calidad de vida del paciente con cáncer*

**Ficha técnica:**

**Nombre:** FACT-G (Functional Assessment of Cancer Treatment)

**Autor:** D F Cella, D S Tulsky, G Gray, B Sarafian, E Linn, A Bonomi, M Silberman, S B Yellen, P Winicour, J Brannon, et al. (69)

Año: 1993

**Adaptación:** Dr. Marcos Walter Acosta Montedoro; investigador científico; experto en diseño, creación y adaptación de instrumentos de recojo de información científica; catedrático; consultor científico

**Número de ítems:** 27 ítems

**Tiempo de aplicación:** 27 minutos

**Tipo de escala:** Politémica

**División:** La variable tiene 4 dimensiones.

**Tabla 3.***División de la variable Calidad de vida del paciente con cáncer*

Dimensiones	Indicadores/Ítems
1. Estado físico general de salud	1. Me falta energía
	2. Tengo náuseas
	3. Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender las necesidades de mi familia
	4. Tengo dolor
	5. Me molestan los efectos secundarios del tratamiento
	6. Me siento enfermo(a)
	7. Tengo que pasar tiempo acostado(a)
2. Ambiente familiar y social	8. Me siento cercano(a) a mis amistades
	9. Recibo apoyo emocional por parte de mi familia
	10. Recibo apoyo por parte de mis amistades
	11. Mi familia ha aceptado mi enfermedad
	12. Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad
	13. Me siento cercano(a) a mi pareja (o la persona que es mi principal fuente de apoyo)
	14. Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, omítala y siga con la siguiente sección: Estoy satisfecho con mi vida sexual
3. Estado emocional	15. Me siento triste
	16. Estoy satisfecho de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad
	17. Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad
	18. Me siento nervioso(a)
	19. Me preocupa morir
	20. Me preocupa que mi enfermedad empeore
4. Capacidad de funcionamiento personal	21. Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar)
	22. Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)
	23. Puedo disfrutar de la vida
	24. He aceptado mi enfermedad
	25. Duermo bien
	26. Disfruto con mis pasatiempos de siempre
	27. Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual

**Tabla 3. división de la variable calidad de vida del paciente con cáncer**

Fuente: Fonseca et al., 2013.

**Validación:** La validación se dio de acuerdo al criterio de juicio de expertos.**Población objetivo:** Pacientes con cáncer del Hospital Militar Central, año 2022.

**Objetivo:** Medir la variable dependiente Calidad de vida del paciente con cáncer.

### **Calificación**

5	4	3	2	1
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

#### **3.7.3. Validación.**

La validez es el aseguramiento de la utilidad de un instrumento de recojo de información de investigación científica para medir la variable o variables que lo conforman, según tipo de alcance que caracteriza la investigación, considerando que, para una tesis de pregrado o posgrado, se usa la validez de contenido, como documento tipo certificado del resultado de la evaluación que jueces o expertos otorgan a cada ítem del instrumento. Hay jueces o expertos válidos en el contexto académico, cuya condición mínima es: (a) que el validador sea investigador científico, con conocimientos o experiencia en validación de instrumentos de instrumentos de recojo de información; (b) o que el validador tenga conocimientos o experiencia en validación de instrumentos, pero con posgrado; o (c) que el validador tenga una profunda comprensión del tema del cual trata el instrumento de recojo de información, debido a sus conocimientos o experiencia. Hay que considerar que el diseño del instrumento de una misma variable va a ser diferente según el tipo de alcance de la investigación (descriptivo, correlacional, explicativo) y perspectiva de su creador, la que puede ser adoptada por el investigador en base a su libertad de expresión, es decir, su libertad de investigación. Cabe resaltar que investigador y creador del instrumento de recojo de información no son los mismos, a menos que el investigador posea alguna de las mínimas condiciones ya referidas anteriormente para ejercer como validador. El creador y validador del instrumento pueden ser una misma persona, ya que el instrumento puede tener su creador,

pero habiéndolo orientado a otra investigación; el hecho que el validador sea el creador confiere mayor validez de contenido al instrumento de recojo de información. Jamás el investigador puede ser validador de su instrumento, ya que se percibiría antiético. Finalmente, también el validador, por medio del uso de sus criterios propios, puede concluir desaprobar la utilización de un instrumento de recojo de información, ya sea de forma tajante u otorgando la posibilidad de realizar posteriores subsanaciones que de ser cumplidas permitan su aprobación (53).

**Tabla 4.**

***Validez de contenido de los instrumentos para medir la variable estrategia de afrontamiento del cáncer***

Validador	Resultado
Dr. Jenry Salazar Garcés	Aplicables
Dra. Martha Rocío Gonzales Loli	Aplicables
Dr. Marcos Walter Acosta Montedoro	Aplicables

*Tabla 4. validez de contenido de los instrumentos para medir la variable estrategia de afrontamiento del cáncer*

*Nota:* La fuente se obtuvo de los certificados de validez del instrumento.

