



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero en Oncología

Relación entre el bienestar espiritual y el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica de pacientes con tratamiento de quimioterapia ambulatoria. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa - 2025

Tesis presentada por:

Huarcaya Machado, Luz Celeste

ORCID: 0009-0004-6807-0387

para optar el Título de Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero en Oncología

Asesora:

Mag. Zapana Begazo, Rosemary

ORCID: 0000-0003-1651-0729

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN ONCOLOGIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 29 de Diciembre del 2025

Dictamen: 008922-C-FENFER-2025

Visto el borrador del expediente 008922, presentado por:

2014971312 - HUARCAYA MACHADO LUZ CELESTE

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR ESPIRITUAL Y EL NIVEL DE
ADAPTACIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA DE
PACIENTES CON TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA
AMBULATORIA. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA - 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

CUIDADO ENFERMERO EN ONCOLOGIA

**29229000 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR**



**29529537 - DELGADO DEL CARPIO MILNA MARJORIE
DICTAMINADOR**



**08888681 - MURGA MARTINEZ MILAGROS GLADYS
DICTAMINADOR**



Relación entre el bienestar espiritual y el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica de pacientes con tratamiento de quimioterapia ambulatoria. Instituto Regional de Enfermedades Neoplá

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Católica de Santa María

Trabajo del estudiante

5%

2

files.core.ac.uk

Fuente de Internet

1%

3

idoc.pub

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por brindarme fortaleza, sabiduría y perseverancia a lo largo de este camino académico y personal.

A mi familia, por su apoyo constante, comprensión y confianza incondicional, especialmente a mi esposo en los momentos de mayor esfuerzo y sacrificio. Su aliento ha sido fundamental para no rendirme y seguir adelante con vocación y compromiso.



AGRADECIMIENTOS

A mis docentes y mentores, quienes con su conocimiento, exigencia y ejemplo profesional contribuyeron de manera significativa a mi formación en el cuidado enfermero en oncología, fortaleciendo no solo mis competencias científicas, sino también mis valores humanos.



EPÍGRAFE

El cuidado enfermero en oncología es la unión del conocimiento científico con la sensibilidad humana, donde cada acción se convierte en un acto de acompañamiento, respeto y esperanza frente a la enfermedad.



RESUMEN

El cáncer constituye una experiencia traumática que impacta profundamente las dimensiones física, emocional y espiritual de los pacientes, generando desafíos significativos en su proceso de adaptación. En el contexto oncológico, el bienestar espiritual emerge como un recurso potencialmente relevante para facilitar la adaptación a la enfermedad y sus tratamientos. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica en pacientes con tratamiento de quimioterapia ambulatoria del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2025. Metodología: Investigación cuantitativa, de campo, corte transversal, de nivel relacional, que incluyó a 80 pacientes oncológicos en tratamiento de quimioterapia ambulatoria seleccionados según criterios específicos. Se utilizó como técnica la encuesta, aplicando instrumentos validados: la Escala de Bienestar Espiritual y la Escala de Adaptación. Resultados: El 53.8% de pacientes presentaron edades entre 30-59 años y 65% fueron varones. Según el nivel educativo, 47.5% tenía educación secundaria y 20% superior universitaria. El 32.5% estaba casado, 28.7% percibía ingresos entre 800-1200 soles mensuales, 31.3% procedía de Arequipa ciudad y 85% se identificó como creyente/practicante católico. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer de cuello uterino (25%), cáncer de mama (15%), linfoma no Hodgkin (12.5%) y sarcoma (12.5%). Respecto al bienestar espiritual, 53.8% presentó nivel moderado y 45% nivel alto, evidenciando que 65% mostró bienestar existencial alto mientras 71.3% presentó bienestar religioso moderado. En cuanto a la adaptación, 70% logró una adaptación adecuada y 30% se encontraba en proceso. Las dimensiones de adaptación mostraron fortalezas en el funcionamiento fisiológico (media 62.4) y modo interdependiente (media 13.5), con menor puntuación en desempeño del rol (media 9.4). Conclusión: No se determinó relación estadísticamente significativa entre el bienestar espiritual y la adaptación frente a la enfermedad oncológica (Rho de Spearman = 0.159, $p = 0.160$), indicando que ambas dimensiones constituyen procesos independientes que requieren abordajes específicos y diferenciados en el cuidado integral del paciente oncológico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Palabras clave: Bienestar espiritual, adaptación, enfermedad oncológica.

ABSTRACT

Cancer constitutes a traumatic experience that deeply impacts the physical, emotional, and spiritual dimensions of patients, generating significant challenges in their adaptation process. In the oncological context, spiritual well-being emerges as a potentially relevant resource to facilitate adaptation to the disease and its treatments. This study aimed to determine the relationship between spiritual well-being and the level of adaptation to oncological disease in patients undergoing outpatient chemotherapy treatment at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South, Arequipa, 2025. Methodology: Quantitative, field-based, cross-sectional, relational-level research that included 80 oncology patients receiving outpatient chemotherapy selected according to specific criteria. The survey technique was used, applying validated instruments: the Spiritual Well-Being Scale and the Adaptation Scale. Results: 53.8% of patients were aged between 30 and 59 years, and 65% were male. Regarding educational level, 47.5% had secondary education, and 20% had higher university education. 32.5% were married, 28.7% reported monthly income between 800 and 1200 soles, 31.3% were from Arequipa city, and 85% identified as practicing Catholic believers. The most frequent diagnoses were cervical cancer (25%), breast cancer (15%), non-Hodgkin lymphoma (12.5%), and sarcoma (12.5%). Regarding spiritual well-being, 53.8% showed a moderate level, and 45% a high level, with 65% presenting high existential well-being and 71.3% moderate religious well-being. In terms of adaptation, 70% achieved adequate adaptation, and 30% were in the process. Adaptation dimensions showed strengths in physiological functioning (mean 62.4) and interdependent mode (mean 13.5), with lower scores in role performance (mean 9.4). Conclusion: No statistically significant relationship was found between spiritual well-being and adaptation to oncological disease (Spearman's $Rho = 0.159$, $p = 0.160$), indicating that both dimensions constitute independent processes requiring specific and differentiated approaches in the comprehensive care of oncology patients at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South.

Keywords: Spiritual Well-Being, Adaptation, Oncological Disease, Chemotherapy.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. Problema de investigación 4

1.1. Enunciado del problema 4

1.2. Descripción del problema 4

1.2.1. Ubicación del problema 4

1.2.2. Análisis de variables 4

1.2.3. Interrogantes básicas 7

1.2.4. Tipo y nivel de investigación 7

1.3. Justificación del problema 7

2. Marco teórico 10

2.1. Bienestar espiritual 10

2.1.1. Conceptos y definiciones 10

2.1.2. Creencias espirituales 12

2.1.3. Prácticas espirituales 13

2.1.4. Modelo de sistemas de Betty Newman 15

2.2. Adaptación frente a la enfermedad oncológica 18

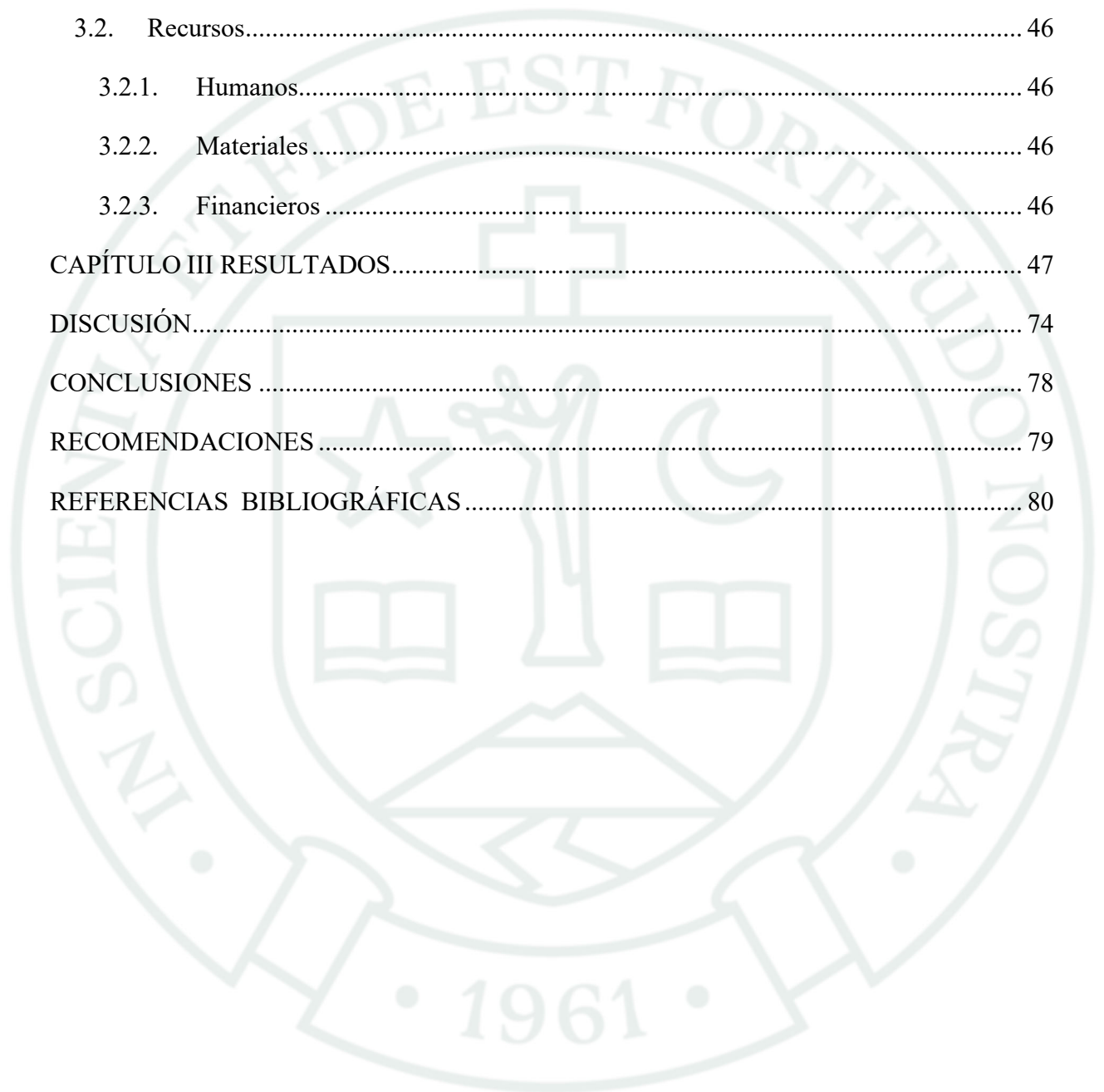
2.2.1. Autoconcepto 20

2.2.2. Presentación del rol 22

2.2.3. Interdependencia 23

2.3.	Intervenciones de enfermería para el bienestar espiritual del paciente oncológico	25
2.3.1.	Evaluación y seguimiento	27
2.3.2.	Manejo de síntomas	28
2.3.3.	Manejo del dolor	29
2.3.4.	Cuidados de apoyo	31
2.3.5.	Educación y empoderamiento	32
2.3.6.	Coordinación de Atención	33
2.3.7.	Atención al final de la vida	34
2.3.8.	Seguridad del paciente	36
2.3.9.	Cuidados espirituales al paciente oncológico	37
3.	Antecedentes de investigación	39
3.1.	Internacional	39
3.2.	Nacional	40
3.3.	Local	40
4.	Objetivos	41
5.	Hipótesis	41
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		42
1.	Técnica e instrumento	43
1.1.	Técnica	43
1.2.	Instrumento	43
1.2.1.	Para la variable independiente: Bienestar espiritual	43
1.2.2.	Para la variable dependiente: Adaptación a la enfermedad oncológica	44
2.	Campo de verificación	45
2.1.	Ubicación espacial	45
2.2.	Ubicación temporal	45
2.3.	Unidades de estudio	45

2.3.1. Universo	45
2.3.2. Muestra.....	45
3. Estrategia de recolección de datos	46
3.1. Organización.....	46
3.2. Recursos.....	46
3.2.1. Humanos.....	46
3.2.2. Materiales.....	46
3.2.3. Financieros	46
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN.....	74
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80



ÍNDICE DE TABLAS

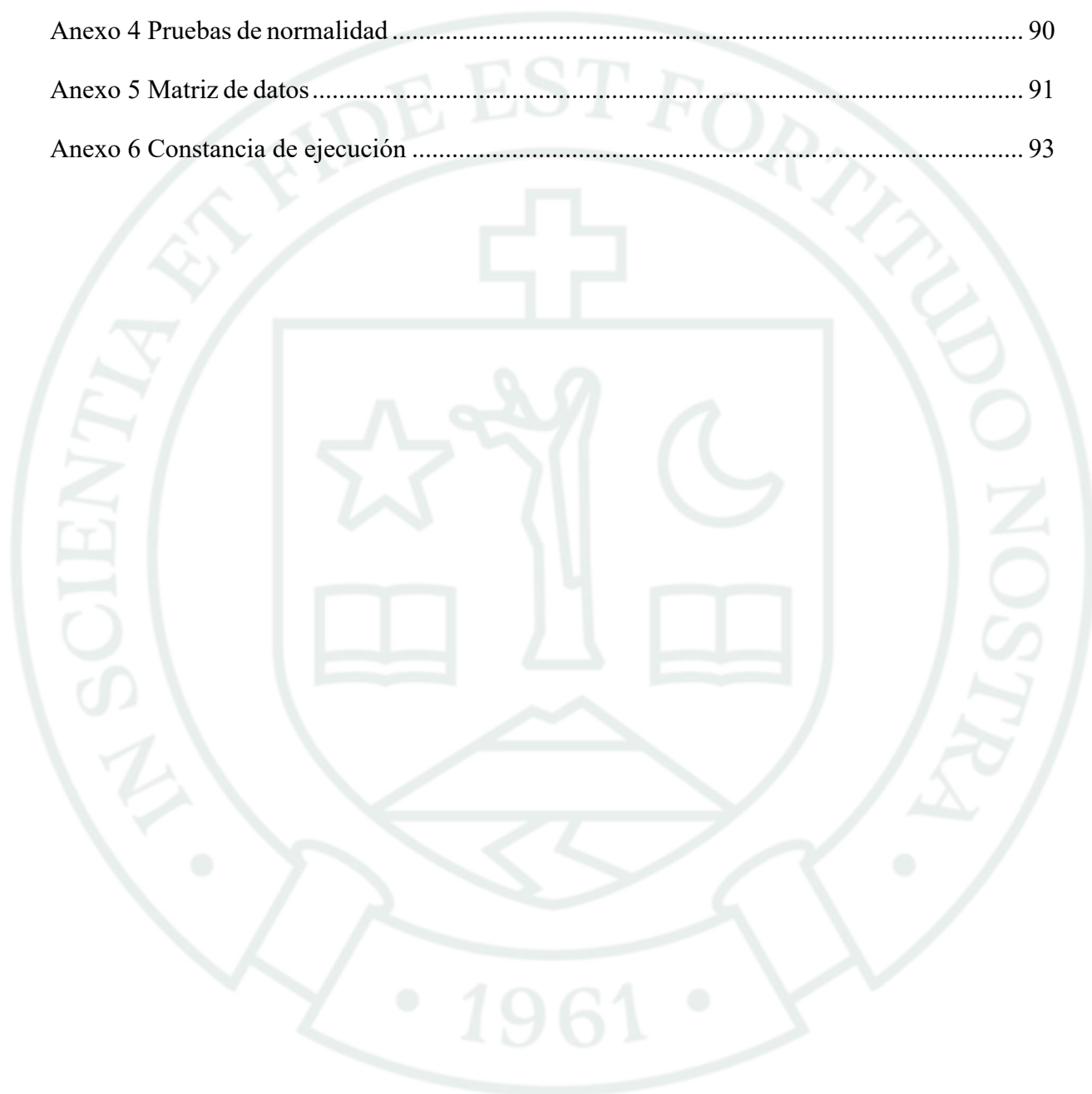
Tabla 1 Población de estudio según edad y sexo.....	48
Tabla 2 Población de estudio según grado de instrucción.....	50
Tabla 3 Población de estudio según situación conyugal	52
Tabla 4 Población de estudio según ingresos económicos	54
Tabla 5 Población de estudio según lugar de procedencia	56
Tabla 6 Población de estudio según religión	58
Tabla 7 Población de estudio según diagnóstico medico	60
Tabla 8 Población de estudio según bienestar espiritual	63
Tabla 9 Población de estudio según dimensiones del bienestar espiritual	65
Tabla 10 Población de estudio según adaptación frente a la enfermedad oncológica	67
Tabla 11 Población de estudio según dimensiones de adaptación frente a la enfermedad oncológica	69
Tabla 12 Relación entre bienestar espiritual con adaptación frente la enfermedad oncológica	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Población de estudio según edad y sexo	49
Figura 2 Población de estudio según grado de instrucción.....	51
Figura 3 Población de estudio según situación conyugal	53
Figura 4 Población de estudio según ingresos económicos	55
Figura 5 Población de estudio según lugar de procedencia	57
Figura 6 Población de estudio según religión.....	59
Figura 7 Población de estudio según diagnóstico médico.....	62
Figura 8 Población de estudio según bienestar espiritual.....	64
Figura 9 Población de estudio según dimensiones del bienestar espiritual	66
Figura 10 Población de estudio según adaptación frente a la enfermedad oncológica.....	68
Figura 11 Población de estudio según dimensiones de adaptación frente a la enfermedad oncológica	71
Figura 12 Relación entre bienestar espiritual con adaptación frente la enfermedad oncológica.....	73

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado	85
Anexo 2 Cuestionario de Bienestar Espiritual	86
Anexo 3 Cuestionario de Adaptación Paciente Oncológico	88
Anexo 4 Pruebas de normalidad	90
Anexo 5 Matriz de datos	91
Anexo 6 Constancia de ejecución	93



INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las principales problemáticas de salud pública a nivel mundial, debido a su alta incidencia, complejidad y repercusiones en múltiples dimensiones de la vida humana. Se trata de una enfermedad de origen multifactorial, caracterizada por su curso generalmente prolongado, la presencia frecuente de dolor, el impacto emocional significativo y, en muchos casos, por ser incurable. Además, representa una carga económica elevada tanto para los sistemas de salud como para los propios pacientes y sus familias. Las personas diagnosticadas con cáncer suelen someterse a tratamientos de carácter invasivo, como la quimioterapia, la radioterapia y/o las intervenciones quirúrgicas, los cuales, si bien buscan prolongar la vida o mejorar la calidad de esta, generan efectos secundarios importantes y producen cambios sustanciales en la dinámica cotidiana, social y familiar del paciente (1).

En este contexto, la ansiedad y el sufrimiento se presentan como manifestaciones recurrentes en los pacientes oncológicos, producto no solo de la enfermedad en sí, sino también de la incertidumbre frente al pronóstico, el temor a la muerte, las alteraciones de la imagen corporal y la dependencia progresiva de terceros. Estas experiencias afectan de manera directa el bienestar integral de la persona. Por ello, el rol de la enfermera adquiere especial relevancia, ya que debe planificar y ejecutar estrategias de cuidado que trasciendan la atención meramente física, integrando aspectos psicológicos, sociales y espirituales. Un cuidado verdaderamente integral permite responder de forma más efectiva a las necesidades complejas del paciente, favoreciendo su adaptación al proceso de enfermedad y tratamiento (2).

Desde el ejercicio profesional de la enfermería, se observa que las personas que enfrentan una enfermedad crónica, como el cáncer, atraviesan múltiples transiciones en los ámbitos personal, familiar y social. Dichas transiciones influyen de manera significativa en la forma en que el paciente afronta y acepta su diagnóstico. En el caso específico del paciente oncológico, es frecuente evidenciar la pérdida del sentido de vida, sentimientos de desesperanza y dificultad para encontrar significado a la experiencia de enfermedad. Asimismo, muchos pacientes no logran aceptar su diagnóstico ni el tratamiento indicado, manifestando inconformidad, rechazo o agotamiento emocional, lo que conlleva, en numerosos casos, a una baja adherencia terapéutica.

Ante esta realidad, surge la necesidad de profundizar en factores que puedan favorecer una mejor adaptación a la enfermedad. En ese sentido, el bienestar espiritual se perfila como un componente clave, ya que permite al paciente encontrar sentido, propósito y esperanza, incluso

en situaciones de sufrimiento. Por las razones expuestas, se decide realizar el presente estudio, cuyo objetivo principal es determinar la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica en pacientes que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN SUR). Esta institución constituye un centro de referencia en la región sur del país para el diagnóstico, tratamiento y manejo integral del cáncer.

El diseño metodológico del estudio corresponde a una investigación de tipo relacional, de campo y de corte transversal. La técnica de recolección de datos será la entrevista, y se emplearán dos instrumentos previamente validados y considerados confiables. Estos permitirán, tras el análisis estadístico correspondiente, contrastar y comprobar la hipótesis planteada por la investigadora. Finalmente, el contenido del presente estudio se organiza en tres capítulos: el primero aborda el planteamiento teórico que sustenta la investigación, el segundo desarrolla el planteamiento operacional y metodológico, y el tercero presenta y analiza los resultados obtenidos (3).



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

Relación entre el bienestar espiritual y el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica de pacientes con tratamiento de quimioterapia ambulatoria. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa – 2025

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Ubicación del problema

- Área: Ciencias de la Salud
- Campo: Enfermería Oncológica
- Línea: Enfermedades No transmisibles.

