



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

RELACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y
AFRONTAMIENTO - ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DE
PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS, LIMA

RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CARE AGENCY AND COPING-
ADAPTATION ABILITY AMONG PRIMARY CAREGIVERS OF PALLIATIVE
CARE PATIENTS IN LIMA

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

AUTORES

NAYDA YSABEL CHAHUA MARUJO

THATIANA THIFANNY TARAZONA TELLO

ASESOR

YUDY ORFILIA SALAZAR ALTAMIRANO

LIMA -PERÚ

2026

JURADO

PRESIDENTE: DR. LUIS HERMENEGILDO HUAMAN CARHUAS

VOCAL: MG. LILIANA VICTORIANA MARTINEZ AREVALO

SECRETARIO: MG. MARIA ELENA MARTINEZ BARRERA

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 05 DE JUNIO DE 2026

CALIFICACIÓN: APROBADO

ASESOR DE TESIS

ASESOR

MG. YUDY ORFILIA SALAZAR ALTAMIRANO

Departamento académico de enfermería

ORCID: 0000-0002-6748-0710

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres, y de manera especial a mi madre, por ser un ejemplo de fortaleza, amor y entrega. Gracias por cada sacrificio, por tus consejos y por creer siempre en mí. Este logro es tan mío como tuyo, pues sin tu apoyo incondicional no habría sido posible alcanzarlo.

A mi hijo, mi mayor motivación y razón de ser. Cada página de este trabajo refleja el amor y el deseo de brindarte un futuro mejor. Que este logro sea para ti un ejemplo de que, con esfuerzo, perseverancia y fe, los sueños pueden hacerse realidad.

Asimismo, dedico este logro a todas las personas que creyeron en mí y que, con su aliento y comprensión, contribuyeron a la culminación de esta etapa tan importante de mi vida académica.

Nayda Ysabel Chahua Marujo

A Miguelina, mi fuerza interna: gracias por enseñarme que amar es sacrificio y por ser mi pilar.

A Edwin, mi vida entera: gracias por demostrarme con tus manos cómo se saca adelante a una familia.

A Valeska, mi inspiración: eres mi motor para seguir adelante y la razón para nunca detenerme. La vida pondrá piedras, pero siempre dependerá de ti levantarte.

A Tammy, mi cómplice: qué orgullo verte crecer, cumplir tus sueños y mantener la promesa de mamá. En cada paso de tu camino, siempre contarás conmigo.

A mi abuela y mis tías: gracias a la matriarca que nos guía y a mis cómplices de siempre.

A Anderson: Por ser el compañero que nunca me dejó caer, confiando en mí con paciencia infinita e impulsándome siempre con tu amor puro.

A mi gran equipo de vida: este triunfo es tan mío como de cada uno de ustedes.

Thatiana Thifanny Tarazona Tello

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a nuestras familias, por ser luz, refugio incondicional y el motor de cada uno de nuestros pasos.

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia, a nuestros docentes y a nuestra asesora, por su guía y valiosa formación.

Al Hospital Nacional Cayetano Heredia y a ADI, por abrirnos sus puertas y confiar en esta investigación.

A cada cuidador, por permitirnos entrar en su mundo, escucharlos y entenderlos; su generosidad hizo posible esta tesis.

A nuestros amigos, por hacer este camino más llevadero con su constante apoyo, motivación y compañía.

Este logro es el reflejo de la fe, el amor y el esfuerzo compartido con cada uno de ustedes.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La presente tesis fue financiada por las autoras.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERES DEL AUTOR

El presente estudio es auténtico y no mantiene relación alguna con otras investigaciones o empleos previos.

Como autoras, manifestamos que no existe conflicto de interés financiero, ni personal que pueda influir en el desarrollo o resultados de esta investigación.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES |
|----|----------------------------------|
| 1. | CHAHUA MARUJO NAYDA ISABEL |
| 2. | TARAZONA TELLO THATIANA THIFANNY |

Pertencientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**, autores del trabajo titulado: **RELACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y AFRONTAMIENTO - ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS, LIMA** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE | FACULTAD | NIVEL DE ASESORÍA |
|----|---------------------------------|------------|-------------------|
| 1. | SALAZAR ALTAMIRANO YUDY ORFILIA | ENFERMERÍA | ASESOR |

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **20%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3601477986**; fecha de entrega: **25-06-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 25 de junio del 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 19918401
ORCID: 0000-0002-6748-0710



TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---------------------------------|----|
| Resumen | |
| Abstract | |
| I. Introducción | 1 |
| II. Objetivos | 11 |
| III. Material y método | 12 |
| IV. Resultados | 18 |
| V. Discusión | 20 |
| VI. Conclusiones | 26 |
| VII. Referencias bibliográficas | 28 |
| VIII. Tablas | 35 |
| Anexos | |

RESUMEN

El cuidador primario en cuidados paliativos oncológicos domiciliarios enfrenta altas demandas; por ello, el autocuidado y el afrontamiento son esenciales para su bienestar.

Objetivo: Determinar la capacidad de agencia de autocuidado y su relación con el afrontamiento–adaptación del cuidador primario de pacientes en cuidados paliativos del programa de Atención Domiciliaria Integral (ADI) Oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, 2025. **Material y métodos:** Estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y de nivel correlacional. La población-muestra tuvo un carácter censal y estuvo conformada por el total de 70 cuidadores primarios que cumplieron con los criterios de selección. Se aplicaron, previa firma del consentimiento informado, la Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA) y la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS). **Resultados:** Se halló una correlación positiva media y significativa entre ambas variables ($Rho = 0,474$; $p = 0,000$). Predominaron niveles regulares de autocuidado (55,7%) y altos de afrontamiento–adaptación (82,9%). **Conclusiones:** La correlación positiva y significativa de nivel medio ($Rho = 0,474$; $p = 0,000$) confirma que mayores niveles de autocuidado se asocian con un afrontamiento más efectivo. Además, los niveles regulares de autocuidado y altos de afrontamiento–adaptación evidencian que los cuidadores cuentan con recursos para afrontar las demandas del cuidado, aunque aún existen aspectos de autocuidado por fortalecer.

Palabras Clave: Autocuidado, Afrontamiento, Cuidador primario, Cuidados paliativos. (DeCS)

ABSTRACT

Primary caregivers providing home-based palliative cancer care face significant demand; therefore, self-care and coping strategies are essential to their well-being.

Objective: To determine the capacity for self-care agency and its relationship to coping and adaptation among primary caregivers of patients in palliative care within the Comprehensive Home Care (ADI) Oncology Program at Cayetano Heredia National Hospital, Lima, 2025. **Materials and methods:** A quantitative study with a non-experimental, cross-sectional design and a correlational approach. The sample population was a census sample consisting of a total of 70 primary caregivers who met the selection criteria. After obtaining informed consent, the Self-Care Agency Scale (ASA) and the Coping and Adaptation Process Scale (CAPS) were administered.

Results: A moderate, significant positive correlation was found between the two variables ($Rho = 0,474$; $p = 0,000$). Regular levels of self-care (55,7%) and high levels of coping–adaptation (82,9%) predominated. **Conclusions:** The moderate, significant positive correlation ($Rho = 0.474$; $p = 0.000$) confirms that higher levels of self-care are associated with more effective coping. Furthermore, moderate levels of self-care and high levels of coping and adaptation indicate that caregivers have the resources to cope with the demands of caregiving, although there are still aspects of self-care that need to be strengthened.

Keywords: Self-Care, Coping, Caregiver, Palliative Care (MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

La atención oncológica que brinda el profesional de enfermería comprende los cuidados paliativos, cuyo principal objetivo es controlar los síntomas y aliviar el dolor para mejorar las condiciones y la calidad de vida de las personas con cáncer (1). En este contexto, el Programa de Atención Domiciliaria Integral (ADI) Oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia, es un programa especializado en cuidados paliativos que brinda atención multidisciplinaria a pacientes con cáncer y sus familias. Sus intervenciones incluyen consultas ambulatorias, visitas domiciliarias, seguimiento continuo y actividades educativas orientadas a fortalecer las capacidades de cuidado de los familiares responsables, contribuyendo así al bienestar del paciente y de su entorno.