**Tabla 5.**

***Validez de contenido de los instrumentos para medir la variable Calidad de vida del paciente con cáncer***

Validador	Resultado
Dr. Jenry Salazar Garcés	Aplicables
Dra. Martha Rocío Gonzales Loli	Aplicables
Dr. Marcos Walter Acosta Montedoro	Aplicables

*Tabla 5. validez de contenido de los instrumentos para medir la variable calidad de vida del paciente con cáncer*

*Nota:* La fuente se obtuvo de los certificados de validez del instrumento.

### 3.7.4. Confiabilidad.

Se llevó a cabo una prueba piloto considerando la participación de 10 pacientes de un hospital que tienen la misma dolencia que la muestra, equivalentes pero diferentes a la unidad de análisis de esta investigación, cuyos datos de identidad se mantienen en la más absoluta reserva, lo que demuestra una consideración ética para tales participantes. Se usó el estadígrafo Alfa de Cronbach porque las variables componen ítems politómicos.

La confiabilidad es la verificación de estabilidad del instrumento de recojo de información utilizado en una investigación científica y su consistencia en el tiempo; es la capacidad de medición de instrumentos para el otorgamiento de resultados similares cuando se aplican en momentos diferentes. Se han usado diversos métodos para determinar la confiabilidad, siendo los más usuales Kuder-Richardson-20 y 21 y alfa de Cronbach (70).

Fórmula del coeficiente Alfa de Cronbach:

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

$\alpha$  = Coeficiente del estadígrafo Alfa de Cronbach

k = Cantidad de ítems en la prueba

$S_i$  = Varianza de los ítems de la prueba

$S_{sum}^2$  = Varianza de la prueba general.

Para interpretar el coeficiente alfa de Cronbach hay que considerar lo siguiente: (a)  $\geq 0,9$ , la consistencia interna de la escala es alta, (b)  $0,7 \leq \alpha < 0,9$ , la escala tiene buena consistencia interna, (c)  $0,6 \leq \alpha < 0,7$ , la consistencia interna de la escala es aceptable, (d)  $0,5 \leq \alpha < 0,6$ , la

consistencia interna de la escala es débil, y (e)  $\alpha \leq 0,5$ , la escala no tiene consistencia interna (70).

**Tabla 6.**

*Resultados del cálculo del estadígrafo Alpha de Cronbach para las variables*

	Alpha de Cronbach	Número de elementos	Resultado
Proceso de afrontamiento del cáncer	0,911	20	alta
Calidad de vida del paciente con cáncer	0,931	23	alta

*Tabla 6.resultado de cálculo del estadígrafo Alpha de Cronbach para las variables*

### 3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se hizo la validación de los instrumentos de recojo de información para que fueran usados en la investigación.

Se tomó una muestra equivalente de participantes para hacer la prueba piloto, y como se trata de instrumentos de recojo de información en escala ordinal, es decir, con ítems politómicos, se usó el estadígrafo Alfa de Cronbach para establecer la confiabilidad de los instrumentos. En caso de que el estadígrafo arroje una cantidad inapropiada, se debiera haber rediseñado el instrumento.

El software mediante el cual se realizará todo el análisis inferencial es el SPSS, tanto para la prueba de confiabilidad, como para la prueba de normalidad y pruebas de hipótesis.

Se realizará la prueba de normalidad de las variables, mediante el estadígrafo de Kolmogorov-Smirnov, debido a que se trata de una muestra de 50 participantes, para determinar el tipo de pruebas de hipótesis a emplear para la aceptación o no de las hipótesis,

considerando que el método para esta investigación fue el hipotético-deductivo.

Se realizará las pruebas de hipótesis correspondientes, siendo la principal la relacionada con la hipótesis general.

Como la investigación no es descriptiva y pretende poner en salvaguarda la imagen de la institución de salud que, cuyos directores y pacientes, muy amablemente, han prestado su colaboración para realizar este estudio. Por tanto, no se pretende hacer ninguna descripción relacionada con algún tipo de gestión en la institución, ni, mucho menos, acerca del nivel de la enfermedad de ninguno de los participantes, sino, simplemente, conocer si existe una relación entre las variables de estudio. Cualquier hecho o pretensión contraria escaparía al objetivo de esta investigación. Sin embargo, no significa que no se pueda colocar resultados descriptivos, pero siempre haciendo hincapié que estos no forman parte del propósito de esta investigación científica, sino sirven para proporcionar un contexto general en el cual enmarcar los hallazgos, y nada más.

