



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA  
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER QUE  
RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA.  
ALBERGUE PADRE ROBUSCCINI,  
2014.

Tesis para el Título profesional de  
Licenciatura de Enfermería

Núñez López, Sor Saida Gloria

LIMA – PERÚ

2015

Núñez López, Sor Saida Gloria

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER QUE  
RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA,  
ALBERGUE PADRE ROBUSCCINI,  
2014.

Asesor: Mg. Nestor Flores

LIMA – PERÚ

2015

Mi agradecimiento una vez más a Dios y a la Virgen María que son los que me iluminan y me dan la fortaleza necesaria para seguir con mis objetivos en la vida.

A mi Alma Mater la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, por su preparación brindada en los años de estudio.

A mis hermanas de comunidad por ser mi apoyo incondicional de seguir con mis objetivos trazados profesionalmente. Mi eterno agradecimiento, a mi mis padres por su cariño, su apoyo y su confianza.

A mis pacientes, que han sido inspiración para el presente estudio y por compartir con nosotros sus vivencias, dudas, e inquietudes.

# INDICE

RESUMEN .....	v
SUNMARY .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	vii10
CAPITULO 1: PROBLEMA .....	13
1.1 Planteamiento del problema .....	13
1.2 Formulación del Problema .....	16
1.3 Objetivos: .....	16
1.3.1 Objetivo General.....	16
1.3.2 Objetivo específico .....	17
1.4 Justificación.....	17
1.5 Limitación .....	18
CAPITULO 2: MARCO TEORICO REFERENCIAL.....	19
2.1 Antecedentes internacionales.....	19
2.2 Antecedentes nacionales.....	24
2.3 Base teórica .....	27
2.4 Definición de términos.....	47
2.5 Variables .....	48
2.6 Definición Operacional de Variable.....	48
CAPITULO 3: METODOLOGÍA .....	49
3.1 Enfoque de la investigación .....	49
3.2 Tipo y método de la investigación.....	49
3.3 Diseño de la investigación .....	49
3.4 Lugar de ejecución de la investigación .....	50
3.5 Población, muestra, selección y unidad de análisis .....	50
3.6 Criterios de inclusión y de exclusión.....	51
3.7 Instrumento y técnicas de recolección.....	52
3.8 Procedimiento de recolección de datos.....	52
3.9 Análisis de datos .....	53
3.10 Aspectos éticos .....	54
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION .....	56
4.1 Resultados .....	56
4.2 Discusión.....	61
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	68
5.1 Conclusiones.....	68
5.2 Recomendaciones: .....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	70
ANEXOS .....	83

## ÌNDICE DE GRÀFICO

Gráfico N°		Pág.
1	Calidad de vida de pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria en la escala global en el Albergue Padre Robusccini, 2014.	46
2	Calidad de vida de pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria según la escala funcional en el Albergue Padre Robusccini, 2014	47
3	Calidad de vida de pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria según la escala de síntomas en el Albergue Padre Robusccini, 2014	48

## RESUMEN

**Introducción:** La evaluación de la calidad de vida (CV) permite establecer la percepción general del individuo a los procesos de salud – enfermedad, el tratamiento instaurado y la percepción de la salud. **Objetivo:** Determinar el nivel la calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria en el Albergue Padre Robuscini según la escala global de salud, escala funcional y escala de síntomas. **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, método no experimental, diseño descriptivo de corte transversal. **La población** estuvo constituida por 80 pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria. La técnica fue encuesta y como instrumento el cuestionario EORTC QLQ - C30 (versión 3) tipo Lickert. **Resultado.** En relación a la escala de salud global, el 96% (77) es baja la calidad de vida. En cuanto a la escala funcional: a nivel social la calidad de vida es baja en un 88%, a nivel emocional la calidad de vida es baja en un 78% y a nivel físico la calidad de vida es baja en un 71%. En la escala de síntomas según el ítems dificultad financiera se mostró baja la calidad de vida (93%) y por ultimo según la escala de síntomas a nivel del dolor (75%) ha afectado la calidad de vida **Conclusiones:** un porcentaje significativo de pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria tienen una baja calidad en la escala global referido a que los pacientes han presentado síntomas colaterales del tratamiento de quimioterapia y la alteración de la dimensión funcional. En la escala funcional, perciben su calidad de vida baja referido a que la enfermedad y el tratamiento quimioterapéutico afectaron en su vida familiar y sus relaciones personales, siendo influenciados por el distres psicológico alterando la calidad de vida, presentan dificultad en actividades que requieran esfuerzo físico, como llevar bolso pesado, salir a caminar, lo cual genera sensación de impotencia, cólera y a corto plazo estrés. En la dimensión de síntomas presenta una baja calidad de vida referido a que la enfermedad y el traslado les crearon inconvenientes económicos y experimentaron intensos dolores corporales que limitan el trabajo diario.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de vida, cáncer y quimioterapia ambulatoria.