En dicho programa, donde se desarrolla el presente estudio, se brinda apoyo mensual a aproximadamente 70 cuidadores primarios de pacientes diagnosticados. Por lo general, la mayoría de los pacientes permanecen en un entorno familiar e íntimo junto a sus seres queridos para sobrellevar la enfermedad. Esta unidad se encarga de preparar al cuidador, quien, por lo general, posee conocimientos limitados sobre los cuidados requeridos (2).

En la actualidad, el diagnóstico de cáncer, independientemente del tipo o localización, presenta un incremento sostenido y se consolida como una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Según la base de datos GLOBOCAN de la Agencia

Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC)-bajo el mandato de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-, en 2022 se registraron aproximadamente 19,98 millones de casos nuevos y 9,74 millones de defunciones (3). En el mismo informe se detalló que Asia concentró el 49,2 % de los casos, Europa el 22,4 % y el continente americano el 13,4 % (4). Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que el cáncer se ubicó entre las principales causas de muerte, con más de 4,2 millones de casos nuevos y alrededor de 1,4 millones de defunciones en el mismo año (5).

En el Perú, la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud reportó 12,077 casos de neoplasias malignas durante el primer semestre de 2024 (6). Este registro pone en evidencia que el cáncer continúa siendo un problema prioritario de salud pública y que su incidencia tiende a incrementarse como resultado del aumento de los factores de riesgo y de la transición epidemiológica de la población. A medida que crece el número de diagnósticos, también se aumenta la demanda de personas involucradas en la atención, como profesionales de la salud y cuidadores familiares. Estos últimos cumplen un rol esencial en el acompañamiento de los pacientes, especialmente en etapas paliativas, donde el apoyo físico y emocional resulta indispensable para preservar la calidad de vida.

En este proceso, el familiar asume un rol significativo y complejo dentro del cuidado.

Diversas investigaciones indican que, aunque el apoyo se brinda de forma voluntaria debido al vínculo afectivo, la ausencia de compensación económica y de respaldo institucional incrementa los riesgos para la salud física y emocional del cuidador, especialmente cuando es el único responsable. En un estudio realizado en un hospital de la Ciudad de México con cuidadores de pacientes oncológicos en fase terminal, el 33,77 % presentó sobrecarga significativa; además, el grado de parentesco y el nivel educativo influyeron en su magnitud, siendo los hijos o familiares de segundo grado los más afectados (7). De manera similar, en cuidadores de niños con cáncer se observó que las necesidades emocionales no atendidas y la falta de información se asociaron con deterioro de la calidad de vida y agotamiento psicológico (8).

Según la OMS, los cuidados paliativos se enfocan en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando enfrentan problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación adecuada y el tratamiento del dolor, así como de otros problemas de orden físico, psicosocial y espiritual (9). La atención de las personas en esta condición requiere abordar sus necesidades de manera integral, considerando que la enfermedad avanzada suele ser progresiva y se acompaña de síntomas somáticos, alteraciones emocionales y pérdida de capacidades o roles, lo que impacta significativamente tanto en el paciente como en su entorno familiar (10).

La atención paliativa se caracteriza por ofrecer un abordaje integral orientado a mantener el bienestar y la comodidad de las personas con enfermedades graves o en etapas avanzadas. Su propósito es que el paciente conserve la mayor autonomía y el mayor confort posibles hasta el final de su vida, mediante la atención en diversos contextos asistenciales. Estos servicios -como el programa de ADI donde se realizó el presente estudio- son brindados por equipos multidisciplinarios conformados por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud con formación específica en esta área. En este contexto, el profesional de enfermería cumple un rol fundamental al proporcionar cuidados empáticos y humanizados, centrados en la dignidad y el acompañamiento constante del paciente y su familia durante el proceso de enfermedad (11).

El cuidador es la persona que brinda atención a uno o más miembros de su familia, amistades o comunidad, contribuyendo a la satisfacción de sus necesidades de salud y bienestar, según lo señalado por la OMS (12). En el contexto del cuidado oncológico, esta figura se convierte en un apoyo fundamental para el paciente, ya que participa activamente en su atención cotidiana. No obstante, el ejercicio continuo de este rol implica una importante demanda de tiempo, esfuerzo físico y compromiso emocional, lo que puede afectar progresivamente el bienestar del propio cuidador y favorecer la aparición de estrés, ansiedad o síntomas depresivos, especialmente cuando no cuenta con apoyo suficiente (13). Esta situación puede intensificarse cuando el paciente

presenta un mayor grado de dependencia, debido a que el cuidador debe asumir más actividades de asistencia y supervisión en la atención diaria (14).

En este marco, el cuidador primario se define como la persona que asume de manera principal, continua y sostenida la responsabilidad del cuidado del paciente, incluyendo la toma de decisiones y la atención de sus necesidades físicas y emocionales, tanto dentro como fuera del hogar. Si bien la OMS distingue entre cuidadores formales e informales, en el presente estudio se prioriza al cuidador primario informal; es decir, aquel familiar o persona cercana que asume estas tareas de manera voluntaria y sin recibir compensación económica (15). Este enfoque permite comprender mejor la experiencia de quienes, sin formación especializada ni respaldo institucional, sostienen la atención en el día a día y enfrentan cambios importantes en su vida personal, familiar y laboral, como la reducción de actividades, el distanciamiento social o la aparición de tensiones familiares; aspectos que suelen pasar desapercibidos pese a su impacto en la calidad de vida (16,17).

La dedicación constante que los cuidadores primarios otorgan a sus allegados enfermos puede generar consecuencias en ellos mismos, lo que se manifiesta con el tiempo en un deterioro de la capacidad de agencia de autocuidado. Según Dorothea Orem, en su Teoría del Déficit de Autocuidado, esta capacidad representa la habilidad del individuo para realizar acciones deliberadas que le permitan mantener su salud, bienestar y

calidad de vida. La teoría plantea que, cuando las demandas del entorno o de la enfermedad superan la capacidad de la persona para autocuidarse, se produce un déficit de autocuidado que requiere apoyo o intervención externa (18).

En el contexto del cuidador primario, esta teoría explica cómo el cumplimiento continuo del rol asistencial puede alterar el equilibrio personal y reducir la capacidad de agencia de autocuidado, especialmente ante la carga física y emocional que implica atender a un paciente en etapa paliativa. De este modo, la agencia de autocuidado permite al cuidador reconocer sus propias necesidades, regular conscientemente sus procesos internos -como la percepción, la memoria y la orientación- y tomar decisiones orientadas a preservar su integridad física, emocional y social (19). Mantener un adecuado nivel de autocuidado no solo favorece su bienestar, sino que también contribuye a la calidad del acompañamiento brindado a la persona enferma, reforzando así la finalidad humanística del cuidado de enfermería.

Diversas investigaciones recientes han evidenciado una relación inversa entre el nivel de exigencia del rol de cuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en cuidadores primarios. Álvarez D. et al. identificaron que, a mayor intensidad en las demandas del cuidado, menor es la disposición y habilidad del cuidador para atender sus propias necesidades (20). De manera similar, Rojas C. et al. en el Manual básico de enfermería paliativa, señalan que las exigencias prolongadas impactan negativamente en el

bienestar integral, afectando tanto el autocuidado como la calidad de la atención brindada (21). Estos hallazgos respaldan la importancia de promover estrategias que fortalezcan el autocuidado, dado que el desempeño continuo de esta labor puede generar cambios significativos en la salud y la calidad de vida del cuidador.

El profesional de enfermería no solo brinda cuidados al paciente, sino también a las personas de su entorno inmediato, entre ellas el cuidador primario. En la mayoría de los casos, este rol es asumido por familiares cercanos -como hijos, padres o nietos- quienes, pese a enfrentar dificultades económicas, conflictos familiares o enfermedades propias, se responsabilizan de la atención de un ser querido en situación de cuidados paliativos. Estas condiciones incrementan la complejidad del proceso de afrontamiento y dificultan la capacidad de adaptación frente a las exigencias emocionales, físicas y sociales que implica el cuidado (19).

El Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy plantea que la persona, como ser biopsicosocial, mantiene una interacción constante con su entorno y utiliza sus capacidades cognitivas y emocionales para responder a los estímulos del medio. Este proceso tiene como finalidad preservar la integridad física y mental mediante una adaptación continua a los desafíos que se presentan en cada situación. Roy identificó cuatro modos adaptativos: el fisiológico, el de autoconcepto, el de función del rol y el de interdependencia, los cuales orientan la respuesta del individuo frente a las

demandas del entorno, favoreciendo su bienestar y calidad de vida (22). En este contexto, comprender el afrontamiento y la adaptación de los cuidadores primarios adquiere especial relevancia, ya que permite al profesional de enfermería reconocer los mecanismos que emplean para enfrentar el estrés del cuidado y diseñar intervenciones basadas en evidencia que fortalezcan dichas capacidades.