### **3.9. Aspectos éticos**

En la realización de esta investigación científica se cuenta con los permisos correspondientes tanto de directivos y participantes, además de los que formarán parte de la prueba piloto para la obtención de la confiabilidad de los instrumentos de recojo de información, con certeza absoluta de que quedarán en la más absoluta reserva, además de que esta investigación no tiene como propósito describir situaciones personales ni dañar la buena imagen institucional, puesto no es de alcance descriptivo sino de correlacional.

Por otro lado, se asegura que todos los textos usados para esta investigación científica se encuentran citados debidamente en el sistema APA correspondiente, por lo que al ser sometidos a alguna prueba de similitud, mal denominada como antiplagio, como el



sistema Turnitin (72), es obligatoria la debida exclusión de citas y bibliografía, aparte de las consideraciones de exclusión referente a porcentajes de texto, ya que de no haberse accionado debidamente estos controles, los encargados habrían incurrido en falta gravísima, ya que su equívoco obrar originaría desmedro y perjuicio del investigador, aportando porcentajes de similitud equivocados y exagerados, quedando como responsabilidad del investigador llevar a cabo el reclamo en el Libro de Reclamaciones de la universidad, así como dar inicio y seguimiento de las acciones legales correspondientes, ya que la actividad investigativa se encuentra contemplada en la Constitución Política del Perú vigente (73), bajo el artículo 2º que establece que “toda persona tiene derecho a: (...)8. A la libertad de creación intelectual, artística, técnica y científica, así como a la propiedad sobre dichas creaciones y a su producto. El Estado propicia el acceso a la cultura y fomenta su desarrollo y difusión”. Además, se deja constancia que el investigador, haciendo uso de su libertad de creación científica, ha establecido el tema de investigación sin coacción de asesor representante de la universidad alguno, ya que, caso contrario, este estaría violando una ley constitucional haciéndose acreedor de sanciones civiles y penales, bajo las figuras delictivas de maltrato psicológico y delito de coacción, este último contemplado en el Código Penal peruano (74) con lo siguiente “El que, mediante amenaza o violencia, obliga a otro a hacer lo que la ley no manda o le impide hacer lo que ella no prohíbe será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años”, ya que la actividad docente está sujeta a la ley universitaria y a todas las obligaciones y sanciones establecidas por las normas peruanas vigentes. Se aclara que plagio se refiere a un delito que implica difusión de obra ajena copiándola o reproduciéndola de forma parcial o total, sin mencionarse su autor real. Por tanto, el Turnitin no mide antiplagio (72), y catalogarle esta función es un error tremendo, ya que el asesor o revisor de la tesis obligatoriamente tiene que quitar todos los textos citados, sin importar si están de forma textual o parafraseados. De no ser así, y si siquiera se

sugiere que el investigador ha cometido plagio, el que ha formulado tal afirmación cae en el delito de calumnia y difamación, el cual es castigado con pena privativa de la libertad, según el Código Penal peruano (74). Cabe la responsabilidad del investigador hacer respetar sus derechos, en caso estos se vean vulnerados por errados o malos procedimientos.

#### 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

##### 4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	AÑO 2022							
	NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Consultoría de investigación								
Obtención y redacción de antecedentes y referencias usando citas textuales								
Obtención y redacción de marco teórico y referencias usando citas textuales								
Encuesta								
Vaciado de encuesta en software SPSS								
Proceso estadístico de la información								
Redacción de resultados								
Redacción de conclusiones y recomendaciones								
Armado del informe con todos sus componentes								
Corrección de estilo de los antecedentes								
Conversión de citas textuales en citas parafraseadas del marco teórico								
Ajustes de tablas y gráficos								
Corrección gramatical de todo el informe y presentación								

#### 4.2. Presupuesto

Tipos	Costo
<b>Recursos humanos</b> - Asesor de contenido - Corrector ortográfico - Corrector de estilo - Metodólogo para el proceso estadístico	1800 1000 1000 1800
<b>Recursos materiales</b> - 2 millares de papel bond A4 especial para impresión - 1 frasco de tinta grande de impresión negro - 1 frasco chico de tinta magenta para impresión - 1 frasco chico de tinta azul para impresión - 1 frasco chico de tinta amarilla para impresión - 3 estuches con cd-rom en blanco	60 40 15 15 15 15
<b>Total</b>	<b>S/5760</b>