## SUNMARY

**Introduction:** Introduction: The evaluation of quality of life (QOL) allows you to set the general perception of the individual processes of health - disease, treatment régime and perceived health. **Objective:** To determine the level the quality of life of cancer patients receiving outpatient chemotherapy at the lodge Father Robusccini according to global health, functional scale and symptom scale. **Methodology:** The study of quantitative approach, application type, no experimental method, descriptive cross-sectional design. The **population** consisted of 80 patients receiving outpatient chemotherapy. The technique was the survey and an instrument EORTC QLQ - C30 (version 3) Lickert. **Result.** Scale relative to the overall health of 96% (77) is low quality of life. As for the functional scale: a social level the quality of life is low at 88%, emotionally quality of life is low in un78% and physical level quality of life is lower by 71%. On the scale of symptoms depending on the items hardship quality of life (93%) and finally to the scale of symptoms from pain (75%) showed low has affected the quality of life **Conclusions:** A significant percentage of patients receiving outpatient chemotherapy have a low quality on a global scale based on patients presented side symptoms of chemotherapy and impaired functional dimension. At the functional level, perceived low quality of life based on the disease and chemotherapy treatment affected their family life and personal relationships, being influenced by psychological distress altering the quality of life, have difficulty in activities requiring physical effort such as carrying heavy bag, go for walks, which generates feelings of helplessness, anger and stress short term. In the symptoms domain has a low quality of life based on the disease and transfer them economic disadvantages created and experienced severe physical pain that limit their daily work.

**KEYWORDS:** Quality of life, cancer and outpatient chemotherapy.

# INTRODUCCIÓN

Los progresos científicos- técnicos en la sociedad actual se encaminan hacia la necesidad de responsabilizar a los profesionales de salud con las consecuencias personales y sociales de los tratamientos que se realizan. La aplicación de la tecnología previene la muerte prematura de las personas, como ocurre con las enfermedades crónicas terminales, pero a su vez sobrevienen una serie de problemas que se refieren a las consecuencias de vivir con esos tratamientos.

EL tema calidad de vida es un asunto muy controvertido, tanto desde el punto de vista teórico como práctico. Algunos investigadores incluyen dentro de este término los aspectos físicos, emocionales y sociales; otros estiman pertinentes considerar los aspectos fisiológicos y psicológicos.

Conceptualizada la calidad de vida relacionada con la salud como: la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud, dicha valoración permite conocer el impacto de una enfermedad y del tratamiento recibido, los efectos secundarios; resultado que ayudan a la toma de decisiones, potencializa la comunicación personal de salud y paciente, facilita la rehabilitación total o por esferas de los pacientes.

Para el profesional de enfermería el estudio de calidad de vida en pacientes que reciben quimioterapia ambulatorio es de gran interés, ya que le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más holística, que incluye sus valores, creencias, percepciones, etc. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando.

El quehacer del profesional de enfermería debe centrarse en ayudar a los individuos a satisfacer plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tienen en relación con su salud y así determinar las orientaciones de calor para cada uno de ellos.