Según lo reportado por Barón M. et al., el afrontamiento y la adaptación activa favorecen el desarrollo de respuestas adaptativas frente a las exigencias del cuidado (23). Diversos estudios señalan que el rol de cuidador primario es asumido mayormente por mujeres en edad adulta. Sánchez I. et al., reportaron una edad media de 48,4 años y un predominio del sexo femenino entre los cuidadores, además de una importante carga emocional asociada al cuidado (24). De manera similar, Barba L. et al. encontraron que el 75,7 % de los cuidadores eran mujeres y que el 50 % tenía entre 40 y 54 años (25). En este contexto, se resalta la importancia del profesional de enfermería en el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento adaptativo orientadas al bienestar integral del cuidador (26).

Por lo antes expuesto, la evaluación oportuna de la capacidad de afrontamiento – adaptación es esencial para conocer los recursos personales y emocionales frente al estrés de su labor. Asimismo, permite identificar signos tempranos de sobrecarga y

orientar intervenciones de enfermería que fortalezcan su bienestar y promuevan una respuesta adecuada a las exigencias del rol.

En la práctica de enfermería, se observa que el desgaste físico y emocional del cuidador puede reflejarse en la atención que recibe el paciente, lo cual se expresa en dificultades para cumplir adecuadamente las indicaciones médicas, en el abandono parcial del tratamiento o en problemas para mantener una alimentación oportuna. Sánchez I. et al. y Barba L. et al., señalan que la sobrecarga prolongada se asocia con la presencia de estrés, ansiedad o síntomas depresivos en los cuidadores, lo que termina afectando la capacidad de brindar un cuidado continuo, oportuno y seguro (24,25). Ante esta situación, la intervención del profesional de enfermería resulta fundamental para ofrecer apoyo educativo y emocional; orientar al cuidador de esta manera favorece la continuidad de un cuidado de calidad para la persona en etapa paliativa.

En este sentido, los aportes de Dorothea Orem y Sor Callista Roy se integran de manera complementaria en la presente investigación. La teoría del Déficit de Autocuidado permite comprender la capacidad del cuidador para atender sus propias necesidades y conservar su bienestar frente a las exigencias de su labor, mientras que el Modelo de Adaptación explica cómo la persona afronta estas situaciones y logra adaptarse a las transformaciones que implica dicho rol. En conjunto, se reconoce que la capacidad de

agencia de autocuidado se relaciona con la manera en que el cuidador enfrenta las demandas diarias, lo que favorece una mejor adaptación en su experiencia de cuidado.

A partir de lo anterior, la investigación tiene como finalidad analizar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el afrontamiento–adaptación en el contexto de la realidad social y sanitaria del país, específicamente en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, con el propósito de comprender cómo las demandas del rol de cuidador impactan en su bienestar integral y en la calidad del cuidado que brinda. Los resultados permitirán identificar los factores que favorecen o limitan estas capacidades, aportando información relevante para el desarrollo de estrategias de enfermería orientadas al fortalecimiento del autocuidado, la promoción del afrontamiento adaptativo y la mejora de la calidad de vida tanto del cuidador como del paciente en etapa paliativa.

El propósito de esta investigación es contribuir al desarrollo del conocimiento en enfermería mediante evidencia científica que sustente una nueva perspectiva en la gestión del cuidado, enfocado en la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el nivel de afrontamiento–adaptación en cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos en Lima.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la capacidad de agencia de autocuidado y su relación con el afrontamiento – adaptación del cuidador primario de pacientes en cuidados paliativos en el programa de ADI oncología del hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, 2025.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de capacidad de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos, Lima.
- Identificar el nivel de afrontamiento – adaptación en cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos, Lima.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Diseño del estudio

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y transversal, debido a que los datos fueron recolectados en un único momento sin manipulación de las variables; asimismo, se estableció un diseño de nivel correlacional.

Población

La población estuvo conformada por 70 cuidadores primarios de pacientes oncológicos registrados durante el mes de junio de 2025 en el Programa de Atención Domiciliaria Integral (ADI) Oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Este programa constituye una iniciativa institucional del propio hospital, la cual se encuentra integrada al sistema del Ministerio de Salud del Perú y opera bajo la supervisión administrativa de ambas entidades.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión:

- Cuidadores primarios que tuvieron la responsabilidad del cuidado integral del paciente oncológico.
- Cuidadores primarios de pacientes oncológicos atendidos en el programa ADI oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Cuidadores primarios que tuvieron un mínimo de un mes acompañando al paciente oncológico.

- Cuidadores primarios mayores de 18 años.
- Cuidadores primarios que aceptaron participar en la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Cuidadores primarios que presentaron dificultades cognitivas, de comunicación o limitaciones físicas que limitaron su participación en el estudio.

2. Muestra

La población accesible estuvo conformada por 70 cuidadores primarios de pacientes oncológicos pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria Integral (ADI) Oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Debido a que la totalidad de los individuos cumplió con los criterios de inclusión y aceptó participar voluntariamente, se trabajó con el universo completo de dicha población; por lo tanto, el estudio adquirió un carácter censal y, en consecuencia, no se requirió la aplicación de una técnica de muestreo.

Definición operacional de variables

En este apartado se exponen las definiciones conceptuales de las dos variables analizadas en el estudio; asimismo, se describen sus dimensiones, indicadores y las respectivas escalas de medición (Anexo 1).

3. Procedimientos y técnicas:

El estudio fue remitido a la Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología (UIGICT) y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Asimismo, se estableció la coordinación con la jefatura de enfermería del programa de Atención Domiciliaria Integral (ADI) Oncológica, lo que aseguró la viabilidad del proceso. La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de junio de 2025 en las jornadas de atención del servicio de ADI, de lunes a sábado, en los horarios de 08:00 a 13:00 y de 15:00 a 17:00 horas. Previamente, se informó a los participantes sobre los objetivos y alcances de la investigación, y se obtuvo la firma del consentimiento informado (Anexo 2). Los cuestionarios fueron aplicados en un tiempo promedio de 30 minutos y, al finalizar, se les entregó una infografía con recomendaciones orientadas al fortalecimiento del autocuidado (Anexo 3).

La técnica empleada fue la encuesta, mediante la aplicación de la Escala de Apreciación de Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA), basada en la teoría de Dorothea Orem, en su versión adaptada al contexto peruano por Ángeles J. et al. (29). Esta versión presenta validez de contenido, de constructo y de criterio evaluada mediante juicio de expertos, con resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Asimismo, demuestra una adecuada confiabilidad, evidenciada con un alfa de Cronbach superior a 0,70. Para la clasificación de los puntajes, se utilizaron los baremos propuestos por los autores, los cuales establecen cuatro niveles: muy baja (24-43 puntos), baja (44-62 puntos), regular (63-81 puntos) y buena (82-96 puntos). Estas categorías se aplicaron

de forma uniforme, lo que permitió comprender los hallazgos con mayor claridad y mantener la coherencia en todo el análisis (Anexo 5).

El segundo instrumento (Anexo 6) fue la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS, por sus siglas en inglés), diseñada por Sor Callista Roy en el marco de su Modelo de Adaptación, con el objetivo de evaluar las respuestas cognitivas y conductuales frente a situaciones estresantes (30). La versión original presentó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,88. Posteriormente, Gutiérrez C. et al., realizaron la traducción y validación al español, lo que confirmó su validez para la aplicación en población latinoamericana (31). Asimismo, Gutiérrez C. propuso la categorización basada en los baremos del instrumento, estableciendo cuatro niveles para el proceso de afrontamiento y adaptación: baja, mediana, alta y muy alta capacidad (32). Esta clasificación se organiza en cinco factores, cada uno con rangos de puntaje específicos, lo que permite una evaluación detallada de dicho proceso. Dichas categorías se aplicaron de manera uniforme, lo que facilitó una comprensión clara de los resultados y manteniendo la coherencia en todo el análisis (Anexo 7).

Aspectos éticos del estudio

El presente estudio se ejecutó en estricta observancia de los lineamientos éticos en la Declaración de Helsinki; así como de los principios bioéticos universales, lo que garantizó la protección de la salud, el respeto a la dignidad y el resguardo de los derechos de los participantes durante todo el proceso de investigación.