1.2.2. Análisis de variables

El estudio presenta dos variables:

- Variable independiente: Bienestar espiritual
- Variable dependiente: Adaptación frente la enfermedad oncológica

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. Edad	1.1. 18 a 29 años 1.2. 30 a 59 años 1.3. 60 a más años
2. Grado de instrucción	2.1. Analfabeta 2.2. Primaria 2.3. Secundaria 2.4. Superior técnica 2.5. Superior universitaria
3. Situación conyugal	3.1. Soltero 3.2. Casado 3.3. Conviviente

	<p>3.4. Divorciado/separado</p> <p>3.5. Viudo</p>
4. Ingresos económicos familiar	<p>4.1. Menos de 300 por mes</p> <p>4.2. 300 a 700 por mes</p> <p>4.3. 800 a 1200 por mes</p> <p>4.4. 1300 a 1700 por mes</p>
5. Lugar de Procedencia	<p>5.1. Arequipa</p> <p>5.2. Cusco</p> <p>5.3. Puno</p> <p>5.4. Otros</p>
6. Religión	<p>6.1. Católica</p> <p>6.2. Cristiana</p> <p>6.3. Evangélico</p> <p>6.4. Mormona</p> <p>6.5. Testigo de Jehová</p> <p>6.6. Ateo</p> <p>6.7. Agnóstico</p>
7. Diagnóstico médico	<p>7.1. Cáncer de útero</p> <p>7.2. Cáncer de mama</p> <p>7.3. Cáncer de pulmón</p> <p>7.4. Cáncer de páncreas</p> <p>7.5. Cáncer de hígado</p> <p>7.6. Otros tipos de cáncer</p>

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Variable independiente: Bienestar espiritual	1. Existencial	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de propósito y significado en la vida. • Aceptación de la enfermedad • Búsqueda de paz y armonía • Apoyo recibido de familia y la experiencia de fortaleza en la fe y el entorno familiar.
	2. Religioso	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de apoyo y fortaleza • Esperanza y satisfacción de vida basada en creencias religiosas.
Variable dependiente: Adaptación frente la enfermedad oncológica	1. Fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades básicas (comer, bañarse y vestirse). • Adherencia a indicaciones médicas. • Manejo del dolor y síntomas derivados del tratamiento • Participación en actividades físicas y de ocio.
	2. Auto concepto	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de los cambios físicos. • Percepción de valía personal. • Satisfacción con su imagen y capacidades.
	3. Desempeño o dominio del rol	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad para cumplir con las expectativas familiares y sociales. • Satisfacción con roles actuales. • Motivación para nuevas actividades.
	4. Interdependencia	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de sentimientos. • Satisfacción con las relaciones sociales. • Contacto social. • Percepción de ser un miembro valioso en familia o con amigos

Fuente: Elaboración propia.

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de bienestar espiritual de los pacientes oncológicos en quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?
- ¿Cuál es el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica en pacientes de quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?
- ¿Existe relación entre el bienestar espiritual con el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica en pacientes de quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?

1.2.4. Tipo y nivel de investigación

- **Tipo de investigación:** De campo, corte transversal
- **Nivel de investigación:** Relacional (3).

1.3. Justificación del problema

El cáncer es una enfermedad que afecta a un gran número de personas a nivel mundial y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. De acuerdo con datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 4 millones de personas son diagnosticadas con cáncer cada año, de las cuales alrededor de 1.4 millones fallecen como consecuencia de esta patología. Asimismo, se reporta que el 49 % de las personas que mueren por cáncer presentan un promedio de 69 años menos de vida, lo que evidencia el impacto significativo de esta enfermedad en la esperanza de vida y en la calidad de los años vividos. Estas cifras reflejan no solo la magnitud del problema, sino también la urgencia de fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y abordaje integral del paciente oncológico (4). Según la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), los cinco tipos de cáncer más comunes son, el cáncer de cuello uterino (14.9 %), cáncer de estómago: (11.1 %), cáncer de mama (10.3 %), cáncer de piel (6.6 %) y cáncer de próstata (5.8 %), siendo en promedio, más afectado el sexo femenino que el masculino (5).

En el contexto peruano, de acuerdo con información proporcionada por el Ministerio de Salud (MINSA), para el año 2021 se mantiene una distribución similar de los tipos de cáncer más frecuentes. Se reporta que el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar (14.9 %), seguido del cáncer de estómago (11.1 %), cáncer de mama (10.3 %), cáncer

de piel (6.6 %) y cáncer de próstata (5.8 %). Asimismo, el cáncer se posiciona como la primera causa de muerte en el país, ocasionando aproximadamente 130 defunciones por cada cien mil habitantes, lo que evidencia su impacto en la salud pública nacional (6).

Considerando que el cáncer es una patología que altera de manera significativa el bienestar físico, mental, social y espiritual de la persona, se hace necesario identificar cómo estos factores influyen en la aceptación y adaptación frente a la enfermedad. La experiencia oncológica suele estar acompañada de cambios profundos en la percepción de la vida, el rol social, las relaciones familiares y el sentido de trascendencia, aspectos que pueden condicionar la forma en que el paciente afronta su diagnóstico y tratamiento. En este sentido, surge la necesidad de desarrollar estudios que permitan comprender de manera integral estos procesos, razón por la cual se plantea la realización del presente trabajo de investigación, cuyo propósito es aportar conocimiento actualizado a la ciencia de Enfermería.

El estudio se considera original en el ámbito local, debido a la limitada evidencia existente que aborde específicamente la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica en pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia ambulatoria. Esta carencia de investigaciones previas justifica la pertinencia del estudio y refuerza su aporte al conocimiento disciplinar.

Desde el punto de vista científico, el estudio posee relevancia al contribuir al fortalecimiento de la enfermería basada en evidencia, la cual se sustenta en la aplicación de intervenciones efectivas, adaptadas al tipo de paciente y al contexto en el que se brinda el cuidado. Identificar la relación entre el bienestar espiritual y la adaptación frente a la enfermedad permitirá generar información útil para la gestión del cuidado del paciente oncológico. Además, los resultados obtenidos podrán servir como referencia para el diseño y desarrollo de futuras investigaciones relacionadas con el cuidado integral en oncología.

En cuanto a la relevancia social, el estudio busca identificar factores asociados a la capacidad de adaptación frente a la enfermedad oncológica, lo que permitirá una mejor comprensión de las necesidades del paciente y una aproximación más humana e integral al cuidado. De esta manera, los hallazgos del estudio podrán contribuir a mejorar la calidad de la atención brindada y, en consecuencia, generar un impacto positivo en el bienestar del paciente y de su entorno familiar, resaltando su aporte en beneficio de la sociedad.

Finalmente, se consideran los criterios de factibilidad y viabilidad del estudio, dado que la autora, al desempeñarse como profesional en la institución donde se desarrollará la investigación, cuenta con el acceso necesario a las instalaciones, así como con los recursos y la sostenibilidad financiera requeridos para la ejecución y culminación del trabajo. Es importante señalar que la motivación para el desarrollo del presente estudio surge del ámbito profesional, ya que constituye un requisito y, a la vez, un propósito personal para la obtención del Título de Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero en Oncología, fortaleciendo así la formación académica y el compromiso con la mejora continua del cuidado de los pacientes oncológicos.



2. Marco teórico

2.1. Bienestar espiritual

2.1.1. Conceptos y definiciones

El bienestar espiritual puede definirse como un estado en el que la persona alcanza un equilibrio interior que favorece su estabilidad personal y emocional, permitiéndole enfrentar de manera más efectiva las diversas situaciones y desafíos que se presentan a lo largo de la vida. Este equilibrio interno no solo contribuye al manejo adecuado de las emociones, sino que también influye en la forma en que el individuo interpreta su realidad, toma decisiones y establece relaciones con su entorno. Desde distintas corrientes de pensamiento, el bienestar espiritual ha sido históricamente vinculado a la religión; sin embargo, su significado trasciende las prácticas religiosas formales, ya que la espiritualidad constituye una dimensión inherente al ser humano, independientemente de su afiliación religiosa o incluso de la ausencia de esta (7). En este sentido, la espiritualidad se manifiesta como una experiencia personal, íntima y profunda, estrechamente relacionada con valores, creencias, significados y propósitos que orientan la vida de cada individuo y le otorgan coherencia a su existencia. Esta dimensión espiritual se relaciona de manera directa con lo trascendente, entendido como la búsqueda constante de sentido y significado que el ser humano realiza a lo largo de su trayectoria vital. A través de este proceso de búsqueda, la persona logra comprender su existencia desde una perspectiva más amplia, identificar razones que le permitan enfrentar las dificultades y mantener una sensación de armonía interna. Dicha armonía favorece el desarrollo de una actitud más reflexiva y resiliente ante las experiencias adversas, lo que se traduce en una mejor adaptación a los cambios y en un desenvolvimiento más equilibrado dentro de los ámbitos social, familiar y personal (8). De este modo, la espiritualidad se convierte en un elemento que sostiene el bienestar integral y promueve una visión más positiva de la vida, incluso en contextos complejos. En situaciones de enfermedad, especialmente frente a patologías crónicas o potencialmente mortales como el cáncer, esta dimensión adquiere una relevancia aún mayor, ya que se transforma en un recurso interno fundamental para afrontar el sufrimiento, la incertidumbre y el temor asociados al proceso de enfermedad. Un nivel adecuado de bienestar espiritual se asocia con un estado emocional, conductual y cognitivo positivo, lo que favorece la capacidad de adaptación del

individuo ante circunstancias adversas. Asimismo, fortalece la relación del paciente consigo mismo, con los demás y con una dimensión trascendente, contribuyendo al desarrollo de una identidad personal sólida, al fortalecimiento de actitudes positivas frente a la vida y al mantenimiento de un equilibrio interior que orienta sus acciones (9). Estos aspectos permiten al paciente conservar la esperanza, mejorar su afrontamiento emocional y mantener una percepción más positiva de su proceso de enfermedad, aun en etapas complejas del tratamiento. Desde esta perspectiva, la espiritualidad se comprende como una forma de relación con lo trascendente que no debe ser excluida del cuidado de enfermería. Considerar al ser humano de manera integral implica reconocer que las necesidades espirituales forman parte esencial del bienestar general del paciente y que influyen directamente en su calidad de vida. Por ello, el profesional de enfermería debe contar con las competencias necesarias para identificar, respetar y atender esta dimensión, integrándola de forma ética y responsable dentro del plan de cuidados. Esta atención debe realizarse sin imponer creencias personales, pero ofreciendo apoyo, acompañamiento y un espacio de escucha que permita al paciente expresar sus inquietudes, valores y necesidades espirituales en un ambiente de respeto y comprensión (10).

El bienestar espiritual también puede entenderse como la capacidad de reconocer y expresar un propósito personal en la vida, así como de experimentar sentimientos de amor, paz interior y satisfacción, los cuales influyen de manera significativa en la percepción de la calidad de vida. Cuando una persona presenta un adecuado bienestar espiritual, suele manifestar mayor fortaleza emocional, una mejor tolerancia al estrés y una actitud más activa y participativa frente a su tratamiento. En el ámbito de la salud, este bienestar favorece los procesos de recuperación y adaptación, ya que permite al paciente reflexionar sobre los factores que otorgan sentido a su existencia durante las intervenciones terapéuticas. Este proceso reflexivo facilita la autovaloración, el fortalecimiento de la autoestima y la construcción de objetivos trascendentes, los cuales pueden convertirse en motivadores importantes para continuar con el tratamiento y afrontar la enfermedad de manera más consciente y comprometida. En este contexto, la intervención del profesional de enfermería resulta fundamental, ya que, mediante una comunicación empática, la escucha activa y el acompañamiento constante, puede contribuir de forma significativa al fortalecimiento del bienestar espiritual del paciente. Integrar

esta dimensión como parte esencial del proceso terapéutico permite ofrecer un cuidado más humanizado, centrado en la persona y orientado no solo a la atención de las necesidades físicas, sino también al apoyo emocional y espiritual, favoreciendo así una atención integral y de mayor calidad (11).

2.1.2. Creencias espirituales

El sistema de creencias de los individuos es diverso y presenta una estructura compleja, configurada a partir de múltiples influencias culturales, sociales, familiares y personales que interactúan a lo largo del desarrollo de la persona. Estas creencias no se forman de manera aislada, sino que se construyen progresivamente mediante la experiencia, la educación, el entorno social y las vivencias significativas, lo que les otorga un carácter dinámico y particular en cada individuo. Desde la perspectiva de la espiritualidad, el sistema de creencias actúa como un marco de referencia fundamental que orienta la jerarquización de valores, los cuales se manifiestan a través de actitudes, decisiones y comportamientos cotidianos. En este sentido, las creencias influyen directamente en la forma en que las personas interpretan la realidad, otorgan significado a los acontecimientos de su vida y afrontan las dificultades, especialmente en contextos de vulnerabilidad como la enfermedad, donde las certezas pueden verse cuestionadas y surge la necesidad de encontrar sentido y esperanza. De acuerdo con autores como Fuentes L., el concepto de religiosidad se encuentra estrechamente vinculado a los planteamientos de la psicología de la religión, disciplina que sostiene que el ser humano posee una necesidad intrínseca de vivir experiencias espirituales. Estas experiencias pueden manifestarse a través de creencias de carácter espiritual, prácticas religiosas organizadas o formas personales e íntimas de conexión con lo trascendente. Todas ellas cumplen un rol relevante en la regulación emocional, ya que permiten canalizar sentimientos como el miedo, la angustia o la incertidumbre, y favorecen el afrontamiento de situaciones adversas, proporcionando consuelo, fortaleza y un marco interpretativo que ayuda a comprender la experiencia vivida (12).

En este sentido, la religiosidad no se limita únicamente a la participación en rituales, normas o tradiciones establecidas, sino que también implica una vivencia interna y subjetiva que aporta significado y orientación a la vida del individuo. Esta dimensión interna se relaciona con la manera en que la persona integra sus creencias en la vida cotidiana y las utiliza como un recurso para enfrentar los desafíos

personales, sociales y de salud. Las creencias espirituales, por su parte, involucran procesos reflexivos profundos relacionados con el sentido y el propósito de la vida, los cuales trascienden lo inmediato y permiten al individuo cuestionarse sobre aspectos fundamentales de su existencia. A través de estas reflexiones, la persona busca comprender el significado de su vida en relación con las interacciones humanas, la convivencia con la naturaleza y la posible presencia de una dimensión divina o trascendente. Este proceso reflexivo favorece una mayor autoconciencia y permite al individuo plantearse interrogantes sobre su lugar en el mundo, sus responsabilidades personales y sociales, así como la manera en que desea orientar su proyecto de vida. Dichos cuestionamientos influyen de forma directa en el bienestar integral, ya que contribuyen a la construcción de una identidad coherente y fortalecen la capacidad de adaptación frente a los desafíos y cambios que se presentan a lo largo del ciclo vital. En este contexto, el existencialismo no se circunscribe exclusivamente a la práctica religiosa, sino que abarca una visión más amplia del ser humano, centrada en la búsqueda de significado, la libertad personal y la responsabilidad frente a las propias decisiones. Esta perspectiva se fundamenta en los sistemas de valores que cada individuo construye a lo largo de su vida y en la forma en que dichos valores orientan su comprensión de la existencia, sus relaciones interpersonales y sus acciones cotidianas. Desde el ámbito de la salud, comprender estos aspectos resulta fundamental, ya que permite al profesional de enfermería brindar un cuidado más empático, respetuoso e integral, reconociendo las creencias y valores del paciente como elementos esenciales de su proceso de atención y como recursos que pueden favorecer el afrontamiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento (13).

2.1.3. Prácticas espirituales

Dentro de la dimensión existencial de la espiritualidad se reconoce la esencia propia del ser humano, la cual se caracteriza por una búsqueda constante de trascendencia y significado que acompaña a la persona a lo largo de toda su vida. Esta dimensión existencial permite al individuo reflexionar sobre su propia existencia, sus experiencias y su propósito, favoreciendo la construcción de un sentido personal que orienta sus pensamientos, emociones y conductas. A través de este proceso de búsqueda, la persona logra otorgar coherencia a su historia de vida, interpretar los acontecimientos que enfrenta y afrontar de manera más equilibrada las distintas etapas y situaciones que atraviesa, incluso aquellas que implican sufrimiento o incertidumbre. La búsqueda de significado contribuye de forma directa al

mantenimiento del equilibrio físico y mental, ya que posibilita una comprensión más profunda de la realidad personal, facilita la aceptación de las propias limitaciones y fortalece los recursos internos necesarios para hacer frente a la adversidad. Cuando el individuo logra encontrar sentido a sus experiencias, desarrolla una mayor capacidad de resiliencia y adaptación, lo que repercute positivamente en su bienestar general. En este contexto, la espiritualidad se convierte en un soporte fundamental para enfrentar situaciones complejas, al ofrecer una perspectiva que trasciende lo inmediato y permite integrar las experiencias difíciles dentro de un marco de comprensión más amplio. De acuerdo con Santana Fernando, las prácticas religiosas constituyen una manifestación concreta de los sistemas de creencias y desempeñan un papel relevante en el afrontamiento de situaciones de crisis, tales como la enfermedad, el dolor o la pérdida. Estas prácticas brindan al individuo un espacio de reflexión, recogimiento y conexión con lo trascendente, lo que favorece la elaboración emocional de experiencias difíciles y contribuye a disminuir la angustia y el sufrimiento. Asimismo, el autor señala que la fe representa una forma de vinculación con Dios y es considerada un componente esencial de la espiritualidad, ya que proporciona fortaleza interior, seguridad emocional y una sensación de acompañamiento trascendente. Esta vivencia de la fe influye positivamente en el bienestar de la persona, al generar sentimientos de esperanza, confianza y sentido de protección frente a las dificultades de la vida (14).

Desde esta perspectiva, la espiritualidad no se limita únicamente al ámbito de las creencias internas, sino que también se expresa a través de acciones concretas que refuerzan y consolidan dicha dimensión. En este sentido, la práctica espiritual se define como el conjunto de acciones, conductas y actividades orientadas a promover experiencias espirituales y al fortalecimiento del desarrollo espiritual del individuo. Estas prácticas permiten interiorizar valores, mantener la esperanza y favorecer una actitud positiva frente a la vida, especialmente en contextos de vulnerabilidad, sufrimiento o enfermedad, donde la persona requiere mayores recursos de afrontamiento. Las prácticas espirituales pueden clasificarse según diversos criterios, como su carácter individual o colectivo, el contexto en el que se realizan —privado o público—, el grado de estructuración ritual que presentan y el nivel de compromiso religioso que expresan. Algunas prácticas se desarrollan de manera

personal e íntima, como la oración, la meditación o la reflexión individual, mientras que otras se llevan a cabo en comunidad, como los cultos, ceremonias o celebraciones religiosas. Asimismo, estas prácticas pueden estar más o menos vinculadas a instituciones religiosas formales, lo que evidencia la diversidad de formas en que las personas viven, expresan y experimentan su espiritualidad de acuerdo con sus creencias, valores y contextos socioculturales. En este marco, la práctica religiosa se configura como un concepto polisémico, ya que abarca múltiples significados y expresiones que reflejan la variedad de maneras en que los individuos manifiestan su fe en la vida cotidiana. Esta diversidad pone de relieve la importancia de que el profesional de enfermería reconozca, respete y valore las distintas expresiones espirituales del paciente, integrándolas de manera sensible, ética y respetuosa en el proceso de cuidado. De esta forma, se favorece una atención integral y centrada en la persona, que considera no solo las necesidades físicas, sino también las dimensiones emocionales, espirituales y existenciales del ser humano, contribuyendo a un cuidado más humanizado y de mayor calidad (15).

2.1.4. Modelo de sistemas de Betty Newman

Betty Neuman, enfermera de origen estadounidense, nació en 1924 y se crió en el estado de Ohio. Su trayectoria profesional estuvo marcada por un interés constante en comprender al ser humano desde una perspectiva integral, reconociendo la complejidad de los factores que influyen en la salud y la enfermedad. A lo largo de su carrera, Neuman se enfocó en el desarrollo de un marco teórico que permitiera a la enfermería abordar al individuo no solo desde el punto de vista biológico, sino también considerando los aspectos psicológicos, sociales y espirituales que conforman la experiencia humana. En el año 1982 publicó la obra *The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice*, en la cual expone de manera sistemática y estructurada los fundamentos de su reconocido modelo de sistemas, el cual ha tenido un impacto significativo tanto en la educación como en la práctica de enfermería. Dicho modelo se sustenta en la teoría general de sistemas propuesta por Ludwig von Bertalanffy, la cual plantea que los organismos vivos deben ser comprendidos como sistemas abiertos en constante interacción con su entorno, a través del intercambio continuo de energía, información y materia. Desde esta perspectiva, el individuo no puede analizarse de forma aislada, sino como parte de un conjunto de relaciones dinámicas que influyen de manera directa en su estado

de salud. El modelo de Neuman incorpora, además, aportes de la teoría Gestalt, corriente que concibe al ser humano como una totalidad organizada, en la que el todo es más que la suma de sus partes. Esta visión holística refuerza la idea de que los cambios en una dimensión del individuo repercuten inevitablemente en las demás, afectando el equilibrio general del sistema. Desde este enfoque, la homeostasis se entiende como un proceso activo y dinámico mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio interno frente a las variaciones y demandas del entorno, preservando así su estado de salud (16).

Este equilibrio no es estático, sino que se encuentra en constante ajuste, lo que implica una adaptación continua a los cambios internos y externos que experimenta la persona a lo largo de su vida. Neuman conceptualiza el ajuste como el proceso mediante el cual el organismo logra satisfacer sus múltiples necesidades, considerando que cada una de ellas puede generar alteraciones en el equilibrio o en la estabilidad del sistema del paciente. Por esta razón, el ajuste se define como un proceso dinámico, continuo y permanente, estrechamente ligado a la capacidad de afrontamiento del individuo. Desde esta visión, la vida se caracteriza por una oscilación constante entre estados de equilibrio y desequilibrio, donde la salud y la enfermedad no se conciben como condiciones opuestas, sino como puntos ubicados dentro de un mismo continuo. Cuando los mecanismos estabilizadores del sistema fallan o cuando el organismo permanece durante un periodo prolongado en una condición no armónica, puede desencadenarse la enfermedad. En este sentido, el modelo de sistemas de Neuman plantea que el sistema del cliente es abierto, dinámico y susceptible a influencias tanto internas como externas, por lo que el cuidado de enfermería debe orientarse a la preservación, restauración o fortalecimiento de la estabilidad del sistema. Este enfoque proporciona un eje unificador para la práctica de enfermería, ya que permite identificar los problemas de cuidado desde una perspectiva integral y comprender al individuo como un ser en constante interacción con su entorno. Dentro del modelo, el entorno incluye diversos factores que influyen en la salud del individuo, tales como los aspectos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales. La dimensión espiritual adquiere un papel relevante, ya que se vincula con las creencias, valores y significados que la persona atribuye a su experiencia vital, así como con las influencias de carácter espiritual que forman parte de su sistema de

afrontamiento. De este modo, el modelo reconoce explícitamente la importancia de la espiritualidad como un componente esencial del cuidado integral de enfermería. Asimismo, Neuman define el entorno como el conjunto de factores internos y externos que rodean e influyen en el sistema del cliente. Dentro de este concepto, los estresores adquieren especial relevancia, ya que se describen como fuerzas provenientes del entorno que interactúan con la estabilidad del sistema y tienen el potencial de alterarla. Estos estresores se clasifican en intrapersonales, interpersonales y extrapersonales, según su origen y la forma en que impactan en el individuo. Esta clasificación permite al profesional de enfermería identificar con mayor precisión las fuentes de estrés y diseñar intervenciones orientadas a reducir su efecto negativo sobre la estabilidad del sistema. Finalmente, la autora identifica tres tipos de entorno. El entorno interno corresponde al nivel intrapersonal e incluye todas las interacciones que ocurren dentro del propio individuo, como pensamientos, emociones y procesos fisiológicos. El entorno externo abarca los factores interpersonales y extrapersonales, es decir, aquellos que se originan fuera del individuo e incluyen las relaciones sociales, el contexto familiar, laboral y cultural. Por último, el entorno creado se desarrolla de manera inconsciente y es utilizado por el cliente como un mecanismo de protección y control. Este entorno, de naturaleza intrapersonal y dinámica, moviliza todas las variables del sistema con el objetivo de generar un efecto aislante que permita al paciente manejar las amenazas provenientes de los estresores del entorno. A través de la modificación de su identidad, percepción o situación, el individuo fortalece su capacidad de afrontamiento y adaptación, lo que contribuye al mantenimiento de la estabilidad y al bienestar integral del sistema (17).