El presente estudio está incluido en el quinto lineamiento de investigación de Calidad de Vida; que aborda la sub línea de calidad de vida en pacientes con enfermedad crónica, integrando aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental, y con el estado de bienestar que se agrupan en: estado físico y capacidad funcional, estado psicológico y bienestar, interacciones sociales y estado económico, y sus factores.

Es por ello que el presente estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoriamente en el albergue Padre Robusccini durante el año 2014”, tuvo como objetivo general de determinar el nivel de calidad de vida del paciente con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria en el albergue Padre Robusccini. El propósito de estuvo orientado en hallar elementos que apoyen a la toma de decisiones, donde no solo se busque combatir la enfermedad, sino promover el bienestar y la calidad de vida del paciente con cáncer, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del paciente que recibe quimioterapia ambulatoria.

El estudio consta de Capítulo 1: Problema, presenta el planteamiento del problema, formulación de problema, objetivos de estudio, justificación y limitación, el Capítulo 2: Marco teórico, en el cual se presenta antecedentes internacionales, antecedentes nacionales, base teórica, definición de término, la variable y la operacionalización de variables, el Capítulo 3: Metodología, el cual incluye el enfoque de la investigación, tipo y método de la investigación, diseño de la

investigación, lugar de ejecución de la investigación, lugar de ejecución de la investigación, población, muestra, selección y unidad de análisis, criterios de inclusión y de exclusión, instrumento y técnicas de recolección, procedimientos de recolección de datos y análisis de datos. EL capítulo 4: Resultados y discusión. El Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta la Referencia bibliográfica y Anexos.

# CAPITULO 1: PROBLEMA

## *1.1 Planteamiento del problema*

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, no sólo por su alta mortalidad, sino también por la discapacidad resultante del tratamiento recibido. Se presenta en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, produciendo un gran impacto en los aspectos psicológicos, físicos, emocionales, económicos y sociales para las personas que lo padecen, ocasionando en su mayoría, alteraciones marcadas en la calidad de vida.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008, calculó que murieron 7,6 millones de personas a causa del cáncer. Aproximadamente, un 30% de los fallecidos, fueron a causa de cinco factores de riesgo conductual y dietético: Índice de masa corporal (IMC) elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de cigarrillo. Asimismo, es importante también mencionar que la edad es un factor de riesgo para adquirir dicha enfermedad.<sup>2</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2011, registró en América Latina durante el periodo 2007-2009, una elevada tasa de mortalidad a consecuencia de algunas neoplasias malignas, llegando a 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes, encontrándose las tasas más altas en Uruguay con 168.4 muertos por cada 100 mil habitantes, Cuba con 143.3 muertos por cada 100 mil habitantes y Perú con 136.6 muertes por cada 100 mil habitantes y México el país que tiene la tasa más baja de Latinoamérica con un 75.4 por cada 100 mil habitantes.<sup>3</sup>

Según el Ministerio de Salud (MINSA) en el Perú, para el año 2012, registró 12 359 casos de cáncer y se estima que es la segunda causa de mortalidad en el país. Las edades más vulneradas para el desarrollo son de los 30 hasta los 85 años de edad, siendo el grupo de edad de 45 a 64 años el que más riesgo tiene en la población, esto a pesar que en la actualidad, el cáncer es considerado una enfermedad prevenible, detectable y curable. Por otro lado, los diferentes tipos de cáncer son diagnosticados en una etapa avanzada, aumentando el número de muertes.<sup>4</sup>

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el año 2009, diagnosticaron un total de 7 751 de casos nuevos de cáncer, siendo la primera causa el cáncer de mama, en segundo lugar el cáncer de leucemia, en tercer lugar el cáncer de estómago y por último el cáncer de cuello uterino; siendo los distritos con mayor prevalencia de casos de cáncer: Lima, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porras, Comas y por último San Juan de Miraflores. Para el año 2013 la incidencia estimada en el Perú es de 150 casos por 100 000 habitantes, ocupando el segundo lugar de las causas de mortalidad a nivel nacional y se estima que el 75% de los casos se diagnostican en etapa avanzada y principalmente en Lima.<sup>5</sup>

La palabra cáncer está íntimamente relacionada con calidad de vida, término que permite conocer el impacto de la enfermedad y del tratamiento, aun nivel relevante, diferente y complementario al del organismo. Específicamente, el termino calidad de vida se refiere a cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos<sup>6</sup>.