## 5. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. 2020: Día mundial contra el cáncer 2020. Colombia; 2020 febrero 4 [citado 2022 octubre 7]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/dia-mundial-contra-el-cancer-2020/>
2. World Health Organization [WHO]. World health statistics 2019: Monitoring health for the sustainable development goals [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 2022 octubre 7]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1>.
3. Organización Panamericana de la Salud [OPS] - Organización Mundial de la Salud [OMS]. La OMS describe los pasos para salvar 7 millones de vidas amenazadas por el cáncer [Internet]. 2020 febrero 4 [citado 2022 octubre 7]; notas de prensa. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/4-2-2020-oms-describe-pasos-para-salvar-7-millones-vidas-amenaza-das-por-cancer>.
4. Song CE, Kim HY, So HS, Kim HK. Reliability and Validity of the Korean Version of the Coping and Adaptation Processing Scale-Short-Form in Cancer Patients. *J Korean Acad Nurs* [Internet]. 2018 [citado 2022 octubre 7];48(3)375-388. DOI: 10.4040/jkan.2018.48.3.375.
5. Roy C. *Generating middle range theory: From evidence to practice*. New York: Springer; 2013 [citado 2022 octubre 7]. Disponible en: <https://www.springerpub.com/generating-middle-range-theory-9780826110091.html#description>.

6. Roy C, Bakan G, Li Z, Nguyen TH. Coping measurement: Creating short form of Coping and Adaptation Processing Scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2016 [citado 2022 octubre 7];32:73-79. DOI: 10.1016/j.apnr.2016.06.002.
7. Dempster M, Howell D, McCorry NK. Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2015 [citado 2022 octubre 7];79(6):506-513. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.10.006.
8. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Resumen de Indicadores de Salud 2012 [Internet]. Lima: INEN; 2012 [citado 2022 octubre 7]. Disponible en: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos\\_estadisticos/06032013\\_RESUMEN\\_INDICADORES\\_INTRANET.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/06032013_RESUMEN_INDICADORES_INTRANET.pdf)
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima: INEI; 2008.
10. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Indicadores de Mortalidad 2011 [Internet]. Lima: Minsa; c2013 [citado 2022 octubre 7]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/Asis/indbas/2011/mortalidad.pdf>.
11. INEM. Datos epidemiológicos. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2022 [citado 2022 octubre 7]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>.
12. Hospital Militar Central. Servicios / Nuestras especialidades. Lima, Perú; 2020 [citado 2022 octubre 7]. Disponible en: <https://hmc.ejercito.mil.pe/especialidades>.
13. Cepeda-Trujillo LM, Mosquera-Aguirre JM, Rojas-Atehortua DY, Perdomo-Romero

- AY. Coping and adaptation of adults with cancer: the art of nursing care. *Aquichan*. 2022;22(1): e2217. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.7>.
14. Wieder-Huszla S, Owsianowska J, Chudecka-Głaz A, Branecka-Wozniak D, Jurczak A. The Significance of Adaptation and Coping with Disease among Patients with Diagnosed Gynaecological Cancer in the Context of Disease Acceptance. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, [citado 2022 noviembre 5];19, 7218. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127218>.
  15. Alabbas F, Elyamany G, Alkhayat N, et al. Assessment of Health-related Quality of Life in Saudi Children with Cancer. *Health Services Insights*. 2021; [citado 2022 noviembre 5];14. doi:10.1177/11786329211029351.
  16. Musavi M, Jahani S, Asadizaker M, Maraghi E, Razmjoo S. The Effect of Pain Self-Management Education on Pain Severity and Quality of Life in Metastatic Cancer Patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2021, [citado 2022 noviembre 5]; 8(4), Pages 419-426. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon-2097>.
  17. Krajewski W, Mazur M, Poterek A, Pastuszek A, Halska U, Tukiendorf A, Rymaszewska J, Zdrojowy R. Assessment of Pain Management, Acceptance of Illness, and Adjustment to Life with Cancer in Patients with Nonmuscle Invasive Bladder Cancer", *BioMed Research International*,. 2018, [citado 2022 noviembre 5]; Article ID 7598632, 10 pages, <https://doi.org/10.1155/2018/7598632>
  18. Gómez EG. Satisfacción familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos terminales de un instituto especializado 2021 [Trabajo Académico para optar el título de especialista en Enfermería Oncológica]. Universidad Norbet Wiener, Lima, Perú; 2021.

