

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD
TACNA, 2013**

TESIS

Presentada por:

Bach. Kharina Yolanda Mamani Cahuaya

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

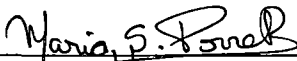
**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD
TACNA, 2013**

TESIS

**Presentada por:
BACH. KHARINA YOLANDA MAMANI CAHUAYA**

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**


Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado:



Mgr. María Soledad Porras Roque
PRESIDENTA



Mgr. Ingrid M. Manrique Tejada
JURADO



Enf. Elizabeth B. Huerta Tovar
JURADO



Mgr. Wender Florencio Condori Chipana
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, porque sin su guía no soy nadie, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de mis estudios.

AGRADECIMIENTOS

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

- A mis padres Yolanda y Dionicio, y a mi hermana Yessika, porque detrás de este logro están ellos, por su apoyo, su amor incondicional, comprensión, sus buenas enseñanzas y por haber sido fuente inagotable de motivación.
- A mi novio Jorge Ferreyra Mamani, por creer en mí y ser cómplice en todos mis sueños, generando un deseo de crecimiento profesional hacia mí persona.
- A la Lic. Karina Algramonte Rosas, enfermera de EsSalud, por el apoyo inicial y final de esta investigación.
- Al Dr. Paulo Gordillo Maydana, presidente del Comité de Investigación y Ética, a la Lic. Glenda Romero Cerrato y a la Lic. Nancy Durand, miembros de Capacitación de Enfermería del Hospital III Daniel Alcides Carrión, por permitirme realizar la investigación; asimismo a los pacientes de la Unidad Oncología por su apoyo incondicional.
- A la Lic. Noelia Paredes Cahuana, administradora de la clínica Americana OncoCentro, por su ayuda en la facilitación de la ejecución de mi investigación.

- Al Mgr. Wender Condori Chipana por su asesoramiento, conocimiento y predisposición para la realización de mi tesis.
- Al Mgr. Ángel Mamani Callacondo y a la Lic. Nelsi Pongo Rojas por su asesoría y apoyo en la parte estadística del trabajo de investigación.
- Mi gratitud y agradecimiento al Dr. Claudio Ramírez Atencio por brindarme su apoyo emocional, moral, asesoría e incomparable amistad.
- A los miembros del jurado: Mgr. María Porras Roque, Mgr. Ingrid Manrique Tejada y Elizabeth Huerta Tovar por el asesoramiento en la etapa final de esta investigación.
- A mis compañeros Roosevelt Mamani Rojas, Elizabeth Flores Choquejahuá, Lisbeth Torres Tarqui, Estela Palza Mamani, Fabiola Chambilla Castillo y Marilyn Calizaya Antahuanaco por haberme ayudado en la aplicación de la prueba piloto, porque sin su ayuda no podía haber obtenido esta preciada investigación.
- A Juan Carlos Callata Aduviri, por ayudarme en la parte logística de mi estudio de investigación, que sin su apoyo no hubiera sido posible.
- A mis docentes, por haber contribuido en mi formación profesional; inculcándome el amor a la carrera y lo que representa Enfermería en la sociedad.

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

| | |
|--|----|
| 1.1. Fundamentos y formulación del problema..... | 03 |
| 1.2. Objetivos..... | 09 |
| 1.3. Justificación..... | 10 |
| 1.4. Formulación de la hipótesis..... | 12 |
| 1.5. Operacionalización de variables..... | 12 |

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|---|----|
| 0.1. Antecedentes de la investigación..... | 15 |
| 0.2. Bases teóricas..... | 23 |
| 2.3. Definición conceptual de términos..... | 67 |

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 3.1. Tipo y diseño de la investigación..... | 70 |
| 3.2. Población y muestra..... | 70 |
| 3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 72 |

3.4. Procedimiento de recolección de datos.....78

3.5. Procesamiento de datos.....78

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados.....80

4.2. Discusión.....100

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo de investigación planteó, como objetivo; determinar el funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013; el estudio fue de tipo cuantitativo con diseño descriptivo correlacional y de corte transversal, con una muestra de 60 pacientes oncológicos, la técnica aplicada fue una encuesta estructurada, utilizando los instrumentos de FF-SIL, que mide el funcionamiento familiar, y la escala de EORTC QLQ-C30, que evalúa la calidad de vida del paciente oncológico. Como resultado se obtuvo, a través del estadístico chi cuadrado, que existe una relación altamente significativa entre las variables, donde el 50,0% de los pacientes oncológicos presentan familias moderadamente funcionales, el 38,3% familias funcionales y el 11,7% familias disfuncionales. A su vez, el 65,0% tienen una calidad de vida buena, el 28,3% calidad de vida regular y el 6,7% una calidad de vida mala. Concluyendo, que a mayor funcionamiento familiar será mayor la calidad de vida del paciente oncológico.

Palabras clave: *Funcionamiento Familiar, Calidad de Vida, Pacientes Oncológicos.*

ABSTRACT

The present investigation arose as a target , determine family functioning related to quality of life in cancer patients Hospital Daniel Alcides Carrión III Essalud Tacna, 2013 , the study developed with quantitative descriptive correlational cross-sectional design , with a sample of 60 cancer patients , the technique was applied through a structured survey instruments using FF -SIL , which measures family functioning , and the scale of EORTC QLQ- C30 , which evaluates the quality of life of patients cancer . The result was obtained through the statistical chi square; there is a highly significant relationship between the variables, where 50.0 % of cancer patients have moderately functional families, 38.3 % functional families and 11.7 % dysfunctional families. In turn, 65.0% have a good quality of life, 28.3 % regular life quality of 6.7% and a poor quality of life. Concluding that a higher family functioning will be higher quality of life of cancer patients.

Keywords: Family Functioning, Quality of Life, Oncology Patients.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del cáncer y los efectos que esta tiene por su diagnóstico, tratamiento y las recaídas de la misma, han llegado a afectar no solo el aspecto social, laboral, físico y psicológico, sino que altera la dinámica de la familia del paciente oncológico y su propia calidad de vida.

La calidad de vida es el bienestar, la felicidad, la satisfacción del paciente que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida. Según Gaviria A., Vinaccia S., Riveros M., Quiceno J., trabajo realizado en Colombia, indican que las relaciones familiares tuvieron un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes. (12)

El funcionamiento familiar ha demostrado ser el factor más importante para generar salud y bienestar; ya que facilita al paciente la integración social, fomenta el bienestar psicológico y disminuye la susceptibilidad ante la enfermedad; promueve conductas saludables y favorece el grado de adaptación a un estímulo estresante como el cáncer; alcanzando así su calidad de vida.

Por lo anterior, es importante que la enfermera no solo realice el tratamiento terapéutico sino que brinde una atención integral, dirigida a los efectos que el cáncer provoca en el paciente, sobre todo en lo que respecta al impacto de su calidad de vida y funcionamiento familiar.

Este es el motivo por el que se realizó la presente investigación cuya finalidad fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013.

Esta investigación consta de cuatro capítulos: El primero se ocupa del planteamiento del problema, se hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. El segundo, como marco teórico, desarrolla los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. El tercero presenta la metodología de la investigación, en el que aparece el material y los métodos, la población y la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, los procedimientos de recolección y el procesamiento de datos. Finalmente, el cuarto capítulo trata sobre los resultados y la discusión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo caracterizándose por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. (1)

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) reveló que el cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial, produciéndose 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13,0% del total), en el 2008. Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13,1 millones en 2030. (1)

En Latinoamérica, el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y el Perú, ha publicado tasas de incidencia y

mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes en la ciudad de Lima. (2)

En el diagnóstico situacional de la Unidad Oncológica del Hospital III Daniel Alcides Carrión, elaborado por los internos de enfermería, indica que en el año 2012, prevalece en mayor porcentaje el cáncer de colon con 25,0%, seguido por el cáncer de mama con 19.6% y el linfoma de Hodgkin con 17.9%, eventos que pueden afectar la calidad de vida de las personas que la padecen.

(3)

La calidad de vida según la OMS (Organización Mundial de la Salud) es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". (4)

En el estudio internacional realizado por el mexicano Martínez M. sobre el "Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes oncológicos" en Veracruz, reportó que el 29,4% presentaron calidad de vida mala y el 35,3% calidad de vida regular y buena.

En América del Sur, en Colombia, Novoa M. y colaboradores presentaron su trabajo denominado "Calidad de Vida y Bienestar

Psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en Cuidado Paliativo en Bogotá” determinaron que la calidad de vida se encuentra en condiciones bastantes regulares.

Y en el Perú, en la ciudad de Cusco, la investigación realizada por Monge F. titulada “Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama- Hospital EsSalud Cusco” observó que el 81.3% tiene calidad de vida mala y el 4,2% calidad de vida buena y muy buena.

Estos reportes nos indican que la calidad de vida del paciente oncológico, cada vez está tomando mayor auge en diferentes países y no solo a nivel nacional.

Para Levin y Anderson (2009), señalan que los factores que influyen en la calidad de vida son de carácter físico, psicológico, laboral, social y familiar, los cuales tiene función implícita de mejorar el bienestar subjetivo de los pacientes con cáncer, por ende, la calidad de vida. (5)

Y así mismo se afirma con el estudio internacional realizado por Gaviria A. y colaboradores sobre la “Calidad de Vida relacionada con la Salud, Afrontamiento del Estrés y Emociones Negativas en pacientes con cáncer en Tratamiento

Quimioterapéutico” en Colombia, donde indica que las relaciones familiares tuvieron un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Pues, la familia es la piedra angular de la sociedad y en ella se inicia la llamada socialización primaria, es decir, incorporar valores, creencias, modalidades afectivas y cognitivas. Si existe armonía, cohesión familiar, una adecuada comunicación, flexibilidad, claridad de reglas y roles; hay una predisposición favorable a la salud en la familia como un sistema, sin embargo, cuando hay un funcionamiento inadecuado este se constituye en un factor de riesgo para sus integrantes.

El funcionamiento familiar es la dinámica relacional sistemática que se da entre los miembros de una familia, mientras más funcional sea la familia, tendrá mayor posibilidad de enfrentar mejor el diagnóstico de una enfermedad crónica.

En el trabajo de investigación de Cortés F. y colaboradores, denominado "Funcionamiento Familiar y Adaptación Psicológica en Oncología" en Madrid, revelan que el 72,7% son familias funcionales, el 24,7% familias intermedias y 2,5% familias disfuncionales. Concluyendo, que las familias funcionales

presentaron menor afectación emocional, y las familias disfuncionales presentan peor adaptación psicológica.

En la investigación de Medina O. y colaboradores, titulado "Respuestas de la Familia a la Enfermedad Crónica" en la Ciudad de Puebla- México, reportaron que el 76,0% presentó disfuncionalidad familiar y el 24,0% funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar sufre cambios ante una crisis recurrente de la enfermedad de cáncer, esos cambios que se evidencian con desesperación, ambigüedad, pérdida de control que a su vez se refleja en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia.

La respuesta de la familia a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma y, en muchos casos, a nivel estructural y dinámico del núcleo familiar. (6)

Esto conlleva, a que la enfermera es la encargada del cuidado de la persona y familia, en colaboración con otros profesionales de la salud; con el objetivo de ayudar a los pacientes con cáncer a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir los sentimientos de alineación a los tratamientos y clasificar

percepciones erróneas, con ella mejora en mucho la atención del enfermo.

Y así lo afirma Torres P. y sus colaboradores, en su estudio denominado "Calidad de Vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: Experiencia FALP", donde concluyeron que la evaluación de la calidad de vida debe ser parte del enfoque integral de las enfermeras, para una adecuada toma de decisiones y detección de problemas ocultos.

Durante el periodo de internado se ha observado que en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud, asisten pacientes con diagnóstico de cáncer para sus quimioterapias ambulatorias u hospitalización. Cada paciente reacciona de diferente forma durante el tratamiento terapéutico, así como las familias están más vinculadas y unidas acompañando durante su tratamiento, pero también hay familias que se alejan, los dejan solos; por lo que es importante la participación de la familia antes, durante y después del tratamiento; la calidad de vida quizás se deba al funcionamiento familiar.

Formulación del problema

Es por tal motivo que surge la siguiente pregunta:

¿Cómo el funcionamiento familiar se relaciona con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el funcionamiento familiar en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013.
- Identificar la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013.
- Relacionar el funcionamiento familiar con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013

1.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación fue parcialmente original, ya que existen otros estudios relacionados con el tema y fueron hechos en otro tiempo y en otro medio, además los antecedentes hacen del trabajo poseedor de un marco conceptual establecido y de experiencia investigadora precedente a futuros trabajos.

Tiene importancia teórica puesto que constituye un aspecto cognitivo del tema en nuestra realidad. Tiene relevancia social; ya que contribuye a aportar medidas y soluciones de problemas vitales como la calidad de vida del paciente oncológico, poniendo de esta manera la investigación muy relevante al servicio de la comunidad oncológica y profesional.

Siendo así, es necesario mencionar, que la calidad del paciente oncológico se ve disminuida y la mayoría de los pacientes experimentan acontecimientos traumáticos y perturbadores en el funcionamiento familiar y en su calidad de vida. Los pacientes oncológicos con un entorno familiar desfavorable y un inadecuado abordaje pueden alterar la calidad de vida del paciente, lo cual tendrá un impacto, que es necesario evaluar.

Los crecientes cambios mundiales y nacionales, determinan problemas para la salud y grandes retos para planear estrategias efectivas para solucionarlos. Estos cambios tienen una fuerte influencia sobre la calidad de vida de los pacientes oncológicos, el desarrollo y fortalecimiento de las ciencias, las disciplinas y las profesiones. Los profesionales de enfermería están enfrentados a participar y desarrollar estrategias para comprender y participar en los problemas de salud y en los cuidados de enfermería, en particular por intervenciones efectivas, eficientes, eficaces y productivas en los campos de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, apoyo profesional en los procesos de rehabilitación, fundamentadas en la investigación, frente a éstas funciones y/o actividades mencionadas es trascendental el funcionamiento familiar y la calidad de vida.

Existe interés personal, en la ejecución del estudio para conocer, si el funcionamiento familiar podría influir en la calidad de vida del paciente oncológico, considerando que el diagnóstico de cáncer se producen una serie de cambios en la calidad de vida del paciente y puedan tener causa variada, posibles como tipo y grado de la enfermedad, social, laboral, física o la familia como trata de relacionar la presente investigación, lo que permite iniciar y dar

continuidad a un manejo integral al paciente, así mismo adquirir conocimientos y aplicar un nuevo plan de trabajo de calidad de vida en los pacientes oncológicos.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hipótesis General

Existe relación significativa entre el Funcionamiento Familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013. (Ver anexo N°01)

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables utilizadas en el presente estudio son:

✓ Variable independiente:

Funcionamiento familiar

✓ Variable dependiente:

Calidad de vida del paciente oncológico

Operacionalización de Variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALA |
|---|---|--|-------------|---------|
| Variable independiente: Funcionamiento familiar | <p>Dinámica relacional sistemática que se da entre los miembros de una familia, a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad. El cual es valorado con el Test de Funcionamiento Familiar, con escala cuali-cuantitativa.</p> | <p>Cohesión Bajo: 2 a 4 puntos Regular: 5 a 7 puntos Alto: 8 a 10 puntos</p> | | Ordinal |
| | | <p>Armonía Bajo: 2 a 4 puntos Regular: 5 a 7 puntos Alto: 8 a 10 puntos</p> | | |
| | | <p>Comunicación Bajo: 2 a 4 puntos Regular: 5 a 7 puntos Alto: 8 a 10 puntos</p> | | |
| | | <p>Permeabilidad Bajo: 2 a 4 puntos Regular: 5 a 7 puntos Alto: 8 a 10 puntos</p> | | |
| | | <p>Afectividad Bajo: 2 a 4 puntos Regular: 5 a 7 puntos Alto: 8 a 10 puntos</p> | | |
| | | <p>Roles Bajo: 2 a 4 puntos Regular: 5 a 7 puntos Alto: 8 a 10 puntos</p> | | |
| | | <p>Adaptabilidad Bajo: 2 a 4 puntos Regular: 5 a 7 puntos Alto: 8 a 10 puntos</p> | | |

| | | | | |
|--|---|--------------|--|----------------|
| Variable dependiente: Calidad de vida del paciente oncológico | Es la percepción que un ser humano tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes | Funcionales | <ul style="list-style-type: none"> • Física • Rol de actividades • Emocional • Cognitiva • Social | Ordinal |
| | | Síntomas | <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Nauseas/vómitos • Dolor • Disnea • Alteraciones del sueño • Pérdida de apetito • Estreñimiento • Diarrea • Impacto financiero | |
| | | Salud global | <ul style="list-style-type: none"> • Salud • Calidad de vida | |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los estudios constituyen la única forma de conocer exactamente las condiciones en las cuales se encuentra inmersa la enfermería, puesto que sus evidencias parten de la generación del conocimiento, a continuación se cita los estudios relacionados a la presente tesis.

MONGE F. (2006), Perú. En su estudio denominada “Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama- Hospital EsSalud Cusco”, su estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo y transversal, la muestra estuvo conformado por 48 mujeres, mostró que en la mayoría de casos existe un deterioro en su calidad de vida, en relación a esta variable, se observó que el 81,3% tiene calidad de vida mala, mientras que el 4,2% calidad de vida buena y muy buena. Concluyendo que la calidad de vida, se debe dar una especial atención e importancia, en colaboración con el equipo de salud. (7)

MAMANI A. (2008), Perú. En su estudio titulada "Funcionamiento Familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama" en Lima, empleó el método correlacional, comparativo y de diseño transversal, con una muestra de 130 pacientes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Sus resultados indicaron una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de familia según su grado de adaptabilidad, tipo de familia flexible, y el afrontamiento, mayoritariamente positivo, en el grupo de pacientes que fueron sometidas a una cirugía radical del seno. (8)

DÍAZ G. y YARINGAÑO J. (2010), Perú. En su estudio titulada "Clima Familiar y Afrontamiento al Estrés en pacientes oncológicos" del Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins-Lima, empleó el método descriptivo correlacional y la muestra fueron 287 sujetos. El resultado al que llegó, es que el 8,0% de pacientes están entre 30 y 40 años, 28,0% entre 41 a 50 años, 28,0% entre 51 y 60, y 36,0% tiene más de 60 años. El cáncer de mama predomina con 28,4%, linfoma no Hodgkin con 16,6% y gástrico con 11,1%. Concluyó que los pacientes oncológicos, presentan en general un nivel medio (estable) en clima familiar, y

existe relación entre un adecuado clima social familiar y el Afrontamiento Positivo. (9)

RODRÍGUEZ M. (2011), Perú. En su investigación denominada "Respuestas/Vivencia Cotidiana de la Familia frente al paciente con Cáncer Terminal-Huancayo-2010", hizo un estudio cualitativo; empleo el método fenomenológico y de diseño descriptivo simple; y la muestra lo constituían siete familias. Concluyó que, el cáncer terminal de la persona enferma genera un conjunto de respuestas y vivencias negativas en la familia, sobre todo en lo económico, biológico, sociocultural, psicológico y espiritual. (10)

TORRES P., IRARRÁZAVAL M., FASCE G., URREJOLA R., PIEROTIC M., LEÓN H., McCONNELL Y., URREJOLA, L., JIMENÉZ P., YUDIN T., CARMONA L., DUIJNDAM I. y BADÍNEZ L. (2010), Chile. En su trabajo denominado "Calidad de Vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: Experiencia FALP", trabajaron con una muestra de 72 pacientes, encontraron que fueron relevantes los problemas emocionales y económicos, el cansancio, la imagen corporal, los síntomas menopáusicos y todo lo relacionado con la actividad sexual, concluyeron que la evaluación de la calidad de

vida debe ser parte del enfoque integral de las enfermeras, para una adecuada toma de decisiones y detección de problemas ocultos. (11)

GAVIRIA A., VINACCIA S., RIVEROS M. y QUICENO J. (2007), Colombia. En su trabajo titulado "Calidad de Vida relacionada con la Salud, Afrontamiento del Estrés y Emociones Negativas en pacientes con cáncer en Tratamiento Quimioterapéutico", hace un estudio descriptivo, transversal y correlacional, en él participaron 28 pacientes oncológicos. Los resultados a los que arribaron indican que las relaciones familiares y sociales tuvieron un alto impacto en la calidad de vida general de los pacientes. (12)

NOVOA M., CAYCEDO C., AGUILLÓN M. y SUAREZ R. (2008), Colombia. Presentan su trabajo denominado "Calidad de Vida y Bienestar Psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en Cuidado Paliativo en Bogotá", este es una investigación transversal de tipo descriptivo correlacional y con un muestreo de 83 personas, el resultado que llegó fue, que el cáncer de ovario es mayor con 31,3% y 12,0% las enfermedades de próstata, riñón y gástrico. Determinó que la calidad de vida se

encuentra en condiciones bastantes regulares; y la enfermedad es mucho más llevadera si se encuentra rodeado de una red de apoyo más cercano, que en la mayoría de los casos desempeñan el rol de cuidadores y acompañantes. (13)

PEÑAFIEL V. (2009), Ecuador. En su trabajo titulado “Las Funciones Familiares y su incidencia en la recuperación de los pacientes oncológicos ingresados en la Unidad Oncológica Provincial Solca Chimborazo residentes en la Ciudad de Riobamba al año 2009”, hizo un estudio descriptivo y transversal, la muestra fue 103 personas. Los resultados fueron, el 86,5% femenino y el 13,5% masculino, siendo de edad adulta; el 82,7% es casado, el 86,5% de religión católica y el 28,8% tienen estudios superiores y secundaria completa. Concluyó, que el apoyo de la familia que da al paciente tiene un valioso impacto y contribuye en los resultados de los tratamientos. (14)

SALAS C. (2009), Colombia. En su investigación denominada “Calidad de vida y Factores Asociados en mujeres con Cáncer de Mama, inscritas en los Programas de Tratamiento Oncológico” en Medellín, realizó un estudio transversal de asociación y la muestra fue 70 mujeres. El resultado al que llegó,

es que la calidad de vida de las mujeres, fue mejor en aquellas con mayor nivel de escolaridad alto, que reciben apoyo por parte de familiares y/o amigos, creencias personales y espirituales. Concluyó, que el Estado debe promover la creación y fortalecimiento de programas de apoyo integral a las pacientes y a sus familias, para que afronten de mejor forma las dificultades del diagnóstico. (15)

CABRERA A. y FERRAZ R. (2009), Uruguay. En su trabajo denominado "Impacto del Cáncer en la Dinámica Familiar", realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, con una muestra de 17 pacientes y familias del departamento de Tratamiento Ambulatorio del Centro Asistencial Médico de Pando, mostró que un 70,0% de familias nucleares tuvieron un impacto significativo ante la existencia del cáncer. El médico de familia debe ser uno de los integrantes del equipo de salud que asista en este aspecto al paciente y la familia. (16)

MARTÍNEZ M. (2009), México. En su trabajo denominado "Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes oncológicos" en Veracruz, hace un estudio descriptivo y transversal, y la muestra fue 74 pacientes. En él llega a los siguientes resultados: los más

afectados son de edad adulta madura con 38,2%, siendo el sexo femenino 55,9% y masculino con 44,1%, de religión católica 73,5%. Presentaron calidad de vida mala el 29,4%, calidad de vida regular y buena con 35,3%. Concluyó, que el sexo femenino afronta gran escala dicho padecimiento, así como su percepción de la calidad de vida, a diferencia del sexo masculino cuyo afrontamiento es bajo y mala calidad de vida. (17)

MEDINA O., RUGERIO M., FLORES M. y MARTÍNEZ D. (2009), México. En su trabajo titulado "Respuestas de la Familia a la Enfermedad Crónica" en la Ciudad de Puebla, realizó un estudio de diseño descriptivo, transversal en 100 familias. Los resultados, reportaron un 76,0% disfuncionalidad familiar, 24,0% funcionalidad familiar. Recomendó indagar la situación de salud intrafamiliar como grupo, para instruir con base en fortalezas, debilidades y patrones culturales de la familia. (18)

GUILLEN N. y OSORIO E. (2010), México. Estudió el "Apoyo Familiar a personas con Cáncer" en Veracruz, hizo un estudio descriptivo y transversal, la muestra fue 21 personas. Los resultados fueron, que el 38,0% es de 40 a 50 años, el 19,0% es de 29 a 39 y de 51 a 61 años; el 86,0% femenino y el 14,0%

masculino. El 57,0% tienen cáncer cérvico uterino, el 10,0% cáncer de mama, 10% cáncer de esófago, y 23,0% otros (cáncer de próstata, ovario, hígado, estómago y leucemia). Concluyó que el apoyo que se le da al paciente con cáncer es en gran parte ayuda económica, al igual que compañía, pero sin involucrarse con los sentimientos y emociones del enfermo. (19)

CORTÉS F., ABIÁN L. y CÓRTEZ H. (2002), España. En su estudio denominado "Adaptación Psicosocial del Paciente Oncológico ingresado y del Familiar Cuidador Principal" en Madrid, cuyo diseño es transversal y la muestra está compuesta por 94 personas. En el concluyeron, que el paciente tiene una percepción de su estructura familiar como funcional, el familiar presenta menores índices de depresión. Cuando el paciente tiene una buena percepción de su familia, también la posee el familiar y viceversa. Sucediendo lo mismo en el caso de la calidad de vida de ambos, siendo medidas dependientes la una de la otra, sobretodo en el familiar. (20)

CORTÉS F., BUENO J., NARVÁEZ A., GARCÍA A. y GUERRERO L. (2012), España. En su trabajo titulado "Funcionamiento Familiar y Adaptación Psicológica en Oncología"

en Madrid, la investigación fue transversal y la muestra lo constituyó 173 pacientes y 171 familiares. Los resultados del estudio han permitieron verificar niveles más elevados de afectación emocional en familiares. El 72,7% son familias funcionales, el 24,7% familias intermedias y 2,5% familias disfuncionales. Concluyeron, que las familias funcionales presentaron menor afectación emocional, y las familias disfuncionales presentan peor adaptación psicológica. (21)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.1.1. EL CÁNCER

a) Definición del cáncer

El cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo caracterizándose por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. (1)

Se habla mucho sobre las causas del cáncer sin poder aún establecer cuáles son estas. No existe una sola y única causa sino un grupo de factores cuyos efectos actúan sinérgicamente y predisponen al cáncer en el hombre.