La quimioterapia es uno de los tratamientos antineoplásicos, en el cual los efectos secundarios pueden ser desagradables a su vez que pueden ocasionar cambios permanentes o daño en el corazón, pulmones, nervios, riñones, órganos reproductivos u otros, las mismas que aparecen en algunos como de manera inmediata y en otras de manera lenta y progresiva<sup>8</sup>. La mayoría de las personas se cansan fácilmente pero otras se sienten suficientemente bien para seguir llevando vidas activas. De modo que afecta su calidad de vida, es decir altera sus hábitos y costumbres, forma de trabajo, estudiar y vida social ya que están bajo la medicación; producto de la quimioterapia<sup>9</sup>.

En la interrelación con el paciente que recibe quimioterapia ambulatoria en el Albergue Padre Robuscini expresaron: “cuando me realizaban el tratamiento de quimioterapia no pensé que cambiaría mi vida de esta manera”, “yo hermanita sentía que no era el mismo, me deprimí mucho, no quería salir ni que nadie me vea porque pensaba que el no tener cabello los alejaría de mí”, “en el trabajo, fue muy difícil, regresé a trabajar pero a un tiempo muy largo”, “la comida, los deportes, se necesita ayuda y comprensión”, “pensé incluso que no podría realizar mis actividades, ni ser el mismo de antes”, y otros expresan con llanto en la cara “hace un año que no veo a mi esposo e hija y no tengo dinero para viajar, ellos una vez al mes viajan al pueblo para llamarme por una cabina pública y escucho a mi pequeña hija diciéndome mami te extraño y me sale el llanto”, “es como si estuviera muerto”; “no sirvo para nada”; “me siento inútil” entre otras experiencias. En estos pacientes pude observar que no tienen una buena calidad de vida por la presencia de los síntomas secundarios de la enfermedad como del tratamiento quimioterapéutico que alteraran su estado emocional, relacional, físico, psicológico, económico, etc.

Frente a esta situación se les pregunto si la atención de enfermería es buena y que si habían recibido orientación sobre el tratamiento quimioterapéutico y sus consecuencias; la mayoría respondieron que si habían recibido la charla al inicio del tratamiento y que después la enfermera solo se limitaba a la asistencia física y administrativa efectiva del tratamiento quimioterapéutico, descuidándose la parte educativa y cuidado humanizado que se debe brindar a todo los pacientes en tratamiento y que no se les preguntaba como era su calidad de vida a lo largo del tratamiento, quizás por la sobre carga de pacientes u otros asuntos. Este interactuar con el paciente frente a su enfermedad y tratamiento recibido, ha motivado la presente investigación para determinar cuál es la calidad de vida de los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia ambulatoria, explorando de qué modo, dicho mal afecta en la actualidad en la escala global, escala funcional y escala de síntomas.

## ***1.2 Formulación del Problema***

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre: ¿Cuál es nivel de Calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoriamente en el Albergue Padre Robusccini durante el año 2014?

## ***1.3 Objetivos:***

Los objetivos que se formularon para el presente estudio fueron:

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar el nivel de calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria en el Albergue Padre Robusccini.

### **1.3.2 Objetivo específico**

- Identificar el nivel de calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria según la escala global.
- Identificar el nivel de calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria según la escala funcional.
- Identificar el nivel de calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria según la escala de síntomas.