19. Kgori M. Factores sociodemográficos y familiares asociados a las estrategias de afrontamiento de los padres de niños hospitalizados en el servicio de oncohematología del hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo Arequipa – 2018 [Tesis de título profesional]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú; 2021.
20. Prada E. Nivel de conocimientos y actitudes de los pacientes sobre el tratamiento de quimioterapia en el servicio de oncohematología del Hospital Militar Central, Lima, en el año 2019 [Tesis de título profesional]. Universidad Autónoma de Ica, Chincha, Perú; 2021.
21. 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. Rev. CURAE. Julio - diciembre 2020; [citado 2022 noviembre 5]; Vol. 3 / N° 2, pp. 1-16 ISSN: 2709-0019
22. Linares EL. Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, consultorio oncológico medicarte, 2017 [Tesis de título profesional]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú; 2018.
23. Stanton AL y Revenson TA. Adjustment to chronic disease: Progress and promise in research. En: H. S. Friedman (Ed.), Oxford handbook of health psychology (pp. 241–268). New York, NY: Oxford University Press; 2011.
24. Panjwani AA y Revenson TA. Coping with Chronic Illness. En: *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology: Volume 2: The Social Bases of Health Behavior*, First Edition. General Editor: Lee M. Cohen. Volume Editors: Kate Sweeny and Megan L. Robbins; 2021. DOI: 10.1002/9781119057840.ch51.



24. Lazarus RS y Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
25. Stanton AL. Regulating emotions during stressful experiences: The adaptive utility of coping through emotional approach. En: S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 369–386). New York, NY: Oxford University Press; 2011.
26. Carver CS. Stress, coping, and health. En: H. S. Friedman & R. Cohen Silver (Eds.), *Foundations of health psychology* (pp. 117–144). Oxford, UK: Oxford University Press; 2007.
27. Moos RH y Holahan CJ. Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 2003, [citado 2022 noviembre 5]; 59(12), 1387–1403. doi:10.1002/jclp.10229
28. Revenson TA. y DeLongis A. Couples coping with chronic illness. In S. Folkman (Ed.), *Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 101–123). New York, NY: Oxford University Press; 2011.
29. Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks HN, Tuinstra J y Coyne JC. Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 2008, [citado 2022 noviembre 5]; 134, 1–30. doi:10.1037/0033-2909.134.1.1
30. Bodenmann G. Dyadic coping and its significance for marital functioning. En: T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33–50). Washington, DC: American Psychological

- Association; 2005.
31. Kneier A, Rosenbaum E, Rosenbaum I. Coping with Cancer. Stanford Medicine, 2022. [citado 2022 noviembre 5]. Disponible en: <https://med.stanford.edu/survivingcancer/coping-with-cancer/coping-with-cancer.html>.
  32. Juczyn'ski, Z. NPPPZ Measurement Tools in Promotion and Health Psychology, 2nd ed .; Psychological Test Laboratory of the Polish Psychological Association: Warszawa, Poland, 2012.
  33. Roy, C. Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS) Long Form (47-items) informations for Users. In CAPS User Manual4-13–15; Roy, C., William, F., Eds.; Connell School of Nursing Boston College: Boston, MA, USA, 2015; pp. 2–6.
  34. Muder A, Vivien D. The Validation of the Coping and Adaptation Processing Scale Based on the Roy Adaptation Model. J Nurs Measurement [Internet]. 2014 [citado 2022 octubre 25];22(3):368- 380. DOI: <https://doi.org/10.1891/1061-3749.22.3.368>.
  35. Gutiérrez C, Veloza MM, Moreno ME, Durán MM, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación “de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2007[citado 2022 octubre 25];7(1): 54-63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74170105>
  36. Sarmiento GP, Botero GJ, Carvajal CG. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adapta- ción de Roy, versión modificada en español. Index Enferm [In- ternet]. 2013 [citado 2022 octubre 25]; 22(4):233-236. DOI: <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000300009>.

37. Watson M, Law M, dos Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss, J. The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1994, [citado 2022 noviembre 5]; 12(3), 33-46. doi: 10.1300/J077V12N03\_03.
38. Adler N.E., Page A.E.K. *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. National Academies Press; Washington, DC, USA: 2008. Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting.
39. Ho P.J., Gernaat A.M., Hartman M., Verkooijen H.M. Health-related Quality of Life in Asian Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. *BMJ Open*. 2018; [citado 2022 noviembre 5]; 8:e020512. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020512.
40. Shipper H. Quality of life. Principles of the clinical paradigm. *J. Psychol. Oncol.* 1990; [citado 2022 noviembre 5]; 8:171–185. doi: 10.1300/J077v08n02\_09.
41. Aaronson N.K., Cull A., Kaasa S. Sprangers MAG for the EORTC Study Group on Quality of Life. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology: An update. In: Spilker B., editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd ed. Raven Press; New York, NY, USA: 1996. pp. 179–189.
42. Whoqol Group The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995; [citado 2022 noviembre 5]; 41:1403–1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K.
43. Leppert W., Majkovicz M., Forycka M., Mess E., Zdun-Ryzewska A. Quality of life