El cual, desencadena una serie de signos y síntomas según su ubicación y extensión, siendo imprescindible la valoración al paciente oncológico.

b) Signos y síntomas

Los signos y síntomas dependerán de la localización del cáncer, cuán grande es, así como de qué tanto afecta a los órganos o los tejidos. Si un cáncer se propaga (hace metástasis), entonces los signos o síntomas pudieran aparecer en diferentes partes del cuerpo. A medida que el cáncer crece, este comienza a ejercer presión en los órganos cercanos, vasos sanguíneos y los nervios. Esta presión ocasiona algunos de los signos y síntomas del cáncer. (22)

Un cáncer también puede causar síntomas, tales como fiebre, cansancio extremo o pérdida de peso. Esto

puede deberse a que las células cancerosas utilizan mucho del suministro de energía del cuerpo o a que secretan sustancias que afectan la manera en que el organismo produce la energía que obtiene de los alimentos o el cáncer puede ocasionar que el sistema inmunológico reaccione de manera que cause estos signos y síntomas.

Es necesario realizar exámenes y/o pruebas de diagnóstico, para definir mucho mejor la enfermedad.

c) Medios diagnósticos

Se pueden utilizar una o más de estas pruebas para diagnosticar el cáncer:

- **Examen físico:** Permite observar cualquier anomalía, tales como cambios en el color de la piel, crecimiento de un órgano, o protuberancias que pueden indicar un posible cáncer.
- **Pruebas de laboratorio:** Son los exámenes de orina o de sangre, pueden ayudar a identificar anomalías que pueden ser provocadas por el cáncer.

- **Pruebas de imagen:** Incluyen una tomografía computarizada, una exploración de huesos, una imagen de resonancia magnética, un ultrasonido y rayos X.
- **Biopsia:** Se recolecta algunas células para hacerles pruebas en el laboratorio. Con esta prueba se puede detectar anomalías. (23)

Una vez obtenido los resultados de las pruebas de diagnóstico y los datos de la sintomatología del paciente, se debe iniciar el tratamiento terapéutico.

d) Tratamiento del cáncer

Varía de acuerdo con el tipo de cáncer y con su estadio. El estadio del cáncer hace referencia a cuánto ha crecido y al hecho de si el tumor se ha diseminado o no desde su ubicación original. Encontramos:

- **Quimioterapia:** Es la utilización de diversos fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas.

- **Radioterapia:** Es el tratamiento en la que se utiliza una corriente de partículas u ondas de alta energía.
- **Cirugía:** Este procedimiento tienen connotación agresiva, dado que son procedimientos radicales, mutilantes y con un grado importante de deformación en muchos de los casos.
- Otros tipos de tratamiento son la terapia hormonal, el trasplante de médula ósea o de células madre, la inmunoterapia o las terapias dirigidas. La inmunoterapia es un tratamiento que puede incrementar la función del sistema inmunológico del paciente y ayudarlo a combatir el cáncer. (23)

Entonces el cáncer es una enfermedad crónica, que trae consigo una serie de cambios físicos, psicológicos, laborales y sociales en la persona, pero es una situación que también recae en la misma familia del paciente oncológico.

2.1.2. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

a) Definición y funciones de la familia

Según la OMS (2009), se define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un

grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial". (24)

El ser humano requiere de un ambiente familiar flexible, con pautas que señalen afecto, preocupación, respecto a la individualidad y necesidades propias de la edad, donde la comunicación de sentimientos, sea lo más importante para enfrentar cualquier situación.

La familia tiene la tarea de preparar a sus integrantes para enfrentar y superar los cambios que pueden generarse desde su interior y del exterior. Cambios que podrían afectar y modificar las estructuras de la interacción de los miembros de cada familia, generando un clima negativo y por ende afectar toda la funcionalidad familiar.

Según Donini (2005) las funciones esenciales son:

- La reproducción biológica, que aseguraba la continuidad de la sociedad.
- La asignación de "Status" o posición social del niño desde su nacimiento.
- La crianza, la manutención y desarrollo físico del niño.
- La socialización y preparación, para desempeñarse en la sociedad.
- La provisión del control sexual.

Desde otra perspectiva las funciones básicas de la familia son:

- **Función económica:** Es la responsabilidad de la familia en velar por el sustento y bienestar de sus integrantes, para satisfacer necesidades tales como: alimentación, vivienda, vestido, educación y las necesidades secundarias.
- **Función de protectora:** Traducido en que la misión de la familia es protegerse, ampararse,

defenderse favoreciéndose y respetándose recíprocamente en su identidad física y psicológica entre todos sus miembros.

- **Función reproductora:** Entendido como la continuidad y preservación de la especie humana. Los seres humanos no pueden aislados, virtud de ellos se juntan para poder recrear otros seres.
- **Función educadora:** La educación de los miembros de la familia debe de empezar por el hogar, inculcándose mutuamente los valores morales para que de esta manera estén preparados para integrarse a la sociedad y tengan bien definida su personalidad.

La familia es una unidad básica, y ante una situación crítica necesita la integración dinámica e interactiva con todos sus miembros, para así dar un correcto funcionamiento en la familia.

b) Definición del funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus

funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. (25)

Estas deben de cumplir con las siguientes demandas:

- Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos
- Socialización
- Bienestar económico
- Mediadora con otras estructuras sociales

El funcionamiento familiar trae consigo una serie de componentes, permitiendo reconocer los aspectos que seden mejorar o fortalecer.

c) Componentes del funcionamiento familiar

Los componentes del funcionamiento familiar del Test FF-SIL son:

- **Cohesión:** Es el vínculo emocional entre los miembros de la familia, la unión física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y tomar decisiones de las tareas cotidianas. Una familia no debe estar constituida por miembros que viven aislados de los demás aunque viven bajo el mismo techo. En cambio, debe de estar conformada por un grupo de persona que participan en las mismas actividades, que hacen lo necesario para vivir unidos por los vínculos del amor y del respeto.
- **Armonía:** Correspondencia e intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio positivo. La armonía en la familia es un proceso en continua fase de crecimiento. Cuando un integrante de la familia está enfermo, puede desencadenar momentos desagradables dentro del núcleo familiar, pero con una buena comunicación y una armonía como base se puede superar cualquier causa extrínseca que atente contra la familia. La familia es un grupo primario dónde los miembros se refuerzan unos a otros, donde hay colaboración,

donde se apoyan unos a otros y se transmiten valores, merece la pena luchar por consolidar una buena armonía.

- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir experiencias de forma clara y directa, explora el grado en el que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos, referida básicamente a la comunicación positiva, como la empatía y escucha reflexiva, los comentarios de apoyo permiten a los miembros a compartir sus necesidades y preferencias cambiantes o bien en el otro extremo, la comunicación negativa como son los dobles mensajes o las críticas.

En definitiva la comunicación influye en las relaciones humanas, condiciona nuestras vidas, es una necesidad inherente del ser humano para expresar lo que piensa y siente.

- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de recibir experiencias de otras familias e instituciones,

permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas.

Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales.

- **Afectividad:** Capacidad de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones para los unos con los otros. La afectividad es la necesidad que tenemos los seres humanos de establecer vínculos con otras personas. Un clima afectivo adecuado constituye un factor de protección ante posibles conductas de riesgo, favorece el desarrollo saludable del autoconcepto, la autoestima, la aceptación personal, la seguridad en sí mismo, etc. Por lo tanto, la expresión de afecto en la familia es fundamental.
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Los roles de la familia no son

naturales sino que son una construcción social, pero además y sobre todo, particular de cada familia. Es deseable que haya suficiente flexibilidad en la asignación de roles de manera que sea posible hacer modificaciones cuando sea necesario.

- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia de cambiar de estructura, poder, relación de roles y reglas ante una situación que requiera. Es la capacidad de adaptarse a las circunstancias cambiantes a nivel ambiental y de desarrollo, tanto si son esperadas o previsibles, es esencial para la supervivencia de las familias. También es considerada como la capacidad de utilizar los recursos externos para compensar la limitación o agotamiento de recursos internos.

A su vez, el instrumento permite identificar el nivel de funcionamiento familiar, siendo importante conocer sus características propias.

d) Características de las familias funcionales

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueve un desarrollo

favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Minuchin (1980) afirma que la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de esta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro. (26)

Las familias funcionales son aquellas familias en las que sus miembros se autorrealizan, se desarrollan, viven, aman manifiestan sus logros y fracasos, aprenden a buscar y a aceptar la felicidad. En este tipo de familias sus integrantes se muestran seguros de sus identidades, es decir aceptan su relación y pertenencia a un determinado grupo familiar, tienen una alta autoestima y son capaces de comunicar sus sentimientos, tanto positivos como negativos dentro de un parámetro

ecológico (sin hacerse daño y dañar a los demás) y de respeto.

Las familias funcionales piensan y actúan considerando el “nosotros” pero respetando el “tú” y “yo”. Y las modalidades de comunicación en las familias funcionales son honestas, respetuosas, oportunas, claras, francas y sinceras y ayudan a resolver las situaciones problemáticas sin generar disfuncionalidad. Por tanto la creación de una familia feliz, equilibrada y por ello funcional, depende de la comunicación intrafamiliar.

e) Características de las familias disfuncionales

Alcaina (s.f.) caracteriza a la familia disfuncional como la que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio. La familia disfuncional se diferencia de la funcional, por la utilización de patrones de interacción recurrentes que

dificulten el desarrollo psicosocial de sus miembros, adaptación y la resolución de conflictos.

La familia puede volverse nociva, cuando sin saberlo o involuntariamente no cumple con su función, creando así relaciones tensas en sus integrantes.

La dinámica de la familia se debe sostener ante toda situación existente y más aún cuando uno de sus integrantes cursa una enfermedad crónica, como el cáncer.

f) La familia con paciente oncológico

Con el diagnóstico de cáncer, se produce un giro en las funciones y rutinas de la familia. Este cambio no solo afecta al paciente, sino que repercute en el entorno, amigos, trabajo, familia.

Cada persona tiene una forma diferente de lidiar con la noticia de que un ser querido tiene cáncer. Muchas personas reaccionan con un choque, incredulidad e inclusive con rabia cuando les dan la noticia por primera vez. Debemos tener en cuenta que

no hay una manera correcta de sentirse con respecto al diagnóstico. Una de las mejores formas para que las familias expresen sus sentimientos es compartirlos los unos con los otros.

En este sentido, muchos pacientes no quieren molestar a su familia y amigos con preocupaciones o miedos acerca de su enfermedad, ocultan la verdad con la esperanza de librarlos del dolor.

Para el paciente con cáncer, el apoyo de su familia es básico, y no solo porque le ayuda a mejorar la calidad de vida que tendrá durante el curso de su enfermedad, sino porque un estado emocional adecuado puede mejorar la respuesta terapéutica. Evitar situaciones de estrés asociado hacen más llevaderas las reacciones y síntomas propios de la patología y mejoran la eficacia de los tratamientos recibidos.

Según Aresca, refiere que, convivir con un paciente con una enfermedad crónica grave o terminal, distorsiona el funcionamiento habitual de una familia. El impacto de la enfermedad, produce en una primera fase

un grado de desorganización que rompió la estructura de funcionamiento establecido o equilibrio emocional. (27)

En este sentido, Minuchin dice que “cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en el grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo”. (28)

Durante la lucha contra el cáncer, la familia puede sacar a relucir sentimientos y discusiones pendientes. La familia debe hacer una evaluación y revisar los sentimientos viejos no resueltos antes de empezar juntos con la batalla del cáncer como familia unida.

El cáncer también puede causar cambios en la rutina de la familia. El jefe de la familia ahora podrían depender más de otros miembros de la familia. Algunos pueden tener necesidad de trabajar fuera del hogar o trabajar horarios diferentes. Cuando los miembros de la familia desempeñan nuevas tareas, su comportamiento dentro de la familia puede cambiar. Las nuevas

responsabilidades pueden ser abrumadoras para algunos miembros de la familia.

A menudo, las familias tratan a la persona con cáncer como si fuera un inválido aunque esté completamente bien para valerse por sí sola. Algunas veces la persona con cáncer no querrá ayuda en cosas como bañarse o vestirse. Puede que necesiten al menos tratar de esforzarse ellas mismas lo más posible. Estos deseos deben respetarse.

Aunque la persona con cáncer puede que no desee recibir ayuda por fuera, los amigos y familiares deben evaluar sus propias limitaciones y buscar ayuda cuando sea necesaria, para así mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

2.1.3. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

a) Definición de calidad de vida

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el

contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". (4)

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Entonces, teniendo la definición de calidad de vida es preciso hacer mención al paciente oncológico.

b) Definición de paciente oncológico

Se considera al paciente oncológico a la persona que padece de cáncer, cuya enfermedad tiene un significado amenazador para el individuo, presentándose como riesgo prematuro de muerte, interrumpiendo su trayectoria de vida, alterando su visión del mundo, exigiendo del portador de la enfermedad, fuerza y creatividad para soportar los cambios, muchas veces drásticos en su estilo de vida. (29)

Está claro que cuando la enfermedad es grave como ocurre frecuentemente con el cáncer, el paciente se va descompensando psíquicamente, desarticulándose las estructuras propias de su personalidad. Con la pérdida de capacidades psíquicas se devalúan la posición y la función social, familiar y laboral del paciente y se produce el aislamiento social. Además suelen aparecer tensiones y cambios en los papeles y relaciones del paciente. Por lo tanto, esta enfermedad avanza en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, físico, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

Teniendo en cuenta la calidad de vida y el paciente oncológico, se debe profundizar las características que trae la calidad de vida, permitiendo determinar la salud del paciente.

c) **Características de la calidad de vida**

Son los siguientes:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Siendo vital la valoración de la calidad de vida del paciente oncológico, para así poder tener una mejor visión de entendimiento en este tipo de pacientes.

d) Valoración de la calidad de vida oncológica

La calidad de vida tiene su máxima expresión con la salud. Según EORTC (Organización Europea para la investigación en el Tratamiento del Cáncer) las tres dimensiones que engloba e integran la calidad de vida son: (30)

- **Dimensión funcional:** Es la percepción del estado físico o la salud, el cual mide la presencia y el grado de interferencia de daños físicos en la realización de actividades diarias, de autocuidado, movilidad, actividades físicas propias y cotidianas.
 - **Rol de actividades:** Debido a los efectos del tratamiento y la misma sintomatología de la enfermedad, origina en la persona un debilitamiento para desarrollar las actividades laborales o domésticas.

- **Física:** Con frecuencia se minusvaloran las posibilidades del enfermo y, la disminución de su capacidad física conlleva una pérdida progresiva de autonomía en el paciente, que puede generar tanto en él como en la familia un cierto grado de ansiedad, malestar y preocupación. La pérdida de capacidad física y autonomía en estos pacientes es siempre irreversible y tanto él como su familia necesitan apoyo para adaptarse a un estilo de vida diferente y en constante cambio.
- **Emocional:** Cuando una persona es diagnosticada de cáncer, tanto el propio diagnóstico, como el hecho de tener que comenzar un tratamiento oncológico suponen una serie de reacciones en el propio enfermo y en su familia que pueden ir desde la negación, la rabia, el miedo, la ansiedad, el aislamiento social, hasta incluso una depresión o el sentimiento de culpabilidad. Estas emociones son perfectamente normales, pero en ocasiones pueden dar lugar a

importantes alteraciones produciendo incluso cambios en la vida de la persona y de su familia.

- **Cognitiva:** El deterioro de la cognición se relaciona con los efectos de la quimioterapia. Algunos pacientes oncológicos refieren dificultades de concentración, memoria y atención, durante y después del proceso de curación de la enfermedad.
 - **Social:** El apoyo social se ha considerado un predictor del estado de salud y de la mortalidad, debido a que las personas con escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y un mayor el impacto de la enfermedad.
- **Dimensión de síntomas:** Mide la presencia de los síntomas de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento y el impacto económico.
 - **Fatiga:** Es un síntoma común en muchos pacientes diagnosticados de cáncer y al igual que

ocurre con el dolor, es difícil de cuantificar. Puede estar causada por diferentes factores: la propia enfermedad, los tratamientos, la inactividad, las alteraciones del sueño, factores psicológicos, nutrición, etc. Sus manifestaciones pueden ser de naturaleza física, mental o emocional y los pacientes suelen describirla como una sensación de cansancio, pesadez, debilidad, agotamiento, falta de energía, dificultad para realizar las tareas diarias, etc. En definitiva, afecta la calidad de vida.

- **Nauseas/ vómitos:** El vómito es la expulsión violenta del contenido del estómago a través de la boca, tanto si se acompaña de náuseas como si no. Las náuseas es una sensación desagradable, asociada con la parte superior del tracto intestinal que frecuentemente precede o acompaña a los impulsos del vómito. Las náuseas y los vómitos suelen ser efectos secundarios de la quimioterapia o radioterapia. Debido a que no todas las personas reaccionan igual ante estos

tratamientos hay algunos pacientes no sufren estos efectos secundarios.

- **Dolor:** Es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable que impide que la persona tenga una buena calidad de vida. La mayoría de los pacientes tienen miedo a sufrirlo y siendo ello comprensible, hay que señalar que no todos los tipos de cáncer producen dolor. En el caso de que haya dolor durante la enfermedad, éste puede ser causado por la propia enfermedad o ser un efecto secundario al tratamiento. El dolor puede ser constante o intermitente y variable en intensidad.
- **Disnea:** Es un síntoma subjetivo que se define como la sensación de falta de aire y es una de las situaciones que más angustia al enfermo y a la gente que le rodea. Su fuerte componente psicológico hace que los niveles de ansiedad lleven al enfermo a crisis de pánico que agravan la situación entrando en un círculo vicioso que debemos detener.

- **Alteración del sueño:** Afectan a algunas personas con cáncer y pueden ser ocasionados por la enfermedad física, el dolor, los medicamentos usados en el tratamiento, el hecho de estar en el hospital y la tensión emocional. El reposo y el descanso son aspectos muy importantes ya que permiten un cierto grado de recuperación del cansancio del enfermo.
- **Pérdida de apetito:** Es uno de los síntomas más comunes en los pacientes que están recibiendo un tratamiento para el cáncer. La falta de apetito se puede acompañar de una pérdida importante de peso y de proteínas, y estas son importantes porque son necesarias para reparar los tejidos sanos dañados por el tratamiento. Cuando un paciente es incapaz de alimentarse e hidratarse como lo hacía antes de la enfermedad se genera, tanto en él como en su familia, un estado de angustia y malestar. La familia ha de adaptarse al síntoma facilitando y ayudando al enfermo en su alimentación e hidratación diaria.

- **Estreñimiento:** Debido a la debilidad del paciente, la falta de movilidad y el empleo de determinados fármacos para el dolor es frecuente que el paciente presente dificultad a la hora de la evacuación de las heces, resultando en un proceso doloroso y estresante para algunos pacientes.
- **Diarrea:** Consiste en deposiciones frecuentes, líquidas o poco sólidas. Puede producirse por la quimioterapia, la radioterapia en la pelvis, el cáncer mismo o una afección no relacionada.
- **Impacto financiero:** El costo del cuidado del paciente con cáncer puede ser alto. Puede haber gastos que no haya planeado durante su atención. En la actualidad, los costos financieros pueden representar una carga económica para las personas con cáncer y pueden afectar el presupuesto familiar. Estos costos también son el motivo por el cual algunas personas no siguen ni completan su plan de tratamiento del cáncer.

- **Dimensión de salud global:** Son las evaluaciones realizadas por las personas acerca de su bienestar y estado de satisfacción en general.

- **Salud:** Es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina.

- **Calidad de vida:** Es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida. Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida.

Pues la valoración de la calidad de vida nos permite determinar el grado de percepción que tiene el

paciente oncológico, sobre su bienestar y satisfacción de sus expectativas en su vida.

e) Calidad de vida en el paciente oncológico

El cáncer representa una de las enfermedades más temidas por las personas, dado que en algún momento de su vida han estado en contacto o han escuchado de alguien que la ha padecido y, por lo mismo, conocen algunas de sus características tales como: el dolor, la invasión, la inminencia de la muerte o los efectos secundarios de los tratamientos médicos más comunes, todos ellos conocimientos que conformaran creencias que orientaran los comportamientos. Por lo tanto, sería de esperarse que cualquier persona, ante un cáncer recién diagnosticado, presente una serie de respuestas emocionales que pueden verse afectada su calidad de vida. (27)

Para Portillo, otros problemas que afectan la calidad de vida del paciente están relacionadas con preocupaciones por una alteración de sus actividades habituales como: perdida de trabajo, pérdida de estudios

y aumento de los gastos económicos, sentimiento de carga para la familia, afectando la elección y adherencia al tratamiento más adecuado. (31)

La evaluación de la calidad vida, tomando en consideración su propia evaluación (juicio personal acerca de la repercusión de la enfermedad y sus limitaciones, estados emocionales que acompañan esta evaluación) permite establecer el proceso de apoyo que requiere cada paciente en particular.