### ***1.4 Justificación***

Dado el incremento de los casos de cáncer en la población mayor de 18 años edad, es necesaria la terapéuticas dada por la quimioterapia ambulatoria que está orientada a controlar la reproducción celular de células amorfas, lo que produce en el individuo serios efectos secundarios que pueden conllevar a serias modificaciones en la calidad de vida, por lo que la enfermera que labora en los servicios de quimioterapia ambulatoria debe brindar un cuidado humanizado, por lo cual resulta necesario contar con la información de cómo el paciente percibe su calidad de vida y le permita desarrollar acciones orientado a minimizar los efectos adversos de la quimioterapia contribuyendo optar conductas saludables y por ende mejorar la calidad de vida en las escala global, escala funcional y escala de síntomas.

Asimismo, con los resultados se busca hallar elementos que apoyen a la toma de decisiones, donde no solo se busque combatir la enfermedad, sino promover el bienestar y la calidad de vida del paciente con cáncer. La información recogida podría servir de base para la implementación de nuevas

pautas institucionales y protocolos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, se considera también que este trabajo permitirá revelar la importancia del rol que cumple el profesional de enfermería, contribuyendo fundamentalmente en la mejora de la calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatorio teniendo como colaboradores a la familia y a la sociedad. Considerando que esta información podrá orientar a nuevos cuidados al paciente oncológico de una manera holística, con una comunicación horizontal, adecuada interacción entre los profesionales de enfermería, pacientes y familias.

Para la profesión, este trabajo se justifica en vista de los avances que se ha logrado en enfermería, y que para ofrecer un cuidado de calidad es necesario estar en un continuo estudio y aprendizaje que permite ser productivos en el ejercicio de la profesión y adquirir conocimientos teóricos y prácticos dando respuestas oportunas y eficientes a las necesidades o problemas que presente el paciente en edad adulto o joven con cáncer que se encuentra en tratamiento con quimioterapia.

### ***1.5 Limitación***

- Se cuenta con poca información nacional referente a la calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria.
- Los resultados solo serán generalizados a la población de estudio.

## **CAPITULO 2: MARCO TEORICO REFERENCIAL**

### ***2.1 Antecedentes internacionales***

Riveros MF, Gavira AM, Vinaccia S, Quinceno JM. Medellín en el año 2007, realizó un estudio sobre **La calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en paciente con cáncer en tratamiento quimioterapéutico**. Tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada a la salud, el afrontamiento de estrés y las emociones negativas. El estudio fue de tipo descriptivo, realizado en el Instituto de Medicancer de Medellín. La población de estudio estuvo conformada por 28 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Se utilizó el instrumento EORTC QLQ – 30, que mide la calidad de Vida, el CAE, que evalúa Afrontamiento al Estrés, y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable tanto en las escalas funcionales como en la de síntomas de la enfermedad. En cuanto a estrategias y afrontamiento se encontró que la Evitación y la Reevaluación Positiva, fueron las más utilizadas a diferencia de la expresión Emocional Abierta, que fue la

menos empleada. Por último se observaron niveles climáticamente significativos de ansiedad- depresión en los pacientes con cáncer.<sup>10</sup>

Arancibia H, Carvajal C, Bustamante M, Justiniano JC, Talhouk O, Guler K, et al. Santiago de Chile el año 2009, investigó sobre el **Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico**. Tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes operados de cáncer gástrico. El estudio fue tipo descriptivo. La población fue conformada por 33 pacientes, con edades entre 42-82 años (25 varones), sometidos a una gastrectomía total o subtotal curativa para el cáncer gástrico. Los resultados evidenciaron que el 55% perciben su calidad de vida en la categoría de "buena". Los pacientes masculinos y aquellos con menos de 6 meses de la cirugía, obtienen mejores puntuaciones en los aspectos psicológicos de la calidad de vida. Finalmente se concluyó que un alto porcentaje de los pacientes operados de cáncer gástrico calificaron su calidad de vida como buena a pesar de la gravedad de la enfermedad subyacente y la invisibilidad de la intervención. Esto se explica probablemente por la importancia de los factores psicológicos que influyen en la calidad de vida<sup>11</sup>.