- assessment in advanced cancer patients treated at home, an inpatient unit, and a day care center. *Onco Targets Ther.* 2014; [citado 2022 noviembre 5]; 7:687–695. doi: 10.2147/OTT.S57338.
44. Maguire P. Improving communication with cancer patients. *Eur. J. Cancer.* 1999; [citado 2022 noviembre 5]; 35:1415–1422. doi: 10.1016/S0959-8049(99)00178-1.
45. Tamburini M., Gangeri L., Brunelli C. Assessment of hospitalised cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. *Ann. Oncol.* 2000; [citado 2022 noviembre 5]; 11:31–37. doi: 10.1023/A:1008396930832.
46. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2018; [citado 2022 noviembre 5]; 68:394–424. doi: 10.3322/caac.21492.
47. Groenvold M., Petersen M.A., Aaronson N.K., Arraras J.I., Blazeby J.M., Bottomley A., Fayers P.M., Graeff A., Hammerlid E., Kaasa S., et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: A shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur. J. Cancer.* 2006; [citado 2022 noviembre 5]; 42:55–64. doi: 10.1016/j.ejca.2005.06.022.
48. Leppert W., Majkovicz M. Validation of the Polish version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire—Core 15—Palliative Care in patients with advanced cancer. *Palliat. Med.* 2012; [citado 2022 noviembre 5]; 17 doi: 10.1177/0269216312458823.
49. Herdman M., Gudex C., Lloyd A., Janssen M.F., Kind P., Parkin D., Bonsel G., Badia X. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-

- 5D-5L) Qual. Life Res. 2011; [citado 2022 noviembre 5]; 20:1727–1736. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.
50. Bager L., Elsbernd A., Nissen A., Daugaard G., Pappot H. Danish translation and pilot testing of the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-TC 26 (EORTC QLQ-TC26) questionnaire to assess health-related quality of life in patients with testicular cancer. *Health Qual. Life Outcomes*. 2018; [citado 2022 noviembre 5]; 16:128. doi: 10.1186/s12955-018-0954-3.
51. Fonseca M, Schlack C, Mera E, Muñoz O, Peña J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Rev Chil Cir*. [citado 2022 noviembre 5]; Vol 65 - N° 4, Agosto 2013; pág. 321-328.
52. Ministerio de Salud. Guía clínica alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Santiago, MINSAL 2011.
53. Real Academia Española. Diccionario [on line]. 2022. [citado 2022 noviembre 5]. Disponible en: [www.rae.es](http://www.rae.es).
54. Acosta Montedoro M. Capacitación y asistencia técnica en investigación científica. Lima: Red-Mundo; 2022.
55. Ju H y Choi I. The Role of Argumentation in Hypothetico-Deductive Reasoning During ProblemBased Learning in Medical Education: A Conceptual Framework. *Interdisciplinary Journal of ProblemBased Learning*, 2018, [citado 2022 noviembre 5]; 12(1). Available at: <https://doi.org/10.7771/1541-5015.1638>.
56. Crossman A. Hypothetico-deductive method. ThoughtCo. 2020. [citado 2022 noviembre 5]. Recuperado de: <https://www.thoughtco.com/hypothetico-deductive-reasoning->

- 3026351, el 21 de mayo de 2022.
57. Atlantic International University. Hypothetical-deductive method and experimented cruces. 2022. [citado 2022 noviembre 5]. Disponible en: <https://courses.aiu.edu/QUANTITATIVE%20RESEARCH/3/SEC%203%20QUANTITATIVE%20RESEARCH.pdf>.
  58. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C. V.; 2018.
  59. Borgstede M, Scholz M. Quantitative and Qualitative Approaches to Generalization and Replication—A Representationalist View. *Frontiers in Psychology*, 2021, [citado 2022 noviembre 5]; 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.605191>.
  60. Ahmad S, Wasim S, Irfan S, Gogoi S, Srivastava A y Farheen Z. Qualitative v/s. quantitative research- a summarized review. *J. Evid. Based Med. Healthc.*, 2019, [citado 2022 noviembre 5]; 6(43), 2828-2832. DOI: 10.18410/jebmh/2019/587.
  61. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014.
  62. Sánchez F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 2019, [citado 2022 noviembre 5]; 13(1), 102-122. doi: <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>.
  63. Bhandari P. An introduction to quantitative research. Scribbr. 2021. [citado 2022 noviembre 5]. Recuperado de: <https://www.scribbr.com/methodology/quantitative-research/>, el 11 de agosto de 2021.