2.2. Adaptación frente a la enfermedad oncológica

Las enfermedades crónicas generan transformaciones relevantes y sostenidas en la vida de los pacientes, las cuales impactan de manera directa en su calidad de vida, en su bienestar general y en su funcionamiento cotidiano. Estas transformaciones suelen instalarse de forma progresiva y permanente, obligando a la persona a adaptarse a una condición de salud que, en muchos casos, no tiene un carácter curativo, sino de control y manejo a largo plazo. Dichos cambios no se limitan únicamente al ámbito físico, sino que también repercuten de manera significativa en las dimensiones psicológica, social y emocional, lo que hace necesario el desarrollo e implementación de estrategias de afrontamiento que faciliten la adaptación a esta nueva realidad. Vivir con una enfermedad crónica implica, con frecuencia, una reorganización profunda de la vida personal, familiar y laboral, así como la aceptación de limitaciones funcionales, modificaciones en los roles sociales y, en algunos casos, una dependencia parcial o total de tratamientos prolongados y del apoyo de otras personas. Las personas que padecen enfermedades crónicas deben enfrentar de manera continua síntomas fisiológicos asociados a procesos inflamatorios e infecciosos, con el objetivo de preservar su funcionalidad y mantener un nivel aceptable de autonomía. Estos síntomas suelen ser persistentes, fluctuantes e inespecíficos, lo que dificulta su control y manejo efectivo, generando un desgaste físico y emocional progresivo en el paciente. Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran la debilidad generalizada, el malestar físico constante, las dificultades de concentración y memoria, así como alteraciones del estado de ánimo, tales como la depresión, la ansiedad y el letargo. Estas manifestaciones afectan de manera significativa el desempeño en las actividades de la vida diaria, la productividad laboral y la percepción subjetiva de bienestar, contribuyendo a una disminución global de la calidad de vida (18).

Desde el punto de vista psicológico, los efectos asociados a las enfermedades crónicas se encuentran mediados, en parte, por la acción de citoquinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral alfa y el interferón alfa. Estas sustancias no solo participan en la respuesta inmunológica del organismo, sino que también influyen en los procesos neuropsicológicos, alterando el funcionamiento del sistema nervioso central y contribuyendo a la aparición de síntomas emocionales y cognitivos. En este contexto, la manera en que el individuo afronta las emociones derivadas de la enfermedad adquiere un papel determinante en su proceso de adaptación. La regulación emocional comprende

dos grandes categorías de estrategias. Por un lado, se encuentran la evitación y la inhibición emocional, consideradas estrategias desadaptativas, ya que tienden a intensificar el malestar psicológico, favorecer la cronificación de los síntomas emocionales y, en algunos casos, agravar la evolución de la enfermedad. Por otro lado, la expresión emocional, la identificación y el reconocimiento consciente de los propios sentimientos favorecen una adaptación más adecuada a la nueva situación, al permitir la elaboración emocional de la experiencia de enfermedad y la integración de esta en la historia de vida del paciente. No obstante, cuando el malestar emocional es persistente, intenso o prolongado en el tiempo, puede interferir de manera negativa en la capacidad de regulación emocional del individuo. En particular, el uso predominante de estilos evitativos dificulta la adaptación psicológica frente a la enfermedad crónica, limita el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas y puede incrementar la sensación de indefensión, aislamiento social y pérdida de control. Estas dificultades resaltan la importancia de abordar de manera integral los aspectos emocionales y psicológicos asociados a la enfermedad crónica, como parte fundamental del proceso de atención en salud (19).

El cáncer, también denominado tumor o neoplasia maligna, engloba un amplio conjunto de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Su característica principal es la proliferación acelerada y descontrolada de células anormales, las cuales superan los límites habituales de crecimiento celular, invaden tejidos cercanos y pueden diseminarse hacia órganos distantes mediante el proceso de metástasis. Este fenómeno constituye la principal causa de mortalidad asociada a esta patología y representa uno de los mayores desafíos en su tratamiento y control. Se trata de una enfermedad que implica un elevado grado de compromiso físico y emocional, y que suele asociarse socialmente a una condición de carácter “terminal”, lo que incrementa el impacto psicológico del diagnóstico. Para la mayoría de los pacientes, el diagnóstico de cáncer representa uno de los eventos más traumáticos y perturbadores de su vida, ya que confronta de manera directa a la persona con la posibilidad de la muerte, el sufrimiento y la pérdida de la autonomía. A pesar de los avances científicos, tecnológicos y terapéuticos alcanzados en las últimas décadas, así como de una mayor difusión de información sobre la enfermedad, el cáncer continúa siendo percibido como una patología incurable, estrechamente vinculada al dolor, la incapacidad, la dependencia y el desenlace fatal. Esta percepción influye de manera significativa en la respuesta

emocional del paciente, generando sentimientos intensos de miedo, ansiedad, desesperanza e incertidumbre, y en algunos casos, rechazo o baja adherencia al tratamiento propuesto. En relación con la enfermedad oncológica, se identifican distintos niveles de adaptación que reflejan la capacidad del individuo para responder a las demandas físicas, emocionales y sociales impuestas por la enfermedad. El nivel de adaptación integrado se refiere a una adecuada interacción entre las estructuras y funciones de los procesos vitales, las cuales actúan de manera coordinada para satisfacer las necesidades humanas y mantener el equilibrio del sistema. En este nivel, el paciente logra afrontar la enfermedad de forma funcional, utilizando recursos personales, familiares y sociales que favorecen su bienestar y su calidad de vida. El nivel de adaptación compensatorio se presenta cuando los mecanismos reguladores se activan frente a un desafío significativo, como el diagnóstico oncológico, los efectos adversos del tratamiento o la progresión de la enfermedad. En este caso, el organismo y la persona buscan generar respuestas adaptativas orientadas a restablecer la organización del sistema y preservar la estabilidad. Finalmente, el nivel de adaptación comprometido ocurre cuando los mecanismos de afrontamiento y regulación resultan insuficientes, dando lugar a respuestas inadecuadas frente a la enfermedad, lo que se manifiesta en un deterioro progresivo del bienestar físico, emocional y social del paciente. Estos niveles permiten comprender la variabilidad en las respuestas de los pacientes oncológicos y ponen de manifiesto la importancia de implementar intervenciones integrales, oportunas y personalizadas que favorezcan una adaptación adecuada a la enfermedad y a sus consecuencias (20).

2.2.1. Autoconcepto

El autoconcepto constituye un componente central de la autoestima y puede definirse como el conjunto de creencias, percepciones y valoraciones que una persona construye acerca de sus propias cualidades personales, capacidades y limitaciones. Este constructo incluye tanto el conocimiento que el individuo posee sobre sí mismo como las ideas que considera tener respecto a su forma de ser, sentir, pensar y actuar en los distintos ámbitos de su vida. Desde esta perspectiva, el autoconcepto se configura de manera progresiva a partir de la interpretación que cada persona realiza de sus emociones, de sus conductas y de las experiencias vividas, así como de la comparación constante de estas con las de los demás. Este proceso comparativo permite al individuo situarse, reconocerse y definirse dentro

de un contexto social determinado, otorgándole un sentido de identidad y pertenencia. Cuando el autoconcepto es bajo o poco saludable, puede convertirse en un factor de riesgo relevante para el bienestar integral de la persona, ya que se asocia con la aparición temprana de diversas complicaciones emocionales, psicológicas y sociales, así como con una disminución significativa de la calidad de vida. Un autoconcepto negativo suele relacionarse con sentimientos de inseguridad, baja confianza en las propias capacidades y una percepción distorsionada de la propia valía, lo que puede limitar la capacidad de afrontamiento frente a situaciones adversas. En contraste, un autoconcepto elevado y saludable actúa como un importante factor protector, ya que facilita una mejor adaptación frente a las dificultades y desafíos que las personas pueden experimentar a lo largo de su historia vital. Este tipo de autoconcepto favorece el desarrollo de recursos personales como la resiliencia, la autoconfianza, la motivación y la capacidad de afrontamiento, contribuyendo a un mayor equilibrio emocional y a una percepción más positiva de la propia vida (21).

En este sentido, la enfermedad oncológica representa una condición que limita de manera considerable las capacidades físicas, emocionales y sociales de quienes la padecen, generando múltiples cambios a nivel personal que funcionan como estímulos o puntos de partida para un complejo proceso de adaptación. Entre las transformaciones más relevantes se encuentran aquellas de tipo físico y fisiológico, derivadas tanto de la propia enfermedad como de los tratamientos, así como las modificaciones en el ámbito laboral, emocional y sexual. Estos cambios pueden afectar de manera directa la percepción que el paciente tiene de sí mismo, influyendo negativamente en su autoconcepto y en su autoestima. Asimismo, las personas con cáncer suelen experimentar alteraciones en su apariencia corporal, como la pérdida de peso, cambios en la piel o la caída del cabello, y deben enfrentarse a restricciones dietéticas que impactan de forma significativa en su vida cotidiana y en sus hábitos previos. A ello se suma que el abandono del trabajo o la jubilación anticipada por motivos de discapacidad conlleva una reducción de los ingresos económicos, lo que puede generar sentimientos de dependencia, inutilidad o pérdida del rol social. Paralelamente, el incremento de los gastos asociados a los desplazamientos, a los tratamientos médicos y a los cuidados continuos contribuye a que la enfermedad sea percibida como una situación especialmente difícil de

afrontar, tanto desde el punto de vista personal como social y económico. Todos estos factores inciden de manera directa en el autoconcepto del paciente, reforzando la necesidad de un abordaje integral que considere no solo los aspectos físicos de la enfermedad, sino también las dimensiones psicológicas y sociales, con el fin de favorecer una adaptación más saludable al proceso oncológico (1).

2.2.2. Presentación del rol

Se trata de acciones orientadas a los roles que el individuo desempeña dentro de la sociedad, los cuales se construyen a partir de normas, expectativas y responsabilidades compartidas en los distintos grupos sociales a los que pertenece. Estos roles se desarrollan a lo largo del ciclo vital y pueden estar vinculados al ámbito familiar, laboral, comunitario, educativo o cultural, cumpliendo una función esencial tanto en la organización de la vida social como en la conformación de la identidad personal del individuo. A través del ejercicio de estos roles, la persona establece vínculos interpersonales, asume compromisos, adquiere responsabilidades y participa activamente en su entorno, lo que le permite sentirse parte de una estructura social más amplia y significativa. La necesidad fundamental que sustenta este modo corresponde a la integridad del rol social, entendida tanto a nivel individual como en relación con el entorno social. Esta integridad se refiere a la capacidad del individuo para mantener, adaptar o redefinir sus roles de manera funcional frente a las distintas circunstancias de la vida, incluyendo situaciones de cambio, transición o crisis, como la enfermedad. Mantener la integridad del rol social implica conservar un sentido de utilidad, pertenencia y coherencia entre lo que la persona es, lo que hace y lo que los demás esperan de ella. Cuando esta integridad se ve afectada o deteriorada, pueden surgir sentimientos de inutilidad, pérdida de identidad, frustración o aislamiento social, los cuales repercuten de forma negativa en el bienestar emocional y en la calidad de vida. Este proceso implica, además, la capacidad del individuo para reconocerse a sí mismo en función de los demás, es decir, comprender cómo sus propias acciones, actitudes y decisiones influyen en el entorno social y, a su vez, cómo las interacciones sociales contribuyen a la construcción y reafirmación de su identidad personal. Reconocerse dentro de un sistema de relaciones permite a la persona actuar de manera coherente, responsable y adecuada en los distintos contextos sociales en los que se desenvuelve, favoreciendo la convivencia, la cooperación y el desarrollo de

relaciones significativas. En situaciones de enfermedad crónica, como el cáncer, los roles sociales pueden verse considerablemente alterados debido a limitaciones físicas, emocionales o funcionales que interfieren en el desempeño habitual del individuo. Estas alteraciones obligan a la persona a realizar ajustes en su participación social, redefinir prioridades, modificar expectativas y, en algunos casos, asumir nuevos roles o ceder aquellos que anteriormente desempeñaba. Este proceso de adaptación puede resultar complejo y generar sentimientos de dependencia, pérdida de autonomía o disminución del valor personal. En este contexto, el apoyo del entorno familiar, social y comunitario resulta fundamental para favorecer una adaptación adecuada y preservar, en la medida de lo posible, la integridad del rol social del individuo. Asimismo, desde el cuidado de enfermería, es esencial identificar oportunamente estas modificaciones en los roles sociales y brindar un acompañamiento que facilite la adaptación del paciente. Promover la participación activa del individuo, fortalecer sus vínculos significativos y respetar su identidad social contribuye a un cuidado integral, centrado en la persona y orientado a mantener su bienestar y su integración dentro de la sociedad, incluso en contextos de enfermedad (22).

2.2.3. Interdependencia

Este aspecto se relaciona con los vínculos cercanos que el individuo establece con otras personas, tanto a nivel individual como grupal, los cuales trascienden los roles sociales formales que desempeña dentro de la sociedad. Dichos vínculos se construyen y fortalecen a partir de la interacción constante, el afecto, la confianza, la comunicación y el apoyo mutuo, elementos que permiten el desarrollo de relaciones estables y significativas a lo largo del tiempo. Estas relaciones cumplen una función esencial en el desarrollo emocional y social del ser humano, ya que a través de ellas la persona encuentra contención, comprensión, acompañamiento y seguridad, factores que resultan fundamentales para su bienestar integral y su equilibrio emocional. Este ámbito se vincula principalmente con los procesos afectivos y de desarrollo, así como con los recursos personales y sociales que permiten al individuo continuar su crecimiento personal, adaptarse a los cambios y mantener su aporte como miembro activo dentro de la sociedad. Las relaciones interpersonales significativas favorecen el fortalecimiento de la autoestima, el sentido de pertenencia y la percepción de apoyo, lo que contribuye a una mayor

capacidad de afrontamiento frente a situaciones adversas o estresantes. Además, estos vínculos proporcionan un espacio para la expresión emocional, el intercambio de experiencias y la construcción de significados compartidos, aspectos que resultan clave para la estabilidad emocional. En este contexto, las relaciones interpersonales se clasifican en dos grandes categorías. Por un lado, se encuentran las relaciones significativas, que incluyen los vínculos más cercanos y emocionalmente relevantes, como la familia, la pareja y los amigos íntimos, los cuales suelen ofrecer apoyo afectivo directo y constante. Por otro lado, se identifican los sistemas de apoyo, conformados por personas, grupos o redes que brindan ayuda de tipo emocional, instrumental o informativa, tales como compañeros de trabajo, grupos comunitarios o instituciones de apoyo. Ambos tipos de relaciones cumplen un papel complementario en el bienestar del individuo, especialmente en contextos de vulnerabilidad. En el marco de la enfermedad, particularmente en patologías crónicas como el cáncer, es frecuente que los familiares del paciente experimenten una amplia gama de reacciones emocionales. Entre las más comunes se encuentran sentimientos de desilusión y pérdida de expectativas frente a la vida, acompañados de sensaciones de desamparo, ira, desesperación y frustración, al percibir la imposibilidad de influir de manera positiva en la evolución de la salud de su ser querido. Estas emociones pueden intensificarse conforme la enfermedad progresa o ante la aparición de complicaciones asociadas al tratamiento, generando un alto impacto emocional en el núcleo familiar. Asimismo, el temor al sufrimiento derivado de la enfermedad y a la posibilidad de la muerte del paciente suele afectar de manera profunda a los familiares, llegando incluso a generar sentimientos de culpa. En algunos casos, esta culpa se relaciona con la percepción de no haber brindado la atención o el apoyo necesario en las etapas iniciales de la enfermedad, ya sea durante el proceso diagnóstico o en el transcurso del tratamiento. Estas experiencias emocionales pueden alterar la dinámica familiar, dificultar la comunicación y limitar la capacidad de los miembros para ofrecer un apoyo efectivo y sostenido. Al enfrentarse a la comprensión y al afrontamiento de las demandas que impone la enfermedad, el pronóstico terapéutico y los cambios sustanciales en la vida del paciente, los miembros de la familia pueden experimentar confusión, ansiedad e incertidumbre. Por esta razón, el acompañamiento constante y el apoyo emocional proporcionado por la familia y los amigos cercanos resultan fundamentales para

favorecer el afrontamiento de esta situación. Este apoyo no solo beneficia al paciente en su proceso de adaptación, sino que también contribuye al bienestar emocional de su entorno, fortaleciendo los lazos afectivos, promoviendo la cohesión familiar y facilitando una adaptación más saludable frente a la enfermedad (23).

2.3. Intervenciones de enfermería para el bienestar espiritual del paciente oncológico

La enfermera especialista en oncología es la profesional responsable de proporcionar cuidados específicos, continuos y altamente especializados a lo largo de todo el proceso de atención, tratamiento y soporte del paciente oncológico. Su labor no se limita únicamente a la administración de terapias antineoplásicas, sino que comprende un acompañamiento constante desde el momento del diagnóstico, durante las distintas fases del tratamiento y, en muchos casos, en las etapas de seguimiento, rehabilitación o cuidados paliativos. Este acompañamiento sostenido resulta fundamental, ya que el proceso oncológico suele extenderse en el tiempo y generar un impacto profundo en la vida del paciente y su entorno. Para ello, la enfermera especialista requiere no solo competencias técnicas avanzadas, sino también habilidades humanas, éticas y comunicativas que le permitan establecer una relación terapéutica sólida, basada en la confianza, el respeto y la empatía. Dentro de su labor asistencial, la enfermera especialista en oncología debe ofrecer una atención integral que contemple de manera equilibrada las dimensiones física, psicológica, social y espiritual del individuo. El cuidado físico incluye la vigilancia continua del estado clínico del paciente, la monitorización de signos y síntomas, el manejo de los efectos secundarios derivados de los tratamientos oncológicos y la prevención de posibles complicaciones. Asimismo, implica la aplicación de cuidados orientados a mantener el confort, la funcionalidad y la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria o en el ámbito ambulatorio. Por su parte, la atención psicológica se orienta a la identificación temprana y al manejo de emociones como el miedo, la ansiedad, la tristeza y la incertidumbre, las cuales son frecuentes en las personas con diagnóstico de cáncer y pueden influir de manera significativa en su bienestar y en la adherencia al tratamiento. El componente social del cuidado implica considerar el entorno familiar del paciente, sus redes de apoyo y las condiciones socioeconómicas que pueden influir tanto en el acceso a los servicios de salud como en la continuidad del tratamiento. La enfermera desempeña un rol clave al identificar necesidades sociales, facilitar la comunicación con la familia y orientar al paciente hacia recursos de apoyo disponibles. La dimensión espiritual, por su parte, permite abordar las creencias, valores y significados que el paciente atribuye a su

experiencia de enfermedad, reconociendo que estos elementos influyen en su forma de afrontar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. Integrar esta dimensión en el cuidado favorece la adaptación, el fortalecimiento de la esperanza y el afrontamiento emocional del proceso oncológico. La atención de las personas con enfermedad oncológica en el ámbito hospitalario exige, por tanto, un abordaje multidimensional que integre el apoyo físico, emocional y psicosocial de manera coordinada. En este contexto, el personal de enfermería cumple un rol esencial, ya que es el profesional que mantiene un contacto más cercano, frecuente y continuo con el paciente a lo largo del proceso de atención. Esta proximidad permite a la enfermera identificar de forma temprana cambios en el estado físico y emocional del paciente, así como necesidades no expresadas, preocupaciones y temores relacionados con la enfermedad y el tratamiento. De este modo, se facilita la implementación de intervenciones oportunas, individualizadas y centradas en la persona, orientadas a la promoción del bienestar y la calidad de vida. Las intervenciones de enfermería dirigidas a pacientes oncológicos que reciben tratamiento con quimioterapia incluyen, entre otras, la valoración integral del paciente antes, durante y después de la administración del tratamiento, con el fin de identificar factores de riesgo y anticipar posibles complicaciones. Asimismo, la educación al paciente y a su familia sobre el régimen terapéutico, los cuidados necesarios y los posibles efectos adversos constituye una parte fundamental del rol de la enfermera, ya que contribuye a disminuir la ansiedad, mejorar la adherencia al tratamiento y fomentar el autocuidado. El manejo de síntomas como náuseas, vómitos, fatiga, dolor y alteraciones nutricionales, así como la prevención de infecciones y otras complicaciones asociadas a la inmunosupresión, forman parte esencial de los cuidados de enfermería en oncología. Además, la enfermera especialista desempeña un papel central en el apoyo emocional, ofreciendo información clara, veraz y adaptada a las necesidades del paciente, así como acompañamiento constante durante las distintas etapas del proceso terapéutico. Su rol como nexo entre el paciente, la familia y el equipo multidisciplinario resulta clave para garantizar una atención continua, coordinada y de calidad. De esta manera, la enfermería oncológica contribuye de forma significativa a humanizar la atención, promoviendo un cuidado integral que reconoce al paciente como un ser biopsicosocial y espiritual, y no únicamente como portador de una enfermedad (24).