Giana DM, Granada en el año 2011, **Influencia del estilo de vida y los factores de riesgo en la calidad de vida de enfermos en Unidad Oncológica**, tuvo como objetivo evaluar el estilo de vida y los factores de riesgo, antecedentes de la enfermedad así como la calidad de vida de estas pacientes antes, durante y después del tratamiento oncológico. El estudio fue de tipo descriptiva, transversal y abordaje cuantitativo. La población estuvo constituida por mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, siendo la muestra

un número de 60 enfermas. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario adaptado por Macedo, et al. (2008) referente al estilo de vida y los factores de riesgo y la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer que consta de 30 Ítems (EORTC- QLQ-C30) versión 3.0 en portugués para ser evaluar la calidad de vida. Los resultados obtenidos fueron que la calidad de vida general tuvo un menor índice durante el tratamiento de quimioterapia y radioterapia, aunque los peores índices tanto de la calidad de vida general como de las escalas funcionales de la calidad de vida, se presentaron durante la quimioterapia. Concluyo, que las mujeres de la muestra de la investigación sufrieron muchas alteraciones en su calidad de vida durante todo el tratamiento de quimioterapia. Sin embargo, recuperaron los índices elevados de calidad de vida en tres meses después de concluir el tratamiento<sup>12</sup>.

Cruz BH, Moreno CJ, Angarita FA. Bucaramanga, en el año 2013, investigó sobre la **Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga**, cuyo objetivo fue realizar la medición de la calidad de vida en sujetos con diversos tipos de cáncer. Este trabajo es de tipo descriptivo, realizado en la fundación de Alivio contra el cáncer AVAC de la Ciudad de Bucaramanga. La población de estudio estuvo conformada por 40 sujetos de los cuales el 45% (n=18) estaba hospitalizado y el 55% (n=22) pertenecían al programa ambulatorio, la edad promedio fue 60, 98+- 11,5 años, el género del femenino (72.5%), el tiempo promedio de evolución del cáncer 4,68+- 5,17 años. A quienes se les aplico el cuestionario EORTC QLQ- 30 y un término de consentimiento informado. Sus resultados muestran que el promedio del puntaje global del cuestionario EORTC-QLQ –C30 fue de 60 +- 9.3 puntos, los

tipos de cáncer que presentaron puntajes más altos fueron el linfoma, cáncer de colon y tiroides, mientras que el cáncer con menos puntajes es el mieloma múltiple y cáncer de próstata. Se ha concluido que en general, el proceso evolutivo de la patología oncológica, los sujetos presentan disminución en la calidad de vida. Este indicativo permite a los profesionales encargadas del mantenimiento de la salud, a planear estrategias de intervención eficaces y a realizar un diagnóstico situacional, y podrá servir como referencia para la generación de protocolos específicos de intervención por patología<sup>13</sup>.

Mera PC, Ortiz M, Chile en el año 2012, investigó **La relación del Optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de la Vida de mujeres Con Cáncer de Mama**, cuyo objetivo fue indagar la relación entre calidad de Vida de mujeres con cáncer de mama, optimismo y estrategias de afrontamiento. Este trabajo de tipo descriptivo de grupo cohortes, realizado en un grupo de personas, que se encontraban asistiendo a la corporación contra el cáncer de mama. La muestra estuvo conformada por 25 mujeres con cáncer de mama, se utilizó el instrumento WHOQOL- BREF, LOT – R, CSI y un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y de salud. Sus resultados muestran que se encontraron correlaciones entre cada una de las variables independientes (optimismo y estrategia de afrontamiento) con calidad de vida y entre las variables independientes, y un análisis de regresión múltiple mostró que la variable que mejor predice la Calidad de Vida es el afrontamiento, específicamente dos estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la autocrítica, que en conjunto explican un 50, 7 % de la varianza de la Calidad de Vida<sup>14</sup>.