- **Autonomía:** Se garantizó el respeto a los derechos y la dignidad de los participantes mediante la obtención del consentimiento informado, lo cual aseguró su participación voluntaria, así como el anonimato y la confidencialidad de la información recolectada.
- **Beneficencia:** Se procuró el bienestar integral de los cuidadores primarios durante todo el proceso de investigación, mediante la aplicación de instrumentos en un entorno seguro, respetuoso y libre de riesgos. Asimismo, con el propósito de maximizar los beneficios del estudio, al finalizar la participación se les hizo entrega de una infografía con recomendaciones prácticas orientadas al fortalecimiento del autocuidado en el ejercicio de su rol.
- **Justicia:** Se aseguró la equidad en la selección y el trato de los participantes, lo que brindó a todos los cuidadores primarios las mismas condiciones y oportunidades de acceso a los beneficios del estudio, sin distinción ni discriminación de ninguna índole.
- **No maleficencia:** Se aseguró la ausencia de daño o riesgo físico y psicológico para los participantes, resguardando en todo momento su dignidad, derechos, confort e intimidad durante la aplicación de los instrumentos.

Plan de análisis

Los datos fueron codificados en una base elaborada en MS Excel y analizados mediante el programa estadístico Stata, versión 18.0. Se realizó un análisis descriptivo utilizando

tablas de frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central para caracterizar a la población de estudio.

Para evaluar la distribución de las variables, se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov, evidenciándose que la capacidad de agencia de autocuidado presentó distribución normal ($p = 0,200$), mientras que el afrontamiento–adaptación no ($p = 0,011$). Considerando que la correlación de Pearson requiere normalidad en ambas variables, se optó por el coeficiente Rho de Spearman, al ser una prueba no paramétrica adecuada en estos casos. No se realizaron transformaciones de los datos para mantener la interpretación original, debido a que las escalas son de tipo Likert. Esta decisión es coherente con el diseño no experimental y correlacional del estudio. Se estableció un nivel de significancia de 0,05 y los resultados se presentan en tablas.

IV. RESULTADOS

En este estudio participaron 70 cuidadores primarios que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, los cuales consisten en asumir la responsabilidad del cuidado integral de un paciente oncológico atendido en el programa de ADI Oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Del total de participantes, el 77,1% correspondió al sexo femenino y el 22,9% al masculino. Asimismo, se consideró como criterio que los cuidadores fueran mayores de edad; en este grupo, la media de edad fue de 46,1, con una mínima registrada de 19 y una máxima de 78 años. En cuanto al nivel educativo, el 11,4% ha cursado estudios primarios, el 60% cuenta con formación secundaria, el 18,6% con estudios técnicos superiores y el 10% con formación universitaria (Anexo 8).

En relación con el objetivo general, que consistió en evaluar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el afrontamiento–adaptación del cuidador primario de pacientes en cuidados paliativos, se analizó la distribución de las variables mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. El valor de significancia obtenido para la variable capacidad de agencia de autocuidado ($p = 0,200$) evidenció una distribución normal; en cambio, la variable afrontamiento y adaptación ($p = 0,011$) no presentó distribución normal. En función de ello, se aplicó la prueba no paramétrica Rho de Spearman para determinar la relación entre ambas variables (Anexo 9). Los resultados evidenciaron que el coeficiente de correlación ($Rho = 0,474$) indicó una relación positiva o directa de nivel medio, estadísticamente significativa ($p = 0,000$). Esto

sugiere que niveles altos de capacidad de agencia de autocuidado se asocian con niveles altos de afrontamiento–adaptación en los cuidadores primarios (Tabla 1).

En cuanto al primer objetivo específico, orientado a identificar el nivel de la capacidad de agencia de autocuidado del cuidador primario de pacientes en cuidados paliativos, se encontró que el nivel predominante fue el regular, con un 55,7% de los participantes. Asimismo, no se registraron cuidadores primarios con nivel muy bajo de capacidad de agencia de autocuidado (Tabla 2).

Respecto al segundo objetivo específico, dirigido a identificar el nivel de afrontamiento–adaptación de los cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos, se observó que el nivel predominante fue el alto, con un 82,9% de los participantes, sin registrarse casos en el nivel bajo (ver Tabla 3). Este instrumento permitió además analizar las distintas dimensiones del afrontamiento–adaptación, evidenciándose que las áreas con mayores puntajes fueron Conocer y relacionar (17,1%) y Reacciones físicas (15,7%), ambas ubicadas en un nivel muy alto (Anexo 10).

V. DISCUSIÓN

Los resultados del primer objetivo específico evidenciaron que más de la mitad de los participantes presentó un nivel regular de capacidad de agencia de autocuidado, sin identificarse niveles muy bajos. Este hallazgo difiere de lo reportado por Guato P. et al. quienes describieron limitaciones importantes asociadas a la presión emocional, la exigencia física y las dificultades económicas (17). De igual forma, Álvarez D. et al. y Rojas C. et al., señalaron que el incremento de las demandas y la falta de apoyo reducen la capacidad del cuidador para atender sus propias necesidades, afectando su bienestar integral (20,21). Estas discrepancias podrían explicarse por las diferencias en el nivel de soporte institucional disponible en cada contexto.

A diferencia de estos escenarios, en el presente estudio se observó que los cuidadores desarrollan competencias efectivas, como la identificación de signos de agotamiento, la organización de rutinas saludables y la búsqueda oportuna de apoyo profesional. Asimismo, evidenciaron una disposición favorable hacia el autocuidado, caracterizada por la motivación para mantenerse saludables y la aceptación de orientación profesional. En cuanto a la ejecución, realizaron acciones como adherirse a periodos de descanso, manejar el estrés y efectuar controles preventivos. Estas competencias y prácticas se observaron en un contexto de acompañamiento del programa ADI Oncológica, lo cual podría estar asociado a un mayor fortalecimiento de la agencia de autocuidado.

Además de este soporte institucional, otro elemento que podría explicar los resultados es la media de edad registrada en los participantes, que fue de 46,1 años. Este es un factor considerado por la teoría de Orem D. como un factor básico condicionante que influye directamente en la agencia de autocuidado (33). En esta etapa del ciclo vital, las personas suelen presentar mayor madurez emocional, estabilidad en sus hábitos de salud y experiencia para gestionar situaciones de estrés, aspectos que podrían favorecer la organización de rutinas saludables y la sostenibilidad de las prácticas de autocuidado. En este sentido, la edad de los cuidadores permite comprender, desde la teoría, los niveles favorables observados.

No obstante, la edad por sí sola no explica completamente los niveles alcanzados. Los hallazgos sugieren además que el programa ADI Oncológica podría estar actuando como un factor protector, al ofrecer acompañamiento continuo y orientación especializada. Este tipo de soporte permite a los cuidadores reflexionar sobre su rol, reconocer sus propios límites y adoptar prácticas saludables de manera sostenida, fortaleciendo así su agencia de autocuidado y favoreciendo una adaptación funcional frente a las exigencias del cuidado. La OMS, señala que los programas comunitarios de cuidados paliativos deben brindar capacitación permanente, dado que estas intervenciones reducen la carga del cuidador y potencian sus competencias (34). Esto coincide con Orem D. quien sostiene que la agencia de autocuidado implica habilidades, motivación y toma de decisiones orientadas al bienestar (33).

En relación con el segundo objetivo específico, referido al nivel de afrontamiento– adaptación, los resultados mostraron que la mayoría de los cuidadores presentó un nivel alto, lo que sugiere una adecuada capacidad para responder a las demandas del rol. Este hallazgo coincide con lo reportado por Barón M. et al., quienes observaron que los cuidadores familiares de personas con párkinson, pese a la carga prolongada, desarrollan estrategias adaptativas que fortalecen su estabilidad emocional y su desempeño en contextos de elevada exigencia (23). Esto permite comprender que, ante la exposición continua a situaciones complejas, los cuidadores pueden ir consolidando estrategias orientadas al análisis, la planificación y la resolución de problemas.