La calidad de vida se ha convertido en una categoría imprescindible para el abordaje integral en el estudio de las enfermedades crónicas.

En las últimas décadas, se ha registrado un progresivo interés entre los profesionales de la salud por el mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes oncológicos; muchas de estas enfermedades afectan diferentes esferas de quien las padece, produciendo un evidente deterioro de su calidad de vida.

2.1.4. TEORÍA DE MERLE MISHEL: LA INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD

Merle Mishel nació en Boston en 1961, obtuvo una licenciatura, enfermera especialista en atención psiquiátrica, y un doctorado en psicología social. Ella en su tesis y estudios se centró en el desarrollo y en la evaluación de la escala de la ambigüedad percibida frente a la enfermedad. Tras terminar su doctorado y después de trabajar como profesora adjunta ya para 1988 obtuvo la plaza de profesora en la Universidad de Arizona, donde ya para el año de 1984 hasta 1991 fue jefe de enfermeras de la división del área de salud mental. Actualmente es directora de programas doctorales y posdoctorales, dirige un programa donde se investigan las intervenciones de enfermería en grupos de personas con cáncer de diferentes tipos. En los últimos 15 años Mishel ha ofrecido más de 80 charlas en distintas escuelas de enfermería de estados Unidos y Canadá. (32)

a) Fuentes teóricas

Su teoría sobre la incertidumbre frente a la enfermedad se basa en modelos ya existentes de

procesamiento de información y en el estudio de la personalidad y comportamiento del paciente, que identifican la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar una representación de una situación o un hecho. Mishel atribuye también el marco del estrés, la valoración, el afrontamiento y la adaptación a su teoría original.

b) Utilización de pruebas empíricas

Mishel desarrollo su teoría a raíz de la tesis doctoral que realizo con pacientes hospitalizados y así recogió datos para crear la primera conceptualización de la incertidumbre en el contexto de enfermedad. Ella uso la teoría social critica, agrego los principios de la teoría del caos lo cual permitía obtener una representación más veraz del modo en que una enfermedad crónica provoca una especie de desequilibrio sea mental o físico, y el modo en que las personas pueden incorporar un estado de incertidumbre para así encontrar un nuevo sentido a la enfermedad. Es decir la intervención que se

hace debe apuntar a la asimilación y adaptación del enfermo ante un estado de enfermedad.

c) Conceptos y principales definiciones

Son los siguientes: (Ver anexo N°02)

- **Incertidumbre:** Es la incapacidad de una persona de dar significado a un hecho o situación que a su vez estén en relación con el estado de enfermedad. La persona por este motivo no es capaz de sobrellevar o asimilar un hecho con precisión.
- **Esquema cognitivo:** Es una especie de interpretación que un paciente o enfermo tiene respecto a su enfermedad, su tratamiento, hospitalización y hechos que estén relacionados con su estado de salud-enfermedad.
- **Marco de los estímulos:** Son los estímulos percibidos por una persona ya sea que vengan desde un personal profesional o desde otras personas que lo rodean.
- **Tipología de los síntomas:** El grado en que los síntomas se presentan en un enfermo, si hay

consistencia de los mismos y de acuerdo a esto la intervención que se deba realizar con esta persona.

- **Familiaridad de los hechos:** Se refiere a si una situación se vuelve habitual o repetitiva y el grado en que estas se presenten y lo asimilables que estos hechos sean.
- **Coherencia de los hechos:** Es como el resultado entre lo que se espera en la práctica de hechos que tienen que ver con la enfermedad.
- **Fuentes de la estructura:** Hace referencia a los recursos que se tienen para la atención de una persona, y el cual guarda relación con los estímulos percibidos y brindados.
- **Autoridad con credibilidad:** Es el grado de confianza que el paciente tenga en el personal sea médico, enfermero o personal sanitario.
- **Apoyo social:** De acuerdo al apoyo se brinde se determina la incertidumbre que padecerá la persona.
- **Capacidades cognitivas:** Habilidades de la persona para procesar información y presentar repuestas ante los hechos.

- **Inferencia:** Es la evaluación de la incertidumbre relacionada con la práctica y con las experiencias relacionadas.
- **Ilusión:** Son las creencias que surgen de un hecho o de la incertidumbre que este genere.
- **Adaptación:** Son los comportamientos comunes de la persona, en un ambiente biopsicosocial.
- **Nueva perspectiva de la vida:** Es darle nuevo sentido y orden a las cosas por las que atraviesa el individuo, en la que se acepta la incertidumbre como un hecho normal en la vida de las persona. Donde reconoce y acepta este hecho como algo normal en su enfermedad.
- **Pensamiento probabilístico:** Es un estado de la persona donde esta deja de lado el hecho de certeza y previsibilidad ante las cosas.

d) Metaparadigmas

- **Persona:** De acuerdo a la teoría de Mishel, la persona es un sistema biopsicosocial, La incertidumbre, invade casi todos los aspectos en la vida del ser. Este se encuentra lejos de un estado de

equilibrio, donde pasa gradualmente de la negación a la aceptación y asimilación de enfermedad como parte de su realidad; y así mantener un estado salud y bienestar.

- **Enfermería:** Lo relevante de este meta paradigma con relación a la teoría de Mishel es que el profesional encargado interviene y trata de ayudar al paciente con la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad. Aplicando conocimientos que ha adquirido mediante la práctica.
- **Salud:** Es lo ideal, carecer de enfermedad y hacer que el paciente acepte su estado de bienestar como algo normal en su vida. Se trata de hacer que el individuo acepte su estado de enfermedad a raíz de situaciones de incertidumbre.
- **Entorno:** Constituido por diversos contextos donde se maneja sea la recuperación de la salud de la persona o un ambiente donde el paciente está en interacción con un personal encargado. De este depende la adaptación del individuo ya que dicha incertidumbre

pueda hacer cambiar la perspectiva que tenga de la vida y su enfermedad.

e) Afirmaciones teóricas

Mishel hizo las siguientes afirmaciones:

- La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar adecuadamente los caos de la enfermedad, debido a la falta de claves suficientes.
- La incertidumbre puede presentarse bajo la forma de ambigüedad, complejidad, falta de información nada consistente e imprevisibilidad.
- Cuando la tipología de los síntomas, la familiaridad y la coherencia de las circunstancias aumentan, el grado de incertidumbre disminuye.
- Las fuentes de la estructura provocan de modo directo, una disminución de la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos, e indirectamente, al fortalecer el marco de los estímulos.
- La incertidumbre valorada como un peligro provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigido a

reducir la incertidumbre y a controlar la excitación emocional que ésta genera.

- Cuando la incertidumbre se valora como peligro que no puede reducirse, se pueden emplear las estrategias de afrontamiento para controlar las respuestas emocionales.
- Cuanto más tiempo dure la incertidumbre en el contexto de la enfermedad, más inestable será el modo de funcionamiento del individuo aceptado previamente.
- El proceso de integrar el continuo estado de incertidumbre en la nueva manera de ver la vida puede detenerse o prolongarse para las fuentes de la estructura que no comparten el pensamiento probabilístico.
- Una exposición prolongada a la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos a la anulación y a trastornos emocionales.

f) Teoría de incertidumbre relacionado con la calidad de vida del paciente oncológico

El objetivo del modelo es averiguar cómo la incertidumbre afecta a cada uno de los dominios del constructo de la calidad de vida y el funcionamiento familiar.

Este modelo postula que ante la enfermedad, se produce una situación de incertidumbre, factor que se correlaciona directamente con el funcionamiento familiar y que repercuten significativamente en su calidad de vida. Estas constituirán un factor condicionante para que el paciente asuma las estrategias de afrontamiento y del tiempo de su adaptación, constituyendo un factor condicionante de su calidad de vida más allá de las características de su propia enfermedad.

La utilidad del modelo tiene la finalidad de proponer estrategias de intervención que las enfermeras incluyan en el plan de cuidados del paciente oncológico, permitiendo una mejoría en su calidad de vida ante la nueva situación vivencial ocasionada por la enfermedad.

Al profesional de enfermería le permitirá otorgar una atención integral, donde pueda reconocer en sus pacientes los signos y síntomas críticos que dificulten el afrontamiento y la adaptación en desmedro de la calidad de vida, determinando a la vez en qué momentos de la etapa del proceso las intervenciones son más efectivos y oportunos. Proceso que permitirá ayudar a satisfacer no sólo las necesidades integrales de individuo sino de su propia familia.

g) Cuidado de enfermería en la calidad de vida del paciente oncológico

La enfermera debe de estar preparada para apoyar al enfermo y a sus familiares en crisis físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales, tomando un papel muy importante.

El paciente oncológico se convierte en cliente y en el auténtico protagonista en torno al cual giran todas las intervenciones de enfermería.

A continuación se detalla los roles de enfermería en el paciente oncológico:

- Aplicación del proceso de atención de enfermería.
- Proporcionar atención integral al paciente y familia, respondiendo a sus necesidades individuales.
- Propiciar los máximos niveles de recuperación de la autonomía del individuo enfermo, alentándole a participar activamente en el proceso, a pesar de los límites impuestos por su enfermedad.
- Promover el desarrollo de la persona, impulsando la capacidad de adaptación y crecimiento del individuo, desde el momento del diagnóstico y hasta la situación terminal.
- Establecer una relación terapéutica y de apoyo hacia el paciente y su familia, en el ejercicio del cuidado nos convertimos en sus aliados, sus colaboradores a lo largo del proceso, como un compromiso de acompañamiento que se hace presente en todas las actividades enfermeras, sea cual sea su situación clínica.
- Contribuir a una atención especializada, mediante el seguimiento clínico, la prevención, detección y control de síntomas, el uso de la tecnología propia y la

administración segura y correcta de tratamientos complejos.

- Colaborar en la relación interdisciplinar efectiva, imprescindible para lograr el éxito de las estrategias terapéuticas.
- Garantizar la continuidad de la atención, estableciendo una mayor coordinación e interrelación entre las diversas áreas y niveles del sistema.
- Promover actividades de búsqueda e investigación, destinadas a mejorar los fundamentos de los cuidados basados en la evidencia.
- Mantener e implementar los conocimientos clínicos y las habilidades técnicas y de comunicación mediante el estudio y la formación continuada.

Como podemos ver el papel de la enfermera en el paciente oncológico es muy importante, ya que es uno de los principales apoyos que tiene el paciente, logrando mejorar su calidad de vida y potencializando el funcionamiento familiar.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

2.3.1. Funcionamiento familiar

Dinámica relacional sistemática que se da entre los miembros de una familia percibida por la persona a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad. El cual es valorado con el Test de Funcionamiento Familiar, con escala cuali-cuantitativa en los siguientes niveles:

- **Funcionamiento Funcional:** Cuando la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia es óptima en los componentes: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad. Su puntaje promedio es de 70 a 57 puntos.
- **Funcionamiento Moderadamente Funcional:** La dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia es parcial en los componentes de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad, se considera de 56 a 43 puntos.

- **Funcionamiento Disfuncional:** Sucede cuando la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia es deficiente en los componentes de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad, se considera de 42 a 28 puntos.
- **Funcionamiento Severamente Disfuncional:** La dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia es inexistente en los componentes de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad. Oscila entre 27 a 14 puntos.

2.3.2. Calidad de vida del paciente oncológico

Es la percepción del paciente oncológico de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. El cual es valorado con la escala de Eortc QLQ-C30, con escala cuali-cuantitativa en los siguientes niveles:

- **Calidad de vida buena:** Indica que la percepción del paciente oncológico es óptima en la dimensión funcional, sintomatológica y salud global. Su puntaje es de 95 a 126 puntos.
- **Calidad de vida regular:** Es la percepción del paciente oncológico que alcanza un nivel medio en la dimensión funcional, sintomatológica y salud global, se considera de 62 a 94 puntos.
- **Calidad de vida mala:** Sucede cuando la percepción del paciente oncológico no alcanza el desarrollo adecuado en la dimensión funcional, sintomatológica y salud global. Oscila entre 30 a 61 puntos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo con diseño descriptivo correlacional y de corte transversal. Se define descriptivo correlacional cuando busca describir fenómenos o situaciones y plantear la posible relación entre variables, y transversal porque se aplica en un corte en el tiempo y se toma la información sin que el pasado y futuro tengan relevancia, solo el presente. Según Canales, Alvarado y Pineda (1989)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población o universo bajo estudio estuvo conformado por 70 pacientes oncológicos de la Unidad Oncológica del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud.

Muestra:

La selección de la muestra estuvo representando por 60 pacientes oncológicos de la Unidad Oncológica, siendo el 90%.

Muestreo:

Se realizó el muestreo no probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**Criterios de inclusión:**

- Todos los pacientes oncológicos de la Unidad Oncológica del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud.
- Pacientes oncológicos que reciban tratamiento: quimioterapia ambulatoria y hospitalización.
- Pacientes oncológicos que acepten participar en forma voluntaria previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no tienen el diagnóstico de cáncer.
- Pacientes oncológicos que estén cumpliendo su tratamiento en otras ciudades.
- Pacientes fallecidos en el periodo de intervención.
- Pacientes oncológicos que no deseen participar en la investigación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta con preguntas en forma escrita.

El instrumento de medición para la recolección de datos que se utilizó es el cuestionario (Ver anexo N° 03) destinado a la obtención de respuestas sobre el problema en estudio a partir del propio sujeto en cuestión. Aplicado a los pacientes oncológicos de la Unidad Oncológica del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud.

El cuestionario presenta las siguientes características:

- Es auto aplicativo y anónimo.
- Incluye una breve explicación de los propósitos del estudio, manejo de la información y subraya la necesidad de responder con sinceridad a las interrogantes.
- Se considera el orden en que se formulan las preguntas. Comienza con preguntas de información general, funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos.

El instrumento que se utilizó consta de tres partes:

➤ **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

Esta primera parte del cuestionario brinda información acerca de las características generales de los pacientes oncológicos. Estuvo compuesto por ítems tales como: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ingresos económicos, religiosos, familiares, psicoemocional y médicos.

➤ **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

Esta segunda sección del cuestionario recogió información sobre el Funcionamiento Familiar de los pacientes oncológicos, mediante una encuesta estructurada usando el Test de FF-SIL, el cual consta de 14 ítems con una escala Likert de cinco alternativas que se detalla a continuación:

- 1: Casi nunca
- 2: Pocas veces
- 3: A veces
- 4: Muchas veces
- 5: Casi siempre

El número de preguntas y las situaciones variables que mide son:

- Cohesión : 1, 8
- Armonía : 2, 13
- Roles : 3, 9
- Afectividad : 4, 14
- Comunicación : 5, 11
- Adaptabilidad : 6, 10
- Permeabilidad : 7, 12

Para corregir y obtener la puntuación se sumó los ítems del 1 al 14. Luego se ubicó la puntuación en el rango establecido:

| RANGO | INTERPRETACIÓN |
|-------------------|----------------------------------|
| De 57 a 70 puntos | Familia funcional |
| De 43 a 56 puntos | Familia moderadamente funcional |
| De 28 a 42 puntos | Familia disfuncional |
| De 14 a 27 puntos | Familia severamente disfuncional |

➤ CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

En esta última parte del cuestionario se recogió información sobre la calidad de vida, se utilizó el instrumento EORTC QLQ-C30, elaborado por la Organización Europea para la Investigación y tratamiento del cáncer, que consta de 30 ítems, con una escala Likert de cuatro alternativas, que se detalla a continuación:

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

Salvo en las preguntas N° 29 y 30 que utiliza una escala Likert desde 1 hasta el 7, que va de pésima a excelente. El número de preguntas y las situaciones variables que mide son:

- Física : 1,2,3,4,5
- Rol de actividades : 6,7
- Disnea : 8, 10
- Dolor : 9, 19
- Alteraciones del sueño : 11

- Pérdida de apetito : 13
- Nauseas/vómitos : 14,15
- Estreñimiento : 16
- Diarrea : 17
- Fatiga : 18, 12
- Cognitiva : 20,25
- Emocional : 21,22,23,24
- Social : 26,27
- Económica : 28
- Salud : 29
- Calidad de vida : 30

Para corregir y obtener la puntuación se sumó los ítems del 1 al 30. Luego se ubicó la puntuación en el rango establecido:

| RANGO | INTERPRETACIÓN |
|--------------------|-------------------------|
| De 95 a 126 puntos | Calidad de vida buena |
| De 62 a 94 puntos | Calidad de vida regular |
| De 30 a 61 puntos | Calidad de vida mala |

VALIDEZ: De la segunda sección en mención fue traducida y adaptada por la muestra peruana, compuesta por 14 ítems. De la última sección, sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos, fue sometido a las propiedades psicométricas para la validez del constructo mediante los expertos y la prueba de las distancias múltiples, con la ecuación de distancia de puntos múltiples (prueba de DPP), se ubicó en la zona "A", del cual se deduce su aceptabilidad. (Ver anexo N° 04)

PRUEBA PILOTO: Se aplicó el cuestionario a 10 pacientes oncológicos. El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y sobre todo el tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

CONFIABILIDAD: Con el cálculo del Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach se obtuvieron valores de 0.926 y 0.650 para el funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos respectivamente, lo cual nos indica que el instrumento empleado posee un grado de confiabilidad aceptable. Para ambas variables de estudio dieron positivo para su aplicación en confiabilidad y validez. (Ver anexo N° 05)

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la aplicación de los instrumentos se solicitaron permisos de Gerencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud, Jefatura de Enfermería del Hospital, Comité de Investigación del Hospital y Comité de Capacitación de Enfermería. Luego se informó al Médico y Enfermera, ambos coordinadores de la Unidad Oncológica. (Ver anexo N°06)

Previas autorizaciones, se procedió a administrar los cuestionarios a los pacientes oncológicos, en los ambiente de quimioterapia ambulatoria y unidades de hospitalización. Se brindó instrucciones para su llenado, pidiendo sinceridad y garantizando la confidencialidad de los datos. Durante el llenado del cuestionario se absolvió las dudas al respecto. La duración de la administración fue de aproximadamente de 30 minutos.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenida la información se ordenó y se codificaron los datos, para lo cual se elaboró una base de datos en el programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19.0, con serie de permiso validado.

Para el análisis univariado se utilizó la estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada) y para el análisis univariado de relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos se utilizó el test estadístico Chi cuadrado. Se consideró un nivel de confianza del 95% y un valor $p < 0.05$.

Para la presentación de información, se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada, basado en los objetivos de la investigación, con sus respectivos gráficos. Cabe decir, que los gráficos fueron diseñados en el programa Excel de Microsoft Windows 2010.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En esta sección se presenta los resultados de la investigación en cuadros y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación.

Se describe a continuación cada uno de los cuadros que responden a los mismos.

CUADRO N°01

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013

| ITEMS | CATEGORÍA | F | % |
|--|--|----|-----------|
| NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR | Familia Funcional | 23 | 38,3 |
| | Familia Moderadamente Funcional | 30 | 50,0 |
| | Familia Disfuncional | 7 | 11,7 |
| | Familia Severamente Disfuncional | 0 | 0,0 |
| | TOTAL | | 60 |

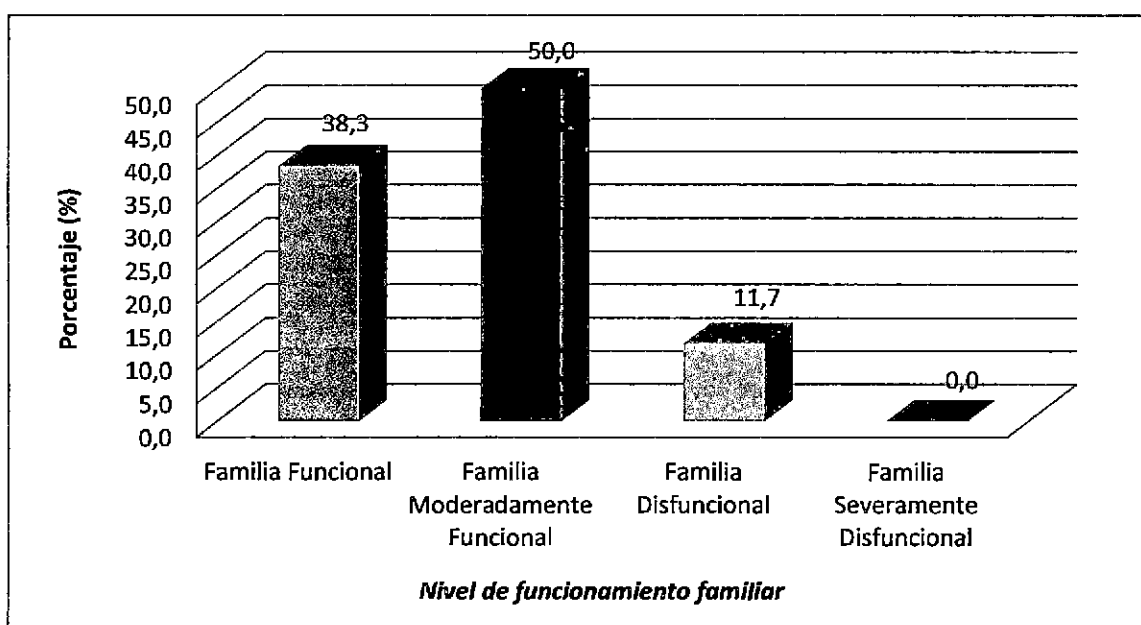
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°01 sobre el nivel de funcionamiento familiar, se observa que el 50,0% son familias moderadamente funcionales, el 38,3% familias funcionales y el 11,7% familias disfuncionales. No se han registrado familias severamente disfuncionales.