Yeladaky RA, Hernandez FZ. Veracruz en el año 2013, investigó **calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia**, tuvo como objetivo principal determinar el nivel de calidad de vida que tienen los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia, fue un estudio de tipo descriptivo transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento utilizado fue el WHOQOL-Bref. La muestra la conformaron 30 pacientes con distintos diagnósticos de cáncer que acudieron al servicio de quimioterapia ambulatoria en un hospital de segundo nivel, el promedio de edad fue 61 años, el género que más predominó fue el femenino con 56.7 %, el cáncer más predominante fue el de mama, ya que afectó a una tercera parte de la población estudiada. Los resultados muestran que los pacientes de ambos géneros tuvieron una calidad de vida regular, la dimensión más afectada fue la física y la más preservada la ambiental<sup>15</sup>.

Samudio M, Recalde MT, en el año 2010, investigaron **Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social**. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de 125 mujeres, entre 25 y 90 años con cáncer de mama, que fueron sometidas a mastectomía y quimioterapia ambulatoria en el Hospital Día del Servicio de Hematología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. El estudio fue observacional, descriptivo de corte trasversal. Se utilizaron como instrumentos, una ficha con datos socio-demográficos y clínicos y el cuestionario de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30) en la versión española (4). Los resultados obtenidos fueron que la mayoría de las mujeres reportaron malestar físico (dolor, insomnio, cansancio), malestar psicológico y dificultades en sus relaciones sexuales. Se observó una buena

correlación entre ambos instrumentos ( $r=0,77$ ; valor  $p < 0,0001$ ), el QLQBR23 arrojó puntuaciones menores que el QLQ30 ( $68,0 \pm 13,4$  frente  $79,9 \pm 14,0$ ). La dimensión salud general tuvo el promedio más bajo. Ninguna persona calificó su salud general como excelente. La etapa de la enfermedad y presencia de linfedema se relacionaron con menor puntuación de la calidad de vida. En conclusión las mujeres afirmaron que su salud general y calidad de vida eran buenas; demostrando capacidad para desempeñar actividades laborales o del hogar y sociales. Se concluye que la calidad de vida relacionada a la salud es favorable en las pacientes estudiadas<sup>16</sup>.

## ***2.2 Antecedentes nacionales***

Llacza A, Selmira P. Lima en el año 2009, investigaron **Calidad de vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**, teniendo como objetivo determinar la calidad de vida de pacientes oncológicos que participan en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, la población fue de 50 pacientes, a quienes se le aplicó la entrevista y el instrumento una escala de Likert modificado por el autor. Los resultados obtenidos fueron que la mayoría de los pacientes presentan una calidad de vida poco saludable, con sus dimensiones: Física el 52%. Finalmente concluyo que los pacientes oncológicos presentan una calidad de vida poco saludable con tendencia no saludable, relacionada a que experimenten dolor, astenia, cansancio, irritabilidad, presentan dificultades para recordar las cosas, sienten que su tratamiento ha interferido en sus relaciones sociales. Sin embargo existe un menor porcentaje que presenta una calidad de vida saludable manifestado que conservan un apetito conservado, se sienten satisfechos de la forma que enfrenta la enfermedad y trabaja con normalidad<sup>17</sup>.

Laos K, Lima en el año 2010, se investigó **Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama**, teniendo como objetivo fue evaluar las características de la calidad de vida y la religiosidad en un grupo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y observar si existe relación entre estas variables, realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. El estudio es de tipo descriptivo, la población de estudio fue de 50 pacientes mujeres diagnosticadas con dicho cáncer que asisten a consultorio externo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. A quienes se la aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, la Escala de prácticas religiosas y una Ficha de datos personales. Los resultados muestran que las pacientes presentan una calidad de vida promedio a muy alta, presentando un mejor desempeño en su función física; mientras que el área más afectada es el rol físico. En cuanto a la religiosidad, las pacientes realizan prácticas religiosas de manera frecuente, sobre todo rezar a Dios para agradecerle. Finalmente se encontraron tres correlaciones significativas entre las variables de estudio, siendo la más importante la correlación entre prácticas religiosas y salud general<sup>18</sup>.