2.3.1. Evaluación y seguimiento

Las enfermeras realizan evaluaciones exhaustivas y sistemáticas con el objetivo de recopilar información completa, precisa y actualizada sobre el estado de salud del paciente, el plan terapéutico instaurado y la posible aparición de complicaciones asociadas tanto a la enfermedad como a los tratamientos oncológicos. Esta valoración integral constituye la base del cuidado de enfermería, ya que permite comprender la situación clínica del paciente de manera global y contextualizada. A partir de esta información, la enfermera puede identificar necesidades prioritarias, establecer diagnósticos de enfermería adecuados y planificar intervenciones oportunas, individualizadas y centradas en la persona, siempre orientadas a garantizar la seguridad, el confort y el bienestar del paciente. Dentro de este proceso de valoración, las enfermeras supervisan de forma continua y rigurosa los signos vitales, tales como la temperatura corporal, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. La monitorización constante de estos parámetros permite detectar de manera temprana cualquier alteración que pueda indicar la presencia de una complicación, una reacción adversa al tratamiento o un deterioro del estado clínico general. Esta detección precoz resulta fundamental en el contexto oncológico, donde los cambios pueden producirse de forma rápida y requerir intervenciones inmediatas. Asimismo, las enfermeras realizan un seguimiento cuidadoso y sistemático de los resultados de laboratorio, interpretando aquellos valores que resultan relevantes para el tratamiento del paciente oncológico. Entre ellos se incluyen los parámetros hematológicos y bioquímicos, como los recuentos celulares, los niveles de electrolitos y otros indicadores que pueden verse significativamente alterados como consecuencia de la quimioterapia. La correcta interpretación de estos resultados permite anticipar complicaciones, ajustar cuidados y comunicar oportunamente al equipo médico cualquier hallazgo relevante. La administración de medicamentos constituye otra responsabilidad fundamental dentro del rol de enfermería. En este ámbito, las enfermeras verifican de manera estricta las dosis, los tiempos y las vías de administración, asegurando el cumplimiento de los protocolos establecidos y de las medidas de seguridad correspondientes. Durante la administración de tratamientos, permanecen atentas a la aparición de reacciones adversas o efectos secundarios, como manifestaciones alérgicas, alteraciones hemodinámicas o síntomas gastrointestinales, actuando de

forma inmediata ante cualquier cambio significativo en el estado del paciente. Esta vigilancia constante y sistemática permite intervenir de manera precoz, reducir riesgos y prevenir complicaciones mayores, contribuyendo así a la continuidad y efectividad del tratamiento oncológico. De este modo, se refuerza el rol esencial de la enfermería en el cuidado integral del paciente, destacando su participación activa en la promoción de la seguridad, la calidad de la atención y el acompañamiento continuo a lo largo del proceso de enfermedad (24).

2.3.2. Manejo de síntomas

Los pacientes oncológicos con frecuencia experimentan una amplia variedad de síntomas asociados tanto a la propia enfermedad como a los tratamientos recibidos, entre los que destacan el dolor, las náuseas, la fatiga, la ansiedad y otros malestares físicos y emocionales que pueden afectar de manera significativa su calidad de vida. Estos síntomas no solo generan incomodidad, sino que también pueden interferir en el descanso, la alimentación, la movilidad y el estado de ánimo del paciente, impactando de forma directa en su funcionalidad y en su percepción general de bienestar. Además, suelen presentarse de manera simultánea y con distinta intensidad, lo que incrementa la complejidad de su manejo y exige una atención continua y especializada por parte del personal de enfermería. En este contexto, las enfermeras realizan valoraciones sistemáticas y detalladas para identificar la naturaleza, la intensidad, la duración y los posibles factores desencadenantes o agravantes de los síntomas que presenta el paciente. Esta evaluación constante permite reconocer cambios en la evolución clínica y anticipar complicaciones, facilitando una intervención oportuna. A partir de la información obtenida, las enfermeras colaboran estrechamente con el equipo médico y otros profesionales de la salud en la planificación y ejecución de estrategias de manejo efectivas, orientadas a aliviar el malestar, controlar los síntomas y mejorar el bienestar general del paciente. Este trabajo interdisciplinario resulta fundamental para garantizar una atención integral, coordinada y centrada en las necesidades individuales de cada persona. Como parte de sus intervenciones, las enfermeras administran los medicamentos prescritos para el control de los síntomas, asegurando la correcta dosificación, el cumplimiento de los horarios establecidos y la vía de administración adecuada. Durante este proceso, supervisan de manera continua la respuesta del paciente al tratamiento y permanecen atentas a la posible aparición de efectos

adversos, actuando de forma inmediata cuando es necesario. Esta vigilancia contribuye a optimizar la efectividad de las terapias y a reducir los riesgos asociados a los tratamientos oncológicos. De manera complementaria, las enfermeras implementan intervenciones no farmacológicas que desempeñan un papel relevante en el alivio de los síntomas. Entre estas se incluyen técnicas de relajación, control del entorno, medidas de confort, apoyo emocional y acompañamiento constante, las cuales contribuyen a disminuir la ansiedad, favorecer el descanso y fortalecer los recursos personales del paciente para afrontar la enfermedad. Estas intervenciones, adaptadas a las necesidades y preferencias de cada individuo, refuerzan el enfoque humanizado del cuidado de enfermería. Asimismo, la educación al paciente constituye un componente esencial del cuidado oncológico. A través de la orientación, la comunicación clara y el acompañamiento continuo, las enfermeras instruyen a los pacientes sobre técnicas de autocontrol y autocuidado, tales como el reconocimiento temprano de síntomas, el manejo del estrés, la importancia de la adherencia al tratamiento y la adopción de hábitos que favorezcan su bienestar físico y emocional. De esta forma, se promueve la participación activa del paciente en su propio proceso de cuidado, fortaleciendo su autonomía, su sentido de control y su capacidad para enfrentar de manera más adecuada el proceso de la enfermedad (24).

2.3.3. Manejo del dolor

El control del dolor constituye un aspecto crucial y prioritario en la atención del paciente oncológico, ya que este síntoma es uno de los más frecuentes, persistentes y debilitantes a lo largo del curso de la enfermedad y de los tratamientos oncológicos. La presencia de dolor no solo genera un impacto directo en el bienestar físico del paciente, sino que también repercute de manera negativa en su estado emocional, en su funcionalidad diaria y en su calidad de vida en general. Un manejo inadecuado del dolor puede favorecer la aparición de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y una disminución significativa de la capacidad para realizar actividades cotidianas, lo que subraya la importancia de una intervención oportuna y eficaz. En este contexto, las enfermeras desempeñan un rol fundamental mediante la realización de una evaluación continua, sistemática y detallada del dolor. Esta valoración contempla aspectos como la intensidad, la localización, la duración, las características del dolor y los factores que lo agravan o alivian, considerando

además la percepción subjetiva del paciente. Una evaluación integral permite identificar el tipo de dolor presente, ya sea agudo o crónico, y determinar las intervenciones más adecuadas de acuerdo con las necesidades individuales de cada persona. Asimismo, esta evaluación constante facilita la detección de cambios en el patrón del dolor, lo que puede indicar una evolución de la enfermedad o la necesidad de ajustar el tratamiento. Posteriormente, las enfermeras administran los analgésicos prescritos por el equipo médico, respetando estrictamente las dosis, los horarios y las vías de administración establecidas. Durante este proceso, supervisan de manera permanente la respuesta del paciente al tratamiento, evaluando la efectividad del alivio obtenido y observando la posible aparición de efectos adversos. Esta vigilancia continua resulta esencial para garantizar la seguridad del paciente y optimizar el control del dolor, ajustando las intervenciones cuando sea necesario. Además del manejo farmacológico, las enfermeras implementan diversas medidas de comodidad orientadas a disminuir el malestar y favorecer el confort del paciente. Entre estas se incluyen el posicionamiento adecuado, el control del ambiente, la reducción de estímulos que puedan aumentar la percepción del dolor y la aplicación de técnicas de alivio complementarias. Asimismo, enseñan y refuerzan el uso de técnicas de relajación, respiración profunda y distracción, las cuales contribuyen a disminuir la percepción del dolor, reducir la tensión emocional y fortalecer la capacidad de afrontamiento del paciente frente a su enfermedad. Un componente fundamental del cuidado de enfermería en el manejo del dolor es la facilitación de una comunicación efectiva entre el paciente y los proveedores de atención médica. Las enfermeras actúan como un puente entre ambos, transmitiendo de manera oportuna y precisa la información relacionada con la evolución del dolor, la respuesta a los tratamientos y las necesidades expresadas por el paciente. Esta comunicación fluida permite realizar ajustes oportunos en el plan terapéutico y garantiza un manejo del dolor más individualizado, integral y acorde con las condiciones clínicas, expectativas y preferencias del paciente oncológico, contribuyendo así a una atención de mayor calidad y a la mejora del bienestar global (24).

2.3.4. Cuidados de apoyo

Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la provisión de apoyo emocional y psicosocial tanto a los pacientes oncológicos como a sus familias, reconociendo que el impacto de la enfermedad trasciende ampliamente el ámbito físico y afecta de manera profunda el bienestar emocional, social y relacional de todos los involucrados. A lo largo de todo el proceso de atención, desde el diagnóstico hasta las diferentes etapas del tratamiento e incluso en fases de seguimiento o cuidados paliativos, el acompañamiento emocional se convierte en un componente esencial del cuidado integral. Este apoyo resulta especialmente relevante frente a situaciones de incertidumbre, miedo, ansiedad, angustia y a los cambios significativos que la enfermedad genera en la dinámica familiar y en los roles previamente establecidos. En este contexto, las enfermeras practican de manera constante la escucha activa, ofreciendo un espacio seguro, confidencial y libre de juicios en el que tanto el paciente como sus familiares puedan expresar abiertamente sus sentimientos, preocupaciones, dudas y temores. Esta actitud de disponibilidad y atención favorece la validación de las emociones y permite identificar necesidades emocionales que, en muchos casos, no se expresan de forma explícita. A través de una comunicación empática, respetuosa y clara, las enfermeras contribuyen a la construcción de una relación terapéutica basada en la confianza, el respeto mutuo y la comprensión, elementos que resultan clave para disminuir el sufrimiento emocional y fortalecer la capacidad de afrontamiento frente a la enfermedad oncológica. Asimismo, las enfermeras facilitan y promueven la participación de los pacientes y sus familias en grupos de apoyo, reconociendo el valor que estos espacios tienen en el proceso de adaptación a la enfermedad. Los grupos de apoyo permiten el intercambio de experiencias, el reconocimiento de emociones compartidas y la identificación con otras personas que atraviesan situaciones similares, lo que contribuye a normalizar las vivencias y reducir la sensación de aislamiento. Estas instancias favorecen el sentido de pertenencia, fortalecen las redes de soporte social y promueven una adaptación más saludable y consciente al proceso oncológico. De igual manera, las enfermeras brindan educación orientada al desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas, promoviendo el autocuidado, la expresión emocional adecuada y la búsqueda oportuna de apoyo. A través de la orientación y el acompañamiento, ayudan a los

pacientes y a sus familias a reconocer sus propios recursos personales y a utilizarlos de manera constructiva frente a las demandas emocionales de la enfermedad. Además, informan sobre los recursos disponibles, tanto a nivel institucional como comunitario, que pueden ofrecer apoyo emocional y psicosocial adicional, como servicios de psicología, trabajo social o redes comunitarias de apoyo. De esta forma, el cuidado de enfermería contribuye no solo al bienestar emocional del paciente oncológico, sino también al fortalecimiento emocional de su entorno familiar. Este enfoque integral y humanizado permite abordar la enfermedad desde una perspectiva más amplia, considerando las necesidades emocionales y sociales como parte esencial del proceso de atención, y favoreciendo una experiencia de cuidado más cercana, comprensiva y orientada a la calidad de vida (24).

2.3.5. Educación y empoderamiento

Las enfermeras juegan un papel vital en la educación del paciente, ya que a través de este proceso contribuyen de manera directa a mejorar la comprensión de la enfermedad y a fortalecer la participación activa del individuo en su propio cuidado. La educación en salud se constituye como una intervención fundamental dentro de la atención oncológica, debido a que permite disminuir la incertidumbre asociada al diagnóstico, reducir los niveles de ansiedad y favorecer una mayor adherencia a los tratamientos indicados. Un paciente informado tiende a sentirse más seguro, con mayor control sobre su situación de salud y con una actitud más participativa frente a su proceso terapéutico. En este marco, las enfermeras brindan información clara, oportuna y comprensible sobre el proceso de la enfermedad, explicando de manera sencilla su evolución, los objetivos del tratamiento y las distintas opciones terapéuticas disponibles. Esta información se adapta a las características, necesidades y nivel de comprensión de cada paciente, lo que facilita una mejor asimilación de los contenidos y evita la sobrecarga de información. Asimismo, orientan al paciente acerca de los posibles efectos secundarios asociados a los tratamientos oncológicos, proporcionando pautas para su identificación temprana y para su manejo adecuado. Este conocimiento resulta esencial para que el paciente pueda reconocer oportunamente señales de alarma, solicitar ayuda cuando sea necesario y enfrentar los cambios físicos y emocionales de manera más preparada y segura. De igual forma, las enfermeras enseñan técnicas de autocuidado orientadas a preservar la salud, fortalecer las defensas del organismo y prevenir

posibles complicaciones. Entre estas acciones se incluyen la higiene adecuada, el cuidado de heridas, la protección de la piel, la prevención de infecciones y la adopción de hábitos nutricionales saludables acordes a la condición clínica del paciente. Estas intervenciones educativas no solo contribuyen a mejorar los resultados del tratamiento, sino que también promueven la autonomía del paciente, reforzando su capacidad para asumir un rol activo en el cuidado de su salud y afrontar el tratamiento de manera más efectiva. Finalmente, a través de la educación continua y del acompañamiento constante, las enfermeras empoderan a los pacientes para que participen activamente en la toma de decisiones relacionadas con su atención y tratamiento. Este empoderamiento favorece una relación colaborativa entre el paciente y el equipo de salud, basada en el respeto, la comunicación abierta y la confianza mutua. Además, promueve el reconocimiento de la individualidad del paciente, sus valores y preferencias, contribuyendo a una atención centrada en la persona y orientada a mejorar su calidad de vida y su bienestar integral a lo largo del proceso oncológico (24).

2.3.6. Coordinación de Atención

Las enfermeras actúan como defensoras del paciente dentro del sistema de salud, velando de manera constante por el respeto de sus derechos, necesidades y preferencias a lo largo de todo el proceso de atención. Este rol de defensa resulta especialmente relevante en el contexto oncológico, donde los pacientes suelen enfrentar procedimientos complejos, tratamientos prolongados y decisiones difíciles relacionadas con su salud. La labor de la enfermera implica asegurar que la voz del paciente sea escuchada y considerada, promoviendo una atención ética, segura y centrada en la persona, en la que se respeten su dignidad, autonomía y valores individuales. En este sentido, las enfermeras garantizan una comunicación clara, oportuna y efectiva entre el paciente, su familia y los distintos miembros del equipo de atención médica. A través de esta comunicación, facilitan la comprensión de la información clínica, resuelven dudas y contribuyen a que el paciente participe activamente en las decisiones relacionadas con su cuidado. Asimismo, actúan como mediadoras cuando surgen dificultades en la comunicación, asegurando que las necesidades y preocupaciones del paciente sean transmitidas adecuadamente al resto del equipo de salud, lo que favorece una atención continua y coherente. Las enfermeras coordinan y colaboran de manera estrecha con médicos, farmacéuticos,

trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, participando activamente en el desarrollo, implementación y evaluación de planes de atención integral. Esta colaboración interdisciplinaria permite abordar de forma conjunta y complementaria las múltiples necesidades del paciente oncológico, integrando no solo los aspectos clínicos y terapéuticos, sino también los componentes emocionales, sociales y psicosociales que influyen en su bienestar y en la adherencia al tratamiento. El trabajo en equipo fortalece la toma de decisiones y mejora la calidad de la atención brindada. Asimismo, las enfermeras desempeñan un rol clave en la facilitación de transiciones fluidas y seguras entre las diferentes modalidades de tratamiento, como la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Durante estas transiciones, proporcionan información clara, orientación práctica y apoyo emocional tanto al paciente como a su familia, ayudándolos a comprender cada etapa del proceso terapéutico y a prepararse para los cambios que puedan surgir. De esta manera, se reduce la incertidumbre, se previenen errores relacionados con la continuidad del cuidado y se favorece una experiencia de atención más organizada, humana y eficaz, centrada en las necesidades del paciente oncológico y de su entorno cercano (24).

2.3.7. Atención al final de la vida

Para los pacientes que se encuentran en etapas avanzadas del cáncer y en fase terminal, se brindan cuidados paliativos orientados a ofrecer una atención compasiva, digna y centrada en la persona durante el final de la vida. Este tipo de cuidado no persigue la curación de la enfermedad, sino que se enfoca en el alivio del sufrimiento y en la mejora de la calidad de vida tanto del paciente como de su familia, respetando de manera integral sus valores, creencias, deseos y preferencias. En este contexto, el objetivo principal es garantizar que el paciente transite esta etapa con el mayor confort posible, minimizando el dolor y promoviendo una experiencia de cuidado humanizada y respetuosa. Dentro de los cuidados paliativos, el personal de enfermería desempeña un rol fundamental al proporcionar medidas de comodidad que contribuyen al bienestar físico del paciente. Estas intervenciones incluyen el control eficaz del dolor y de otros síntomas frecuentes asociados a la enfermedad avanzada, tales como la disnea, las náuseas, la fatiga, el insomnio y la ansiedad. El manejo adecuado y oportuno de estos síntomas resulta esencial para reducir el malestar físico, prevenir el sufrimiento innecesario y favorecer un mayor

nivel de confort en esta etapa de la enfermedad. A través de una valoración continua y personalizada, las enfermeras ajustan los cuidados según la evolución del paciente, priorizando siempre su bienestar y dignidad. Asimismo, las enfermeras brindan un apoyo significativo a las necesidades emocionales y espirituales del paciente, reconociendo que estos aspectos adquieren una relevancia especial en el afrontamiento del final de la vida. Mediante la escucha activa, la presencia constante y una comunicación empática y respetuosa, acompañan tanto al paciente como a su familia en la expresión de emociones complejas como el miedo, la tristeza, la angustia o la incertidumbre. Este acompañamiento emocional permite generar un clima de confianza y contención, facilitando la aceptación del proceso y promoviendo una vivencia más serena de esta etapa. De igual manera, el personal de enfermería colabora de forma estrecha con los equipos de cuidados paliativos, integrando un enfoque interdisciplinario que favorece una atención más completa, coordinada y coherente. Este trabajo conjunto permite abordar de manera integral las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente, optimizando la calidad del cuidado brindado. Dentro de este marco colaborativo, las enfermeras facilitan y promueven los espacios de diálogo relacionados con la planificación de cuidados avanzados, fomentando la comunicación abierta sobre las preferencias del paciente, las decisiones al final de la vida y el respeto de su autonomía. Estas acciones contribuyen a garantizar que la atención recibida esté alineada con los deseos y valores del paciente, evitando intervenciones innecesarias y priorizando el bienestar y la dignidad en el proceso de morir. De esta manera, el cuidado de enfermería en el contexto de los cuidados paliativos no solo acompaña al paciente en el alivio del sufrimiento, sino que también brinda soporte a la familia, fortaleciendo el acompañamiento y la calidad del cuidado en la etapa final de la enfermedad (24).

2.3.8. Seguridad del paciente

Las enfermeras priorizan de manera constante la seguridad del paciente en el entorno oncológico, considerando que los tratamientos y procedimientos asociados a esta enfermedad conllevan un alto riesgo de complicaciones y eventos adversos. La complejidad de los esquemas terapéuticos, la fragilidad clínica de muchos pacientes y los efectos secundarios propios de los tratamientos hacen que la seguridad del paciente se convierta en un eje fundamental de la práctica de enfermería. En este sentido, la labor de la enfermera se orienta a la prevención de daños, a la detección precoz de riesgos y a la garantía de una atención continua, segura y de calidad durante toda la estancia hospitalaria y el seguimiento ambulatorio. Dentro de este marco, las enfermeras se adhieren rigurosamente a los protocolos establecidos para el control y la prevención de eventos adversos. Entre estas medidas se incluyen la correcta identificación del paciente, la aplicación de estrategias para la prevención de infecciones, la vigilancia estrecha de posibles reacciones adversas a medicamentos y la implementación de acciones destinadas a reducir el riesgo de caídas. Estas prácticas permiten disminuir la incidencia de complicaciones evitables y contribuyen a crear un entorno asistencial más seguro para el paciente oncológico, cuya condición suele implicar un mayor nivel de vulnerabilidad. Asimismo, las enfermeras garantizan la administración adecuada y segura de los medicamentos, lo que constituye una de las responsabilidades más críticas dentro del cuidado oncológico. Para ello, verifican de manera estricta las dosis prescritas, los horarios, las vías de administración y la compatibilidad de los fármacos, especialmente en el caso de los medicamentos oncológicos, que requieren un manejo cuidadoso, preciso y especializado debido a su potencial toxicidad. Esta vigilancia constante reduce el riesgo de errores en la medicación y favorece la efectividad del tratamiento. De igual manera, las enfermeras promueven un entorno seguro para los pacientes que reciben tratamiento, manteniendo condiciones adecuadas de higiene, orden y señalización, así como supervisando el uso correcto de dispositivos médicos y equipos terapéuticos. La correcta manipulación de estos elementos y la observación continua del paciente permiten prevenir accidentes y garantizar una atención más segura y eficiente. Estas acciones contribuyen a minimizar riesgos, favorecer la recuperación y mejorar el bienestar general del paciente durante su proceso de atención. Además, las enfermeras

cumplen un rol educativo fundamental al informar y orientar tanto a los pacientes como a sus familias sobre los riesgos potenciales asociados a la enfermedad y a los tratamientos oncológicos. Brindan recomendaciones claras y comprensibles para prevenir complicaciones, fomentar el autocuidado y reconocer signos de alerta que requieran atención inmediata. A través de esta educación continua, se fortalece la participación activa del paciente y de su entorno en la prevención de riesgos, promoviendo una atención más segura, consciente y colaborativa, en la que todos los actores involucrados contribuyen a la protección y al bienestar del paciente oncológico (24).