64. Universidad Panamericana. ¿Qué es la investigación pura y qué ventajas tiene dentro de una academia? México: Centros Culturales de México A.C. 2020. [citado 2022 noviembre 5]. Recuperado de: <https://blog.up.edu.mx/que-es-la-investigacion-pura-y-que-ventajas-tiene-dentro-de-una-academia>, el 13 de junio de 2021.
65. Málaga J, Vera G y Oliveros R. Tipos, métodos y estrategias de investigación científica. *Pensamiento y Armón*, 2008, [citado 2022 noviembre 5]; 5:145-154.
66. Otzen T., Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 2017, 5(1):227-232.
67. Voxco. What is a Survey – Definition, templates, methods, characteristics, and examples. 2021. Recuperado de: <https://www.voxco.com/blog/what-is-a-survey-2/>, el 18 de noviembre de 2022.
68. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 2018, 20(1), 38-47. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>.
69. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol.* 1993;11(3):570-579. doi:10.1200/JCO.1993.11.3.570.
70. Sürücü L. y Maslakçı A. Validity and reliability in quantitative research. *BMIJ*, 2020, 8(3): 2694-2726, doi: <http://dx.doi.org/10.15295/bmij.v8i3.1540>.
71. Plummer M, Molzahn AE. Quality of life in contemporary nursing theory: a concept analysis. *Nurs Sci Q.* 2009;22(2):134-140. doi:10.1177/0894318409332807.

72. Turnitin. Definiciones de exclusión de bibliografía y citas. 2021. Recuperado de: <https://help.turnitin.com/es/feedback-studio/instructor/definiciones-de-exclusion-de-bibliografia-y-citas.htm>, el 21 de enero de 2022.
73. El Peruano. Constitución Política del Perú. 1993. Disponible en: <https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0001/1-constitucion-politica-del-peru-1.pdf>.
74. LP Pasión por el Derecho. Código Penal peruano [actualizado 2022]. 2022. Recuperado de: <https://lpderecho.pe/codigo-penal-peruano-actualizado/>, el 18 de noviembre de 2022.
75. AV Chique cruz- 2019 – universidad nacional altiplano, afrontamiento y adaptación al proceso de envejecimiento en adultos mayores según el modelo de callista roy Chucuito-puno, 2019.
76. Editorial ciencias médicas, “revista cubana de enfermería”  
<http://www.revenfermeria.sld.cu> > enf > article > view
77. Hernández R, FR, BP. “Metodología de la investigación”. 6th ed. México: Editorial McGraw Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2014.
78. K Angulo Pérez – 2019, Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.



Anexos

**Anexo 1: Matriz de consistencia**

Título: “Estrategia de afrontamiento de la enfermedad y su relación con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del hospital militar central, lima, 2022

<b>Formulación del problema</b> <b>Problema general</b>	<b>Objetivos</b> <b>Objetivo general</b>	<b>Hipótesis</b> <b>Hipótesis general</b>	<b>Variable y</b> <b>dimensiones</b>	<b>Tipo y</b> <b>Diseño</b> <b>metodológico</b>
<p>¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuál es la relación de la angustia cognitiva con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022?</p> <p>¿Cuál es la relación de la preocupación ansiosa con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022?</p> <p>¿Cuál es la relación del espíritu de lucha con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima</p>	<p>Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Determinar la relación entre la angustia cognitiva y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022</p> <p>Determinar la relación de la preocupación ansiosa y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022</p> <p>Determinar la relación del espíritu de lucha y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022</p> <p>Determinar la relación de la evitación cognitiva y calidad de</p>	<p>Existe relación significativa entre la estrategia de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>La angustia cognitiva se relaciona directamente con la calidad de vida de pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima, año 2022.</p> <p>La preocupación ansiosa se relaciona directamente con la calidad de vida de pacientes oncológico del Hospital Militar Central, Lima, año 2022.</p> <p>El espíritu de lucha se relaciona directamente con la calidad de vida de pacientes oncológico del Hospital Militar Central, Lima, año 2022.</p>	<p><b>V1:</b> estrategia de afrontamiento del cáncer</p> <p><b>Dimensiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angustia cognitiva</li> <li>- Preocupación ansiosa</li> <li>- espíritu de lucha</li> <li>- evitación cognitiva</li> <li>- fatalismo</li> </ul> <p><b>v2</b> Calidad de vida del paciente con cáncer</p> <p><b>Dimensiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado físico general de salud</li> </ul>	<p>Aplicativo Cuantitativo</p> <p>no experimental transversal correlacional.</p> <p>Población, muestra y muestreo:</p> <p>La población de esta investigación y muestra censal está constituida por todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados con cáncer de</p>

<p>2022?</p> <p>¿Cuál es la relación de la evitación cognitiva con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022?</p> <p>¿Cuál es la relación del fatalismo con la calidad de vida en los pacientes oncológicos del Hospital Militar Central, Lima 2022?</p>	<p>vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022</p> <p>Determinar la relación del fatalismo y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022</p>	<p>La evitación cognitiva se relaciona directamente con la calidad de vida de pacientes oncológico del Hospital Militar Central, Lima, año 2022.</p> <p>El fatalismo se relaciona directamente con la calidad de vida de pacientes oncológico del Hospital Militar Central, Lima, año 2022.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente familiar y social</li> <li>- Estado emocional</li> <li>- Capacidad de funcionamiento</li> </ul> <p>estadios I - IV, entre varones y mujeres, siendo un total de 100 pacientes que son atendidos en el Hospital Militar Central,</p>
--	---	---	---