Las preguntas incluidas en el instrumento, como “¿trato de aclarar las dudas antes de actuar?” o “¿desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación?”, reflejan mecanismos adaptativos propios de la dimensión Conocer y relacionar, la cual obtuvo los puntajes más favorables. Desde el Modelo de Adaptación de Roy C., este tipo de respuestas se vincula con el subsistema cognador del proceso adaptativo, en el que el cuidador analiza los estímulos y selecciona acciones orientadas a mantener la estabilidad frente a las demandas del entorno (35). Esto sugiere que los participantes recurren a procesos reflexivos que les permiten organizarse y elegir estrategias más efectivas para afrontar el cuidado.

Estos hallazgos permiten inferir que los cuidadores han desarrollado recursos cognitivos y conductuales que favorecen su capacidad de adaptación frente a las exigencias del cuidado. La identificación de alternativas de acción, la planificación de respuestas y análisis de las situaciones que enfrentan; constituyen mecanismos que facilitan una adaptación efectiva ante los desafíos cotidianos del rol. Asimismo, el contexto de acompañamiento y orientación brindado por el programa de ADI Oncológica podría contribuir al fortalecimiento de dichas estrategias adaptativas.

En conjunto, estos hallazgos permiten señalar que la capacidad de afrontamiento–adaptación no depende únicamente de factores individuales, sino también de la interacción entre las demandas del contexto, los recursos personales y los estímulos del entorno que enfrenta cada cuidador. Según Roy C. las respuestas adaptativas emergen de la interacción entre los estímulos del entorno y los procesos de afrontamiento que la persona activa para mantener su integridad y equilibrio funcional (35). En este sentido, Enriquez C. et al. confirman que los cuidadores movilizan recursos internos y externos no solo como una decisión voluntaria, sino como una necesidad adaptativa frente a las condiciones particulares del proceso de cuidado (36).

La relación entre el autocuidado y el afrontamiento–adaptación constituye un proceso dinámico en el que ambas dimensiones se influyen mutuamente y condicionan la forma en que el cuidador responde a las demandas del rol. Medina I. et al., señalan que la

capacidad de agencia de autocuidado está condicionada por la manera en que el cuidador afronta los factores estresantes (19). De forma complementaria, el incremento de responsabilidades emocionales y físicas repercute negativamente en el autocuidado al limitar la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento (8). En este sentido, mantener un equilibrio entre ambas dimensiones resulta fundamental para preservar la salud integral del cuidador y su desempeño en la labor de cuidado.

Desde esta perspectiva, los hallazgos del estudio reafirman la necesidad de reconocer al cuidador primario como un sujeto de cuidado, cuya salud física, emocional y social debe ser considerada dentro de los programas paliativos. Los resultados sugieren que el fortalecimiento de la agencia de autocuidado y de las capacidades de afrontamiento-adaptación constituye un elemento relevante para favorecer el bienestar del cuidador y la continuidad del cuidado brindado al paciente. En este sentido, resulta pertinente promover estrategias e intervenciones orientadas al acompañamiento integral de quienes desempeñan este rol.

El presente estudio presentó algunas limitaciones metodológicas que deben considerarse en la interpretación de los resultados. El diseño de corte transversal permitió analizar la relación entre las variables en un único momento, sin establecer causalidad entre la capacidad de agencia de autocuidado y el afrontamiento-adaptación. Asimismo, el muestreo no probabilístico por conveniencia y la inclusión

exclusiva de participantes del programa ADI Oncológica de un hospital de Lima limitan la generalización de los hallazgos. La información fue recolectada mediante instrumentos de autorreporte, lo que podría haber generado sesgo de deseabilidad social. Además, no se realizaron análisis bivariados entre variables sociodemográficas y las variables principales, lo que limitó la identificación de asociaciones específicas y el control de posibles variables intervinientes. No obstante, el uso de instrumentos validados y la aplicación de un procedimiento metodológico estandarizado fortalecen la calidad de la medición y la consistencia de los datos obtenidos.

VI. CONCLUSIONES

1. Se evidenció una correlación positiva y estadísticamente significativa de nivel medio entre la capacidad de agencia de autocuidado y el afrontamiento–adaptación ($Rho = 0,474$; $p = 0,000$), lo que permite afirmar que, a mayores niveles de autocuidado, los cuidadores tienden a afrontar de mejor manera las exigencias que implica el rol de cuidado.
2. Los cuidadores primarios participantes presentaron niveles regulares de capacidad de agencia de autocuidado, lo que muestra que una proporción importante de ellos logra mantener prácticas orientadas al cuidado de su propia salud y al sostenimiento de su desempeño como cuidadores, aunque aún existen aspectos para fortalecer.
3. Asimismo, los cuidadores evidenciaron altos niveles de afrontamiento–adaptación, lo que sugiere que cuentan con recursos personales y estrategias que les permiten responder de manera adecuada a las demandas del contexto oncológico y del cuidado paliativo.

Recomendaciones

1. A las instituciones de salud: Se recomienda fortalecer y, en la medida de lo posible, replicar programas integrales de apoyo al cuidador, priorizando intervenciones que promuevan el autocuidado y faciliten un afrontamiento efectivo ante las demandas del cuidado oncológico.
2. A los profesionales de enfermería: Se sugiere incorporar de manera continua estrategias educativas dirigidas a los cuidadores, poniendo énfasis en la promoción del autocuidado, la identificación temprana de signo de sobrecarga y el uso de estrategias de afrontamiento saludables.
3. A las autoridades sanitarias y a las instituciones académicas: Se propone impulsar políticas y planes formativos que reconozcan el rol del cuidador primario, integrando contenidos relacionados con el autocuidado, el afrontamiento y la adaptación en el ámbito de la atención oncológica.
4. Para futuras investigaciones: Se recomienda desarrollar estudios que profundicen en los factores asociados a la capacidad de agencia de autocuidado y al afrontamiento–adaptación, incorporando diseños comparativos y longitudinales que permitan ampliar y fortalecer la evidencia existente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pulido M, Rincón K, Camargo A, Moreno D, Rojas C, Serna K, Cala N. Intervenciones de enfermería en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos. Salud, Ciencia y tecnología [internet]. 2025 junio 1 [citado 15 de enero 2026]; 5:1620. Disponible en: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/1620>.
2. Curilla M, Galvan S. Efecto de la intervención educativa de enfermería sobre los conocimientos de cuidados paliativos del familiar cuidador que acude a un hospital nacional, 2023 [Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2025 [citado 15 enero 2026]. Tesis de grado. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/16922>.
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer; 2024 [citado 24 nov 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>.
4. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today [Internet]. Lyon (FR): IARC; 2024 [citado 24 nov 2024]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0.
5. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer [Internet]. Washington (DC): OPS; 2024 [citado 24 nov 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>.

6. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala situacional de cáncer en el Perú: I semestre 2024 [Internet]. Lima: CDC Perú; 2024 [citado 24 nov 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE32/cancer.pdf>.
7. Soriano I, Castrejón R, Ávila L, León M, Toledano C, Albavera C, et al. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cáncer terminal. Aten Fam [Internet]. 2022 [citado 24 nov 2024]; 29(2): 85-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2022/af222c.pdf>.
8. Rosado E, Arroyo C, Sahagún A, Lara A, Campos S, Ochoa R, et al. Necesidad de apoyo psicológico y calidad de vida en el cuidador primario de pacientes pediátricos con cáncer. Psicooncología [Internet]. 2021 [citado 24 nov 2024]; 18(1): 137-156. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7873418>.
9. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 24 nov 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
10. Miranda B, Cruz R, Taype A. Cuidados paliativos: definición, importancia y avances en Perú. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2023 [citado 24 nov 2024]; 16(2). Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1839/828>.
11. Instituto Nacional del Cáncer. Cuidados paliativos para la persona con cáncer [Internet]. Bethesda (MD): NCI; 2021 [citado 24 nov 2024]. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>.