GRÁFICO N°01

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°02

**DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013**

| DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR | CATEGORÍA | N | % |
|--|------------------|-----------|--------------|
| Cohesión | Alta | 41 | 68,3 |
| | Regular | 13 | 21,7 |
| | Baja | 6 | 10,0 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| Armonía | Alta | 42 | 70,0 |
| | Regular | 16 | 26,7 |
| | Baja | 2 | 3,3 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| Comunicación | Alta | 35 | 58,3 |
| | Regular | 22 | 36,7 |
| | Baja | 3 | 5,0 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| Permeabilidad | Alta | 13 | 21,7 |
| | Regular | 36 | 60,0 |
| | Baja | 11 | 18,3 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| Afectividad | Alta | 49 | 81,7 |
| | Regular | 9 | 15,0 |
| | Baja | 2 | 3,3 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| Roles | Alta | 36 | 60,0 |
| | Regular | 23 | 38,3 |
| | Baja | 1 | 1,7 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| Adaptabilidad | Alta | 19 | 31,7 |
| | Regular | 39 | 65,0 |
| | Baja | 2 | 3,3 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |

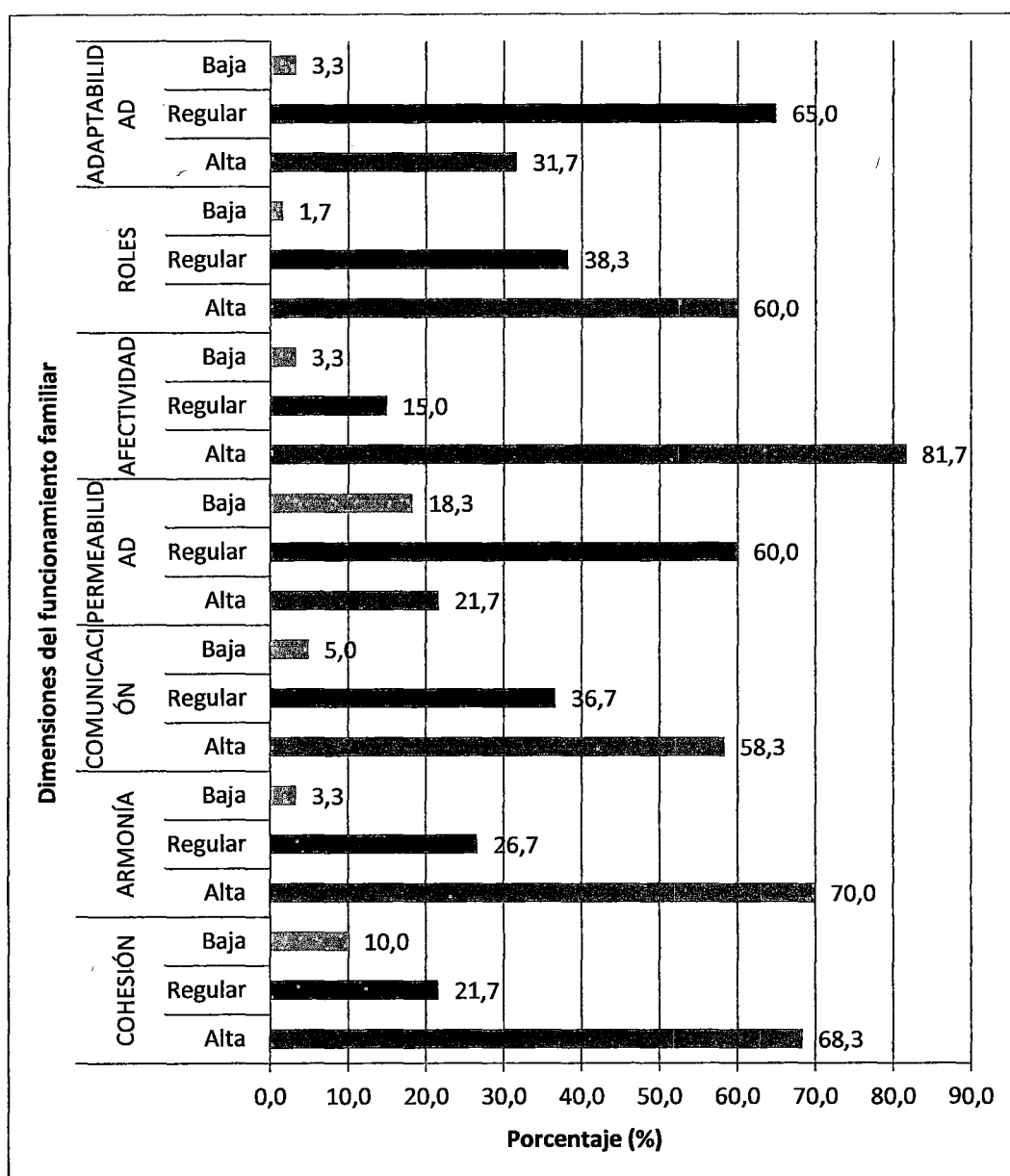
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°02 sobre las dimensiones del funcionamiento familiar de los pacientes oncológicos, se observa que en la categoría alta corresponde a la afectividad en un 81,7%, a la armonía en un 70,0%, a la cohesión en un 68,3%, los roles en un 60,0% y la comunicación en un 58,3% y en la categoría regular corresponde a la adaptabilidad en un 65,0% y la permeabilidad en un 60,0%.

GRÁFICO N°02

DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°03

NIVEL DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013

| ÍTEMS | NIVEL | N | % |
|-----------------|--------------|-----------|--------------|
| CALIDAD DE VIDA | Buena | 39 | 65,0 |
| | Regular | 17 | 28,3 |
| | Mala | 4 | 6,7 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |

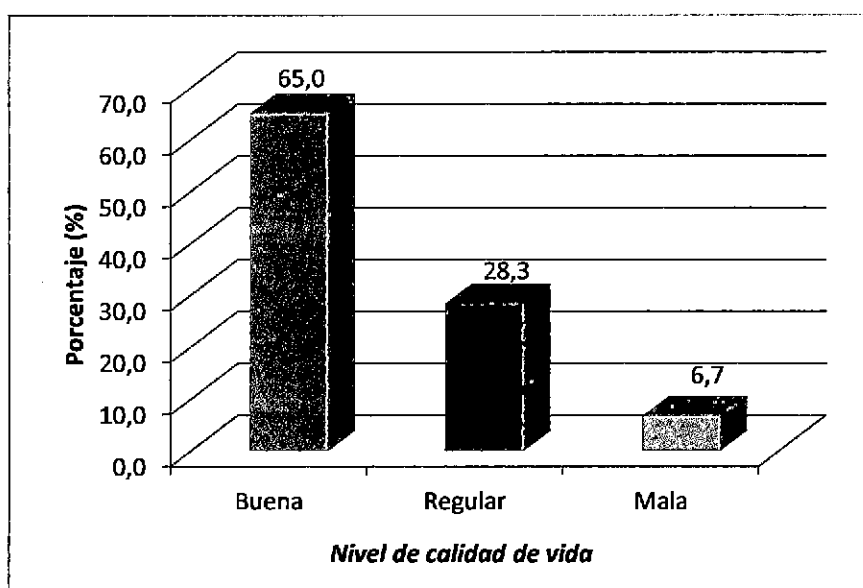
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°03 sobre el nivel de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, se observa que el 65,0% presentan buena calidad de vida, el 28,3% regular calidad de vida y el 6,7% mala calidad de vida.

GRÁFICO N°03

NIVEL DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°04

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013

| DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA | CATEGORÍA | N | % |
|-----------------------------------|--------------|-----------|--------------|
| Funcional | Estable | 38 | 63,3 |
| | Poco estable | 20 | 33,3 |
| | Inestable | 2 | 3,3 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| Síntomas | Presente | 42 | 70,0 |
| | Poco | 14 | 23,3 |
| | Ausente | 4 | 6,7 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| Salud Global | Buena | 26 | 43,3 |
| | Regular | 29 | 48,3 |
| | Mala | 5 | 8,3 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |

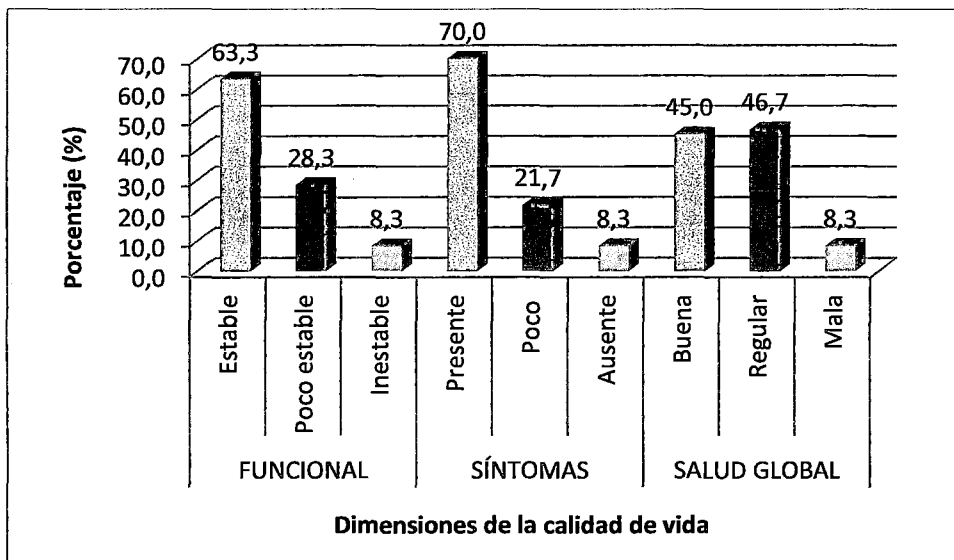
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°04 sobre las dimensiones de la calidad de vida, se observa que los síntomas están presentes en un 70,0%, el funcional es estable en un 63,3%, y la salud global es regular en un 48,3%.

GRÁFICO N°04

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°05

**ÁREAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013**

| ÁREAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA | CATEGORÍA | | | | | | Total | |
|---|-----------|------|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Alta | | Regular | | Baja | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Dimensión funcional | | | | | | | | |
| Física | 29 | 48,3 | 21 | 35,0 | 10 | 16,7 | 60 | 100,0 |
| Rol de Actividades | 30 | 50,0 | 14 | 23,3 | 16 | 26,7 | 60 | 100,0 |
| Cognitiva | 41 | 68,3 | 17 | 28,3 | 2 | 3,3 | 60 | 100,0 |
| Emocional | 33 | 55,0 | 22 | 36,7 | 5 | 8,3 | 60 | 100,0 |
| Social | 18 | 30,0 | 41 | 68,3 | 1 | 1,7 | 60 | 100,0 |
| Dimensión de síntomas | | | | | | | | |
| Fatiga | 26 | 43,3 | 30 | 50,0 | 4 | 6,7 | 60 | 100,0 |
| Náuseas/ vómitos | 42 | 70,0 | 15 | 25,0 | 3 | 5,0 | 60 | 100,0 |
| Dolor | 27 | 45,0 | 29 | 48,3 | 4 | 6,7 | 60 | 100,0 |
| Disnea | 45 | 75,0 | 14 | 23,3 | 1 | 1,7 | 60 | 100,0 |
| Alteraciones del sueño | 26 | 43,3 | 32 | 53,3 | 2 | 3,3 | 60 | 100,0 |
| Pérdida de apetito | 32 | 53,3 | 25 | 41,7 | 3 | 5,0 | 60 | 100,0 |
| Estreñimiento | 36 | 60,0 | 19 | 31,7 | 5 | 8,3 | 60 | 100,0 |
| Diarrea | 47 | 78,3 | 13 | 21,7 | 0 | 0,0 | 60 | 100,0 |
| Impacto Financiero | 27 | 45,0 | 30 | 50,0 | 3 | 5,0 | 60 | 100,0 |
| Dimensión de salud global | | | | | | | | |
| Salud | 15 | 25,0 | 40 | 66,7 | 5 | 8,3 | 60 | 100,0 |
| Calidad de vida | 27 | 45,0 | 28 | 46,7 | 5 | 8,3 | 60 | 100,0 |

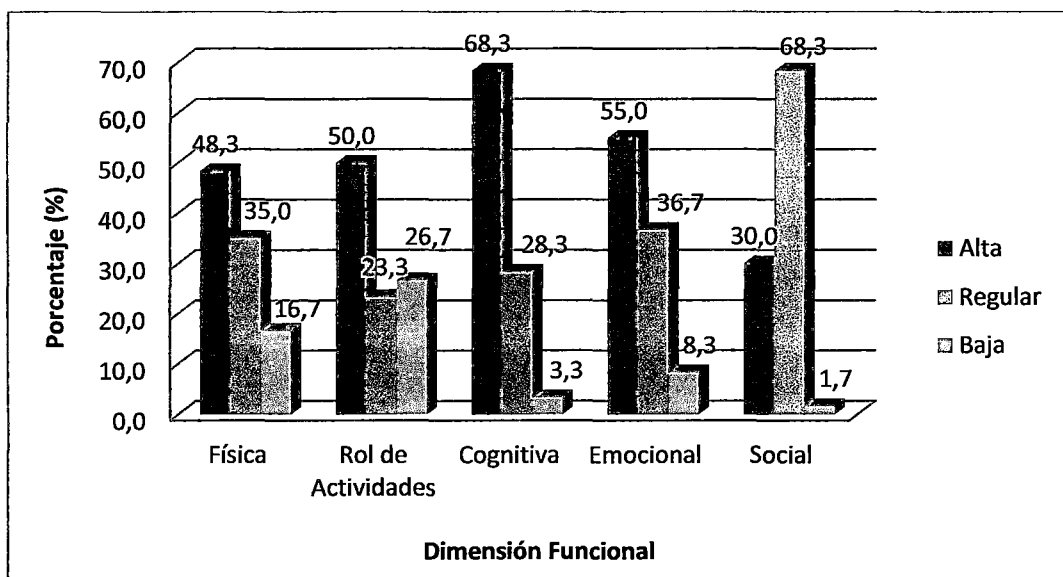
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°05 sobre las áreas de las dimensiones de la calidad de vida, se observa que en la dimensión funcional, en la categoría alta corresponde a la cognitiva en un 68,3%, en lo emocional en un 55,0%, al rol de actividades en un 50,0% y física en un 48,3%, y en la categoría regular corresponde a lo social en un 68,3%. En la dimensión síntomas, en la categoría alta corresponde a la diarrea en un 78,3%, a la disnea en un 75,0%, a las náuseas/ vómitos en un 70,0%, al estreñimiento en un 60,0% y a la pérdida de apetito en un 53,3%, y en la categoría regular corresponde a las alteraciones del sueño en un 53,3%, a la fatiga en un 50,0%, al impacto financiero en un 50,0% y al dolor en un 48,3%. En la dimensión salud global, en la categoría regular corresponde a la salud en un 76,7% y a la calidad de vida en un 46,7%.

GRÁFICO N°05 (01)

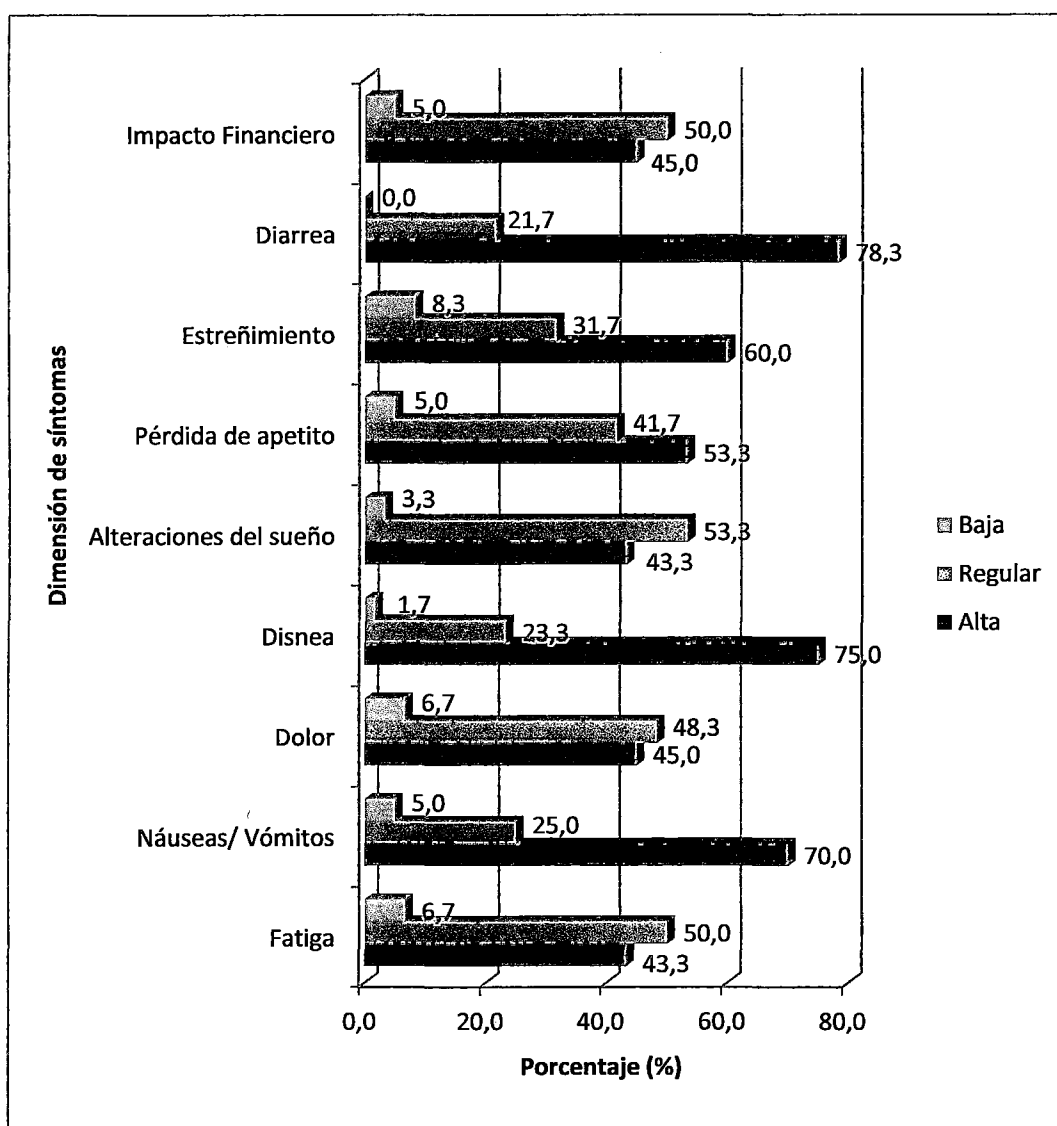
**ÁREAS DE LA DIMENSIÓN FUNCIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN
LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013**



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

GRÁFICO N°05 (02)

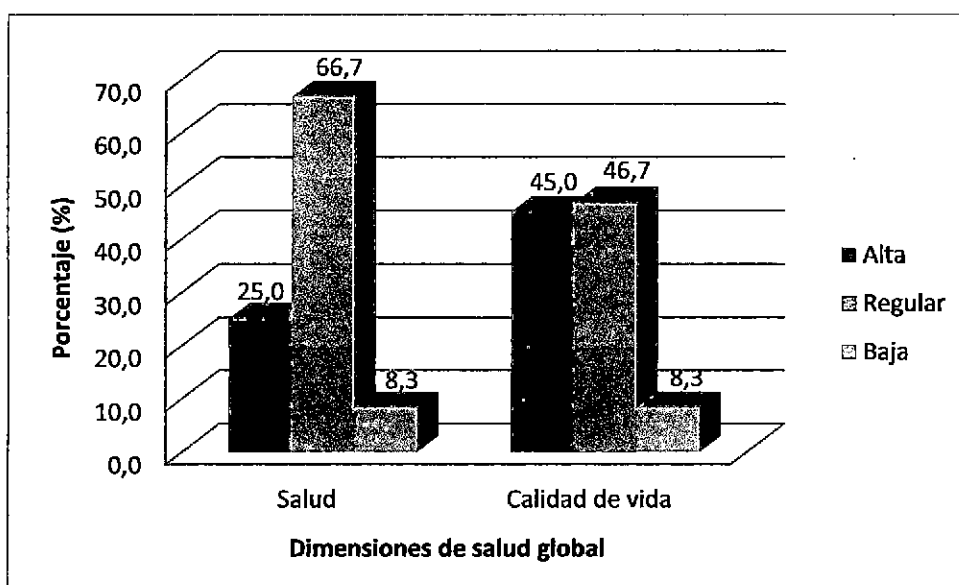
ÁREAS DE LA DIMENSIÓN SÍNTOMAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN
LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

GRÁFICO N°05 (03)

ÁREAS DE LA DIMENSIÓN SALUD GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°06

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013

| FUNCIONAMIENTO FAMILIAR | CALIDAD DE VIDA | | | | | | Total | |
|-------------------------|-----------------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Buena | | Regular | | Mala | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Funcional | 17 | 28,3 | 6 | 10,0 | 0 | 0,0 | 23 | 38,3 |
| Moderadamente Funcional | 21 | 35,0 | 9 | 15,0 | 0 | 0,0 | 30 | 50,0 |
| Disfuncional | 1 | 1,7 | 2 | 3,3 | 4 | 6,7 | 7 | 11,7 |
| Total | 4 | 6,7 | 17 | 28,3 | 39 | 65,0 | 60 | 100,0 |

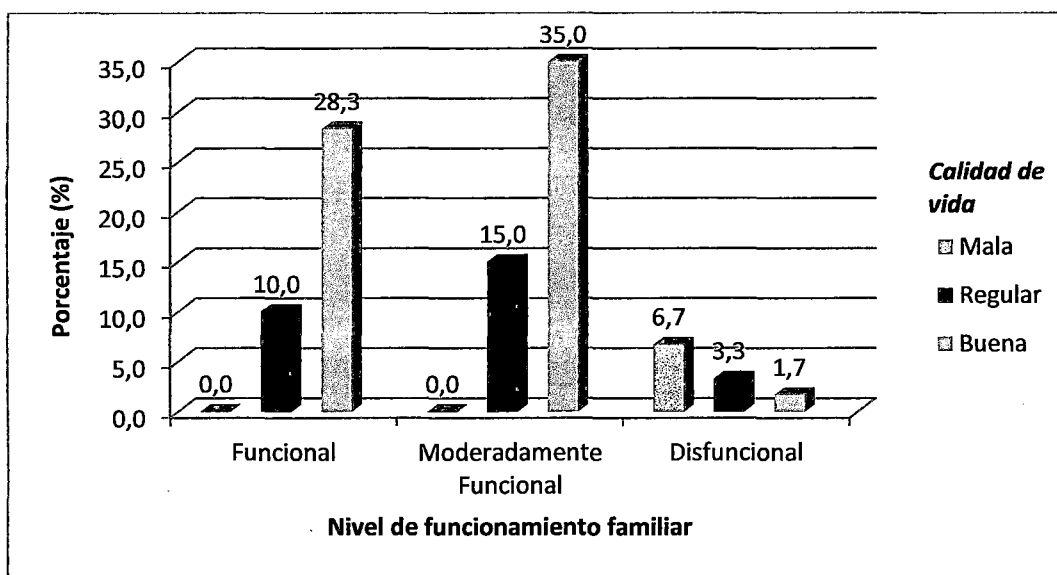
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En este cuadro N°06 sobre el funcionamiento familiar en relación a la calidad de vida, se observa que el 50,0% son familias moderadamente funcionales, en un 35,0% buena calidad de vida y en un 15,0% regular calidad de vida, y el 38,3% son familias funcionales, en un 28,3% tienen buena calidad de vida y en un 10,0% una regular calidad de vida, mientras, que el 11,7% son familias disfuncionales, en un 6,7% mala calidad de vida y en un 1,7% buena calidad de vida.