2.3.9. Cuidados espirituales al paciente oncológico

El cuidado espiritual requiere del conocimiento profundo de los aspectos ideológicos, culturales y de las creencias del individuo, ya que estos elementos proporcionan a la enfermería herramientas fundamentales para una adecuada conceptualización, planificación e implementación de las intervenciones de cuidado (10). Comprender la forma en que cada persona interpreta la vida, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte permite brindar una atención más humana, empática y respetuosa, coherente con sus valores y su sistema de creencias. Este entendimiento favorece el establecimiento de una relación terapéutica sólida, basada en la confianza, el respeto mutuo y la sensibilidad frente a las necesidades más profundas del paciente. La evaluación de los cuidados culturales y espirituales debe sustentarse en un análisis previo de la cultura del paciente, de sus creencias relacionadas con la salud y la enfermedad, así como de los valores, costumbres y prácticas que orientan su comportamiento y su forma de afrontar las situaciones de crisis. Este proceso no es lineal ni uniforme, ya que existen múltiples formas de pensamiento, religiones, idiosincrasias y tradiciones que influyen de manera significativa en la vivencia de la enfermedad. Por esta razón, el profesional de enfermería debe adoptar una actitud abierta, reflexiva y flexible, evitando prejuicios o interpretaciones estandarizadas, y promoviendo una atención verdaderamente centrada en la persona y en su contexto sociocultural. El abordaje integral de la dimensión espiritual tiene como finalidad ofrecer una atención adecuada que contribuya al mantenimiento o la recuperación de la salud, facilite el afrontamiento de las discapacidades y permita un acompañamiento respetuoso y digno durante el proceso de la muerte, tanto del paciente como de sus familiares. En situaciones de enfermedad crónica o terminal, el cuidado espiritual adquiere una relevancia particular, ya que puede aliviar el sufrimiento emocional, fortalecer la esperanza,

disminuir la ansiedad y favorecer una vivencia más serena y significativa del proceso de enfermedad. De este modo, la espiritualidad se convierte en un recurso importante para el afrontamiento, la adaptación y el bienestar integral del individuo. Dentro de este contexto, se desarrollan diversas intervenciones de enfermería orientadas al ámbito espiritual, las cuales buscan responder de manera sensible y respetuosa a las necesidades del paciente. Entre estas intervenciones se incluyen las siguientes:

- a. Acompañar: Se refiere a las actitudes del profesional de enfermería orientadas a la escucha activa, la presencia constante y la comprensión de las necesidades espirituales del paciente. Acompañar implica estar disponible de manera auténtica, ofrecer apoyo emocional y respetar los silencios, permitiendo que el paciente exprese libremente sus inquietudes, temores, dudas o creencias, sin juicios ni imposiciones. Esta presencia cercana contribuye a que el paciente se sienta comprendido y acompañado en su proceso.
- b. Orientar: Esta dimensión comprende el apoyo que brinda el personal de enfermería para facilitar la expresión de la espiritualidad del paciente. Incluye la identificación de sus creencias, valores y prácticas espirituales, así como la orientación necesaria para que pueda acceder a recursos espirituales o religiosos que le resulten significativos, tales como el contacto con líderes religiosos, espacios de oración o rituales propios de su fe.
- c. Fomentar la esperanza: Incluye aquellas actitudes destinadas a reconfortar al paciente y fortalecer su sentido de esperanza. Estas pueden manifestarse a través de palabras de aliento, gestos de apoyo, la expresión de plegarias o la facilitación de la conexión con una entidad divina, siempre de acuerdo con las creencias, deseos y voluntades del paciente. Esta intervención busca brindar consuelo, promover una actitud positiva y fortalecer el afrontamiento frente a la enfermedad y sus consecuencias.
- d. Brindar seguridad: Corresponde a las acciones dirigidas al paciente que refuerzan y validan los cuidados espirituales proporcionados durante el proceso de atención. Implica transmitir tranquilidad, respeto y confianza, asegurando al paciente que sus creencias, valores y necesidades espirituales son reconocidos y considerados como parte integral de su cuidado. De esta manera, se favorece un entorno de atención más humano, seguro y coherente con la dignidad de la persona (25).

3. Antecedentes de investigación

3.1. Internacional

Elkhaloufi et al. Association Between Religiosity, Depression, and Anxiety Among Moroccan Cancer Patients. Marruecos, 2022.

El estudio concluye que realizar prácticas religiosas disminuye significativamente el riesgo de sufrir depresión y/o ansiedad. Estos hallazgos sugieren que la religiosidad es importante para los pacientes con cáncer en Marruecos y también se asocia con una mejor calidad de vida (26).

Oliveira et al. Spirituality in Coping with Pain in Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. Brazil, 2021.

El estudio concluye que la espiritualidad ha sido identificada como una estrategia de afrontamiento adaptativa y un predictor de mejor calidad de vida en pacientes con cáncer. La fe es una estrategia para el enfrentamiento del dolor, en particular del dolor neuropático, minimizando su intensidad. Por otro lado, mayores niveles de paz interior permiten aumentar la conciencia de la sensación dolorosa (27).

Xing et al. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. Estados Unidos, 2018.

El estudio concluye las intervenciones espirituales pueden mejorar el bienestar espiritual y la calidad de vida, y reducir la depresión, la ansiedad y la desesperanza de los pacientes con cáncer (28).

3.2. Nacional

Amado Joyce. Bienestar y afrontamiento religioso en pacientes oncológicos adultos. Lima, 2020.

El estudio concluye que existe relación entre el afrontamiento religioso positivo y el bienestar referentes a las áreas del afecto positivo y del florecimiento (29).

Cacñahuaray Karen. Nivel de bienestar espiritual en pacientes oncológicos en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Lima Perú 2018.

El estudio concluye que un nivel moderado de bienestar espiritual (67.2%), seguido del alto (19%) y bajo (13.8%) (30).

3.3. Local

Parra Kelly. Afrontamiento-adaptación y sufrimiento del familiar de paciente con enfermedad oncológica, servicio de Onco-Hematología, H.N.C.A.S.E. - Essalud, Arequipa 2019.

El estudio concluye que 90.6% de los familiares presentó alta capacidad de adaptación y afrontamiento, 76.1% presenta sufrimiento, se determinó que la el sufrimiento familiar presenta relación significativa con el afrontamiento y adaptación (31).

Medrano Rosa; Rodriguez Coraima. Nivel de incertidumbre y desesperanza aprendida en pacientes con cáncer de cuello uterino del IREN Sur, Arequipa 2018. Nivel de incertidumbre y desesperanza aprendida en pacientes con cáncer de cuello uterino del IREN Sur, Arequipa 2018.

El estudio señala que las pacientes presentaron un nivel alto de incertidumbre, las características que influyen son el grado de instrucción y el tratamiento. La desesperanza fue leve, finalmente se determinó que existe relación significativa entre las variables (20).

4. Objetivos

1. Especificar el nivel de bienestar espiritual de los pacientes oncológicos en quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.
2. Calcular el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica en pacientes de quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.
3. Definir la relación entre el bienestar espiritual con el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica en pacientes de quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

5. Hipótesis

Dado que el, bienestar espiritual representa un estado de equilibrio, armonía y conexión interna entre el propósito personal en la vida y la práctica de valores y creencias, en el paciente oncológico, el bienestar espiritual juega un papel fundamental en su capacidad de adaptación frente a la enfermedad, la cual se expresará en la autogestión de la salud.

Es probable que, exista una relación significativa entre el bienestar espiritual con el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica, en pacientes de quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.



CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica e instrumento

1.1. Técnica

En la presente investigación, para la medición de ambas variables, se empleó la técnica de la encuesta, utilizando como instrumento el cuestionario.

1.2. Instrumento

Los instrumentos empleados en la investigación científica deben cumplir con ciertos criterios fundamentales para ser considerados válidos desde una perspectiva metodológica. Entre estos criterios destacan la confiabilidad, entendida como la consistencia en los resultados obtenidos, y la validez, que alude a la capacidad del instrumento para medir de manera exacta y adecuada la variable de interés (3).

En cuanto a la revalidación de instrumentos, si el instrumento primario utilizado en la investigación cumple con los criterios establecidos para medir la variable de interés, no hay necesidad de revalidación. Esto se debe a que la validez del instrumento principal ya se ha establecido y verificado. A continuación, se presentan instrumentos validados y confiables para población peruana y realizados en pacientes oncológicos, es por esta fundamentación que, en este estudio, no se realizará la validación por juicio de expertos, ni aplicará prueba piloto, dado que, estos instrumentos, ya cuentan con las características antes mencionadas, que los hacen certeros para poder medir las variables de este estudio (32).

1.2.1. Para la variable independiente: Bienestar espiritual

Se aplicó la escala de bienestar espiritual en el paciente oncológico, el cual es de autoría de Ellisonx, validada al español por Miñope S, expuesto en el estudio de Cacñahuaray, Karol la escala demostró una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.93.

El instrumento consta de 20 ítems que presentan una escala tipo Likert de 1 a 6, dónde 1 es totalmente desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo. El puntaje total se categoriza de la siguiente manera:

- Bienestar espiritual alto: 100 a 120 puntos
- Bienestar espiritual moderado: 41 a 99 puntos
- Bienestar espiritual bajo: 20 a 40 puntos (30).

Dimensión	Ítems	Baremo
Bienestar religioso	1-10	- Alto: 50 a 60 puntos - Moderado: 21 a 49 puntos - Bajo: 10 a 20 puntos
Bienestar existencial	11-20	- Alto: 50 a 60 puntos - Moderado: 21 a 49 puntos - Bajo: 10 a 20 puntos

Fuente: Cacñahuaray K. Nivel de bienestar espiritual en pacientes oncológicos en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Lima Perú 2018 (30).

1.2.2. Para la variable dependiente: Adaptación a la enfermedad oncológica

Se aplicó la escala de adaptación en el paciente oncológico, la cual fue diseñada por Gonzales Karla, Calderón, José Luis, validada por el juicio de tres expertos del área y confiable con un alfa de Cronbach de 0.85.

El instrumento presenta 25 ítems; su calificación se realiza de acuerdo a escala de Likert, sí corresponde a 3 puntos, a veces 2 puntos y 1 punto cuando es no.

La calificación corresponde a:

- Adaptación adecuada (60-75 puntos)
- Adaptación en proceso (43-59 puntos)
- Adaptación inadecuada (25-42 puntos) (33).

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

La investigación se llevó a cabo en el servicio de quimioterapia ambulatoria del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, ubicado en la avenida La Salud s/n, en el distrito de Cercado de la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

El estudio fue desarrollado desde junio a agosto del 2025.

2.3. Unidades de estudio

Pacientes en quimioterapia ambulatoria del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur

2.3.1. Universo

El universo fue de 80 pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio, esta cantidad, corresponde al número de atenciones en el servicio de Quimioterapia, en un mes.

2.3.2. Muestra

El estudio fue aplicado al universo, por tanto, no se precisa de muestra

2.3.2.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes adultos de ambos sexos, que reciben quimioterapia
- Pacientes que deseen participar del estudio
- Pacientes mayores de edad (18 años a más)

2.3.2.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes hospitalizadas en servicio de Oncología
- Pacientes menores de edad (Menores de 18 años)
- Pacientes que no sepan leer o escribir

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- Proyecto de tesis: Se presentó a la Facultad de Enfermería, luego de levantadas las observaciones realizadas por el jurado y la asesora, se procedió a presentarlo a la unidad de investigación del IREN.
- Ejecución: Previa autorización de la unidad, se gestionó con la jefatura del servicio de Quimioterapia, los días y horas para la aplicación de los instrumentos. A los pacientes se realizó la educación pertinente para que decidan si desean participar del estudio, luego se refrendó con la firma del consentimiento informado, inmediatamente, se entregaron los instrumentos a los pacientes para que puedan llenarlos.
- Análisis: La información recolectada fue procesada por medio de una matriz de en Excel, luego se analizó por SPSS V.22.0 y finalmente se presentaron en tablas y gráficos. Para las pruebas de análisis interferencial, se aplicaron pruebas de normalidad en los datos, según estos análisis, se estableció la prueba de correlación de Rho de Spearman, para determinar la asociación entre las variables.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadora
- Asesora

3.2.2. Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

3.2.3. Financieros

Autofinanciado



CAPÍTULO III
RESULTADOS

Tabla 1
Población de estudio según edad y sexo

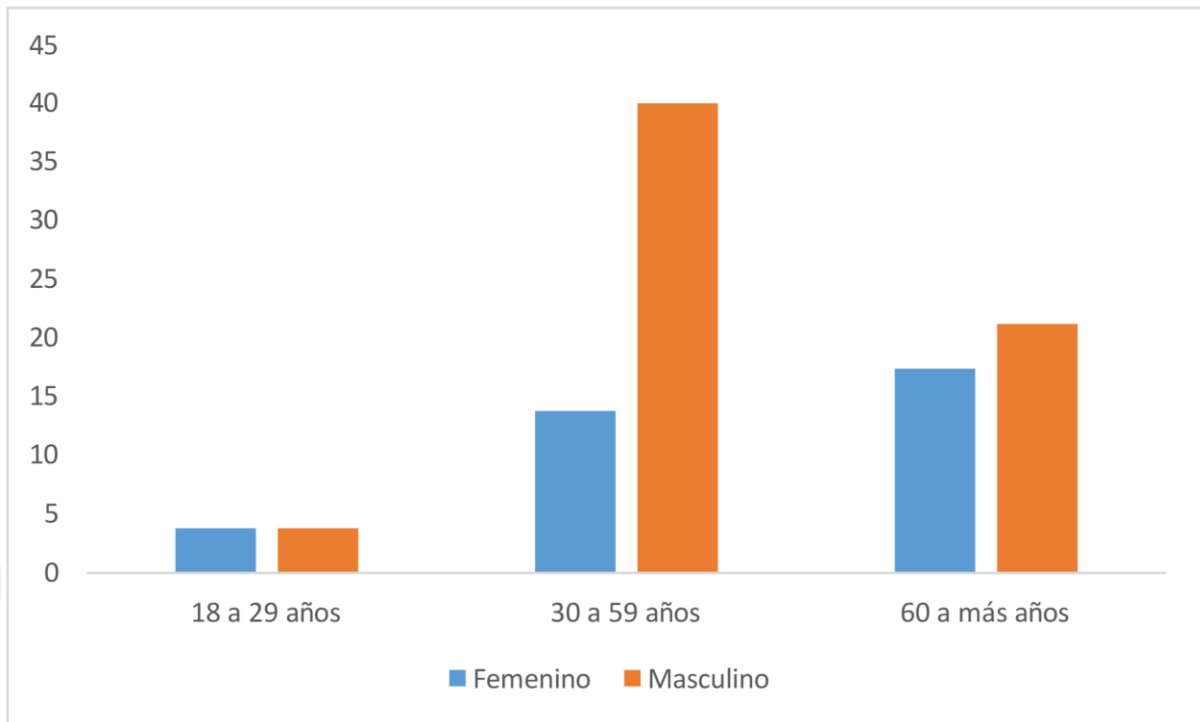
	Sexo				Total		
	Femenino		Masculino		F	%	
	F	%	F	%			
Edad							
	18 a 29 años	3	3,80	3	3,80	6	7,60
	30 a 59 años	11	13,80	32	40,00	43	53,80
	60 a más años	14	17,40	17	21,20	31	38,60
	Total	28	35,00	52	65,00	80	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se aprecia que el 53.8% de los pacientes tienen edades entre 30 a 59 años, 38.8% de 60 a más años y 7.5% de 18 a 29 años. Según el sexo se evidencia que 65% son varones y 35% mujeres.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes oncológicos presentan edades entre 30 a 59 años y son varones.

Figura 1
Población de estudio según edad y sexo



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2
Población de estudio según grado de instrucción

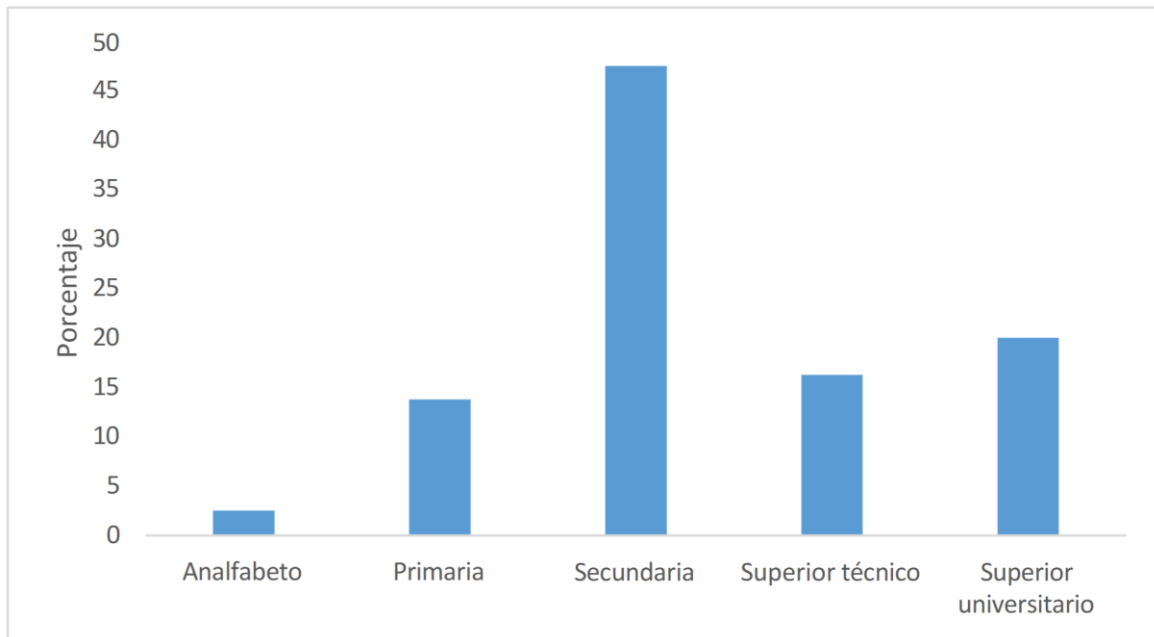
Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	2	2,50
Primaria	11	13,80
Secundaria	38	47,50
Superior técnico	13	16,30
Superior universitario	16	20,00
Total	80	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se aprecia que 47.5% de los pacientes oncológicos presentan grado de instrucción de secundaria, 20% superior universitario, 16.3% superior técnico, 13.8% primaria y 2.5% analfabeto.

Se determina que cerca de la mitad de pacientes tienen grado de instrucción de secundaria, cerca de la cuarta parte superior universitaria.

Figura 2
Población de estudio según grado de instrucción



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3
Población de estudio según situación conyugal

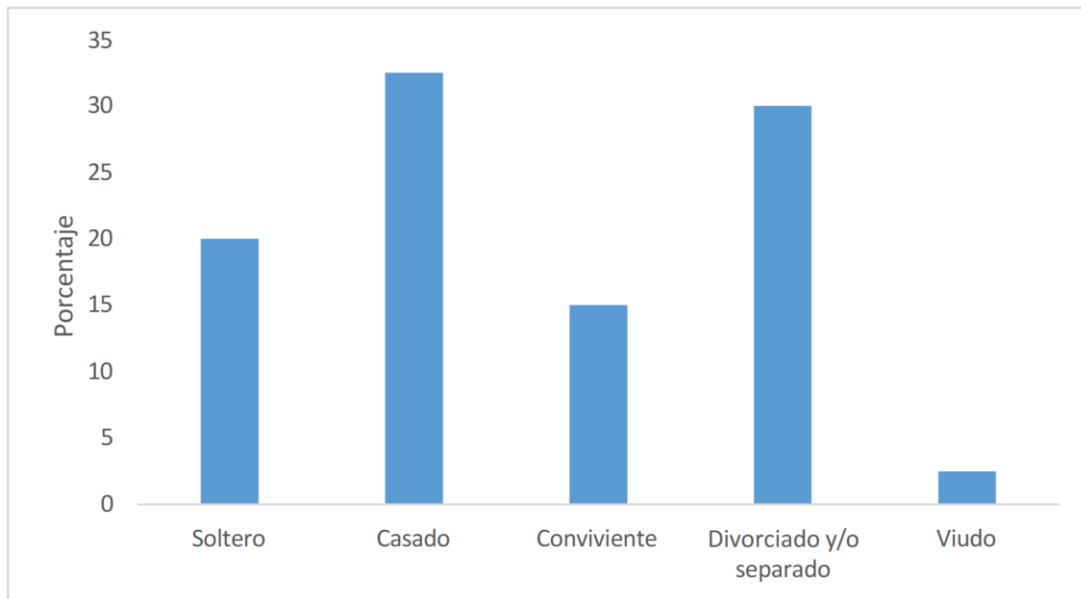
Situación conyugal	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	16	20,00
Casado	26	32,50
Conviviente	12	15,00
Divorciado y/o separado	24	30,00
Viudo	2	2,50
Total	80	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se aprecia que 32.5% de los pacientes oncológicos presentan una situación conyugal de casados, 30% divorciados y/o separados, 20% solteros, 15% convivientes y 2.5% son viudos. Se determina que más de la cuarta parte de pacientes presentan una situación conyugal de casados y divorciados, respectivamente.