12. Organización Panamericana de la Salud, Banco Interamericano de Desarrollo. La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington (DC): OPS; 2023 [citado 24 nov 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57356/9789275326879_spa.pdf.
13. Vega E, Barrón J, Aguilar V, Salas R, Moreno K. Calidad de vida y sobrecarga del cuidador en cuidadores con pacientes con complicaciones por la diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2023 [citado 24 nov 2024]; 61(4): 440-448. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10484553/>.
14. Arias M, Carreño S, Sepúlveda A, Romero I. Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores de personas con cáncer en cuidados paliativos. Revista Cuidarte [Internet]. 2021 [citado 24 nov 2024]; 12(2): e1248. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1248>
15. WHO Regional Office for Europe. Long-term care [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 Dec 1 [citado 8 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>.
16. Navarrete A, Taipe A. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con discapacidad física. Salud ConCiencia [Internet]. 2023 [citado 24 nov 2024]; 2(2): e14. Disponible en: <https://saludconciencia.com.ar/index.php/scc/article/view/14/24>

17. Guato P, Mendoza S. Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva. *Enferm Cuid Humaniz* [Internet]. 2022 [citado 24 nov 2024]; 11(2): e303. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062022000201206.
18. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana* [Internet]. 2017 [citado 24 nov 2024]; 19(3):89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009.
19. Medina I, Carrillo A, Pantoja M, Torres R, Medina J, Cortez L. Influencia de la ansiedad y síntomas depresivos sobre la agencia de autocuidado en cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Health Addict* [Internet]. 2021 [citado 24 nov 2024]; 21(1): 204-215. Disponible en: <https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=563&path%5B%5D=417>.
20. Álvarez D, Reyes C. Relación entre sobrecarga del cuidador y agencia de autocuidado del paciente de cirugía cardíaca en Cúcuta - Colombia. *Rev Cuid* [Internet]. 2022 [citado 24 nov 2024]; 13(2): e2433. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2433/2495>.
21. Rojas C, Rincón E, Sánchez M, Giraldo M, Bossa M, Quintero M, et al. Manual básico de enfermería paliativa [Internet]. Bogotá: Universidad del Bosque; 2022 [citado 25 nov 2024]. Disponible en:

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2022/6/Manual-Basico-de-enfermeria-paliativa.pdf>.

22. Díaz L, Durán M, Gallego P, Gómez B, Gómez E, Gonzáles Y, Gutiérrez M, Hernández Á, Londoño J, Moreno M, Pérez B, Rodríguez C, Rozo C, Umaña C, Valbuena S, Vargas R, Venegas B. Analisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2002 [citado 17 enero 2026]; 2(1):19-23. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004.
23. Barón M, Muñoz M y Cardona J. Capacidad de afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de personas con Parkinson. av enferm. 2023 ; 41 (3): 111581. disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/03/1584478/revista_41-3_art111581ojs.pdf.
24. Sánchez I, Silva E. Factores asociados a sobrecarga emocional en cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos en etapa terminal: una revisión de la literatura. LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Hum [Internet]. 2024 [citado 26 nov 2024]. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1886/2426>.
25. Barba L, Shugulí C. Niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. Estudio comparado. Rev Eugenio Espejo [Internet]. 2022 [citado 26 nov 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572870672014/html>.

26. Secada M, Medina I, Gonzáles A, Cabrera L, Mederos C. Efectividad de intervención enfermera en capacidad de adaptación-afrentamiento de cuidadores de operados de cáncer cerebral con cambios conductuales. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2021 [citado 26 nov 2024]; 37(1): e2664. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n1/1561-2961-enf-37-01-e2664.pdf>.
27. Carrion L. Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes diabéticos de las parroquias rurales de Quito, Ecuador [Internet]. Quito: Instituto Superior Tecnológico Libertad; 2020 [citado 27 nov 2024]. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/142/334>.
28. Acosta D, Lapeira P, Osorio E. Afrontamiento y tolerancia al estrés académico en situación de confinamiento según Calixta Roy. Duazary [Internet]. 2021 [citado 27 nov 2024]; 18(2): 123-134. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/4260/3175>.
29. Ángeles J, Francia N. Capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9442>.
30. Roy C, Prangtip C. Coping and Adaptation Processing Scale - English and Thai Versions. Roy Adapt Assoc Bull. 2004; 6(2): 4-6.
31. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán M, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2007

- [citado 27 nov 2024]; 7(1): 54-63. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v7n1/v7n1a05.pdf>.
32. Gutiérrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Hallazgos. 2009;6(12):201-213 Disponible en:
<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1742/1890>.
33. Orem D. Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem. En: Marriner Tomey A, Alligood MR, editores. Modelos y teorías en enfermería. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 195-217.
34. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de la atención integrada de la salud para abordar las necesidades de cuidados paliativos y a largo plazo. Washington, D.C.: OPS; 2023. [citado 14 Dic 2025]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/documentos/fortalecimiento-atencion-integrada-salud-para-abordar-necesidades-cuidados-paliativos-largo-plazo>.
35. Roy C. Modelo de adaptación de Roy. En: Marriner Tomey A, Alligood MR, editores. Modelos y teorías en enfermería. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 301-25.
36. Enriquez C, Torres J, Alba L, Crespo T. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy en cuidadores primarios. Medicentro Electrónica [Internet]. 2020 [citado 27 nov 2024]; 24(3): 548-563. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300548

VIII. TABLAS

Tabla 1. Correlación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el afrontamiento–adaptación

| Capacidad de agencia de autocuidado | Afrontamiento y adaptación |
|---|----------------------------|
| Coefficiente de correlación Rho de Spearman | 0,474 |
| Sig. (bilateral) | 0,000 |
| N | 70 |

Fuente: Elaboración propia basada en los resultados del análisis estadístico, 2025.

Tabla 2. Nivel de capacidad de agencia de autocuidado en cuidadores primarios

| Nivel | Número | % |
|--------------|-----------|--------------|
| Muy baja | 0 | 0.0 |
| Baja | 30 | 42.9 |
| Regular | 39 | 55.7 |
| Buena | 1 | 1.4 |
| TOTAL | 70 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos elaborado por la investigadora, Lima, 2025.

Tabla 3. Nivel de afrontamiento–adaptación en cuidadores primarios

| Nivel | Número | % |
|--------------|-----------|--------------|
| Bajo | 0 | 0.0 |
| Mediano | 7 | 10.0 |
| Alto | 58 | 82.9 |
| Muy alto | 5 | 7.1 |
| Total | 70 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos elaborado por la investigadora, Lima, 2025.

ANEXO

ANEXO 1

| VARIABLES | TIPO DE VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | PUNTAJE |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------|--|---|---|
| Agencia de autocuidado | Variable 1 | Destreza y aptitud adquirida por el sujeto para realizar su autocuidado, que es necesaria para su bienestar y el desarrollo de su salud. Se considera agente debido a que la aptitud de la persona cambia en base a su edad, | Interacción Social | Capacidad de pedir ayuda cuando lo necesite. | Pide ayuda. | Nivel de agencia muy bajo: 24-43 |
| | | | Bienestar Personal | Aptitud de buscar respuestas por sí mismo. | Realiza actividades en cuidado de sí mismo. Busca información para mejor por el mismo. | Nivel de agencia bajo: 44-62 Nivel de agencia regular: 63-81 |
| | | | Actividad y reposo | Diferentes factores que interfieran con estas actividades. | Realización de ejercicios. Horas de descanso. | Nivel de agencia bueno: 82-96 |

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|--|--|---|--|--|
| | | salud, instrucción y experiencias. (27). | Alimentación | Disposición para hacer cambios en la dieta y mantener un peso óptimo. | Hábitos saludables. | |
| | | | Promoción del funcionamiento y desarrollo personal | Actividades que realice el individuo para su progreso. | Logros del individuo. | |
| Afrontamiento-adaptación | Variable 2 | Patrones innatos obtenidas a través de la forma en responder al ambiente que cambia constantemente de acuerdo con las situaciones de la vida diaria y de las | Recursivo y centrado | Demuestra acciones para enfrentar nuevas situaciones y resolverlas. | Uso de alguna metodología para enfrentar situaciones. Búsqueda de resultados | Baja capacidad: 47-82 Mediana capacidad: 83-118 |
| | | | Reacciones físicas | Comportamientos que demuestran un nivel de alerta personal frente a | Comportamientos de alerta ante situaciones. | Alta capacidad: 119-153 |

| | | | | | | |
|--|--|--|------------------------------|---|--|--|
| | | etapas cruciales mediante comportamientos enfocados a alcanzar la supervivencia, trascendencia, el dominio y crecimiento. (28) | | situaciones que generen estrés. | Manejo y adecuación a la situación. | Muy alta capacidad: 154- 188 |
| | | | Proceso de alerta | Respuestas del individuo frente a circunstancias que le generen estrés. | La forma de actuar frente a los problemas. | |
| | | | Procesamiento sistemático | Estrategias personales y físicas para manejar problemáticas. | Manejo integral de las situaciones. | |
| | | | Conocer y relacionar | Respuestas de los individuos utilizando recuerdos para enfrentar una situación. | Uso de experiencias previas. | |

ANEXO 2

| CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN | |
|---|---|
| (Adultos) | |
| <i>Título del estudio:</i> | CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE AFRONTAMIENTO – ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS, LIMA |
| <i>Investigadoras:</i> | 1. CHAHUA MARUJO, NAYDA YSABEL 2. TARAZONA TELLO, THATIANA THIFANNY |
| <i>Institución:</i> | UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA |

Propósito del estudio: Lo estamos invitando a participar en un estudio donde se evaluará la capacidad de agencia de autocuidado y su relación con el nivel de afrontamiento – adaptación que posee usted en su condición de cuidador primario de pacientes oncológicos. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La agencia de autocuidado es la capacidad que ayuda a las personas a sobrellevar diferentes situaciones sin poner en riesgo su bienestar y su calidad de vida. Por otro lado, la capacidad de afrontamiento – adaptación indica que es el desempeño en las nuevas funciones que permiten la estabilidad del cuidador primario. Esta investigación brindará un aporte teórico sobre la relación que existe entre las variables antes mencionadas, lo cual servirá para crear una nueva perspectiva en la gestión del cuidado.