GRÁFICO N°06

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°07

**DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN RELACIÓN A
LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD
TACNA, 2013**

| DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR | | CALIDAD DE VIDA | | | | | | Total | |
|---|--------------|-----------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|--------------|
| | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | | N | % | N | % | N | % | F | % |
| Cohesión | Alta | 32 | 53,3 | 9 | 15,0 | 0 | 0,0 | 41 | 68,3 |
| | Regular | 4 | 6,7 | 7 | 11,7 | 2 | 3,3 | 13 | 21,7 |
| | Baja | 3 | 5,0 | 1 | 1,7 | 2 | 3,3 | 6 | 10,0 |
| | TOTAL | 39 | 65,0 | 17 | 28,3 | 4 | 6,7 | 60 | 100,0 |
| Armonía | Alta | 30 | 50,0 | 12 | 20,0 | 0 | 0,0 | 42 | 70,0 |
| | Regular | 9 | 15,0 | 5 | 8,3 | 2 | 3,3 | 16 | 26,7 |
| | Baja | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| | TOTAL | 39 | 65,0 | 17 | 28,3 | 4 | 6,7 | 60 | 100,0 |
| Comunicación | Alta | 27 | 45,0 | 8 | 13,3 | 0 | 0,0 | 35 | 58,3 |
| | Regular | 11 | 18,3 | 8 | 13,3 | 3 | 5,0 | 22 | 36,7 |
| | Baja | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 | 3 | 5,0 |
| | TOTAL | 39 | 65,0 | 17 | 28,3 | 4 | 6,7 | 60 | 100,0 |
| Permeabilidad | Alta | 9 | 15,0 | 3 | 5,0 | 1 | 1,7 | 13 | 21,7 |
| | Regular | 24 | 40,0 | 10 | 16,7 | 2 | 3,3 | 36 | 60,0 |
| | Baja | 6 | 10,0 | 4 | 6,7 | 1 | 1,7 | 11 | 18,3 |
| | TOTAL | 39 | 65,0 | 17 | 28,3 | 4 | 6,7 | 60 | 100,0 |
| Afectividad | Alta | 34 | 56,7 | 14 | 23,3 | 1 | 1,7 | 49 | 81,7 |
| | Regular | 4 | 6,7 | 3 | 5,0 | 2 | 3,3 | 9 | 15,0 |
| | Baja | 1 | 1,7 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 2 | 3,3 |
| | TOTAL | 39 | 65,0 | 17 | 28,3 | 4 | 6,7 | 60 | 100,0 |
| Roles | Alta | 27 | 45,0 | 9 | 15,0 | 0 | 0,0 | 36 | 60,0 |
| | Regular | 12 | 20,0 | 8 | 13,3 | 3 | 5,0 | 23 | 38,3 |
| | Baja | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 |
| | TOTAL | 39 | 65,0 | 17 | 28,3 | 4 | 6,7 | 60 | 100,0 |
| Adaptabilidad | Alta | 12 | 20,0 | 7 | 11,7 | 0 | 0,0 | 19 | 31,7 |
| | Regular | 27 | 45,0 | 10 | 16,7 | 2 | 3,3 | 39 | 65,0 |
| | Baja | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| | TOTAL | 39 | 65,0 | 17 | 28,3 | 4 | 6,7 | 60 | 100,0 |

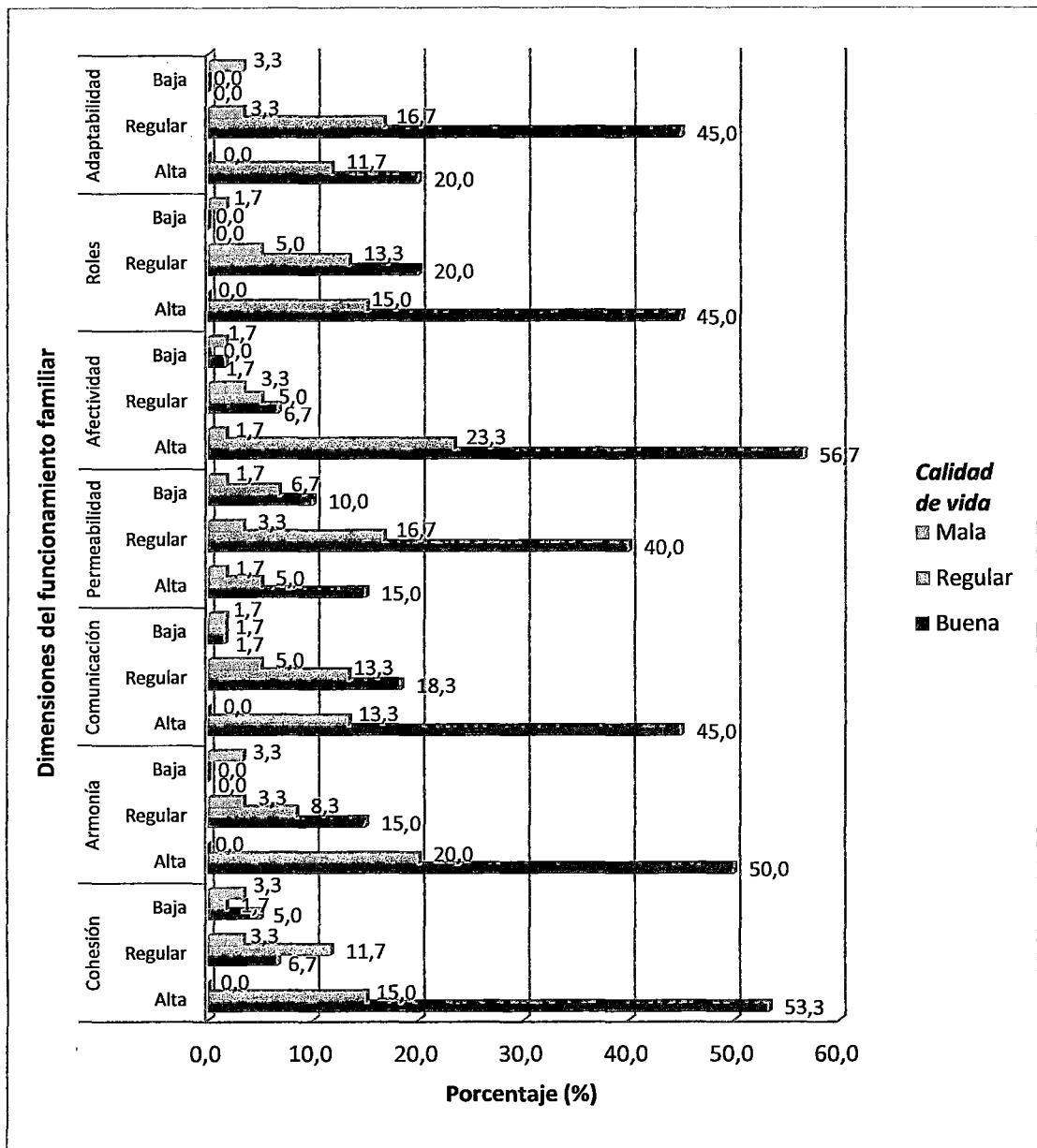
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En este cuadro N°07 sobre las dimensiones del funcionamiento familiar en relación a la calidad de vida, se observa que en la dimensión de afectividad alta en un 81,7%, tienen buena calidad de vida en un 56,7% y mala calidad de vida en un 1,7%, en la dimensión de cohesión alta en un 68,3%, presentan buena calidad de vida en un 53,3% y regular calidad de vida en un 15,0%, en la dimensión de armonía alta en un 70,0%, presentan buena calidad de vida en un 50,0% y regular calidad de vida en un 20,0%, en la dimensión de comunicación alta en un 58,3%, tienen buena calidad de vida en un 45,0% y regular calidad de vida en un 13,3%, en la dimensión de roles alta en un 60,0%, presentan buena calidad de vida en un 45,0% y regular calidad de vida en un 15,0%, y en la dimensión de adaptabilidad regular en un 65,0%, presentan buena calidad de vida en un 45,0% y mala calidad de vida en un 3,3%, mientras que en la dimensión de permeabilidad regular en un 60,0%, tienen buena calidad de vida en un 40,0% y mala calidad de vida en un 3,3%.

GRÁFICO N°07

DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

4.2. DISCUSIÓN:

La enfermera, es la puerta de entrada al sistema de salud, debe estar preparada para enfrentar a pacientes con cáncer en su comunidad, para reconocer y manejar el impacto que la enfermedad impone al mismo y a quienes lo rodean, ayudándolos a confrontar y afrontar la situación bio-psico-socialmente.

En el cuadro N°01 sobre el nivel de funcionamiento familiar de los pacientes oncológicos, se observó que el 50,0% son familias moderadamente funcionales, el 38,3% familias funcionales y el 11,7% familias disfuncionales.

Lo anterior concuerda con Núñez R. (México, 2010) en su investigación titulada "Asociación entre Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida en Familias con un Hijo con asma" determinó que el 64% de familias son moderadamente funcional, el 26,0% fueron funcionales y el 10,0% familias disfuncionales.

Como también, Infante Y. (Venezuela, 2010) en su investigación titulada "Perfil de Personalidad y Funcionalidad de las Familias de Adolescentes" encontró que el 60,0% son familias moderadamente funcionales, el 7,5 familias funcionales y el 32,5% familias disfuncionales.

Para Molina V. y Montepeque P. (El Salvador, 2012) en su investigación denominada "Caracterización de 120 familias del área de influencia de la unidad médica Soyapango, Febrero-Octubre 2011" reportó que el 66,7% son familias moderadamente funcionales, el 20,8% funcional, el 8,3% disfuncional y el 4,2% severamente disfuncional.

De los resultados se deduce, que el 64,0% de familias moderadamente funcional del estudio de Núñez R., se debe a que el integrante de la familia presenta una enfermedad crónica, como es el asma, y no necesita un complejo tratamiento y cuidados, pero hay ciertos cambios de rutinas en las familia que origina una parcial dinámica relacional entre los miembros de la familia, y el 10,0% de familias disfuncionales, es probable que se debe al grado o evolución de la enfermedad.

En el trabajo de Infante Y., el 60,0% de familias moderadamente funcional, es probable que se deba a los cambios físicos, psicológicos y sociales del adolescente provocando ciertas reacciones positivas o negativas en la familia, el 32,5% familias disfuncionales se deba al tipo de familia del adolescente, y el 7,5%

familias funcionales se deba a un nivel cultural más alto de la familia.

Molina V. y Montepeque P., indicó que 66,7% son familias moderadamente funcionales, debido a que pertenecen a un grupo humano donde dan mayor realce a la integración familiar y el 4,2% severamente disfuncional se deba a la ausencia de nexo entre los integrantes de la familia.

Este resultado se discrepa con Cortés F. y colaboradores (España, 2012) en su estudio “Funcionamiento Familiar y Adaptación Psicológica en Oncología”, encontró que el 72,7% son familias funcionales, el 24,7% familias intermedias y 2,5% familias disfuncionales.

A su vez, Cabrera A. y Ferraz R. (Uruguay, 2009) en su trabajo denominado “Impacto del Cáncer en la Dinámica Familiar” reportó que el 70,0% de familias son funcionales y el 30,0% disfuncional.

Para Medina O. y colaboradores (México, 2009) en su trabajo denominado “Respuestas de la Familia a la Enfermedad Crónica” en la cual concluyó que el 76,0% presenta disfuncionalidad familiar y 24,0% funcionalidad.

Estos resultados nos permiten deducir del trabajo de Cortés F. y sus colaboradores, que las familias funcionales en un 72,7% se deben a que existe una elevada afectación emocional en los familiares.

En cambio para Cabrera A. y Ferraz R. las familias funcionales en un 70,0%, es porque presentaron una leve repercusión ante el diagnóstico de cáncer y están constituidas por familiares nucleares.

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar.

Teniendo en cuenta que una familia moderadamente funcional, es aquella en la cual se provee medianamente a sus integrantes las herramientas para la resolución de problemas, apoyo emocional, existe una buena comunicación entre sus integrantes, hay cumplimiento de roles y una sana interacción dentro del núcleo familiar.

Las familias funcionales son capaces de cumplir con su misión social de educar y brindar un desarrollo sano a sus integrantes, sin afectar el proceso interno de la interacción, la calidad de las relaciones internas y el desarrollo individual según los requerimientos de cada etapa. Mientras que una familia disfuncional, posiblemente tienen dificultades para: enfrentar crisis, expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, entorpecen el desarrollo individual y existe confusión de roles. Según Cuesta, Pérez y Louro (2004).

Por lo tanto se puede concluir, que ante una enfermedad crónica y la evolución de esta, repercute en la familia y más aún si no se cuenta con los mecanismos de afrontamiento necesarios, reflejando que las familias son moderadamente funcionales. Frente a esta problemática, la familia se mantiene unida, brindando el apoyo integral al paciente oncológico.

En el cuadro N°02 sobre las dimensiones del funcionamiento familiar de los pacientes oncológicos, se observó en la categoría alta corresponde a la afectividad en un 81,7%, a la armonía en un 70,0%, a la cohesión en un 68,3%, en los roles en un 60,0% y la

comunicación en un 58,3% y en la categoría regular corresponde a la adaptabilidad en un 65,0% y la permeabilidad en un 60,0%.

Lo anterior concuerda con Pacheco T. (El Salvador, 2012) con la tesis titulada “Caracterización de Salud Familiar en el área de influencia de Unidad Médica de Ciudad Merliot, Agosto-October 2011” indicó que las áreas que dan mayor funcionamiento familiar son las área de afectividad en un 40,9% y la armonía en un 31,8%, mientras que la permeabilidad se encuentra en condiciones regulares.

Este hallazgo nos permite deducir del trabajo de Pacheco, que el área afectiva y armonía sobresale, porque la familia maneja una buena identificación entre sus miembros y utilizan los recursos disponibles para afrontar las crisis familiares.

Este resultado es discordante con Segovia C. (Ecuador, 2012) con la investigación titulada “La disfunción familiar y su incidencia en el trastorno negativista desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la fundación de niños especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero – Julio de 2011” reportó que el área más alterada corresponde a la comunicación y afectividad en un 23,0%, el área

de cohesión en un 20,0%, las áreas de armonía y adaptabilidad coincide en un 10,0%, por último en las áreas de roles y permeabilidad en un 7,0%.

También, Núñez R. (México, 2010) en su investigación titulada "Asociación entre Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida en Familias con un Hijo con asma" encontró que la comunicación y la adaptabilidad son los dominios que propician mejor funcionamiento familiar, y los dominios con menor puntaje fueron los roles y la permeabilidad.

De la misma forma, Torres I. y sus colaboradores (México, 2010) en su estudio titulado "Evaluación de la calidad de vida de pacientes pediátricos con asma y su relación con el funcionamiento familiar" reportó que la permeabilidad está en un 14,7% y la comunicación en un 82,2%.

Estos hallazgos nos permiten deducir del estudio de Segovia C., que las dimensiones del funcionamiento familiar se encuentra en puntuaciones bajas debido a que el sujeto de estudio son niños especiales y por ende necesita de mayor cuidado y atención de la familia como así una predisposición de tiempo, ya que se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo continuo.

En Núñez R. la comunicación y adaptabilidad es alta, porque estas familias hacen hincapié a las relaciones interpersonales en el núcleo familiar y adaptándose positivamente a los cambios surgentes.

Para Torres I. y sus colaboradores la comunicación es mayor en un 82,2%, porque el funcionamiento familiar está relacionado con la función emocional, expresando y dialogando sus sentimientos, ya que la unión de la familia del paciente pediátrico les permite la resolución frente a problemas.

La cohesión es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas; la armonía es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio positivo; la comunicación, los miembros de la familia son capaces de transmitir experiencias de forma clara y directa; la permeabilidad es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones; la afectividad es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros; los roles, cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y

funciones negociadas por el núcleo familiar; la adaptabilidad es la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Por lo tanto se puede concluir que las familias de los pacientes oncológicos dan mayor capacidad a vivenciar y demostrar sentimientos y emociones para los unos con los otros, dejando parcialmente de lado la capacidad de recibir experiencias de otras familias e instituciones. Se afirma, que la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia es óptima en los componentes: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

Para el paciente con cáncer, el apoyo de su familia es básico, y no solo porque le ayuda a mejorar la calidad de vida que tendrá durante el curso de su enfermedad, sino porque un estado emocional adecuado puede mejorar la respuesta terapéutica.

En el cuadro N°03, se evaluó el nivel de la calidad de vida en los pacientes oncológicos, se encontró que el 65,0% presentan buena calidad de vida, el 28,3% regular calidad de vida y el 6,7% mala calidad de vida.

Lo anterior concuerda con Martínez M. (México, 2009) en su trabajo titulado "Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes oncológicos", encontró que el 29,4% presenta calidad de vida mala, el 35,3% calidad de vida regular y buena.

Asimismo, Salas C. (Colombia, 2009) en su investigación denominada "Calidad de vida y Factores Asociados en mujeres con Cáncer de Mama, inscritas en los Programas de Tratamiento Oncológico" encontró que la calidad de vida es favorable.

Estos resultados nos permiten deducir del estudio de Martínez M. que la calidad de vida es alta en un 35,3% debido a que los pacientes manejan como afrontamiento el recurso cognitivo y lo que les permite conocer su evolución propia de la enfermedad, y a su vez su creencia religiosa es mayor en un 99,9%, permitiendo que tenga una saludable percepción sobre su estado de salud y vida.

Para Salas C. la calidad de vida es favorable, porque cuentan con mayor nivel de escolaridad, reciben apoyo por parte de familiares y/o amigos, y creencias personales como espirituales amplían sus expectativas.

Este hallazgo difiere con Novoa M. (Colombia, 2008) en su estudio "Calidad de Vida y Bienestar Psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá" determinó que la calidad de vida se encuentra en condiciones bastantes regulares.

De igual forma, Monge F. (Perú, 2006) en su estudio "Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama- Hospital EsSalud Cusco", mostró que en la mayoría de casos existe un deterioro en su calidad de vida, el 81,3% tuvo mala calidad de vida, mientras que el 4,2% buena y muy buena calidad de vida.

Este hallazgo permite deducir del estudio de Novoa M. y colaboradores que la calidad de vida es regular, porque los pacientes oncológicos presentan estadios avanzados de la enfermedad y los cambios por el tipo de cáncer, limitándolos en sus capacidades funcionales, el cual origina un deterioro del bienestar psicológico.

Para Monge F. la calidad de vida es mala en un 81,3%, por la evolución de la enfermedad, el tratamiento empleado y los efectos colaterales de esta.

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Según la OMS (2005)

Por lo tanto se puede concluir, que la percepción subjetiva de bienestar de los pacientes oncológicos sobre su calidad de vida es buena pudiendo influir la familia, actuando como una unidad dinámica de cuidado y apoyo. Hay pacientes que son susceptibles a los cambios que se origina por esta enfermedad, el grado, evolución y tratamiento de la enfermedad, la red social y laboral. Limitándolos en las funcionalidades de sus capacidades. La calidad de vida toma mayor auge e importancia en el paciente oncológico, existiendo factores que influyen en la percepción subjetiva del paciente. Aceptando la teoría, que la calidad de vida se convierte en una categoría imprescindible para el abordaje integral en el estudio de los pacientes oncológicos, permitiendo establecer el proceso de apoyo que requiere cada persona que padece la enfermedad.

En el cuadro N°04 sobre las dimensiones de la calidad de vida en pacientes oncológicos, se observó que los síntomas están

presentes en un 70,0%, el funcional es estable en un 63,3%, y la salud global es regular en un 48,3%.

Este hallazgo difiere con Gaviria A. y colaboradores (Colombia, 2007) en su estudio “Calidad de Vida relacionada con la Salud, Afrontamiento del Estrés y Emociones Negativas en pacientes con Cáncer en Tratamiento Quimioterapéutico” reportó que la escala funcional está en un 50,0% y la escala síntomas en un 10,0%.

Igualmente, Torres P. y colaboradores (Chile, 2010) en su trabajo denominado “Calidad de Vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: Experiencia FALP” indicó que el estatus de salud global obtuvo un puntaje de 77,1%, la escala de síntomas fue 17,1% y la escala funcionales en un 80,8%.

De los resultados de Gaviria A. y colaboradores, se deduce, que la escala funcional es alta en un 50,0% porque el tratamiento médico no interfiere demasiado en la realización de las actividades de la vida diaria, encuentros sociales o familiares, como tampoco interfiere en la capacidad para concentrarse o recordar acontecimientos de su entorno.

De la misma forma Torres P. y sus colaboradores, la escala funcional predomina en 80,8%, porque el tratamiento y grado de enfermedad no limita al paciente para que realice sus actividades diarias.

La mayoría de los expertos perciben la calidad de vida como una estructura multidimensional, que estaría a su vez constituida por una serie de dimensiones o factores. Estos factores incluyen fundamentalmente: el estado y funcionamiento a nivel físico, síntomas relacionados con la enfermedad o tratamiento y a la salud en general.

Por lo tanto se puede concluir, que el tratamiento que reciben los pacientes oncológicos ocasiona efectos colaterales, siendo relevante los síntomas, influyendo a su vez la etapa de la enfermedad que cursa, pero aun así no limita las capacidades funcionales del paciente.

En el cuadro N°05 sobre las áreas de la dimensión de la calidad de vida, se observó en la dimensión funcional, en la categoría alta corresponde a la cognitiva en un 68,3%, en lo emocional en un 55,0%, al rol de actividades en un 50,0% y física en un 48,3%, y en la categoría regular corresponde a lo social en

un 68,3%. En la dimensión síntomas, en la categoría alta corresponde a la diarrea en un 78,3%, a la disnea en un 75,0%, a las náuseas/ vómitos en un 70,0%, al estreñimiento en un 60,0% y a la pérdida de apetito en un 53,3%, y en la categoría regular corresponde a las alteraciones del sueño en un 53,3%, a la fatiga en un 50,0%, al impacto financiero en un 50,0% y al dolor en un 48,3%. En la dimensión salud global, en la categoría regular corresponde a la salud en un 76,7% y a la calidad de vida en un 46,7%.

Estos resultados se discrepa con Monge F. (Perú, 2006) en su estudio "Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama- Hospital EsSalud Cusco" indicó que el 4,2% perciben buena salud y en la calidad un 2,1%, el 47,9% presentó dificultad para realizar actividades que requieren un esfuerzo importante; el 39,6% mostro un poco de impedimento para realizar sus actividades; el 70,8% de pacientes se sienten nerviosos; el 52,1% percibe que ha tenido dificultad para concentrarse en sus actividades y el 50,0% ha tenido la sensación que su estado físico o el tratamiento a interferido en su vida familiar. En la dimensión de síntomas, el 35,4% sintió bastante necesidad de descansar, el 45,8% ha presentado náuseas y vómitos, el 50,0% manifestó haber sentido

bastante dolor, el 50,0% tuvo problemas de disnea, el 41,7% ha tenido poco apetito, el 37,5% se ha sentido estreñida, el 33,3% presentaron cuadros de diarrea y el 52,1% tuvieron problemas económicos.

A su vez, Torres P. y colaboradores (Chile, 2010) difieren los resultados en su trabajo denominado "Calidad de Vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: Experiencia FALP" reportó que en las escalas funcionales, tuvieron un puntaje promedio de 86,7% en lo físico, 84,8% en rol, 70,1% en lo emocional, 82,1% en lo cognitivo y el 80,7% en lo social; en la escala salud global, obtuvo un puntaje promedio de 76,5% en la salud, el 77,7% en la calidad de vida, mientras que en la escala de síntomas, el puntaje promedio para el cansancio es 25,3%, en náuseas y vómitos en un 6,4%, el dolor en un 21,7%, la disnea en un 10,1%, el insomnio en un 20,8%, el apetito en un 10,8%, el estreñimiento en un 19,9%, la diarrea en un 13,4% y problemas económicos en un 25,4%.

De los resultados se deduce del estudio de Monge F., que escala funcional de la calidad de vida, el funcionamiento físico es una de las preocupaciones más frecuentes, ya que tienden a limitarse en sus actividades, lo cual genera sensación de

impotencia, cólera y a corto plazo estrés, es probable que ello se deba a las continuas sesiones de tratamiento terapéutico u hospitalización, como también el nivel de funcionamiento familiar frente a las situaciones de cambio que vive el integrante enfermo.

En cambio Torres P. y sus colaboradores, en la escala funcional, el área afectada es lo emocional, probablemente debido a los cambios físicos y psicológicos que enfrenta a diario, como también la sensación de carga que siente en su familia, en la dimensión síntomas, el aspecto económico tuvo un alto impacto, debiéndose al alto costo del tratamiento a seguir y a la misma situación económica que presenta la familia.