Figura 3

Población de estudio según situación conyugal



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4
Población de estudio según ingresos económicos

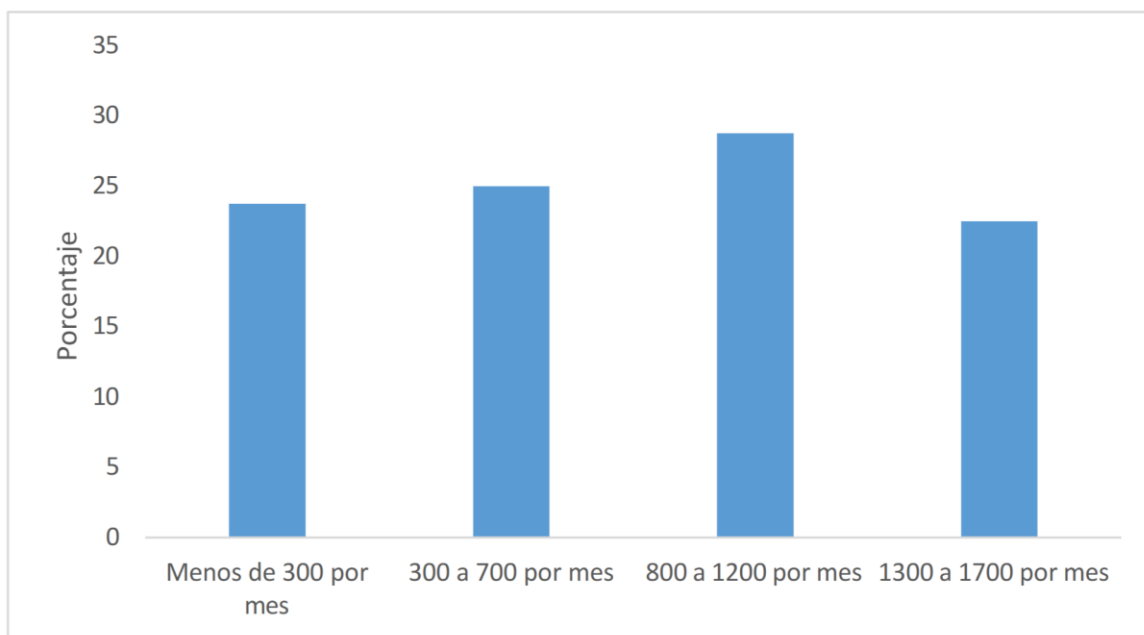
Ingreso económico mensual	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 300 por mes	19	23,80
300 a 700 por mes	20	25,00
800 a 1200 por mes	23	28,70
1300 a 1700 por mes	18	22,50
Total	80	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el 28.7% de los pacientes tiene un ingreso económico mensual entre 800 y 1200 soles, el 25% entre 300 y 700 soles, el 23.8% menos de 300 soles y el 22.5% entre 1300 y 1700 soles.

Considerando el sueldo básico en Perú para 2025, que es de 1130 soles (39), se determina que aproximadamente una cuarta parte de los pacientes percibe un ingreso superior a este monto, mientras que más de la mitad no alcanza el sueldo básico.

Figura 4
Población de estudio según ingresos económicos



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5
Población de estudio según lugar de procedencia

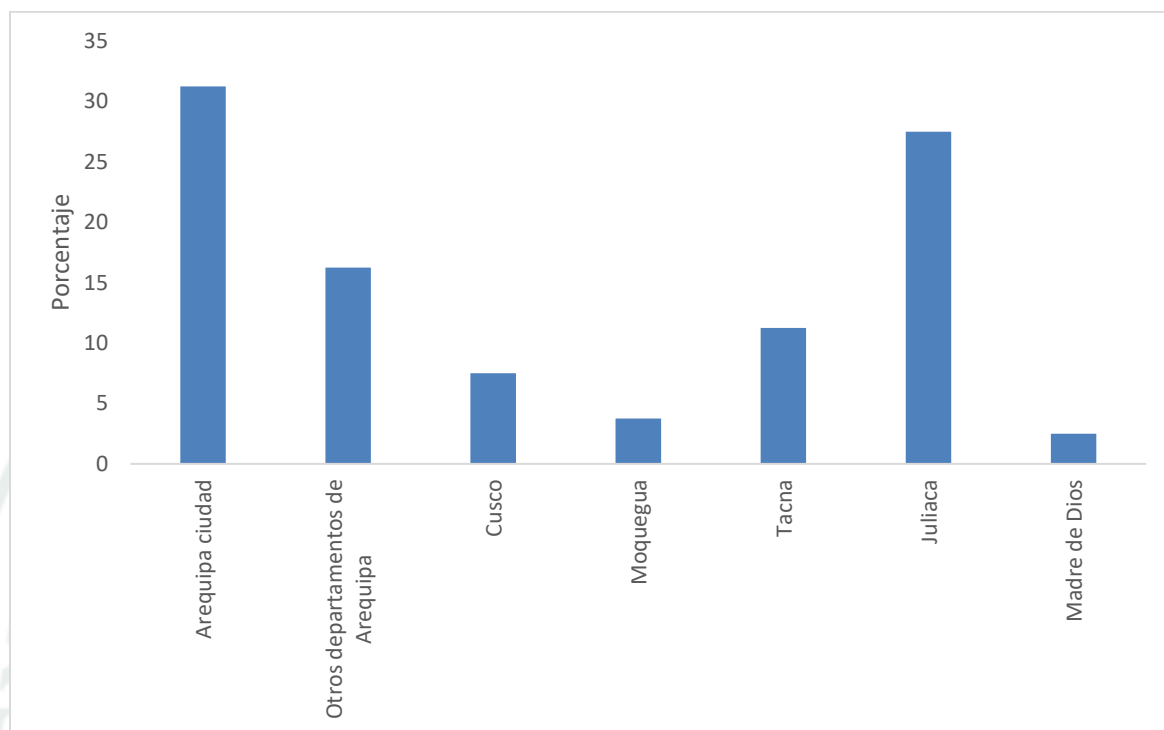
Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Arequipa ciudad	25	31,30
Otros departamentos de Arequipa	13	16,30
Cusco	6	7,50
Moquegua	3	3,80
Tacna	9	11,30
Juliaca	22	27,50
Madre de Dios	2	2,50
Total	80	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que 31.3% de pacientes oncológicos son de la ciudad de Arequipa, 27.5% de la ciudad de Juliaca, 16.3% de otros departamentos de Arequipa, 11.3% de Tacna, 7.5% de Cusco, 3.8% de Moquegua y 2.5% de Madre de Dios.

Se determina que más de la cuarta parte de los pacientes oncológico son provenientes de la ciudad de Arequipa.

Figura 5
Población de estudio según lugar de procedencia



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6
Población de estudio según religión

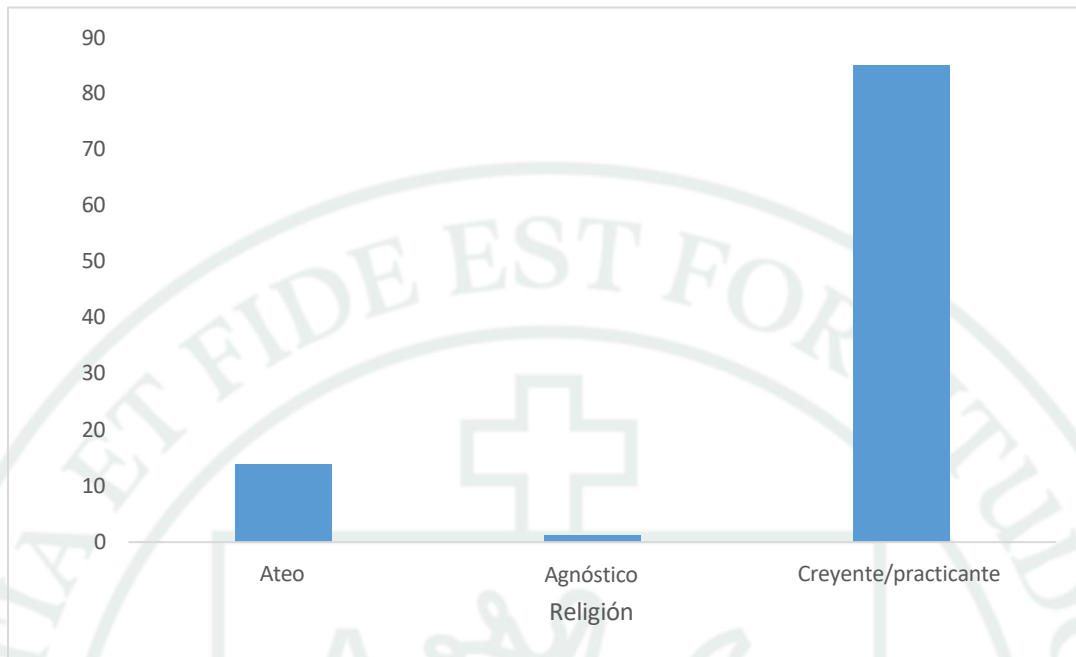
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Ateo	11	13,80
Agnóstico	1	1,30
Creyente/practicante (católicos)	68	85,00
Total	80	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se identifica que 85% de los pacientes oncológicos son creyentes, practicantes de la religión católica, 13.8% son ateos y 1.3% son agnósticos.

La mayoría de pacientes oncológicos, es creyente/practicante de la religión católica.

Figura 6
Población de estudio según religión



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7
Población de estudio según diagnóstico médico

Diagnóstico médico	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer de cuello	20	25,00
Cáncer de mama	12	15,00
Cáncer de ovario	2	2,50
Cáncer de colon	3	3,80
Cáncer de vías biliares	1	1,30
Cáncer de hígado	1	1,30
Cáncer de páncreas	2	2,50
Cáncer de pulmón	3	3,80
Cáncer gástrico	1	1,30
Cáncer de piel	5	6,30
Cáncer de ano	1	1,30
Cáncer de próstata	2	2,50
Cáncer de vejiga	1	1,30
Cáncer de recto	6	7,50
Linfoma no Hodgkin	10	12,50
Sarcoma	10	12,50
Total	80	100,00

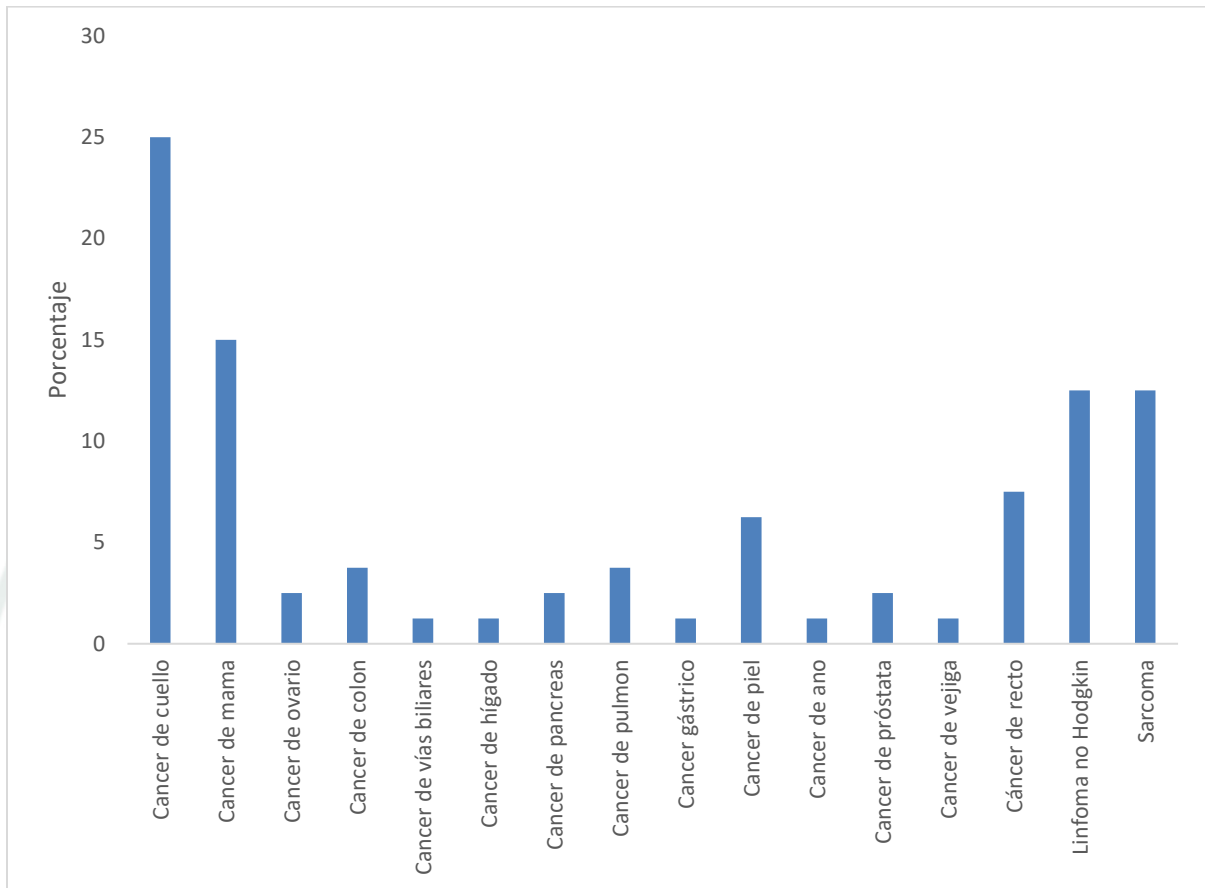
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se puede identificar que el diagnóstico médico de los pacientes oncológicos fuer en el 25% cáncer de cuello uterino, 15% cáncer de mama (mujeres); 12.5% linfoma no Hodgkin, 12.5% sarcoma, 7.5% cáncer de recto, 6.3% cáncer de piel, entre otros.

Se evidencia que, en más de la cuarta parte de pacientes oncológicos, el cáncer que es más frecuente en mujeres es cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, seguido del sarcoma y linfoma no Hodgkin (para ambos sexos).



Figura 7
Población de estudio según diagnóstico médico



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8
Población de estudio según bienestar espiritual

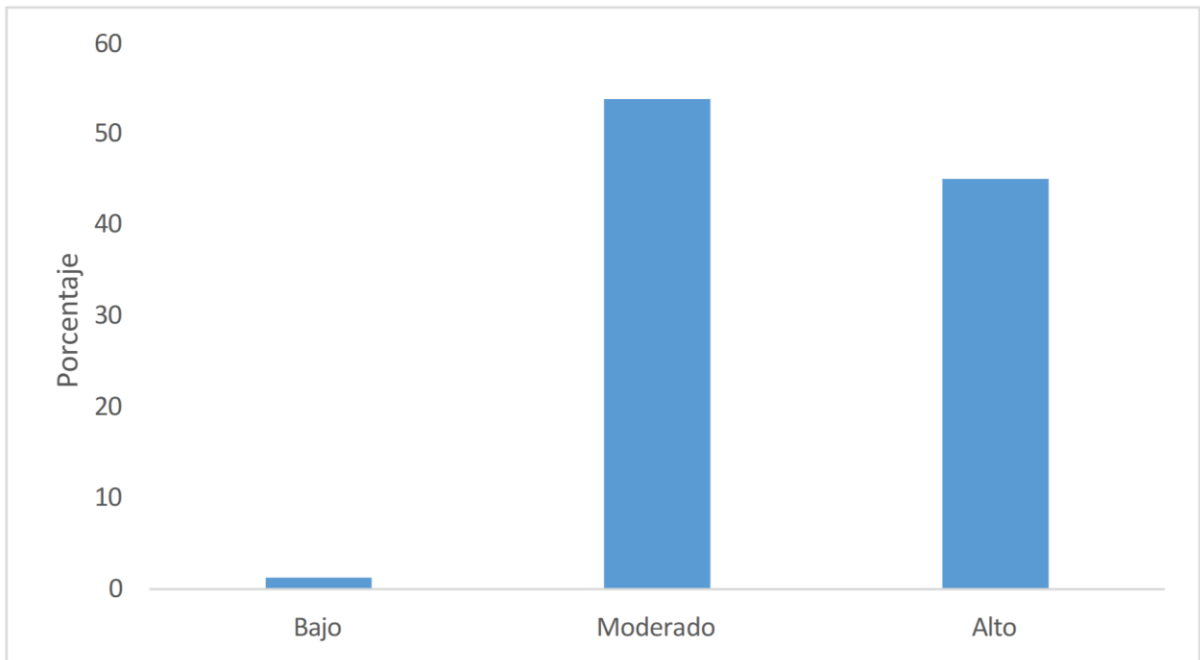
Bienestar espiritual	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	1,30
Moderado	43	53,80
Alto	36	45,00
Total	80	100,00

Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia que 53.8% de los pacientes oncológicos presentan un nivel de bienestar moderado, 45% alto y 1.3% bajo.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes oncológicos presentan un nivel moderado de bienestar espiritual, lo cual según Reinken D (40), indicaría un sentido de equilibrio entre la aceptación de la situación y la búsqueda de significado.

Figura 8
Población de estudio según bienestar espiritual



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9
Población de estudio según dimensiones del bienestar espiritual

Dimensiones		Frecuencia	Porcentaje
Bienestar existencial	Bajo	1	1,20
	Moderado	27	33,80
	Alto	52	65,00
	Total	80	100,00
Bienestar religioso	Bajo	1	1,20
	Moderado	57	71,30
	Alto	22	27,50
	Total	80	100,00

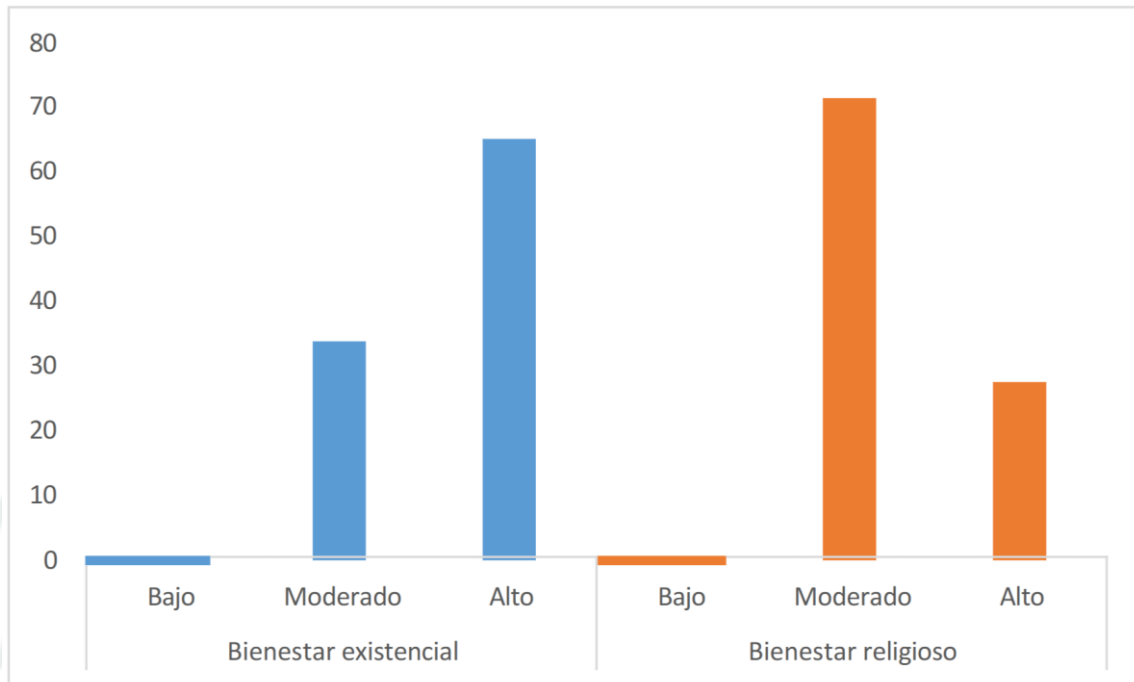
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se aprecia que, según las dimensiones del bienestar espiritual, 65% de los pacientes presenta un bienestar existencial alto y 71.3% presenta un bienestar religioso moderado.

Se demuestra que más de la mitad de pacientes oncológicos presenta un bienestar existencial alto y cerca de las tres cuartas partes moderado. Según Reinken D (40), indicaría que los pacientes oncológicos sienten un fuerte sentido de propósito, significado y conexión con la vida, favoreciendo su capacidad para enfrentar el diagnóstico y los tratamientos. Por otro lado, mantienen una relación activa pero no completamente estable o plena con sus creencias religiosas.

Figura 9

Población de estudio según dimensiones del bienestar espiritual



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10
Población de estudio según adaptación frente a la enfermedad oncológica

Adaptación	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuada	0	0,00
En proceso	24	30,00
Adecuada	56	70,00
Total	80	100,00

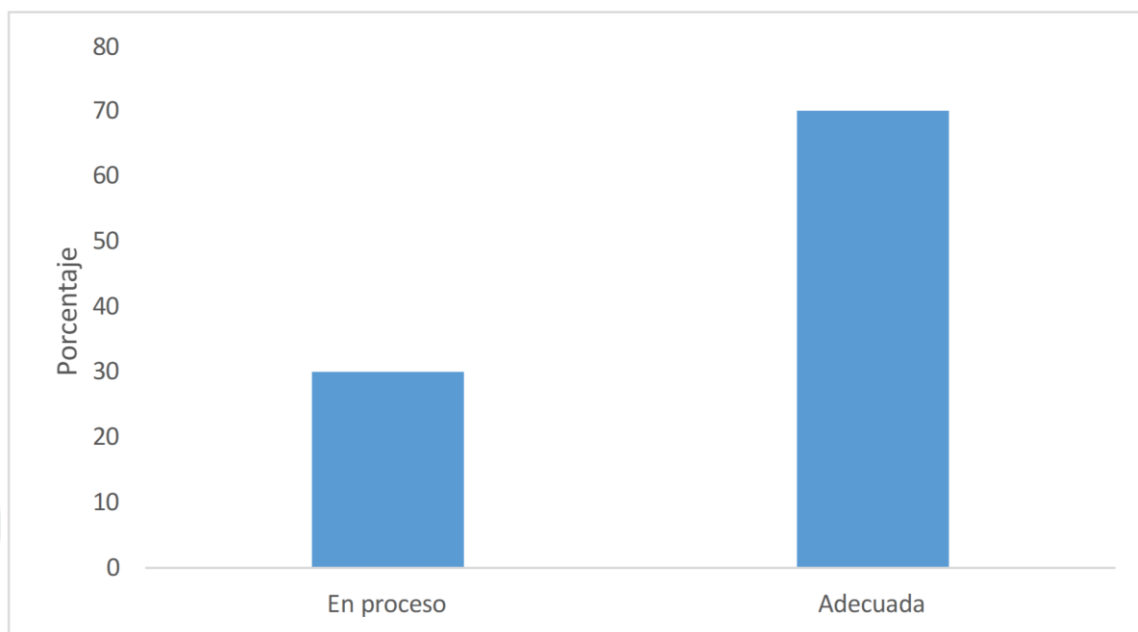
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se aprecia que 70% de los pacientes oncológicos presenta una adecuada adaptación frente a la enfermedad oncológica, 30% se encuentra en proceso.

Se evidencia que cerca de las tres cuartas partes de pacientes oncológicos presenta una adaptación adecuada y más de la cuarta parte está en proceso. Según Fradelos E (41) indicaría que los pacientes han logrado un manejo efectivo de los cambios físicos, emocionales y sociales derivados del diagnóstico y tratamiento oncológico, reflejando una aceptación y afrontamiento positivo.