Procedimientos: Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se le aplicara 2 encuestas.
 - a. El primero “Escala de apreciación de capacidad de agencia de autocuidado”, este contiene 24 ítems.
 - b. El segundo “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación”, este cuestionario cuenta con 47 ítems.

Riesgos: Existe la posibilidad de que algunas de las preguntas puedan generarle alguna incomodidad, usted es libre de contestarlas o no.

Beneficios: Se beneficiará de una evaluación en cuanto a su nivel de capacidad de agencia de autocuidado y el nivel de afrontamiento – adaptación.

Se le otorgará una infografía con el fin de comunicar de forma visual y atractiva recomendaciones para el cuidado de su salud como cuidador primario (anexo).

Costos y compensación: Los costos serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno. No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad: Nosotras guardaremos su información con códigos y no con nombres. Sólo las investigadoras tendrán acceso a la base de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en



APROBADO
02/06/2025

| | |
|--|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN | |
| (Adultos) | |
| <i>Título del estudio:</i> | CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE AFRONTAMIENTO - ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS, LIMA |
| <i>Investigadoras:</i> | 1. CHAHUA MARUJO, NAYDA YSABEL 2. TARAZONA TELLO, THATIANA THIFANNY |
| <i>Institución:</i> | UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA |

este estudio.

USO FUTURO DE INFORMACIÓN

Estos datos podrán ser usados para investigaciones futuras, no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos. Además, la información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación, se contará con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, cada vez que se requiera el uso de sus resultados.

Si no desea que los datos recaudados en esta investigación permanezcan almacenados ni utilizados posteriormente, aún puede seguir participando del estudio. En ese caso, terminada la investigación sus datos serán eliminados.

Derechos del participante: Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio llamando al teléfono de Chahua Marujo, Nayda Ysabel, con el número [REDACTED] o Tarazona Tello, Thatiana con número [REDACTED]. Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>.

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.



APROBADO

02/06/2025

F. APROBACIÓN

| | |
|--|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN | |
| (Adultos) | |
| <i>Título del estudio:</i> | CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE AFRONTAMIENTO - ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS, LIMA |
| <i>Investigadoras:</i> | 1. CHAHUA MARUJO, NAYDA YSABEL 2. TARAZONA TELLO, THATIANA THIFANNY |
| <i>Institución:</i> | UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA |

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente a participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Si, acepto

No, acepto

Firma del participante

Firma del investigador

[Firma manuscrita]



APROBADO
02/06/2025

ANEXO 3

INFOGRAFIA

CUIDAR DEL CUIDADOR

AUTORES: Marta del Río Gil, Raquel Alonso Castronuño, Patricia Turrón Martín, Mario Roncero Rodríguez, Aidén Sánchez Rodríguez, Andrea Domínguez Martín

Se denominan **cuidadores informales** a las personas que realizan la tarea de cuidado de personas mayores, con alguna discapacidad o enfermedad que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria (aseo, alimentación, movilidad, vestirse), administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, entre otras.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SOBRECARGA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Tristeza, cansancio, pérdida de energía, sueño excesivo, dificultad para concentrarse | Abandono del cuidado personal, aislamiento y soledad, pérdida del tiempo de ocio | Fatiga emocional, quejas múltiples, irritabilidad | Sentimientos de culpa | Actitud negativa hacia el cuidado |

CÓMO CUIDARSE

NO ESPERE A TENER QUE DECIR «NO PUEDO MÁS»

- Pida ayuda antes de sentirse agotado/a
- Digo de forma clara y concreta el tipo de ayuda que necesita
- Diga NO ante las demandas excesivas
- Pida consejo a su enfermero/a, médico/a o al trabajador/a social de su centro de salud o ayuntamiento

LLEVE UNA VIDA SANA

- Duerma lo suficiente
- Haga ejercicio con regularidad
- Mantenga su red social de amigos y familiares
- Deje algunos momentos del día para usted
- Conserve sus aficiones
- Salga de casa a diario

ORGANICE SU TIEMPO

- Anticípese a los contratiempos que puedan surgirle
- Lleve una vida ordenada

NO ASUMA MÁS DE LO QUE PUEDA LLEVAR

- No realice tareas que pueda llevar a cabo de forma autónoma el paciente
- Tiene derecho a cometer errores y no culparse por ello
- Comparta el cuidado con otras personas

¡ES IMPORTANTE BUSCAR RECURSOS DE APOYO!

Consulte con su equipo de Atención Primaria (médico, enfermero, trabajador social) o en el ayuntamiento de su localidad para informarse de los recursos sociales y económicos a su disposición.

BIBLIOGRAFÍA:
FAPPS. SemFyc. Cuidar del Cuidador. Barcelona. 2013. Guía Práctica de Salud, unidad 20.7.
Manual IFSES de EFYC. Cuidados en AP atención domiciliaria: atención en el domicilio. Madrid, 2019. Págs 28-31.
JOYL. Cartera de Servicios de AP. Atención a la Persona Cuidadora. Valladolid, 2019. Págs 193-195. ISBN: 978-84-9778-705-3
Junta de Andalucía. Cuidar para cuidarse: Guía para personas cuidadoras. Andalucía, 2009. ISBN: 978-84-67385-94-0

BLOG EIR EFYC
UE SALAMANCA



ANEXO 4

CUESTIONARIO 1

“Escala de apreciación de capacidad de agencia de autocuidado”

INTRODUCCIÓN

El siguiente cuestionario tiene el fin de determinar la capacidad de agencia de autocuidado del cuidador primario de los pacientes del programa de atención domiciliaria integral del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

INDICACIONES

Marqué con una **X** solo una de las alternativas. No existen respuestas incorrectas. Su honestidad es importante para el estudio.

1. Información Personal

A. Edad: _____

B. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

C. Grado de instrucción:

Primaria: _____ Secundaria: _____ Técnico: _____ Superior: _____

| AFIRMACIÓN | NUNCA | CASI NUNCA | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|-------|------------|--------------|---------|
| 1. A medida que cambien las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud | | | | |
| 2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas | | | | |
| 3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda | | | | |
| 4. Yo puedo hacer lo necesario para | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| mantener limpio el ambiente donde vivo. | | | | |
| 5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud. | | | | |
| 6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo. | | | | |
| 7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora. | | | | |
| 8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio | | | | |
| 9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios | | | | |
| 10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser. | | | | |
| 11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo | | | | |
| 12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos. | | | | |
| 13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado. | | | | |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no | | | | |
| 15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud. | | | | |
| 17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios. | | | | |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro. | | | | |
| 19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud. | | | | |
| 20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme | | | | |
| 21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer. | | | | |
| 22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda | | | | |
| 23. Puedo sacar tiempo para mi | | | | |
| 24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta. | | | | |
| PUNTAJE PARCIAL | | | | |
| PUNTAJE TOTAL | | | | |

ANEXO 5. Escala ASA

Categorías e ítems

| Categoría | Ítems |
|----------------------------|--------------------------------|
| Interacción Social | 12,22 |
| Bienestar personal | 2,4,5,7,8,14,15,16,17,19,21,23 |
| Actividad y reposo | 3,6,11,13,20 |
| Alimentación | 9 |
| Desarrollo personal | 1,10,18,24 |

Escala de valoración: Likert de 4 puntos

- Nunca=1
- Casi nunca=2
- Casi siempre=3
- Siempre=4

Puntuación total posible: mínimo =24, máximo =96

Tabla 2. Clasificación de la percepción de la capacidad de agencia de autocuidado según puntaje

| Clasificación | Puntaje |
|---------------------------------|---------|
| Buena Agencia de autocuidado | 82-96 |
| Regular Agencia de Autocuidado | 63-81 |
| Baja Agencia de Autocuidado | 44-62 |
| Muy baja Agencia de Autocuidado | 24-43 |

Fuente: Adaptación peruana de la Escala ASA por Ángeles J. et al. (32)

ANEXO 6

CUESTIONARIO 2

“Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación”

(ESCAPS- Versión en español)

INTRODUCCIÓN

El siguiente cuestionario tiene el fin de determinar la capacidad de adaptación y afrontamiento familiar del cuidador primario de los pacientes del programa de atención domiciliaria integral del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

INDICACIONES

Marqué con una **X** solo una de las alternativas. No existen respuestas incorrectas. Su honestidad es importante para el estudio.