La calidad de vida comprende indicadores como el estatus funcional, el cual mide la presencia y el grado de interferencia de daños físicos en la realización de actividades diarias, de autocuidado, movilidad, actividades físicas propias y cotidianas. Síntomas, tanto físicos como efectos secundarios de tratamientos; el estatus psicológico, definido por los dominios actuales en regulación emocional, solución de problemas y toma de decisiones; la funcionalidad social, en relación con redes de apoyo informales (apoyo emocional, físico, económico, recibidos por parte de la

familia en general y/o amigos), de igual manera hace referencia a las creencias religiosas de las personas y al funcionamiento global, en el cual se resumen las evaluaciones realizadas por la persona acerca de su bienestar y estado de satisfacción general. (Según OMS, 1999)

Por lo tanto se puede concluir, que el tratamiento, el grado de enfermedad, la dinámica familiar y social influye directamente en los aspectos funcionales, sintomatológicos y salud del paciente oncológico, por ello es que el profesional de enfermería debe aplicar un enfoque integral, ayudando en la toma integrada de decisiones y la pronta detección de problemas, muchas veces ocultos, que deterioran la calidad de vida.

El cuadro N°06, se establece la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en el paciente oncológico, se observó que el 50,0% son familias moderadamente funcionales, en un 35,0% buena calidad de vida, en un 15,0% regular calidad de vida, y el 38,3% son familias funcionales, en un 28,3% tienen buena calidad de vida, en un 10,0% una regular calidad de vida, mientras, que el 11,7% son familias disfuncionales, en un 6,7% mala calidad de vida y en un 1,7% buena calidad de

vida, existiendo relación de alta significancia entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos.

Lo anterior concuerda con Torres I. y colaboradores (México, 2010) en su investigación denominada “Evaluación de la calidad de vida de pacientes pediátricos con asma y su relación con el funcionamiento familiar” encontró relación entre el funcionamiento familiar funcional y la calidad de vida.

Además, es concordante con Núñez R. (México, 2010) en su trabajo titulado “Asociación entre Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida en familias con un hijo con asma” concluyó que hubo asociación entre funcionamiento familiar y calidad de vida en el paciente pediátrico con asma y su cuidador.

De la misma manera concuerda con Cortés F. y colaboradores (España, 2002) en su estudio titulado “Adaptación Psicosocial del paciente oncológico ingresado y del Familiar cuidador principal” concluyó que las variables del funcionamiento familiar y la calidad de vida son medidas dependientes la una de la otra.

Asimismo, es concordante con Gaviria A. y colaboradores (2007) Colombia, en su investigación “Calidad de Vida relacionada con la Salud, Afrontamiento del Estrés y Emociones Negativas en pacientes con cáncer en Tratamiento Quimioterapéutico” indica que las relaciones familiares tienen un alto impacto en la calidad de vida en general de los pacientes.

De los resultados se deduce, del estudio de Torres I. y colaboradores, que el funcionamiento familiar tiene relación con la calidad de vida, ya que las familias del sujeto de estudio son funcionales en un 50,0% y existe una buena dinámica relacional e interactiva de la familia frente a la enfermedad crónica.

En Núñez R., la evaluación de la función familiar está relacionada a una patología crónica, existiendo mayor funcionalidad, ya que la familia provee al individuo las características propias que tendrá para enfrentarse a la sociedad.

Para Cortés F. y colaboradores, el paciente tiene una percepción de una estructura familiar funcional y el familiar presenta menores índices de depresión, cuando el paciente tiene una buena percepción de su familia, también la posee el familiar y

viceversa. Para Gaviria A. y colaboradores, la familia maneja estrategias de afrontamiento, expresando sus sentimientos.

Este hallazgo difiere con Ramírez L. y Rangel A. (México, 2011) en su investigación titulada "Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial: Relación con el síntomas familiar" concluyó que no existe relación entre el funcionamiento familiar y el nivel de calidad de vida en el control y/o descontrol de la hipertensión esencial.

Del resultado se deduce, que Ramírez L. y Rangel A, que el instrumento de evaluación del funcionamiento familiar presenta diversas inconsistencias, interfiriendo en los datos obtenidos y a su vez predomina más las familias disfuncionales.

El cáncer como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas en la totalidad del sistema familiar, en consecuencia, la respuesta a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma.

Por lo tanto se puede concluir, que existe relación altamente significativa entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida, y se afirma que el funcionamiento familiar es la piedra angular para una óptima calidad de vida. La familia es de vital importancia

porque es el apoyo directo que tiene la persona, tratando las necesidades más importantes que aqueja al paciente oncológico, por lo tanto, los familiares son ideales para ayudar a los pacientes con cáncer. Se acepta que el sistema social puede ayudar a individuos a resistir los efectos psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad y la necesidad de apoyo en promover una mejor recuperación física y mental.

El cuadro N°07, se establece la relación entre las dimensiones del funcionamiento familiar y la calidad de vida en el paciente oncológico, se observó que en la dimensión de afectividad alta en un 81,7%, tienen buena calidad de vida en un 56,7% y mala calidad de vida en un 1,7%, en la dimensión de cohesión alta en un 68,3%, presentan buena calidad de vida en un 53,3% y regular calidad de vida en un 15,0%, en la dimensión de armonía alta en un 70,0%, presentan buena calidad de vida en un 50,0% y regular calidad de vida en un 20,0%, en la dimensión de comunicación alta en un 58,3%, tienen buena calidad de vida en un 45,0% y regular calidad de vida en un 13,3%, en la dimensión de roles alta en un 60,0%, presentan buena calidad de vida en un 45,0% y regular calidad de vida en un 15,0%, y en la dimensión de adaptabilidad regular en un 65,0%, presentan buena calidad de vida en un 45,0%

y mala calidad de vida en un 3,3%, mientras que en la dimensión de permeabilidad regular en un 60,0%, tienen buena calidad de vida en un 40,0% y mala calidad de vida en un 3,3%.

Lo anterior concuerda con Torres I. y colaboradores (México, 2010) en su investigación denominada "Evaluación de la calidad de vida de pacientes pediátricos con asma y su relación con el funcionamiento familiar" encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y la calidad de vida.

Mientras que Cortés F. y sus colaboradores (2012) España, en su estudio "Funcionamiento Familiar y Adaptación Psicológica en Oncología" reportando que a mayor cohesión familiar los niveles de ansiedad y depresión son menores; y la comunicación efectiva reduce el conflicto y la fuerza de los roles, a la vez que promueve la cohesión y el soporte mutuo.

De los resultados se deduce del estudio de Torres I. y colaboradores, que la familia se mantiene unida muy a pesar de los problemas que puedan suceder con el paciente crónico, debido a que existe una alta comunicación entre los integrantes.

Para Cortés F. y sus colaboradores, la cohesión tiene una relación con la calidad de vida, favoreciendo la adaptación psicológica en el paciente, probable a ello se deba al tipo de familia y a la misma cultura.

Este hallazgo difiere con Ramírez L. y Rangel A. (México, 2011) en su investigación titulada "Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial: Relación con el síntoma familiar" concluyó que las áreas del funcionamiento familiar estaban en baja relación con la calidad de vida.

Del resultado se deduce del trabajo Ramírez L. y Rangel A., como realzan las familias disfuncionales es un indicio que el núcleo familiar tiene dificultad de enfrentar las situaciones de crisis, de expresar con libertad sus sentimientos, alteración de la organización jerárquica de la familia y existiendo conflicto de roles.

Por lo tanto se puede concluir, que existe relación entre la cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles y adaptabilidad con la calidad de vida, ya que los integrantes propician sus propios valores logrando así un buen desarrollo del uno al otro y lograr una familia funcional, mientras que la permeabilidad no se asocia con la calidad de vida del paciente oncológico.

CONCLUSIONES

- ♣ El alto nivel de funcionamiento familiar del paciente oncológico está en el moderadamente funcional (50,0%).
- ♣ Las dimensiones altas del funcionamiento familiar es la afectividad (81,7%), la armonía (70,0%), la cohesión (68,3%), los roles (60,0%) y la comunicación (58,3%).
- ♣ El nivel de calidad de vida del paciente oncológico es buena (65,0%).
- ♣ Las dimensiones altas de la calidad de vida del paciente oncológico son los síntomas (70,0%) y funcional (63,3%).
- ♣ Las áreas altas de las dimensiones de la calidad de vida del paciente oncológico es la diarrea (78,3%), la cognitiva (68,3%) y la salud (66,7%).
- ♣ Existe relación altamente significativa entre las variables del nivel del funcionamiento familiar (50,0%) y la calidad de vida de los pacientes oncológicos (35,0%), con la aplicación estadística del chi cuadrado $p < 0.05$.

- ♣ Existe relación altamente significativa entre las dimensiones del funcionamiento familiar: adaptabilidad (45,0%), armonía (50,0%), roles (45,0%), cohesión (53,3%), afectividad (56,7%) y la comunicación (45,0%) con la calidad de vida del paciente oncológico (65,0%), con la aplicación estadística del chi cuadrado $p < 0.05$.

RECOMENDACIONES

- ♣ Brindar información sobre este trabajo de investigación a las instituciones asistenciales en el área de salud, para que se creen programas de evaluación y educación integral de forma constante, dirigido al paciente oncológico, donde se incluyan variables psicosociales y familiares, desde un enfoque integral.
- ♣ Los profesionales de enfermería, responsables del trabajo con los pacientes oncológicos, deben de trabajar con un enfoque integral, psicoeducativo y terapéutico entre paciente y familia, para así evaluar el soporte y/o mejorar la calidad de vida.
- ♣ El profesional de enfermería debe seguir realizando trabajos de investigación cualitativa asociado a la calidad de vida del paciente oncológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Centro de Orensa, Nota descriptiva N° 297, (citado en Febrero del 2013). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
2. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS (INEI). Perfil Epidemiológico Perú. Lima: INEN, 2004 (citado en Febrero del 2013). Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
3. MARON E., CHOQUE L., FLORES L. y CUAYLA Y. Análisis del diagnóstico situacional de la Unidad Oncológica del Hospital III Daniel Alcides Carrión. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann: E.A.P. Enfermería, 2013.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Calidad de Vida. Disponible en: <http://vidacalida.blogspot.com/2010/12/oms-calidad-de-vida-2005.html>
5. VALDOVINOS W. (2009) Calidad de vida. Desarrollo científico de enfermería. Vol. 17
6. BAIDER, L. Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos. Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003; 1, (3).

7. MONGE RODRIGUEZ F. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama- Hospital EsSalud Cusco. Perú, 2006.
8. MAMANI CABANA A. Funcionamiento Familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes con Cáncer de Mama [Tesis de Maestría]. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2008.
9. DÍAZ G. y YARINGAÑO J. Clima Familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Lima-Perú, 2010.
10. RODRÍGUEZ ROJAS M. Respuestas/ Vivencia Cotidiana de la Familia frente al paciente con Cáncer Terminal-Huancayo-2010. Arequipa-Perú, 2011.
11. TORRES P., IRARRÁZVAL M., FASCE G., URREJOLA R., PIEROTIC M., LEÓN H., McCONNELL Y., URREJOLA, L., JIMENÉZ P., YUDIN T., CARMONA L., DUIJNDAM I. y BADÍNEZ L. Calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: Experiencia FALP. Chile, 2010
12. GAVIRIA A., VINACCIA S., RIVEROS M. y QUICENO J. Calidad de Vida relacionada con la Salud, Afrontamiento del Estrés y Emociones Negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Barranquilla- Colombia, 2007.
13. NOVOA GÓMEZ M., CAYCEDO C., AGUILLÓN M. y SUAREZ ÁLVAREZ R. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes

adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. Colombia, 2008.

14. PEÑAFIEL LEÓN V. Las funciones familiares y su incidencia en la recuperación de los pacientes oncológicos ingresados en la unidad oncológica provincial Solca Chimborazo residentes en la Ciudad de Riobamba al año 2009. Ecuador, 2009.
15. SALAS ZAPATA C. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. Medellín-Colombia, 2009.
16. CABRERA A. y FERRAZ R. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. Uruguay-Pando, 2009
17. MARTÍNEZ GÓMEZ M. Afrontamiento y calidad de Vida en pacientes oncológicos [Tesis de Licenciatura] . Veracruz-México. Universidad Veracruzana, 2009.
18. MEDINA LÓPEZ O., RUGERIO QUINTERO M., FLORES MERLO M. y MARTÍNEZ GONZÁLES D. Respuestas de la Familia a la Enfermedad Crónica. Puebla- México, 2009.
19. GUILLEN AGUIRRE N. y OSORIO CRUZ E. Apoyo familiar a personas con cáncer [Tesis de Licenciatura]. Veracruz-México. Universidad Veracruzana, 2010.

20. CORTÉS FUNES F., ABIÁN L. y CORTÉS FUNES H. Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. Madrid-España, 2002.
21. CORTÉS FUNES F., BUENO J., NARVÁEZ A., GARCÍA VALVERDE A. y GUERRERO GUTIÉRREZ L. Funcionamiento Familiar y adaptación psicológica en Oncología. Madrid-España, 2012.
22. AMERICAN CANCER SOCIETY. Signos y síntomas del cáncer, (citado en Junio del 2013). Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/aspectosbasicossobreelcancer/signos-y-sintomas-del-cancer>.
23. VIVA SALUDABLE. Diagnóstico y tratamiento del Cáncer. Disponible en: <http://www.vivasaludable.org/knowyourrisks/cancerdiagnosis/treatment.php>.
24. CLEMENTE C. Definición de Familia según la OMS, (actualizada el 16 de octubre del 2009; acceso 28 de junio del 2013). Disponible en: <http://cbitis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>
25. LOAYSSA L. Dinámica Familiar: Una familia en formación con muchas dificultades. Medifam. Vol. 11 No. 7. Madrid. Julio, 2001. pp 399-404.
26. MINUCHIN S. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. México, 1980.

27. ARESCA L., BIRGIN D., BLUM S., BUCETA E., FIGINI C., GULIAS S., ICONIKOFF R., KORS B. y ROSENFELD C. "Psicooncología". Diferentes Miradas. Editorial Lugar – Buenos Aires. Argentina, 2004
28. ASTUDILLO W. y MENDINUETA C. El síndrome del agotamiento en los Cuidados Paliativos. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. EUNSA, Barañain. 4to Edición, 2002. Pp514-525
29. ORGANIZACIÓN EUROPEA PARA LA INVESTIGACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER (EORTC) (Citado en Junio del 2013). Disponible en: <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>
30. GRAU ABALO J., GARCÍA VINIEGRA C. y HERNÁNDEZ E. Calidad de Vida y Psicología de la Salud. Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2006.
31. VALDOVINOS W. Calidad de Vida. Desarrollo Científico de enfermería. Vol. 17, 2009.
32. ANN MARRINER T., RAILE ALLIGOOD M. Merle Mishel: La Incertidumbre frente a la enfermedad. Modelos y Teorías de enfermería. Quinta edición. Elsevier Mosby, España; 2003. p. 561-584.

ANEXOS

ANEXO N°01
PRUEBA DE INDEPENDENCIA
CHI-CUADRADO

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

- **Hipótesis:**

H_0 : No Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013.

H_A : Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013.

Sea $\alpha = 0,05$.

- **Prueba Estadística:**

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

- **Distribución de la prueba estadística:** Cuando H_0 es verdadera, X^2 sigue una distribución aproximadamente X^2 con $(r-1)(c-1)=4$ grados libertad.
- **Regla de decisión:** Se rechaza H_0 si el valor de X^2 es mayor o igual que **9,49**

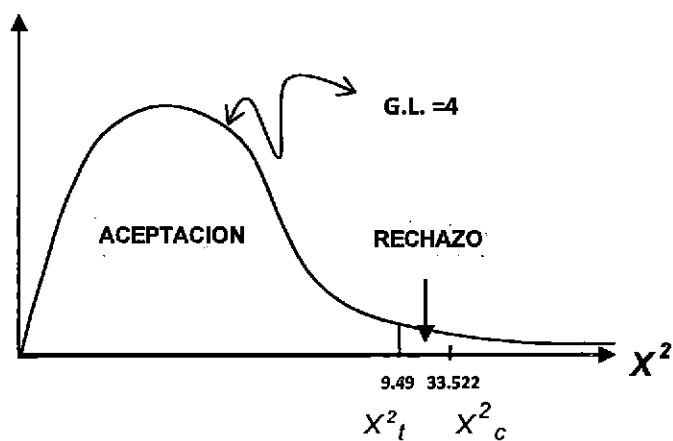
- Cálculo de la prueba estadística

Tabla de contingencia entre el funcionamiento familiar y calidad de vida

| ÍTEMS | | NIVEL DE CALIDAD DE VIDA | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| NIVEL DE FUNIONAMIENTO FAMILIAR | Funcional | 0 | 0,0 | 6 | 10,0 | 17 | 28,3 | 23 | 38,3 |
| | Moderadamente Funcional | 0 | 0,0 | 9 | 15,0 | 21 | 35,0 | 30 | 50,0 |
| | Disfuncional | 4 | 6,7 | 2 | 3,3 | 1 | 1,7 | 7 | 11,7 |
| Total | | 4 | 6,7 | 17 | 28,3 | 39 | 65,0 | 60 | 100,0 |

Prueba Chi-cuadrado: $X^2=33,522$; G.L.=4; $p=0,00<0,05$

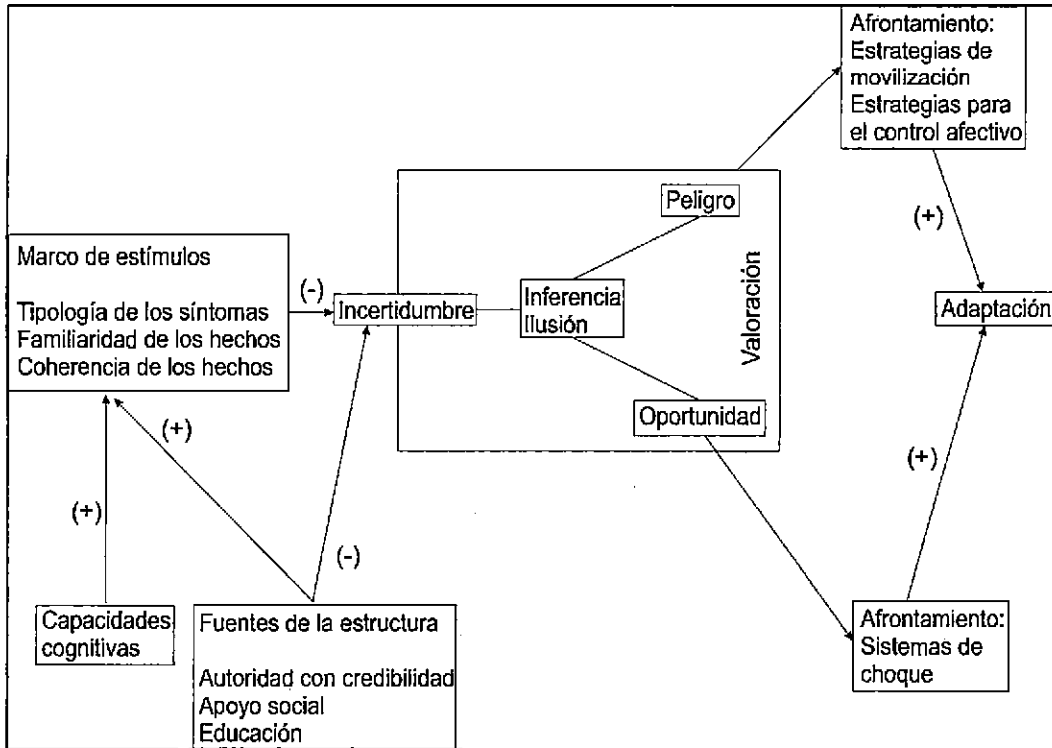
- Decisión estadística: Se Rechaza H_0 porque 33,522 es $>9,49$ y el valor p es $< 0,05$ y se acepta H_A



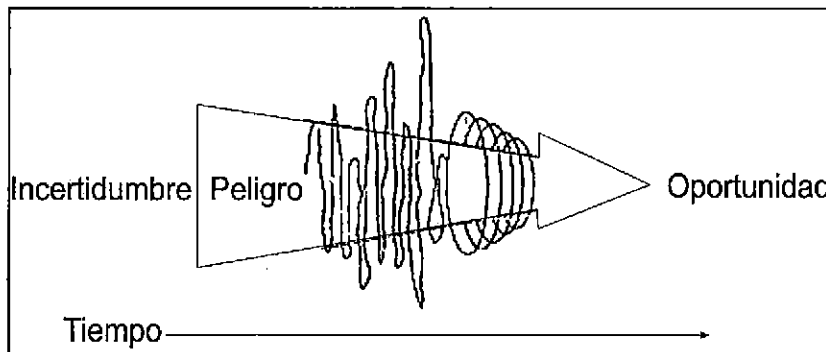
- **Conclusión:** Se concluye que H_0 es falsa, y que sí existe evidencia de relación estadística significativa entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013.

ANEXO N°02

MODELO TEÓRICO DE MERLE MISHEL



Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad.



Modelo reconceptualizado de la incertidumbre en enfermedades crónicas.

ANEXO N°03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA, 2013" , cuyo objetivo es relacionar el funcionamiento familiar y la calidad de vida en un grupo de pacientes con cáncer.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consiste en la aplicación de un cuestionario y que no representa riesgo alguno a mi persona.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee, sin ser afectado en mi trato o atención

Firma del paciente

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Agradecemos su participación en nuestra investigación "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA, 2013" y le solicitamos respetuosamente responda todas las preguntas. Recuerde que el cuestionario es anónimo, por lo cual le garantizamos la total confidencialidad de la información, la cual será utilizada con fines estadísticos.