**Anexo 2: Instrumentos Instrumento para medir la variable Proceso de afrontamiento del cáncer**

**MINI-MAC (Mini - Mental Adjustment to Cancer)**

**Test**

**Marcar con una X el recuadro que contenga su respuesta:**

<b>Ítems</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Siento que la vida no tiene esperanza	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
2. No puedo manejarlo	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
3. No puedo hacer frente	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
4. Siento que no hay nada que pueda hacer para ayudarme	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
5. No tengo muchas esperanzas en el futuro	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
6. Siento que me rindo	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
7. Me siento completamente perdido sobre qué hacer.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
8. Creo que es el fin del mundo	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9. Estoy molesto por tener cáncer.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
10. Me preocupa que el cáncer regrese o empeore	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
11. estoy un poco asustada	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
12. Me cuesta creer que esto me está pasando	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
13. Sufro una gran ansiedad al respecto.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
14. Me siento muy enojado por lo que me ha pasado	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
15. Estoy aprensivo	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
16. Es un sentimiento devastador	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
17. Estoy decidido a vencer esta enfermedad.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
18. Soy muy optimista	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

19. Veo mi enfermedad como un desafío	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
20. Trato de luchar contra la enfermedad	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
21. Hago un esfuerzo positivo para no pensar en mi enfermedad.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
22. Me distraigo cuando me vienen a la cabeza pensamientos sobre mi enfermedad.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
23. No pensar en eso ayuda a sobrellevar la situación	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
24. Deliberadamente empujo todos los pensamientos de cáncer fuera de mi mirada	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
25. Desde mi diagnóstico de cáncer, ahora me doy cuenta de lo preciosa que es la vida y estoy haciendo la prueba.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
26. Me he puesto en las manos de Dios	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
27. He tenido una buena vida. Lo que se deja es un bono	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
28. Por el momento disfruto cada día a la vez	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
29. Cuento mis bendiciones	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

**Anexo 3: Instrumento para medir la variable Calidad de vida del paciente con cáncer**

**FACT-G (Functional Assessment of Cancer Treatment)**

**Test**

Marcar con una X el recuadro que contenga su respuesta:

Ítems	5	4	3	2	1
1. Me falta energía	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
2. Tengo náuseas	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
3. Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender las necesidades de mi familia	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
4. Tengo dolor	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
5. Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
6. Me siento enfermo(a)	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
7. Tengo que pasar tiempo acostado(a)	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
8. Me siento cercano(a) a mis amistades	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9. Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
10. Recibo apoyo por parte de mis amistades	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
11. Mi familia ha aceptado mi enfermedad	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
12. Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
13. Me siento cercano(a) a mi pareja (o la persona que es mi principal fuente de apoyo)	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
14. Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, omítala y siga con la siguiente sección: Estoy satisfecho con mi vida sexual	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
15. Me siento triste	Siempre	Casi	Algunas	Casi	Nunca

		siempre	veces	nunca	
16. Estoy satisfecho de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
17. Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
18. Me siento nervioso(a)	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
19. Me preocupa morir	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
20. Me preocupa que mi enfermedad empeore	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
21. Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar)	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
22. Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
23. Puedo disfrutar de la vida	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
24. He aceptado mi enfermedad	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
25. Duermo bien	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
26. Disfruto con mis pasatiempos de siempre	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
27. Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

## Anexo 4: Consentimiento Informado

### Consentimiento Informado

Con el debido respeto y estima personal me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente, y a la vez informarle que estoy realizando el presente proyecto de investigación con el objetivo: “Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central Lima 2022”.

Como profesional de enfermería. Usted ha sido elegido(a) como participante, donde sus experiencias y conocimientos son fundamentales en el desarrollo del proyecto de estudio, le solicito que manifieste sus respuestas con franqueza y sinceridad en el llenado del cuestionario.

Los resultados obtenidos serán en beneficio exclusivo para la presente investigación, les garantizo que es una encuesta ANONIMA que permanecerá en estricta confidencia. Si desea se le hará conocedor por parte del investigador sobre los resultados, habiendo finalizado el estudio.

Al firmar, usted indica que ha comprendido la importancia del proyecto y decide voluntariamente participar, el cual significa el gran valor del avance y el progreso de nuestra carrera profesional.

Atentamente:

LIC. AVALOS ZEVALLOS ANA MILAGROS

Firma del profesional de enfermería:

-----  
participante