Figura 10

Población de estudio según adaptación frente a la enfermedad oncológica



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11**Población de estudio según dimensiones de adaptación frente a la enfermedad oncológica**

Dimensiones de adaptación	Media	Desviación estándar
Fisiológico	62.4	7.10
Autoconcepto	19.1	2.80
Desempeño dominio del rol	9.4	1.90
Modo interdependiente	13.5	2.00

Fuente: Elaboración propia.

La tabla muestra las medias y desviaciones estándar de las dimensiones de adaptación frente a la enfermedad oncológica, considerando los aspectos específicos evaluados en cada una. En la dimensión fisiológica (media 62.4, DE 7.1), se evalúa la capacidad del paciente para valerse por sí mismo en actividades básicas como comer, bañarse y vestirse, así como la adherencia a indicaciones médicas, manejo del dolor y síntomas derivados del tratamiento, y participación en actividades físicas y de ocio. El nivel promedio alto indica que la mayoría de pacientes logra mantener un buen funcionamiento físico y control de síntomas, lo que favorece su independencia y calidad de vida diaria a pesar de la enfermedad.

En la dimensión autoconcepto (media 19.1, DE 2.8), que mide la aceptación de los cambios físicos, la percepción de valía personal, y la satisfacción con su imagen y capacidades, los resultados reflejan que los pacientes mantienen una actitud mayoritariamente positiva hacia sí mismos y logran adaptarse a las transformaciones corporales causadas por la enfermedad y el tratamiento, lo cual es crucial para preservar la autoestima y la salud mental. En desempeño o dominio del rol (media 9.4, DE 1.9), que examina la habilidad para cumplir con las expectativas familiares y sociales, la satisfacción con sus roles actuales y la motivación para nuevas actividades, se observa un nivel moderado, lo que puede indicar que algunos pacientes enfrentan limitaciones para desempeñarse igual que antes, posiblemente afectando su sentido de utilidad y pertenencia.

Finalmente, en el modo interdependiente (media 13.5, DE 2.0), que valora la expresión de sentimientos, la satisfacción con las relaciones sociales, la importancia del contacto social y la

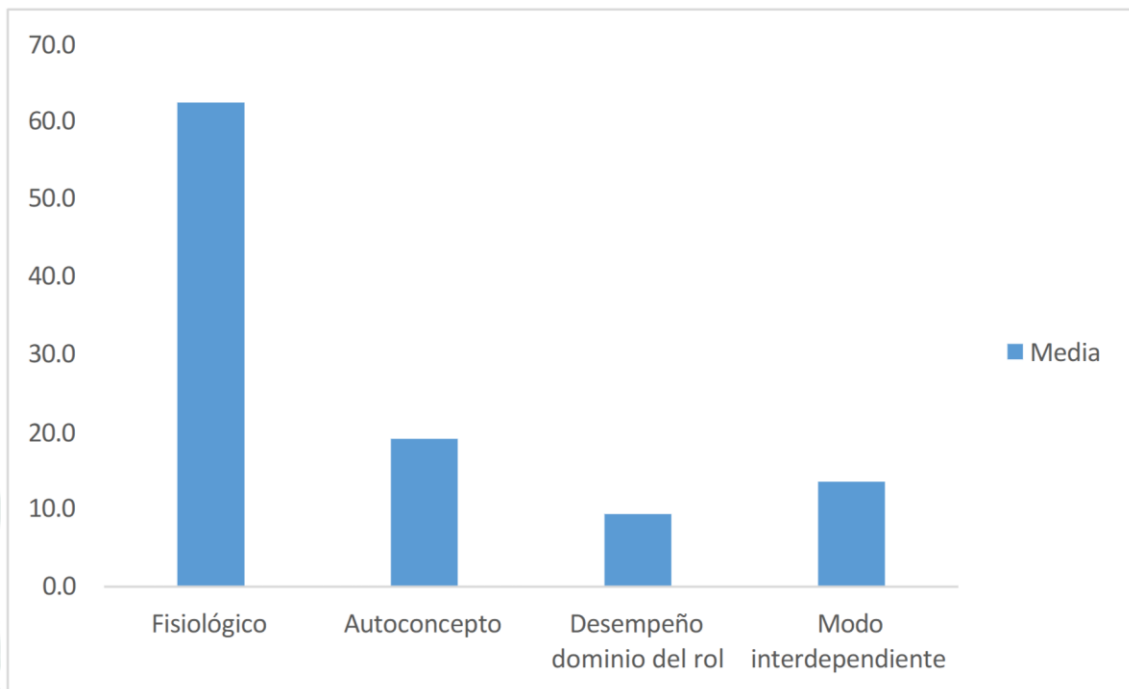
percepción de ser un miembro valioso de la familia y grupo de amigos, los pacientes mantienen una puntuación alta, mostrando que, aunque las relaciones sociales y el apoyo emocional siguen siendo importantes, puede existir variabilidad en su expresión y en la integración social durante el proceso de adaptación a la enfermedad.

Se infiere que la población oncológica estudiada presenta una adecuada adaptación física y psicológica, con fortalezas en el autoconcepto y el soporte social, pero con cierto impacto en el desempeño de roles sociales y actividades cotidianas.



Figura 11

Población de estudio según dimensiones de adaptación frente a la enfermedad oncológica



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12

Relación entre bienestar espiritual con adaptación frente la enfermedad oncológica

		Adaptación				Total	
		En proceso		Adecuada		F	%
		F	%	F	%		
Bienestar espiritual	Bajo	1	1,30	0	0,00	1	1,30
	Moderado	13	16,30	30	37,50	43	53,80
	Alto	10	12,50	26	32,50	36	45,00
Total		24	30,00	56	70,00	80	100,00

Rho Spearman = 0.159 Sig = 0.160

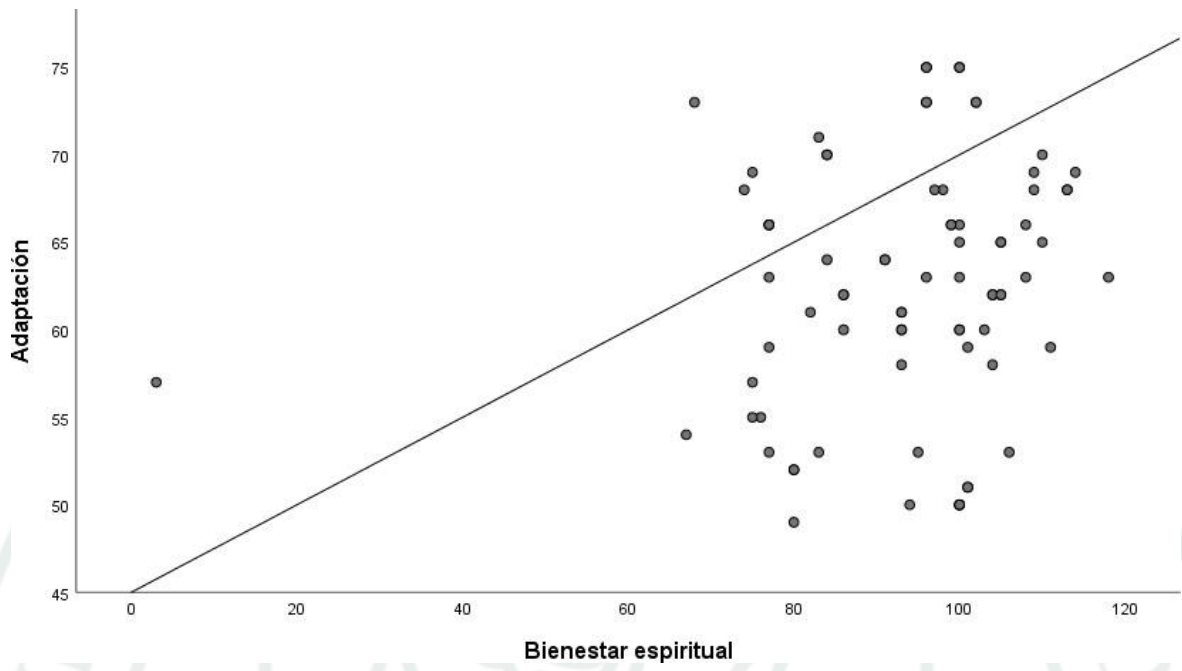
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se aprecia que del 53.8% de pacientes oncológicos con bienestar espiritual moderado el 37.5% presentan una adaptación frente la enfermedad oncológica adecuada, por otro lado, el 45% que presentan un bienestar espiritual alto el 32.5% presenta una adaptación adecuada.

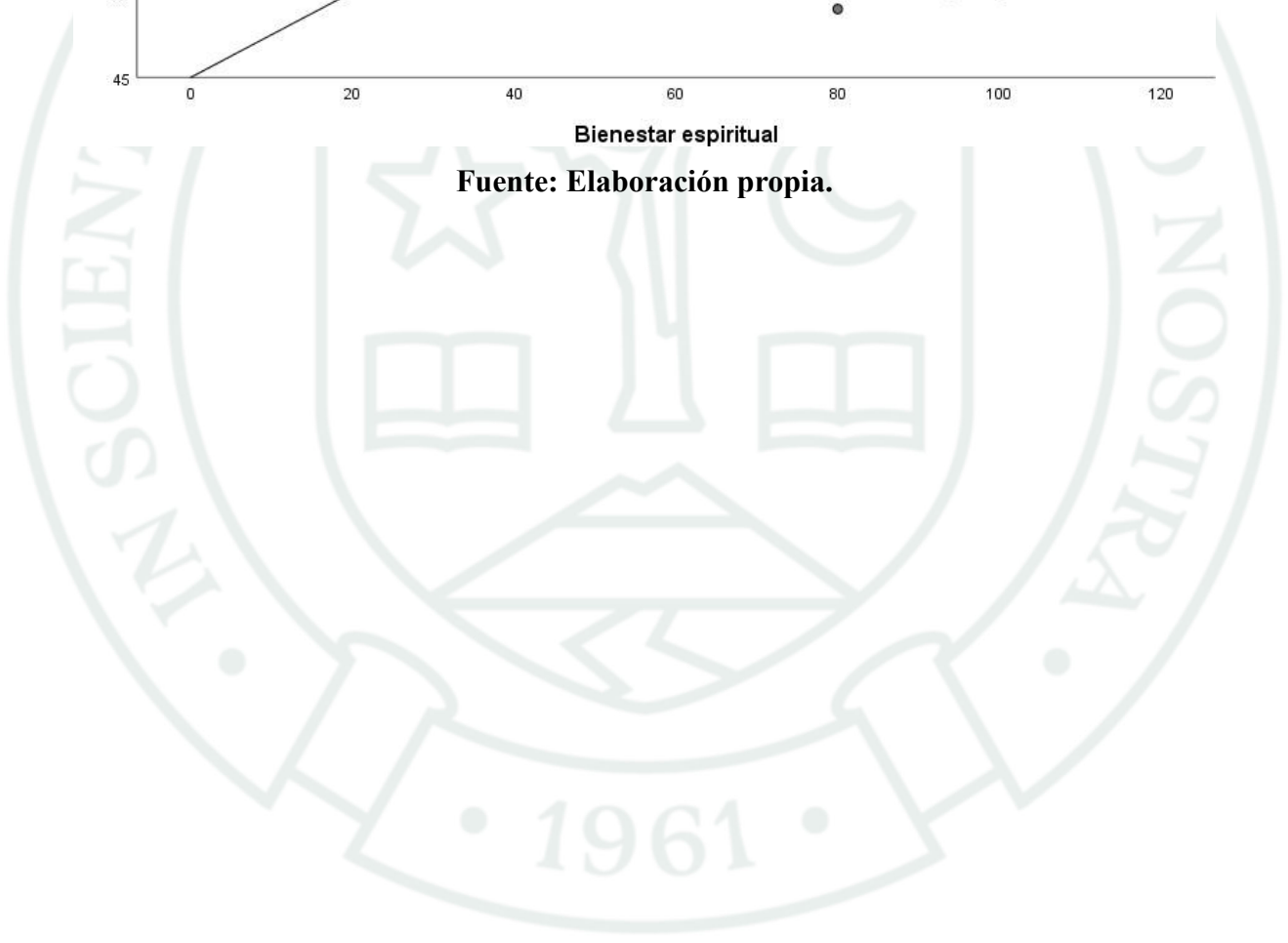
Al análisis de correlación de Spearman se determina que no existe relación significativa entre el bienestar espiritual con la adaptación frente la enfermedad oncológica en pacientes con tratamiento de quimioterapia ambulatoria del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Figura 12

Relación entre bienestar espiritual con adaptación frente la enfermedad oncológica



Fuente: Elaboración propia.



DISCUSIÓN

El cáncer representa una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, constituyendo no solo un desafío médico, sino también un evento traumático que impacta profundamente la dimensión biopsicosocial y espiritual del individuo. Los pacientes oncológicos enfrentan múltiples estresores derivados del diagnóstico, los efectos adversos del tratamiento de quimioterapia y la incertidumbre sobre el pronóstico, lo que compromete significativamente su capacidad de adaptación y calidad de vida (34).

La literatura científica ha evidenciado que el bienestar espiritual emerge como un recurso fundamental en el proceso de afrontamiento de la enfermedad oncológica, funcionando como un mecanismo protector que facilita la adaptación psicológica y emocional. Sin embargo, la naturaleza de esta relación y su magnitud en el contexto peruano permanece insuficientemente explorada, particularmente en poblaciones que reciben tratamiento ambulatorio de quimioterapia en instituciones especializadas del sistema público de salud (27).

El objetivo general del presente estudio fue determinar la relación entre el bienestar espiritual con el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica en pacientes de quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Los resultados revelan que el 53.8% de los pacientes oncológicos presentan un nivel moderado de bienestar espiritual, seguido del 45% con nivel alto y apenas el 1.3% con nivel bajo. Al analizar las dimensiones específicas, se observa que el 65% presenta un bienestar existencial alto, mientras que el 71.3% muestra un bienestar religioso moderado. Estos hallazgos sugieren que, aunque los pacientes mantienen un fuerte sentido de propósito y significado en la vida (dimensión existencial), su relación con las creencias religiosas se encuentra en un estado de ajuste y búsqueda de equilibrio.

Los hallazgos del presente estudio muestran consistencia parcial con la investigación de Cacñahuaray, Karol quien reportó un nivel moderado de bienestar espiritual en el 67.2% de pacientes oncológicos en Lima, comparado con el 53.8% encontrado en nuestro estudio (30). Esta diferencia podría atribuirse a variables sociodemográficas y culturales específicas del contexto arequipeño, donde el 85% de participantes se identifica como creyente/practicante católico, sugiriendo que la religiosidad prevalente puede influir en la manifestación del bienestar espiritual.

La predominancia del bienestar existencial alto (65%) sobre el religioso moderado (71.3%) contrasta con los postulados teóricos que sugieren una mayor integración entre ambas dimensiones. Este patrón puede explicarse por el proceso de reevaluación existencial que experimentan los pacientes oncológicos, quienes tienden a desarrollar un mayor sentido de propósito y significado como mecanismo de afrontamiento, mientras que sus creencias religiosas pueden verse temporalmente desestabilizadas por la experiencia del sufrimiento.

Respecto al segundo objetivo, los resultados indican que el 70% de los pacientes presenta una adaptación adecuada frente a la enfermedad oncológica, mientras que el 30% se encuentra en proceso de adaptación. El análisis dimensional revela que la dimensión fisiológica obtuvo la puntuación más alta (media 62.4), seguida del modo interdependiente (media 13.5), autoconcepto (media 19.1) y desempeño del rol (media 9.4), evidenciando fortalezas en el funcionamiento físico y las relaciones sociales, pero con cierto impacto en el desempeño de roles cotidianos.

Ante lo señalado anteriormente, se puede apreciar que el elevado porcentaje de adaptación adecuada (70%) supera los reportes de estudios internacionales, como lo demuestra el estudio de Spagnoletti et al; Oliveira et al y Lu Xing et al; lo cual podría relacionarse con características resilientes específicas de la población peruana, así como con el soporte familiar y social característico de la cultura andina (26,27,28). La fortaleza observada en la dimensión fisiológica sugiere una efectiva adherencia terapéutica y manejo sintomatológico, mientras que las puntuaciones más bajas en desempeño del rol reflejan el impacto funcional esperado del tratamiento oncológico.

En cuanto al objetivo principal, el análisis de correlación de Spearman ($Rho = 0.159$, $p = 0.160$) demostró que no existe relación estadísticamente significativa entre el bienestar espiritual y la adaptación frente a la enfermedad oncológica en la población estudiada. La ausencia de correlación significativa entre bienestar espiritual y adaptación contrasta con los hallazgos de estudios internacionales como los de Oliveira et al, quienes demostraron que la espiritualidad constituye una estrategia de afrontamiento adaptativa. Esta discrepancia puede explicarse por varios factores: primero, la naturaleza transcultural de los instrumentos utilizados podría no capturar adecuadamente las manifestaciones específicas de espiritualidad en el contexto peruano; segundo, el diseño transversal del estudio limita la capacidad de detectar relaciones dinámicas que podrían manifestarse a lo largo del tiempo; tercero, variables mediadoras no controladas como el soporte social, la severidad de la enfermedad o el tipo de tratamiento podrían estar influyendo en la relación entre las variables principales (27).

Los resultados de Xing et al, quienes demostraron que las intervenciones espirituales mejoran el bienestar y la calidad de vida, sugieren que la relación entre espiritualidad y adaptación podría requerir intervenciones activas para manifestarse, más que una asociación natural espontánea (28).

El presente estudio presenta limitaciones que deben considerarse en la interpretación de resultados. El diseño transversal impide establecer relaciones causales y no permite capturar la naturaleza dinámica de los procesos de adaptación y bienestar espiritual a lo largo de la trayectoria oncológica. La muestra, aunque representativa del contexto específico del IREN SUR, limita la generalización de resultados a otras poblaciones oncológicas peruanas con características sociodemográficas diferentes.

Los resultados contribuyen al debate teórico sobre la universalidad de la relación entre espiritualidad y adaptación en contextos de enfermedad grave. La ausencia de correlación significativa sugiere la necesidad de desarrollar marcos teóricos más específicos que consideren variables culturales, socioeconómicas y contextuales en la comprensión de estos fenómenos. Los hallazgos apoyan la conceptualización multidimensional del bienestar espiritual, evidenciando que las dimensiones existencial y religiosa pueden manifestar patrones diferenciales según el contexto y la población estudiada.

La predominancia del bienestar existencial sobre el religioso en pacientes oncológicos aporta evidencia a las teorías que postulan que la confrontación con la mortalidad promueve procesos de búsqueda de significado que trascienden las creencias religiosas formales. Estos resultados invitan a reconsiderar los modelos teóricos actuales, incorporando una perspectiva más culturalmente sensible que reconozca las variaciones en la manifestación y el rol de la espiritualidad en diferentes contextos socioculturales.

Desde la perspectiva de las prácticas de enfermería en oncología, es fundamental que los profesionales comprendan y aborden tanto el bienestar espiritual como la adaptación psicológica de los pacientes oncológicos de manera diferenciada y específica. El reconocimiento de que estas dimensiones requieren intervenciones independientes implica que el cuidado debe ser integral y personalizado, evaluando cada área sin asumir una relación directa entre ellas. Este enfoque facilita el diseño de intervenciones psicoterapéuticas orientadas a potenciar los recursos internos de los pacientes, en especial su sentido de significado y propósito de vida, elementos esenciales para fortalecer el bienestar existencial.

Asimismo, el alto nivel de adaptación observado en la mayoría de los pacientes refleja la efectividad de las estrategias de soporte actuales, pero destaca también la necesidad de enfoques especializados para quienes aún están en proceso de adaptación. Por lo tanto, la enfermería oncológica debe implementar programas diferenciados de soporte psicosocial que atiendan específicamente las vulnerabilidades en el desempeño del rol y en la funcionalidad cotidiana, promoviendo estrategias que favorezcan la autonomía y la calidad de vida.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se identifica que más de la mitad de los pacientes oncológicos en quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, presentaron un nivel moderado de bienestar espiritual seguido de un nivel alto, indica que estos pacientes poseen una base significativa de recursos internos y espirituales que pueden ser potenciados desde la enfermería.

SEGUNDA: La adaptación frente a la enfermedad oncológica en pacientes de quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur fue en cerca de las tres cuartas partes adecuada y en más de la cuarta parte en proceso. Sugiere que las estrategias de apoyo psicosocial actuales son efectivas para la mayoría. No obstante, el hecho de que más de una cuarta parte esté todavía en proceso de adaptación subraya la necesidad de intervenciones específicas para este subgrupo que enfrenta mayores dificultades.

TERCERA: Al análisis de correlación de Spearman se determina que no existe relación entre el bienestar espiritual con el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica en pacientes de quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A la Jefatura de Enfermería del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, se recomienda implementar un programa de "Cuidado Espiritual Integral" que incluya la capacitación del personal de enfermería en evaluación y soporte espiritual básico.
- SEGUNDA:** A las Jefaturas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, se sugiere fortalecer el programa de soporte psicosocial diferenciado que identifique y atienda específicamente al 30% de pacientes que se encuentran en proceso de adaptación a la enfermedad.
- TERCERA:** A profesionales especialistas en el cuidado del paciente oncológico, se recomienda, promover una línea de investigación longitudinal y multicéntrica que profundice en la comprensión de los factores que influyen independientemente en el bienestar espiritual y la adaptación oncológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wang et al. Perspectives of Chinese cancer patients toward disclosure of cancer diagnosis to their minor children. *Cancer nursing*. [Internet]. 2020; 43(1): 2-11 Disponible en: <https://www.scopus.com/pages/publications/85076318146?inward>.
2. Çolak et al. Ramona Thieme Mercer'in annelik rolü yeteneği ve anne olma kuramını anlamak: Planlanmamış adölesan gebelik örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. [Internet]. 2021; 9(4): 416-426 Disponible en: <https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/article/792076>.
3. Vizcaíno et al. Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. [Internet]. 2023; 7(4): 9723-9762.
4. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial contra el Cáncer 2022: Cerrar la brecha de atención [Internet]. 2022. Disponible en: <https://boletin.bireme.org/2022/03/02/dia-mundial-contra-el-cancer-2022-cerrar-la-brecha-de-atencion/#:~:text=%20La%20Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de%20la,%20Cerrar%20la%20brecha%20de%20atenci%C3%B3n%E2%80%9D>.
5. Agencia Internacional de Investigación en Cáncer. *Cáncer*. [Online].; 2022.
6. Ministerio de Salud. Situación del cáncer en el Perú. [Online].; 2021. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>.
7. Lani et al. Sense of meaning influences mental functioning in chronic renal patients. *Journal of Health Psychology*. [Internet]. 2020; 25(12): 1978-1988 Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105318781908>.
8. Chia et al. Spiritual well-being of patients with chronic renal failure: A cross-sectional study. *Nursing open*. [Internet]. 2021; 8(5): 2461-2469.
9. Dalal et al. A prospective, controlled study to assess effect of spiritual therapy in patient undergoing hemodialysis at Bhaktivedanta hospital. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. [Internet]. 2021; 32(6): 1570-1576 Disponible en: https://journals.lww.com/sjkd/fulltext/2021/32060/A_Prospective,_Controlled_Study_to_Assess_Effect.6.aspx.
10. Biniáz et al. Evaluación de la satisfacción y calidad de vida de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo: diálisis peritoneal y hemodiálisis: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2025.