I. DATOS GENERALES

1. Edad:

- | | |
|-------------------|-------------------|
| a. – 11 años () | d. 30-59 años () |
| b. 12-17 años () | e. + 60 años () |
| c. 18-29 años () | |

2. Sexo:

- | | |
|------------------|-----------------|
| a. Masculino () | b. Femenino () |
|------------------|-----------------|

3. Estado civil:

- | | |
|--------------------|-------------------|
| a. Soltero () | d. Viudo () |
| b. Casado () | e. Divorciado () |
| c. Conviviente () | |

4. Grado de instrucción:

- | | |
|-------------------|------------------------|
| a. Primaria () | d. Superior () |
| b. Secundaria () | e. Sin instrucción () |
| c. Técnica () | |

II. DATOS ECONÓMICOS

1. Sus ingresos económicos mensual es:

- | | |
|---------------------|---------------------|
| a. S/.650-1000 () | c. S/.1501-2000 () |
| b. S/.1001-1500 () | d. + S/.2000 () |

2. Grado de satisfacción con sus ingresos económicos

Buena ()

Regular ()

Mala ()

III. DATOS RELIGIOSOS

1. Religión:

a. Católico ()

d. Testigo de Jehová

b. Adventista ()

e. Evangelista ()

c. Mormón ()

f. Otro ()

2. Grado de satisfacción con su práctica religiosa

Buena ()

Regular ()

Mala ()

IV. DATOS FAMILIARES

1. Con quienes vive:

a. Familiares cercanos (esposo, hijos, cónyuges, suegros, yerno)_____

b. Familiares lejanos (abuelos, nietos, cuñados, hermanos)_____

2. Tipo de familia:

a. Familia nuclear ()

c. Familia

b. Familia extensa ()

monoparental ()

3. Antecedentes familiares de enfermedad oncológica

| Parentesco | Diagnóstico médico |
|------------|--------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

4. ¿Por quién ha recibido más apoyo familiar?_____

V. DATOS PSICOEMOCIONAL

1. ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente el saber que tiene cáncer?
Mucho () Poco () Nada ()
2. ¿Cuánto le ha afectado a su familia el saber que tiene cáncer?
Mucho () Poco () Nada ()
3. El hecho del Dx. ¿Ha alterado su entorno laboral?
Mucho () Poco () Nada ()
4. Su enfermedad ha repercutido más en el aspecto:
 - a. Físico ()
 - b. Emocional ()
 - c. Familiar ()
 - d. Social ()
 - e. Todas ()
 - f. Ninguna ()

VI. DATOS MÉDICOS

1. Tipo de enfermedad: _____ Tiempo: _____
2. Tipo de tratamiento
 - a. Ambulatoria ()
 - b. Hospitalización ()
 - c. Mixta ()
3. ¿En qué etapa de la enfermedad se encuentra?
 - a. Temprana ()
 - b. Moderada ()
 - c. Avanzada ()
 - d. Terminal ()
4. ¿Cuál es la percepción de la evaluación de su enfermedad?
Buena () Regular () Mala ()
5. ¿Le informaron sobre la enfermedad que padece?
Un poco () Bastante () Mucho ()
6. Le informaron ¿En qué consiste el tratamiento?
Un poco () Bastante () Mucho ()

TEST DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se presenta una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Indique, por favor, con qué frecuencia le ocurren a usted:

| SITUACIONES | Casi nunca | Pocas veces | A veces | Con frecuencia | Casi siempre |
|---|------------|-------------|---------|----------------|--------------|
| 1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. En mi casa predomina la armonía | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. En mi casa cada uno cumple las responsabilidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Se distribuyen las tareas para que nadie esté sobrecargado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Las costumbres familiares pueden modificarse, ante determinadas situaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Podemos conversar diversos temas sin temor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Ante una situación familiar difícil, buscamos ayuda en otros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados en el núcleo familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA

Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, la información que nos proporcionen será estrictamente confidencial.

| Por favor, rodee con un círculo la respuesta elegida | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|---|------|---------|----------|-------|
| 1. ¿Tiene dificultades para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar la bolsa de la compra o una maleta? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Tiene dificultades para dar un paseo largo? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Tiene dificultades para dar un paseo corto fuera de casa? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Tiene que quedarse en cama o sentado la mayor parte del día? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, afeitarse o ir al baño? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Tiene problemas para hacer su trabajo o las tareas de casa? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Es totalmente incapaz de hacer su trabajo o las tareas de casa? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Durante la semana pasada | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
| 8. ¿Ha tenido asfixia? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Ha tenido dolor? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Ha necesitado parar para descansar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Ha tenido problemas para dormir? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ¿Se ha sentido débil? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. ¿Le ha faltado apetito? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. ¿Ha tenido náuseas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. ¿Ha vomitado? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. ¿Ha estado estreñido/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. ¿Ha tenido diarrea? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. ¿Ha estado cansado/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. ¿Le molestó el dolor para hacer sus actividades diarias? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. ¿Ha tenido problemas para concentrarse en leer el periódico o ver la TV? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. ¿Se sintió nervioso/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. ¿Se sintió preocupado/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. ¿Se sintió irritable? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | | |
|--|--------|---|-----------|---|---|---|---|
| 24. ¿Se sintió deprimido/a? | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 25. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas? | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 26. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento en su vida familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 27. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento en su vida social? | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 28. ¿Ha tenido problemas económicos por su estado físico o el tratamiento? | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| Por favor, rodee con un círculo el número del 1 al 7 lo que mejor se aplique a Vd. | Pésima | | Excelente | | | | |
| 29. ¿Cómo valoraría su condición física general durante la semana pasada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida general durante la semana pasada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Muchas gracias por tu colaboración!!

ANEXO N°04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA, 2013”

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALIDACIÓN | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?. | | | | | |
| 2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio? | | | | | |
| 3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio? | | | | | |
| 4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares? | | | | | |
| 5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables? | | | | | |
| 6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos? | | | | | |
| 7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones. | | | | | |
| 8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento? | | | | | |
| 9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?. | | | | | |
| 10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? | | | | | |

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

| N° DE ITEMS | EXPERTOS | | | | PROMEDIO |
|-------------|----------|---|---|---|----------|
| | A | B | C | D | |
| 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3,50 |
| 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3,50 |
| 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3,75 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4,00 |
| 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3,50 |
| 6 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4,50 |
| 7 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4,50 |
| 8 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4,00 |
| 9 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4,00 |

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

En este estudio: **DPP = 1.52**

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.
4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$D_{\max} = 10,10$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A.

| | |
|------|------|
| 0,00 | 2,02 |
|------|------|

B.

| | |
|------|------|
| 2,02 | 4,04 |
|------|------|

C.

| | |
|------|------|
| 4,04 | 6,06 |
|------|------|

D.

| | |
|------|------|
| 6,06 | 8,08 |
|------|------|

E.

| | |
|------|-------|
| 8,08 | 10,10 |
|------|-------|

6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **1,52** cayendo en la zona "A" lo cual significa una **adecuación total** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N°05

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR ALFA DE CRONBACH

| INSTRUMENTO | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N° de elementos |
|--------------------------------|---|----------------------------|
| Funcionamiento Familiar | 0,926 | 14 |

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

| | N | % |
|------------------------|----|-------|
| Casos Válidos | 10 | 100,0 |
| Excluidos ^a | 0 | ,0 |
| Total | 10 | 100,0 |

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|-----------------------------|---|---------------------------|
| ,926 | ,926 | 14 |

| INSTRUMENTO | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | Nº de elementos |
|---|---|------------------------|
| Calidad de Vida en pacientes oncológicos | 0,650 | 30 |

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

| | | N | % |
|-------|------------------------|----------|----------|
| Casos | Válidos | 10 | 100,0 |
| | Excluidos ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 10 | 100,0 |

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|-------------------------|---|-----------------------|
| ,779 | ,650 | 30 |

La confiabilidad se determinó a través del coeficiente de ALFA DE CRONBACH al haber realizado la prueba piloto. Encontrándose dentro del rango aceptable para la ejecución del instrumento.

CARGO

ANEXO N°6



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"
"PERÚ PROGRESO PARA TODOS"
"NUEVOS TIEMPOS, NUEVOS LÍDERES, NUEVAS PERSPECTIVAS"

OFICIO N° 570-2013-FACS

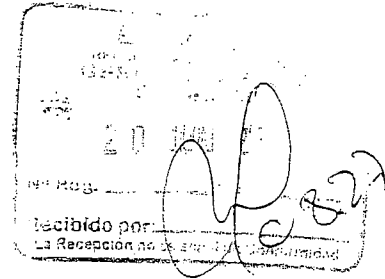
Tacna, 10 de junio del 2013

Señora:

Dr. JORGE LÓPEZ CLAROS

Gerente de la Red Asistencial de ESSALUD - Tacna

Presente



ASUNTO : SOLICITO FACILIDADES A ESTUDIANTE - EJECUCIÓN DE TESIS

REFERENCIA : SOLCITUD DE ESTUDIANTE EAP ENFERMERÍA

A tiempo de saludarlo cordialmente, me dirijo a usted, para comunicarle que en atención al documento de la referencia, solicito a su Despacho se sirva disponer se le otorgue facilidades a la Srta. KHARINA YOLANDA, MAMANI CAHUAYA, estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, quien tiene programada la ejecución de su Tesis titulada "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN - ESSALUD TACNA, 2013".

Con la seguridad de su gentil atención, le reitero mi saludo y agradecimiento antelado.

Muy cordialmente,




UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ms. Victoria Nora Vela de Córdoba
DECANA

Adj. Solicitud

c.c.:

L. Claros

UNIVERSIDAD NACIONAL
 JORGE SALADRE BRUNMANN
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECEBIDO
 Fecha: 10 JUN 2013
 Hora: 13:38
 Reg. N°: 2138
 Firma: 

SOLICITO: FACILIDAD DE
 EJECUCIÓN DE TESIS

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD- UNJBG
 S.D.

Yo, KHARINA YOLANDA MAMANI CAHUAYA,
 identificado con DNI N° 47620238, con Código
 Universitario 2008-32370, egresado de la Escuela
 Académico Profesional de Enfermería, ante Usted con el
 debido respeto me presento y expongo:

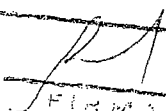
Que, para realizar la ejecución de mi tesis "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
 RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
 DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- ESSALUD TACNA, 2013",
 recurro a su despacho para solicitarle un oficio dirigida al Gerente del hospital al Dr.
 Jorge López Claros, para que así se me dé la facilidad de ejecución de mi tema de
 investigación.

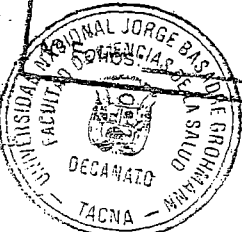
POR LO EXPUESTO

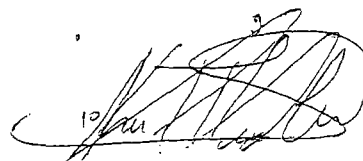
Pido a usted se sirva acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Atentamente

Tacna, 10 de Junio del 2013

UNJBG
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 Prov. N° 2138 Fecha: 10 JUN 2013
 A : Decanato
 Para : Jorge López Claros
 Director
 FIRMA 





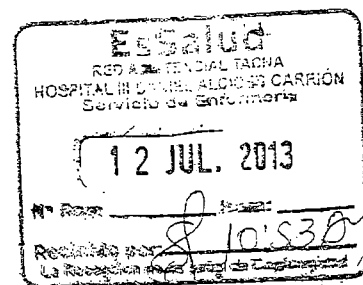
KHARINA Y. MAMANI CAHUAYA
 DNI N° 47620238

CARTA N° 010 -CivE-GRATA-ESSALUD-2013

Tacna, 12 de Julio del 2013.

SRA.

DANY TEJERINA VEGAZO
JEFA DE SERVICIO DE ENFERMERIA
HOSPITAL III DANIEL A. CARRION
RED ASISTENCIAL TACNA



ASUNTO : EVALUACION DE PROYECTO:

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL III "DANIEL ALCIDES CARRION" TACNA 2013

REF: Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008
Formato N° 01: Evaluación de Proyectos de Investigación.

Es muy grato dirigirme a usted para saludarlo y a la vez manifestarle que con relación al documento de la referencia el comité de investigación y ética de la Red Asistencial Tacna, luego de la revisión y levantamiento de observaciones, ha aprobado el proyecto de investigación del asunto de la referencia.

En tal sentido solicito a Usted brindarle las facilidades al investigador: **Bach. MAMANI CAHUAYA KHARINA YOLANDA**, a fin de que cumpla con el acopio de información del área correspondiente a dicha labor, así como garantice el envío de las conclusiones de dicha investigación al Comité de Investigación y ética.

Cabe mencionar que esta evaluación esta sujeta a las disposiciones contenidas en la normativa vigente de la institución para investigación en EsSalud (Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008) que autoriza la misma siempre y cuando tenga la evaluación correspondiente.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

Atentamente,

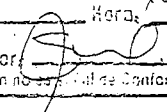
PGM/err
cc. Archivo
Adj. Lo indicado.

Red Asistencial Tacna
Dirección Médica
COMITE DE INVESTIGACION Y ETICA
Dr. PAULO GORDILLO MAYDANA
PRESIDENTE
EsSalud

CARTA N° 011 -CiyE-GRATA-ESSALUD-2013

Tacna, 12 de Julio del 2013.

DR.
ALEX CAPELLINO GAMBETTA
COORDINADOR DE UNIDAD ONCOLÓGICA
HOSPITAL III DANIEL A. CARRION
RED ASISTENCIAL TACNA

| | |
|---|-------------|
| EsSalud Red Asistencial Tacna HOSPITAL III DANIEL A. CARRION SECRETARIA DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA | |
| 12 JUL. 2013 | |
| N° Reg: _____ | Hora: 10:59 |
| Recibido por:  | |
| La Recepcion no es de conformidad | |

ASUNTO : EVALUACION DE PROYECTO:

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL III "DANIEL ALCIDES CARRION" TACNA 2013

REF: Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008
Formato N° 01: Evaluación de Proyectos de Investigación.

Es muy grato dirigirme a usted para saludarlo y a la vez manifestarle que con relación al documento de la referencia el comité de investigación y ética de la Red Asistencial Tacna, luego de la revisión y levantamiento de observaciones, ha aprobado el proyecto de investigación del asunto de la referencia.

En tal sentido solicito a Usted brindarle las facilidades al investigador: **Bach. MAMANI CAHUAYA KHARINA YOLANDA**, a fin de que cumpla con el acopio de información del área correspondiente a dicha labor, así como garantice el envío de las conclusiones de dicha investigación al Comité de Investigación y ética.

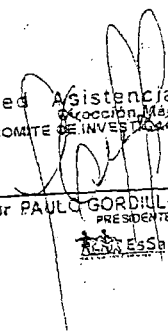
Cabe mencionar que esta evaluación esta sujeta a las disposiciones contenidas en la normativa vigente de la institución para investigación en EsSalud (Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008) que autoriza la misma siempre y cuando tenga la evaluación correspondiente.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

Atentamente,

Red Asistencial Tacna
Asociación Médica
COMITE DE INVESTIGACION Y ETICA

Dr PAUL GORDIULO MAYDANA
PRESIDENTE


EsSalud

PGM/err
cc. Archivo
Adj. Lo indicado.

GERENCIA DE RED ASISTENCIAL TACNA

COMITÉ DE INVESTIGACION Y ÉTICA

DICTAMEN N° 007-2013

En las instalaciones de la Oficina de Capacitación de la Red Asistencial Tacna, el día 12 de Julio de 2013, se reunieron los miembros del Comité de Investigación y ética, bajo la presidencia del Dr. Paulo Gordillo Maydana, para evaluar el proyecto titulado: “ **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III “DANIEL ALCIDES CARRION” TACNA 2013**”, presentado por Bach. MAMANI CAHUAYA KHARINA YOLANDA (Interna de Enfermería - UNJBG) llegando a las siguientes conclusiones:

1. El proyecto es APTO para su ejecución.
2. La aprobación está sujeto a la normativa vigente para investigaciones en EsSalud. (Directiva N ° 025 – GG-ESSALUD-2008)

Tacna, 12 de Julio del 2013.

Red Asistencial Tacna
Dirección Médica
COMITE DE INVESTIGACION Y ETICA

Dr. PAULO GORDILLO MAYDANA
PRESIDENTE

EsSalud

FORMATO N° 01: EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TITULO: "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III "DANIEL ALCIDES CARRION" TACNA 2013"

AUTOR: Bach. MAMANI CAHUAYA KHARINA YOLANDA

| CONTENIDO DEL PROYECTO (50%) | | | | |
|------------------------------|----|----------------|---------|-------|
| INDICADOR | % | DEFICIENTE | REGULAR | BUENO |
| Problema | 10 | | | X |
| Marco Conceptual | 5 | | | X |
| Objetivos | 5 | | | X |
| Originalidad | 7 | | | X |
| Metodología | 6 | | | X |
| Actividades | 5 | | X | |
| Presupuesto | 4 | | X | |
| Coherencia | 5 | | | X |
| Aspectos éticos | 3 | | X | |
| | | | | |
| IMPACTO DEL PROYECTO (40%) | | | | |
| INDICADOR | % | DEFICIENTE | REGULAR | BUENO |
| Pertinencia | 10 | | | X |
| Resultados esperados | 9 | | | X |
| Impacto | 9 | | X | |
| Formación del recurso humano | 6 | | X | |
| Competitividad tecnológica | 6 | No corresponde | | |
| | | | | |
| GRUPO INVESTIGADOR (10%) | | | | |
| INDICADOR | % | DEFICIENTE | REGULAR | BUENO |
| Investigadores | 3 | | X | |
| Conformación y trayectoria | 4 | | X | |
| Competencia | 3 | | | X |

SUGERENCIAS:

La evaluación está sujeta a las normas de investigación en EsSalud (Directiva N° 025 – GG – ESSALUD – 2008).

Debe remitir 1 ejemplar de la investigación y 2 copias de CD al Comité de Investigación y ética.

CONCLUSION

EL PROYECTO ES APTO PARA SU EJECUCION

Tacna, 12 de Julio del 2013.

Red Asistencial Tacna
Dirección Médica
COMITE DE INVESTIGACION Y ETICA

Dr PAULO GORDILLO MAYDANA
PRESIDENTE

ESSALUD

ANEXO N°07

CUADRO N°08

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES
ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013**

| ÍTEMS | CATEGORÍA | N | % |
|---|-------------------|-----------|--------------|
| EDAD | menos de 11 años | 1 | 1,7 |
| | 12-17 años | 1 | 1,7 |
| | 18-29 años | 4 | 6,7 |
| | 30-59 años | 31 | 51,7 |
| | 60 años a más | 23 | 38,3 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| SEXO | Femenino | 38 | 63,3 |
| | Masculino | 22 | 36,7 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| ESTADO CIVIL | Soltero | 12 | 20,0 |
| | Casado | 28 | 46,7 |
| | Conviviente | 8 | 13,3 |
| | Viudo | 10 | 16,7 |
| | Divorciado | 2 | 3,3 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | Primaria | 9 | 15,0 |
| | Secundaria | 18 | 30,0 |
| | Técnica | 7 | 11,7 |
| | Superior | 25 | 41,7 |
| | Sin instrucción | 1 | 1,7 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| INGRESOS ECONÓMICOS (nuevos soles) | 650-1000 | 33 | 55,0 |
| | 1001-1500 | 20 | 33,3 |
| | 1501-2000 | 1 | 1,7 |
| | 2000 a más | 6 | 10,0 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |
| RELIGIÓN | Católico | 51 | 85,0 |
| | Evangelista | 5 | 8,3 |
| | Adventista | 2 | 3,3 |
| | Mormón | 1 | 1,7 |
| | No | 1 | 1,7 |
| | Testigo de Jehová | 0 | 0,0 |
| | TOTAL | 60 | 100,0 |

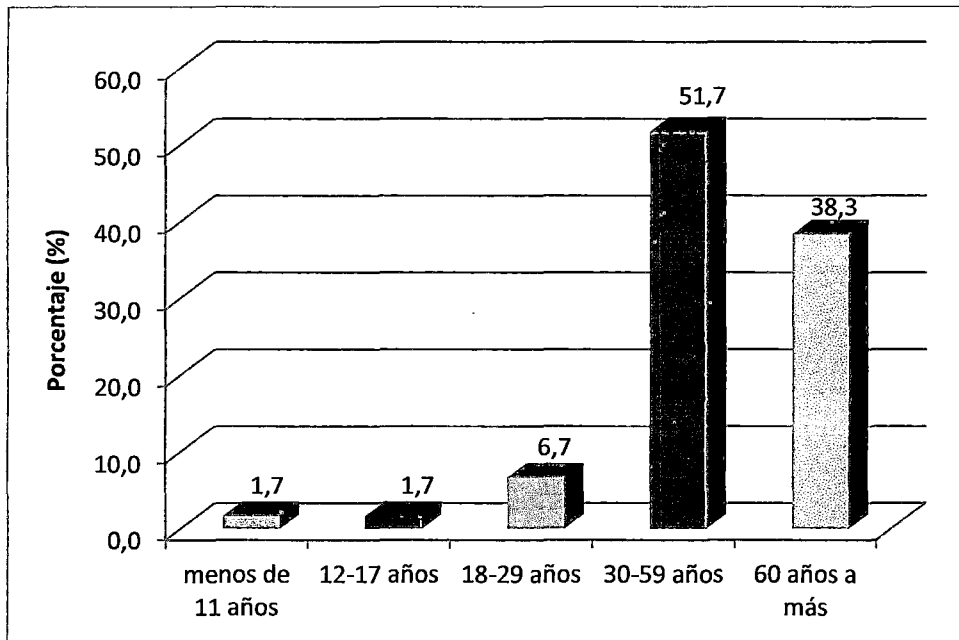
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°08 sobre las características sociodemográficas, se observa que el 51,7% de pacientes oncológicos corresponde al grupo etáreo del adulto de 30 a 50 años de edad, el 63,3% corresponde al sexo femenino a diferencia del sexo masculino con el 36,7%; el 46,7% son casados, el 41,7% tienen un nivel de instrucción superior y el 55,0% sus ingresos económicos es de 650 a 1000 nuevos soles; y el 85,0% de los pacientes oncológicos tienen una religión católica.