2. Información Personal

A. Edad: _____

B. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

C. Grado de instrucción:

Primaria: _____ Secundaria: _____ Técnico: _____ Superior: _____

| ÍTEMS | NUNCA | RARA VEZ | ALGUNAS VECES | SIEMPRE |
|---|-------|----------|---------------|---------|
| 1. Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez, incluso en una crisis o problema. | | | | |
| 2. Propongo una solución nueva para una situación nueva. | | | | |
| 3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad. | | | | |
| 4. Reúno la mayor cantidad de información posible para aumentar mis opciones a fin de solucionar el problema. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para completar tareas, actividades o proyectos. | | | | |
| 6. Trato de recordar las estrategias o soluciones que me han servido en el pasado. | | | | |
| 7. Trato de hacer que todo funcione a mi favor. | | | | |
| 8. Solo puedo pensar en lo que me preocupa. | | | | |
| 9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo. | | | | |
| 10. Identifico como quiero que resulte la situación luego miro como lo puedo lograr. | | | | |
| 11. Soy menos efectivo bajo estrés. | | | | |
| 12. Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que tenga una buena comprensión de la situación. | | | | |
| 13. Encuentro el problema o crisis demasiado complejo, con más elementos de los que yo puedo manejar. | | | | |
| 14. Pienso en todo el problema paso a paso. | | | | |
| 15. Parece que soy más lento al actuar sin razón aparente. | | | | |
| 16. Me empeño en redirigir mis sentimientos para reenfoarlos constructivamente. | | | | |
| 17. Cuando estoy en una crisis o un problema me siento abierto y activo durante todo el día. | | | | |
| 18. Cuando dejo mis sentimientos a un lado soy muy objetivo a cerca de lo que sucede. | | | | |
| 19. Estoy atento a cualquier cosa relacionado con la situación. | | | | |
| 20. Tiendo a reaccionar con exageración al | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| comienzo. | | | | |
| 21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones. | | | | |
| 22. Analizo la situación y lo miro como realmente es. | | | | |
| 23. Cuando se me presenta un problema tiendo a paralizarme y a confundirme por un rato. | | | | |
| 24. Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema. | | | | |
| 25. Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos y complicados. | | | | |
| 26. Trato de obtener más recursos para enfrentar la situación. | | | | |
| 27. Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos. | | | | |
| 28. Utilizo el sentido del humor para manejar la situación. | | | | |
| 29. Con tal de salir del problema o situación estoy dispuesto a cambiar mi vida radicalmente. | | | | |
| 30. Trato de mantener el equilibrio entre mis actividades y el descanso. | | | | |
| 31. Soy más efectivo bajo estrés. | | | | |
| 32. Puedo relatar lo que sucede con mis experiencias pasadas o planes futuras. | | | | |
| 33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 34. Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones. | | | | |
| 35. Por alguna razón no saco beneficio de mis experiencias pasadas. | | | | |
| 36. Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros. | | | | |
| 37. Miro la situación positivamente como una oportunidad/desafío. | | | | |
| 38. Me planteo muchas ideas como soluciones posibles a la situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar. | | | | |
| 39. Experimento cambios en la actividad física. | | | | |
| 40. Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como sucedieron. | | | | |
| 41. Trato de aclarar las dudas antes de actuar. | | | | |
| 42. Tiendo a hacer frente a las situaciones desde el principio. | | | | |
| 43. Esta situación me está enfermando. | | | | |
| 44. Adopto rápidamente un nuevo recurso cuando este puede resolver mi problema o situación. | | | | |
| 45. Me rindo fácilmente. | | | | |
| 46. Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación. | | | | |
| 47. Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarían las cosas. | | | | |

ANEXO 7. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación

Tabla 1. Factores e ítems del cuestionario de afrontamiento-adaptación

| Factor | Número de ítems | Ítems incluidos |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Factor 1–Rekursivo y centrado | 10 | 1-10 |
| Factor 2-Reacciones físicas | 14 | 11-24 |
| Factor 3-Proceso de alerta | 9 | 25-33 |
| Factor 4-Procesamiento sistemático | 6 | 34-39 |
| Factor 5-Conocer y relacionar | 8 | 40-47 |

Escala de valoración: Likert de 4 puntos: 1=Nunca, 2= Rara vez, 3= Algunas veces, 4=Siempre

Puntuación total posible: mínimo=47, máximo = 188.

Fuente: Elaboración propia a partir del autor del cuestionario (32)

Tabla 2. Distribución de intervalos para evaluar grado de capacidad de afrontamiento y adaptación por factores y global

| Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Factor 5 |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Baja capacidad | 11-19 | 13-23 | 9-16 | 6-11 | 8-14 |
| Mediana capacidad | 20-28 | 24-33 | 17-23 | 12-15 | 15-20 |
| Alta capacidad | 29-36 | 34-42 | 24-29 | 16-20 | 21-26 |
| Muy alta capacidad | 37-44 | 43-52 | 30-36 | 21-24 | 27-32 |

Fuente: Elaboración propia a partir del autor del cuestionario (32).

ANEXO 8: Características sociodemográficas de los cuidadores primarios (n = 70).

| Datos generales | Número | % |
|------------------------------|---------------|----------|
| Sexo: | | |
| Femenino | 54 | 77,1 |
| Masculino | 16 | 22,9 |
| Grado de instrucción: | | |
| Primaria | 8 | 11,4 |
| Secundaria | 42 | 60,0 |
| Sup. Técnico | 13 | 18,6 |
| Sup. Universitario | 7 | 10,0 |
| Edad (años) | | |
| Promedio | 46.1 | |
| Desv.est | 13.4 | |
| Menor edad | 19 | |
| Mayor edad | 78 | |

Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas de los cuestionarios aplicados, 2025.

ANEXO 9: Prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov para las variables principales

| Variables | Kolmogorov-Smirnov^a | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|-------------|
| | Estadístico | gl | Sig. |
| Capacidad de agencia de autocuidado | 0,093 | 70 | 0,200* |
| Afrontamiento y Adaptación | 0,123 | 70 | 0,011 |

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis en STATA v.18.0 (2025).

ANEXO 10: Dimensiones del afrontamiento–adaptación en cuidadores primarios

| Nivel de afrontamiento-adaptación | Numero | % |
|--|---------------|----------|
| Rekursivo y centrado: | | |
| Baja | 0 | 0,0 |
| Media | 22 | 31,4 |
| Alta | 48 | 68,6 |
| Muy alta | 0 | 0,0 |
| Reacciones físicas | | |
| Baja | 0 | 0,0 |
| Media | 6 | 8,6 |
| Alta | 53 | 75,7 |
| Muy alta | 11 | 15,7 |
| Proceso de alerta | | |
| Baja | 0 | 0,0 |
| Media | 24 | 34,3 |
| Alta | 39 | 55,7 |
| Muy alta | 7 | 10,0 |
| Procesamiento sistemático | | |
| Baja | 0 | 0,0 |
| Media | 11 | 15,7 |
| Alta | 54 | 77,1 |
| Muy alta | 5 | 7,1 |
| Conocer y relacionar | | |
| Baja | 2 | 2,9 |
| Media | 17 | 24,3 |
| Alta | 39 | 55,7 |
| Muy alta | 12 | 17,1 |

Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas de los cuestionarios aplicados,

2025.