11. Rafati et al. Caregiver burden and spiritual well-being in caregivers of hemodialysis patients. *Journal of religion and health*. [Internet]. 2020; 59(6): 3084-3096.
12. Sarrazin JP. La relación entre religión, espiritualidad y salud: una revisión crítica desde las ciencias sociales. *Hallazgos*. [Internet]. 2021;; 409-442.
13. Abdala et al. Religiosidade/Espiritualidade na prática em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*. [Internet]. 2022; 14(2): 131-150.
14. Santana F. Medidas de la religiosidad/espiritualidad en el afrontamiento al duelo: [Tesis de Maestría][Internet]. 2020. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/23454/Medidas%20de%20la%20Religioo%20y%20Espiritualidad%20en%20la%20Adaptacion%20al%20Duelo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. Duran et al. Association between spiritual well-being and resilience among Turkish hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health*. [Internet]. 2020; 59(6): 3097-3109.
16. Nursite. Modelo de Sistemas Betty Neuman. [Online].; 2022 [citado 2022 Octubre 15].
17. Fernández et al. Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería. [Online].; 2020. Disponible en: <https://www.torrossa.com/it/resources/an/5000300>.
18. Ramírez et al. Resiliencia y enfermedades crónicas. Una revisión sistemática. *Ciencia ergo sum*. [Internet]. 2023; 30(1).
19. Fradelos E. Spiritual Well-Being and Associated Factors in End-Stage Renal Disease. *The Scientific World Journal*. [Internet]. 2021;(1): 6636854.
20. Medrano R, Rodriguez C. Nivel de incertidumbre y desesperanza aprendida en pacientes con cáncer de cuello uterino del IREN Sur, Arequipa 2018: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2019. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/189261b9-e556-41f4-9d5c-9bd062965047/content>.
21. Stallings et al. Integrating Conservative kidney management Options and advance care Planning Education (COPE) into routine CKD care: a protocol for a pilot randomised controlled trial. *BMJ open*. [Internet]. 2021; 11(2): e042620 Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/2/e042620.abstract>.
22. Wang et al. Systematic evaluation of a provincial initiative to improve transition to home

- dialysis therapies. Canadian journal of kidney health and disease. [Internet]. 2020; 7: 2054358120949811 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32922826/>.
23. Zhang et al. The family attitudes of patients with end-stage renal disease toward living kidney donation in China. En Transplantation Proceedings. Elsevier. [Internet]. 2020;: 1360-1364 Disponible en: <https://www.scopus.com/pages/publications/85085992825?inward>.
24. Rocha et al. Care with vascular access routes for hemodialysis: Integrative. Revista Cuidarte. [Internet]. 2021; 12(3).
25. Fradelos et al. Assessment of psychological distress in end stage renal disease: is it spirituality related? Medicine and pharmacy reports. [Internet]. 2021; 94(1): 79 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7880071/>.
26. Elkhalloufi et al. Association between religiosity, depression, and anxiety among Moroccan cancer patients. Journal of religion and health. [Internet]. 2022; 61(6): 4382-4397 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-022-01538-0>.
27. Oliveira et al. Spirituality in coping with pain in cancer patients: a cross-sectional study. In Healthcare. [Internet]. 2021; 9(12): 1671 Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/12/1671>.
28. Xing et al. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. Medicine. [Internet]. 2018; 97(35): e11948.
29. Amado, Joyce. Bienestar y afrontamiento religioso en pacientes oncológicos adultos: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con Mención en Psicología Clínica][Internet]. 2020. Disponible en: <https://tesis.pucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9e06d979-3bfe-43c9-9a4c-4ba13686cca1/content>.
30. Cacñahuaray K. Nivel de bienestar espiritual en pacientes oncológicos en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Lima Perú 2018: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2018. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/20857/Cac%c3%b1ahuaray_RKD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
31. Parra K. Afrontamiento-adaptación y sufrimiento del familiar de paciente con enfermedad oncológica, servicio de Onco-Hematología, H.N.C.A.S.E. - Essalud, Arequipa 2019: [Tesis

- para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2020. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c2facd93-5e40-4c6f-a9a2-a27b10d9d76a/content>.
32. Hernández et al. Metodología de la investigación. 7th ed.[Internet]. 2022.
 33. Gonzales Karla CJL. Nivel de adaptación de los pacientes con problemas oncológicos en relación con el apoyo social y la calidad de cuidado de enfermería del servicio de oncológica del Hospital Belén de Trujillo-2010: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2011. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7782e53e-92c5-4fc0-9c1d-cd36f3b4b49f/content>.
 34. Riguzzi et al. Contextual determinants of guideline-based family support during end-of-life cancer care and subsequent bereavement care: A cross-sectional survey of registered nurses. *Eur J Oncol Nurs.* [Internet]. 2024; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102555>.
 35. Organización Mundial de la Salud. Cancer. [Online].; 2020 [citado 2022 Abril 14].
 36. Wu et al. Self-care management importance in kidney illness: a comprehensive and systematic literature review. *Network Modeling Analysis in Health Informatics and Bioinformatics.* [Internet]. 2020; 9(1): 51 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13721-020-00256-5>.
 37. Zoccali et al. The nephrology crystal ball: the medium-term future. *Nephrol Dial Transplant.* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://academic.oup.com/ndt/article/35/2/222/5584279>.
 38. Fenny et al. Protecting women and girls from tobacco and alcohol promotion. *bmj.* [Internet]. 2021; 374 Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85110849619&doi=10.1136%2Fbmj.n1516&partnerID=40&md5=7995950beba8de5231b4c39b53a8fdc1>.
 39. Fradelos et al. The effect of spirituality in quality of life of hemodialysis patients. *J Relig Health.* [Internet]. 2022; 61(3): 2029–40.
 40. Reinken D, Reed S. Mishel's uncertainty in illness theory: Informing nursing diagnoses and care planning. *International journal of nursing knowledge.* [Internet]. 2023; 34(4): 316-324.



ANEXOS

Anexo 1
Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:/...../2025

Hora:

YO..... con **DNI**
..... por medio del presente documento, consiento que he sido informado sobre los aspectos que conciernen al trabajo de investigación: **RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR ESPIRITUAL Y EL NIVEL DE ADAPTACIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA DE PACIENTES CON TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR, AREQUIPA – 2025.**

Se me ha explicado el objetivo de la investigación y entiendo que la información que se proveerá en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima.

Por lo tanto, autorizo de forma voluntaria y doy mi consentimiento a que se me apliquen los instrumentos propios de la investigación.

FIRMA DEL ENCUESTADO

FIRMA DEL ENCUESTADOR

REVOCATORIA / DESESTIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO

Fecha:/...../2025

Hora:

FIRMA DEL ENCUESTADO

FIRMA DEL ENCUESTADOR

Anexo 2

Cuestionario de Bienestar Espiritual

Estimado Sr./ Sra./ Srta., a continuación, se le presenta una serie de preguntas de acuerdo a su experiencia respecto a actos relacionados con la espiritualidad, por favor, marque considerando cuánto las realiza en su vida.

1. Edad: _____

2. Grado de instrucción
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior técnica
 - e) Superior universitaria

3. Situación conyugal
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente
 - d) Divorciada y/o separada
 - e) Viuda

4. Ingresos económicos familiar
 - a) Menos de 300 por mes
 - b) 300 a 700 por mes
 - c) 800 a 1200 por mes
 - d) 1300 a 1700 por mes

5. Lugar de Procedencia: _____

6. Religión:

Creyente/practicante
Agnóstico
Ateo

- Diagnóstico médico: _____

Religiosa/creencias	6	5	4	3	2	1
	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. Creo que Dios está preocupado por mis problemas.						
2. Tengo una relación personal significativa con Dios.						
3. Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar						
4. Creo que Dios me ama y se preocupa por mí						
5. Me siento bien acerca de mi futuro.						
6. Me siento muy satisfecho con la vida.						
7. Creo que hay un verdadero propósito para mi vida.						
8. La vida no tiene mucho significado						
9. No sé quién soy, de dónde vengo, ni dónde Voy.						
10. No tengo mucha fuerza personal y apoyo de Dios Existencial						
11. Encuentro consuelo en mi fe o mis creencias espirituales						
12. Pase lo que pase con mi enfermedad, todo va a ir bien						
13. He aceptado mi enfermedad						
14. Trato de vivir en armonía y paz						
15. Tengo el apoyo de mi familia						
16. Le pido a Dios en oración de mi vida						
17. Encuentro fortaleza en Dios y mi familia						
18. Me siento optimista						
19.. Creo que la vida es una experiencia positiva						
20. Me siento inseguro sobre mi futuro						

Fuente: Gonzales K, Calderón J. Nivel de adaptación de los pacientes con problemas oncológicos en relación con el apoyo social y la calidad de cuidado de enfermería del servicio de oncológica del Hospital Belén de Trujillo-2010 (35).

Anexo 3

Cuestionario de Adaptación Paciente Oncológico

A continuación, se le presenta una serie de proposiciones a los que UD. debe contestar según su grado de acuerdo o desacuerdo, marcando con una X.

FISIOLÓGICO	3 SI	2 A VECES	1 NO
1. ¿Se vale por sí mismo(a) para comer?			
2. Usted. ¿Evita consumir alimentos que el médico le ha prohibido?			
3. ¿Se vale por sí mismo(a) para bañarse?			
4 ¿Se vale por sí mismo(a) para vestirse?			
5. Cuándo siente algún tipo de dolor, ¿Toma el medicamento recetado por el medico?			
6. ¿Realiza alguna actividad física durante el día?			
7. Usted está igual de interesado(a) en las actividades que realizaba para pasar su tiempo libre y divertirse como lo hacía antes de la enfermedad?			
8. Ud. ¿Logra sobrellevar las molestias del tratamiento (náuseas, vómitos, calambres) sin que interfieran en su vida diaria?			
AUTOCONCEPTO			
9. ¿Son de poca importancia los cambios físicos producidos últimamente?			
10. Es fácil para UD. aceptar los cambios en su piel producidos por la enfermedad y/o tratamiento			
11. Es fácil para UD. aceptar los cambios en su cabello producidos por la enfermedad y/o tratamiento			
12. ¿Siente que es una persona valiosa, por lo menos en relación a sus iguales?			
13. ¿Siente que mantiene las mismas cualidades que antes?			
14. ¿Es capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría de las otras personas?			
15. ¿Tiene una actitud positiva hacia sí misma?			
16. En general, ¿Está satisfecho(a) consigo misma?			
DESEMPEÑO O DOMINIO DEL ROL			
17. ¿Sus familiares y amigos esperan de UD. que su desempeño en sus actividades diarias sea igual que antes?			
18. ¿Le es fácil realizar sus actividades como lo hacía antes?			
19. ¿Se siente satisfecho(a) con el rol que desempeña actualmente?			
20. ¿Se siente motivado(a) a emprender nuevas actividades?			

MODO INTERDEPENDIENTE			
21. ¿Manifiesta en forma espontánea y libremente sus sentimientos y pensamientos a los demás?			
22. ¿Se siente a gusto con las personas que le rodean?			
23. ¿Es importante para UD. el mantener el contacto social con las personas que le rodean?			
24. ¿Es importante para UD. el mantener su actividad dentro y fuera de casa?			
25. ¿Se siente como una persona importante dentro de su familia y grupo de amistades?			

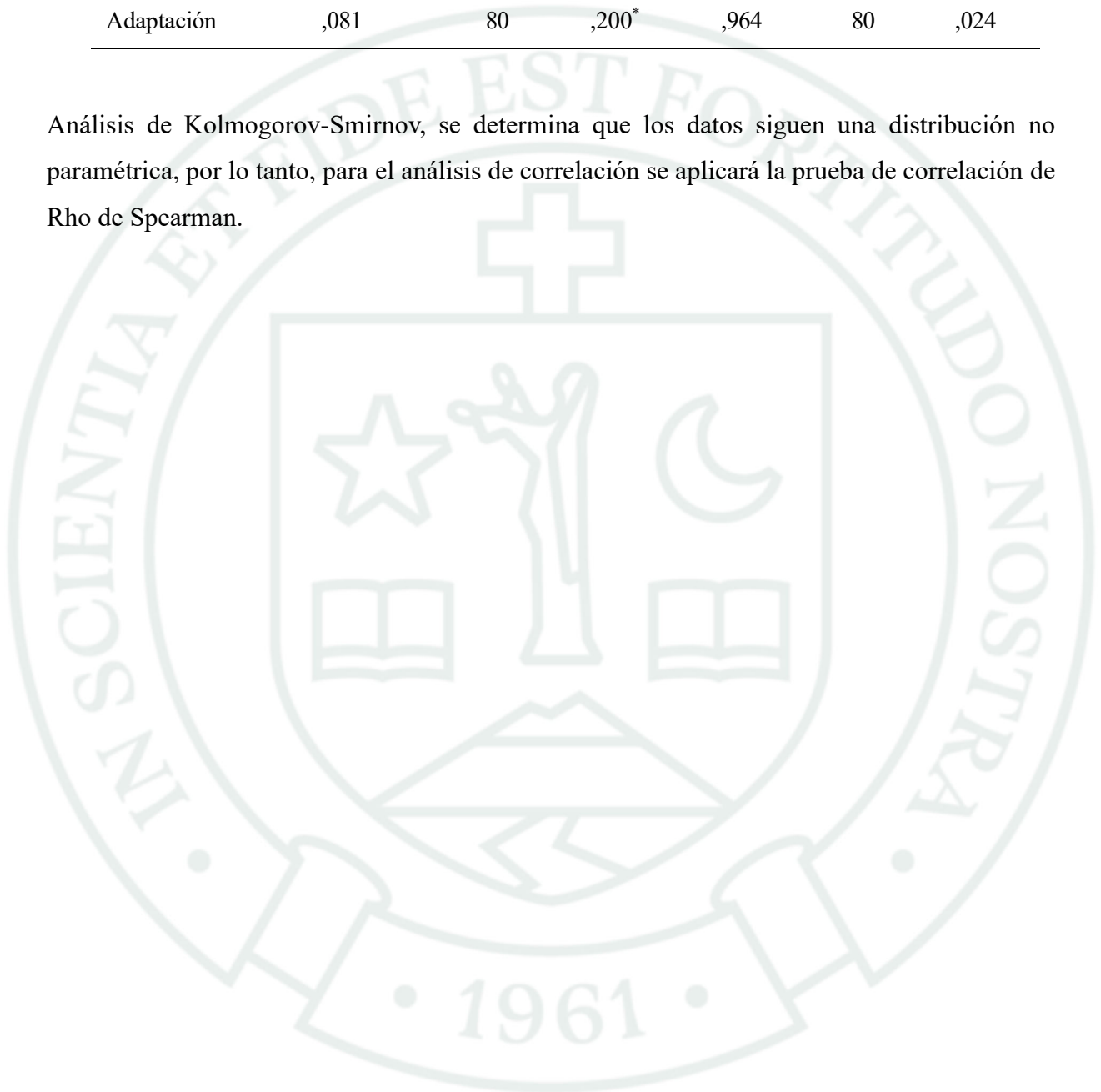
Fuente: Cacñahuaray K. Nivel de bienestar espiritual en pacientes oncológicos en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Lima Perú 2018 (31).



Anexo 4
Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Bienestar espiritual	,146	80	,000	,817	80	,000
Adaptación	,081	80	,200*	,964	80	,024

Análisis de Kolmogorov-Smirnov, se determina que los datos siguen una distribución no paramétrica, por lo tanto, para el análisis de correlación se aplicará la prueba de correlación de Rho de Spearman.



Anexo 5
Matriz de datos

	Edad	Sexo	Grado de Instrucción	Situación conyugal	Ingresos económicos familiar	Lugar de Procedencia	Religión	Tipo de religión	Dx. médico	Bienestar espiritual	Adaptación
1	63	1	2	4	3	1	3	1	15	108	63
2	66	1	2	4	4	2	3	1	10	110	70
3	62	1	3	4	1	1	1	0	1	83	53
4	62	2	4	4	4	1	1	0	10	84	64
5	62	2	4	3	3	2	1	0	5	101	59
6	74	1	1	5	1	1	3	1	15	108	66
7	72	1	5	3	3	1	2	0	4	74	68
8	72	1	5	1	3	2	1	0	14	77	59
9	59	2	3	2	1	1	3	1	1	80	49
10	57	2	3	4	2	1	3	1	3	100	66
11	56	2	4	1	2	2	3	1	15	118	63
12	58	2	5	1	2	1	3	1	8	68	73
13	52	2	2	3	1	1	1	0	15	98	68
14	68	1	3	4	2	1	3	1	2	77	63
15	67	1	3	4	2	2	3	1	7	77	53
16	63	2	3	4	2	2	3	1	2	100	65
17	66	2	4	3	3	1	3	1	14	114	69
18	66	2	5	1	4	2	3	1	14	82	61
19	40	2	4	3	1	2	3	1	1	80	52
20	40	1	5	4	1	1	3	1	13	84	70
21	34	2	2	2	3	2	3	1	16	91	64
22	38	1	5	3	4	1	1	0	15	96	73
23	41	2	3	1	2	1	3	1	2	99	66
24	41	2	4	1	4	1	3	1	2	77	66
25	41	2	5	4	2	1	3	1	2	96	75
26	49	2	3	4	1	2	3	1	15	101	51
27	49	1	3	2	4	1	1	0	16	113	68
28	60	2	3	2	3	1	3	1	6	105	65
29	71	2	5	1	2	6	3	1	11	102	73
30	65	1	3	4	3	6	1	0	16	104	62
31	33	2	4	2	3	2	3	1	1	93	60
32	56	2	4	4	4	6	3	1	1	86	62
33	25	1	3	2	4	1	3	1	16	93	61
34	25	2	5	3	1	1	3	1	16	105	62
35	28	2	4	4	4	1	1	0	4	100	60
36	25	2	5	1	1	1	1	0	1	100	75

37	34	1	4	1	4	1	3	1	7	100	50
38	39	2	3	3	2	1	3	1	1	100	50
39	59	2	1	2	2	6	3	1	15	103	60
40	59	2	2	2	2	6	3	1	8	75	57
41	60	2	5	4	3	6	1	0	1	109	68
42	57	2	2	3	4	6	3	1	1	100	63
43	70	1	2	5	4	6	3	1	16	95	53
44	61	2	3	4	3	6	3	1	2	96	63
45	63	2	3	4	4	6	3	1	1	86	60
46	68	1	5	2	3	6	3	1	15	83	71
47	63	1	2	1	3	6	3	1	10	111	59
48	63	2	2	4	1	6	3	1	15	106	53
49	25	1	5	2	2	5	3	1	16	76	55
50	21	1	5	2	3	6	3	1	1	3	57
51	37	2	3	2	4	6	3	1	2	109	69
52	33	2	4	2	1	6	3	1	1	67	54
53	40	2	2	4	1	6	3	1	2	110	65
54	46	1	3	4	4	6	3	1	10	77	66
55	45	1	3	2	2	6	3	1	14	104	58
56	54	2	3	2	3	6	3	1	14	94	50
57	57	2	3	4	4	6	3	1	1	93	58
58	40	1	4	2	3	2	3	1	9	75	55
59	59	2	3	2	1	6	3	1	1	97	68
60	68	1	3	1	3	3	3	1	1	75	69
61	64	2	3	2	3	3	3	1	1	80	52
62	31	1	5	3	2	5	3	1	1	84	70
63	38	2	3	2	3	2	3	1	14	91	64
64	42	2	3	1	1	5	3	1	1	96	73
65	50	2	4	2	4	5	3	1	15	99	66
66	41	1	3	2	1	5	3	1	12	77	66
67	56	2	3	1	1	5	3	1	16	96	75
68	57	2	3	4	2	5	3	1	2	101	51
69	60	1	3	2	1	5	3	1	10	113	68
70	58	2	3	1	3	5	3	1	4	105	65
71	31	2	5	4	2	7	3	1	16	102	73
72	49	2	3	2	2	4	3	1	2	104	62
73	58	1	3	2	2	4	3	1	8	93	60
74	62	2	3	4	1	7	3	1	2	86	62
75	62	2	3	1	4	4	3	1	2	93	61
76	62	2	3	2	3	1	3	1	3	105	62
77	48	1	3	1	1	3	3	1	12	100	60
78	43	2	3	3	3	3	3	1	1	100	75
79	60	2	2	2	2	3	3	1	1	100	50
80	61	2	3	3	3	3	3	1	16	100	50

Anexo 6
Constancia de ejecución



**INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEL SUR**

DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CÁNCER

AREA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

El que suscribe, coordinador del área de Docencia e Investigación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, da constancia que la señorita:

LUZ CELESTE HUARCAYA MACHADO

Segunda Especialidad
en Enfermería mención en Cuidado del enfermero
Universidad Católica de Santa María -Arequipa.

Cumplió con realizar en nuestra institución, la ejecución de su proyecto de tesis titulado "Relación entre el bienestar espiritual y el nivel de adaptación frente a la enfermedad oncológica de pacientes con tratamiento de quimioterapia ambulatoria Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa- 2025" durante los meses de junio a agosto 2025.

Se expide el presente, para los fines académicos solicitados por su universidad.

Arequipa, 29 de setiembre del 2025

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN - SUR

MC. JESUS ALBERTO RIVERA JOVE
Coordinador del Área de Docencia e Investigación
CMP 62902 RNE 03472