GRÁFICO N°08 (01)

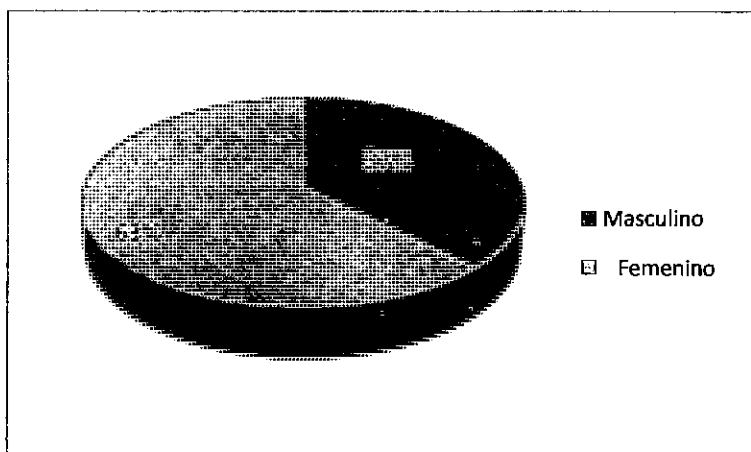
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: EDAD DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

GRÁFICO N°08 (02)

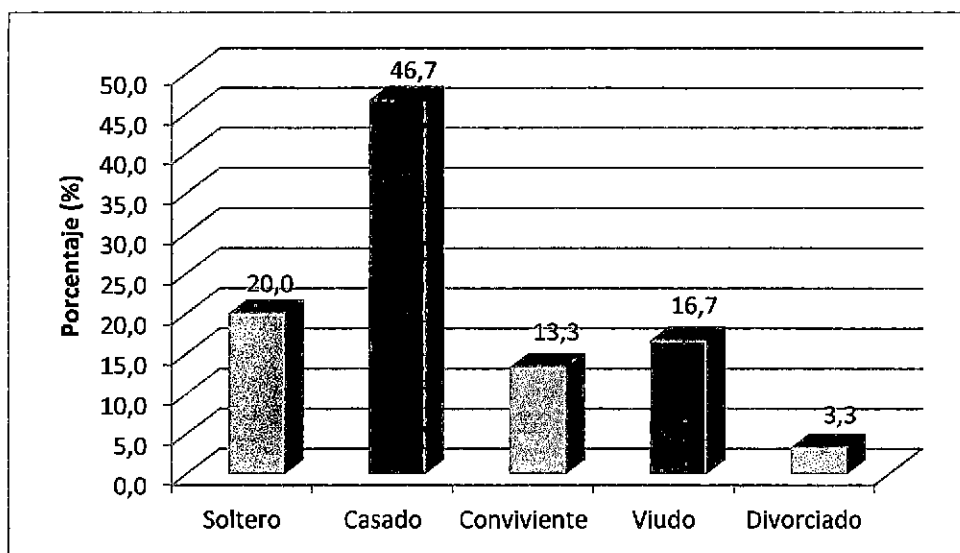
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: SEXO DE LOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013**



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

GRÁFICO N°08 (03)

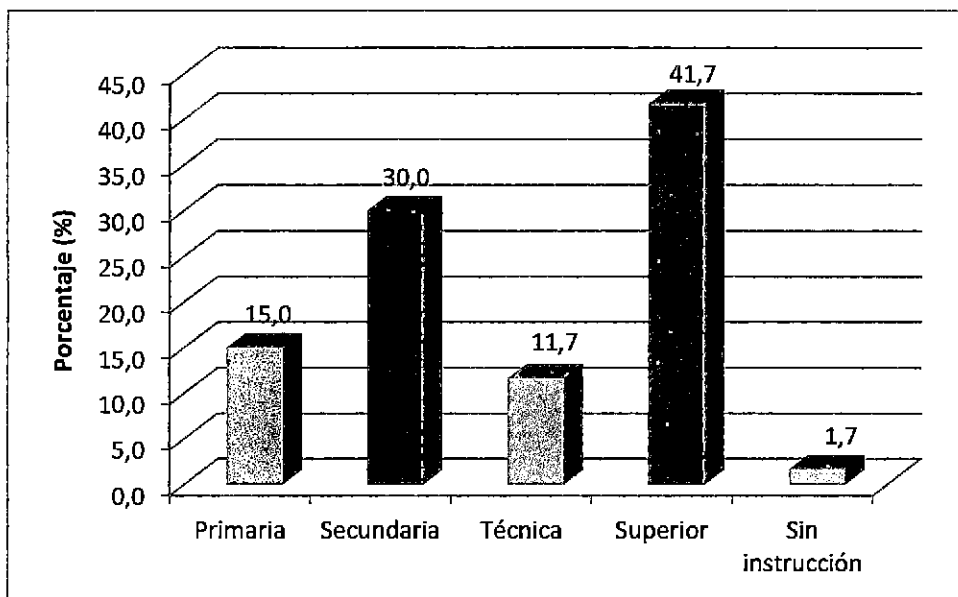
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ESTADO CIVIL DE LOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013**



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

GRÁFICO N°08 (04)

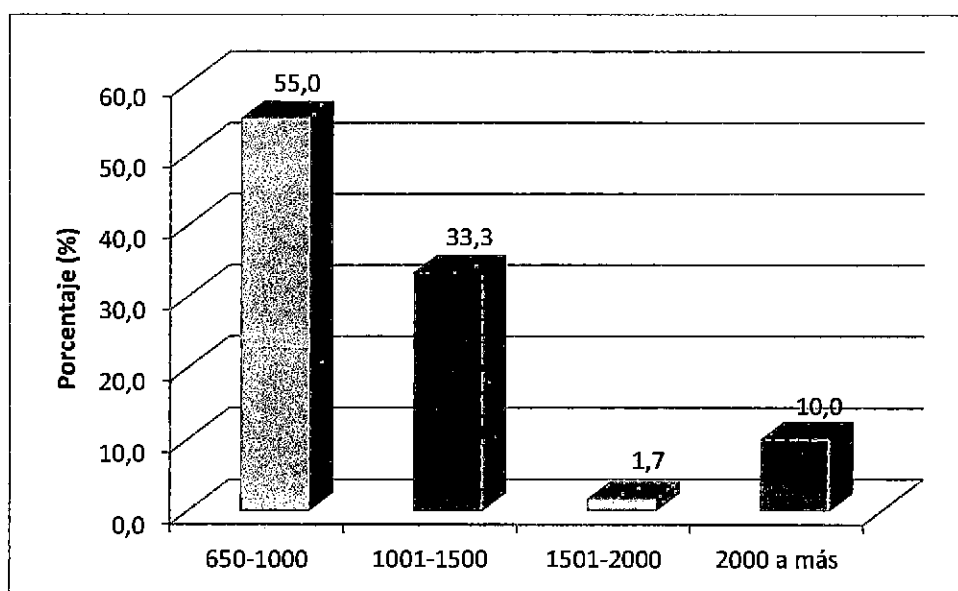
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

GRÁFICO N°08 (05)

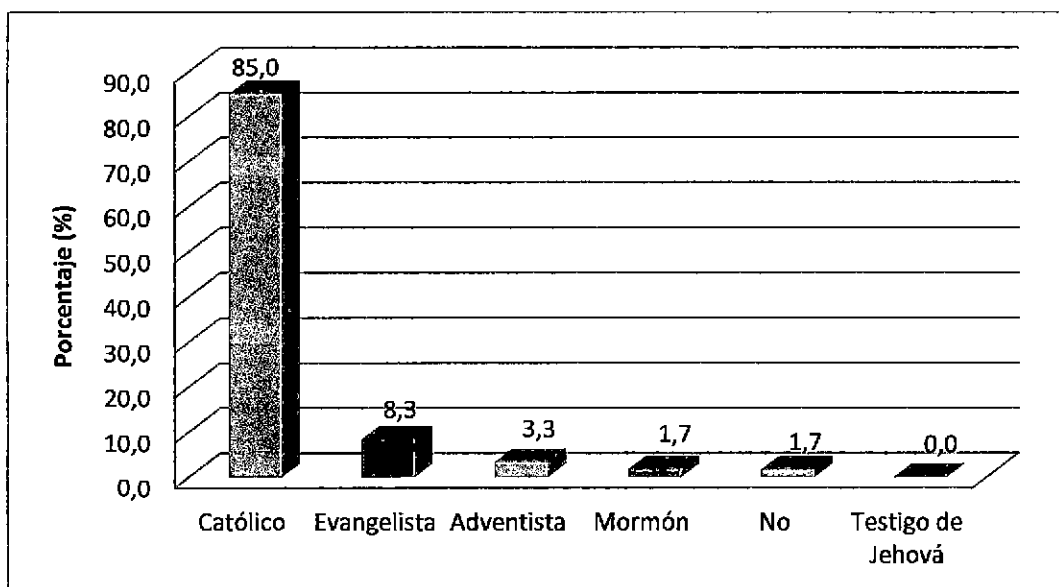
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: INGRESOS ECONÓMICOS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

GRÁFICO N°08 (06)

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: RELIGIÓN DE LOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013**



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°09

**TIPO DE CÁNCER EN RELACIÓN AL SEXO DE LOS PACIENTES
ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013**

| TIPO DE CÁNCER | SEXO | | | | Total | |
|--------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Femenino | | Masculino | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Mama | 13 | 21,7 | 0 | 0,0 | 13 | 21,7 |
| Colon | 5 | 8,3 | 4 | 6,7 | 9 | 15,0 |
| Gástrico | 2 | 3,3 | 4 | 6,7 | 6 | 10,0 |
| Linfoma de Hodgkin | 0 | 0,0 | 5 | 8,3 | 5 | 8,3 |
| Útero | 5 | 8,3 | 0 | 0,0 | 5 | 8,3 |
| Ovario | 4 | 6,7 | 0 | 0,0 | 4 | 6,7 |
| Próstata | 0 | 0,0 | 3 | 5,0 | 3 | 5,0 |
| Leucemia | 1 | 1,7 | 2 | 3,3 | 3 | 5,0 |
| Biliar | 2 | 3,3 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 |
| Ganglios | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 | 2 | 3,3 |
| Pulmón | 2 | 3,3 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 |
| Generalizado | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 |
| Melanoma | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 |
| Mieloma múltiple | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 |
| Boca | 1 | 1,7 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 |
| Óseo | 1 | 1,7 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 |
| Neuroendocrino | 1 | 1,7 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 |
| Total | 38 | 63,3 | 22 | 36,7 | 60 | 100,0 |

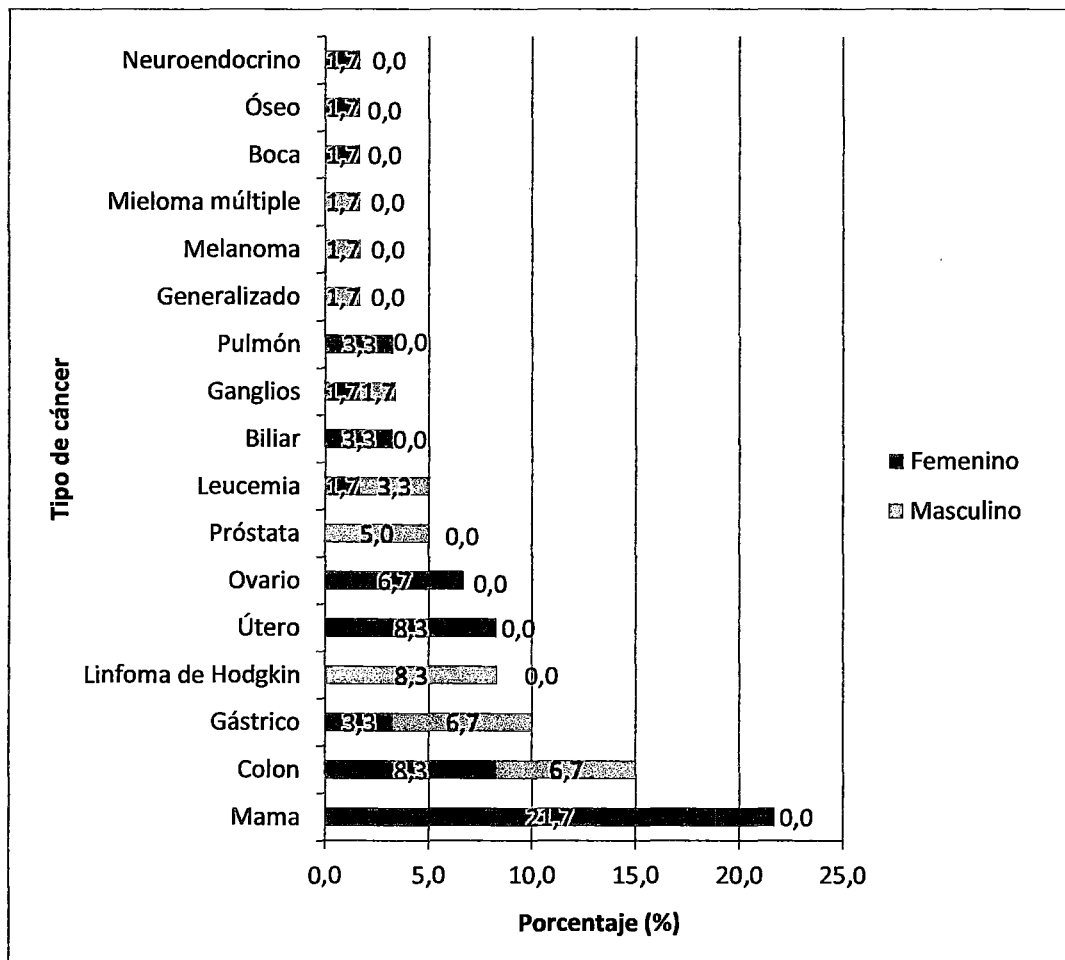
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°09 sobre el tipo de cáncer en relación al sexo, se observa que en el sexo femenino predomina en un 21,7% el cáncer de mama, el 8,3% el cáncer de colon y útero, el 6,7% el cáncer de ovario; mientras que en el sexo masculino predomina en un 8,3% el linfoma de Hodgkin, el 6,7% el cáncer de colon y gástrico, y el 5,0% el cáncer de próstata. En general el 15,0% de pacientes tienen cáncer de colon, el 8,3% afecta al sexo femenino y el 6,7% al sexo masculino; y de igual modo el total del 10,0% de los pacientes presentan cáncer gástrico, el 6,7% afecta al sexo masculino y el 3,3% al sexo femenino.

GRÁFICO N°09

TIPO DE CÁNCER EN RELACIÓN AL SEXO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°10

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013

| PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD | CALIDAD DE VIDA | | | | | | TOTAL | |
|-----------------------------|-----------------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Buena | | Regular | | Mala | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Aceptable | 3 | 5,0 | 5 | 8,3 | 28 | 46,7 | 36 | 60,0 |
| Poco aceptable | 1 | 1,7 | 9 | 15,0 | 11 | 18,3 | 21 | 35,0 |
| Inaceptable | 0 | 0,0 | 3 | 5,0 | 0 | 0,0 | 3 | 5,0 |
| Total | 4 | 6,7 | 17 | 28,3 | 39 | 65,0 | 60 | 100,0 |

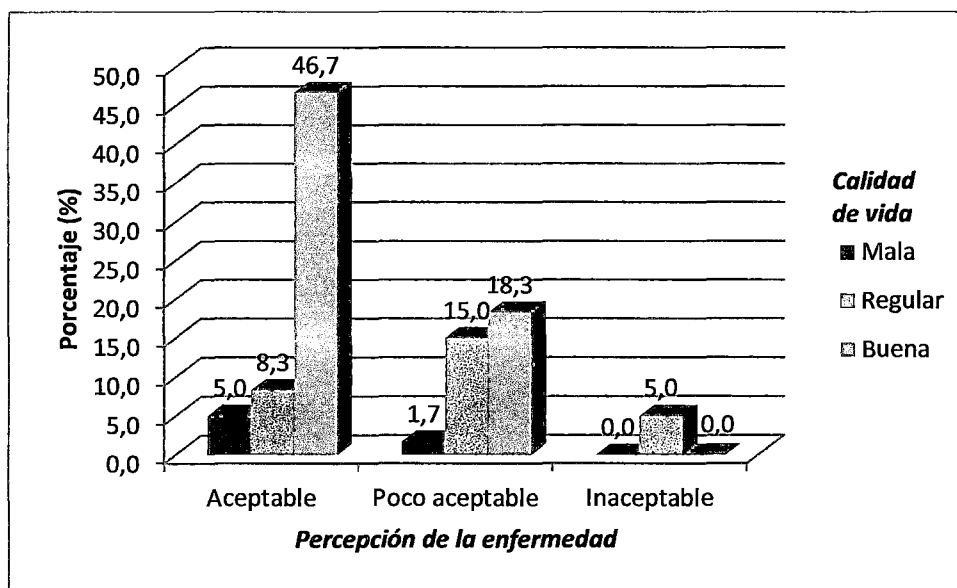
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°10 sobre la percepción de la enfermedad en relación a la calidad de vida, se observa que el 60,0% tienen una aceptable percepción, en un 46,7% buena calidad de vida y en un 5,0% mala calidad de vida, mientras que el 5,0% presentan una inaceptable percepción de la enfermedad, en un 5,0% regular calidad de vida.

GRÁFICO N°10

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°11

**FUENTE DE APOYO FAMILIAR EN RELACIÓN AL TIPO DE FAMILIA
DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013**

| FUENTE DE APOYO FAMILIAR | TIPO DE FAMILIA | | | | | | TOTAL | |
|--------------------------|-----------------|-------------|--------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Extensa | | Monoparental | | Nuclear | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Pareja | 1 | 1,7 | 0 | 0,0 | 19 | 31,7 | 20 | 33,3 |
| Hijo (s) | 2 | 3,3 | 7 | 11,7 | 5 | 8,3 | 14 | 23,3 |
| Toda la Familia | 4 | 6,7 | 1 | 1,7 | 7 | 11,7 | 12 | 20,0 |
| Padre (s) | 3 | 5,0 | 1 | 1,7 | 3 | 5,0 | 7 | 11,7 |
| No recibió | 1 | 1,7 | 2 | 3,3 | 1 | 1,7 | 4 | 6,7 |
| Hermano (s) | 3 | 5,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 5,0 |
| Total | 14 | 23,3 | 11 | 18,3 | 35 | 58,3 | 60 | 100,0 |

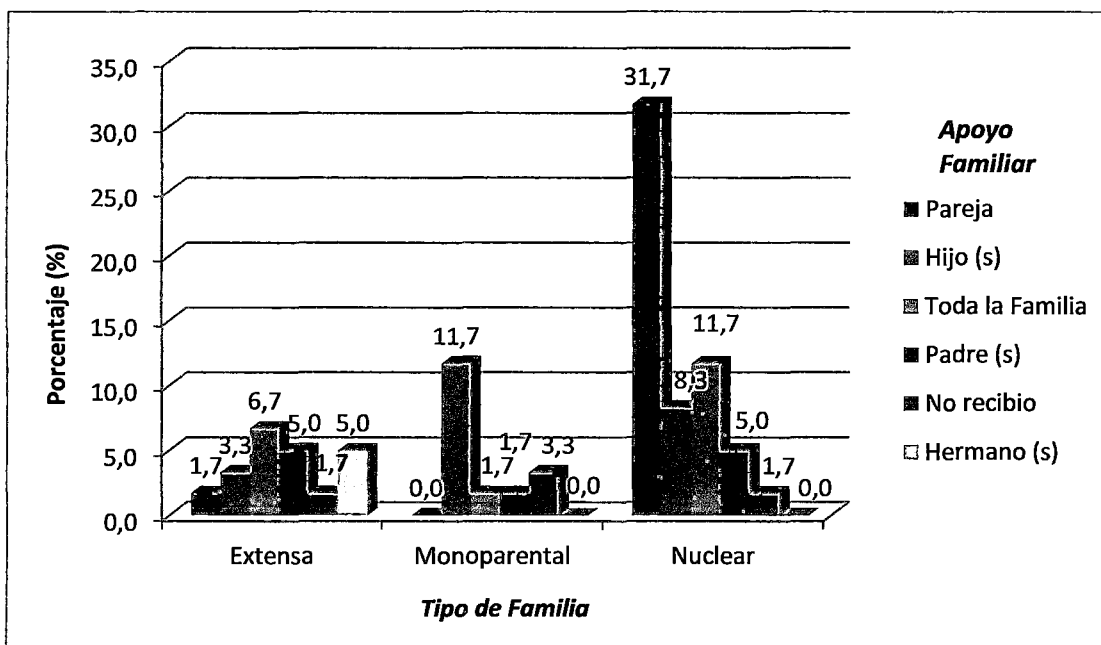
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°11 sobre la fuente de apoyo familiar en relación al tipo de familia, se observa que las familias nucleares en un 58,3% reciben mayor apoyo de la pareja en un 31,7%, las familias extensas en un 23,3% reciben mayor apoyo de toda la familia en un 6,7% y las familias monoparental en un 18,3% reciben el mayor apoyo de sus hijos en un 11,7%.

GRÁFICO N°11

FUENTE DE APOYO FAMILIAR EN RELACIÓN AL TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°12

ETAPA DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013

| ETAPA DE LA ENFERMEDAD | CALIDAD DE VIDA | | | | | | Total | |
|------------------------|-----------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|--------------|
| | Buena | | Regular | | Mala | | F | % |
| | F | % | F | % | F | % | | |
| Temprana | 17 | 28.3 | 3 | 5.0 | 1 | 1.7 | 21 | 35.0 |
| Moderada | 15 | 25.0 | 8 | 13.3 | 2 | 3.3 | 25 | 41.7 |
| Avanzada | 6 | 10.0 | 5 | 8.3 | 1 | 1.7 | 12 | 20.0 |
| Terminal | 1 | 1.7 | 1 | 1.7 | 0 | 0.0 | 2 | 3.3 |
| TOTAL | 39 | 65.0 | 17 | 28.3 | 4 | 6.7 | 60 | 100.0 |

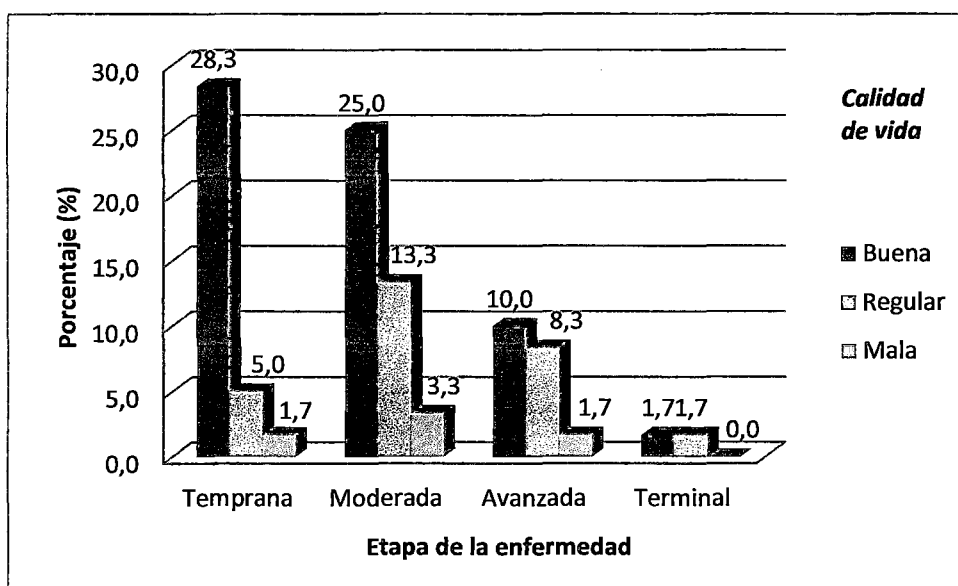
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°12 sobre la etapa de la enfermedad en relación a la calidad de vida, se observa que el 41,7% se encuentran en la etapa moderada, en un 25,0% buena calidad de vida y en un 3,3% mala calidad de vida, mientras que el 3,3% se encuentran en la etapa terminal, el 1,7% buena y regular calidad de vida.

GRÁFICO N°12

ETAPA DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

CUADRO N°13

SATISFACCIÓN LA PRÁCTICA RELIGIOSA EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013

| SATISFACCIÓN DE PRÁCTICA RELIGIOSA | CALIDAD DE VIDA | | | | | | Total | |
|------------------------------------|-----------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|--------------|
| | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Buena | 34 | 56,7 | 13 | 21,7 | 3 | 5,0 | 50 | 83,3 |
| Regular | 4 | 6,7 | 3 | 5,0 | 1 | 1,7 | 8 | 13,3 |
| Mala | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 |
| TOTAL | 39 | 65,0 | 17 | 28,3 | 4 | 6,7 | 60 | 100,0 |

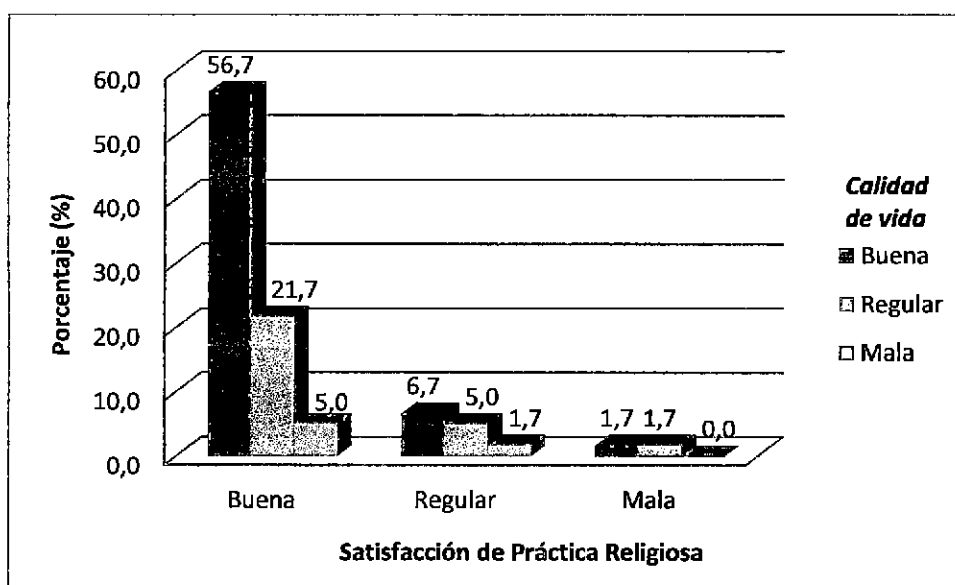
Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°13 sobre la satisfacción de la práctica religiosa en relación a la calidad de vida, se observa que el 83,3% tienen una buena satisfacción práctica religiosa, en un 56,7% buena calidad de vida y en un 5,0% mala calidad de vida, mientras que el 3,3% tienen una mala satisfacción de práctica religiosa, en un 1,7% buena y regular calidad de vida.

GRÁFICO N°13

SATISFACCIÓN DE PRÁCTICA RELIGIOSA EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2013



Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.