Cuba SJ, Lima en el año 2010, realizó un estudio sobre **Percepción del paciente que recibe quimioterapia ambulatoria sobre su calidad de vida**, el cual tuvo como objetivos determinar la percepción del paciente que recibe quimioterapia ambulatoria sobre su calidad de vida en el HAMA e identificar la percepción en la necesidad fisiológica, seguridad, social, estima y autorrealización. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población de 30 pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria. Utilizó como instrumento el cuestionario. Los resultados muestran que un porcentaje considerable de los pacientes que

reciben quimioterapia ambulatoria tiene una percepción medianamente favorable, en aspectos fisiológicos, seguridad, social, estima y autorrealización referido a que los pacientes han presentado muchas náuseas en su última sesión de quimioterapia. Tuvieron miedo desde el día en que le informaron el tipo de tratamiento que llevarían; les resulta difícil entretenerse en sus tiempos de ocio por los efectos de la quimioterapia desde que inició su tratamiento<sup>19</sup>.

Torres CJ, Lima en el año 2011, **investigó la Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama**. Tuvo como objetivo analizar la relación entre las dimensiones de calidad de vida y el soporte social instrumental, emocional y de acompañamiento social en un grupo de 58 mujeres adultas con cáncer de mama que reciben su tratamiento en una institución especializada en el tratamiento del cáncer. Cuyo trabajo fue de tipo descriptivo, realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), a quienes se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y los Cuestionarios de Transacciones de Soporte Social (CTSS) y Satisfacción de Soporte Social (CSSS). Como resultado, se encontró una relación positiva entre la satisfacción con el soporte recibido y dimensiones físicas de la calidad de vida ( $p=0.31$ ), una relación positiva entre el soporte emocional y la salud mental ( $p=0.33$ ) y una relación positiva entre el soporte instrumental diario que recibe la paciente y su nivel de energía ( $p=0.36$ ). Comprobándose la idea de que existe una relación entre algunas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y algunos tipos de soporte social<sup>20</sup>.

## ***2.3 Base teórica***

### **Cáncer**

Es la transformación de las células normales del organismo en células malignas con una proliferación incontrolada, infiltración a tejidos circundantes y producción de metástasis regionales o a distancia; en ocasiones se relaciona con factores de riesgo nutricionales ambientales, genéticos y ocupacionales; pero no siempre existe un factor de riesgo directo que lo ocasione. Incluye varias fases de evolución de la enfermedad: iniciación promoción, conversión y progresión<sup>21</sup>.

De igual manera el cáncer es una enfermedad caracterizada por una división y acrecentamiento descontrolado de las células. Dichas células poseen la capacidad de invadir el órgano donde se originaron, de viajar por la sangre y el líquido linfático hasta otros órganos más alejados y crecer en ellos.

El Instituto Nacional de Cancerología E.S.E dice que el cáncer no es una sola enfermedad: es el nombre de una variedad de, por lo menos, cien enfermedades muy distintas entre sí y que se produce por el crecimiento anormal y descontrolado de las células del cuerpo. Esto es causado por alteraciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética ha sido alterada, por lo que las células reciben mensajes erróneos. La célula cancerosa pierde control sobre su desarrollo, de modo que se divide en más células a mayor velocidad que el resto de los tejidos a los que pertenece, sin cumplir las funciones para las que ha sido creada.<sup>22</sup>

En cuanto a los tumores, estos se dividen en benignos y malignos. Los tumores benignos tienen como característica el que sus límites están

perfectamente circunscritos, tienen una movilidad y un desplazamiento en los tejidos que le rodean, son incapaces de invadir los tejidos vecinos y no existe invasión de los ganglios linfáticos de la cadena axilar o de las cadenas laterales del cuello y una vez extirpados generalmente no reinciden. Por el contrario, las características de los tumores malignos incluyen: límites difusos, con una invasión de los tejidos que le rodean, extensión a los ganglios linfáticos y la posibilidad de reincidir después de su extirpación. En los tumores malignos, se distinguen diferentes estados dependiendo de su evolución, que tienen gran importancia en el tratamiento y el pronóstico<sup>22</sup>.

### **Estadios del cáncer<sup>23</sup>**

- Fase de inducción: se encuentran las células alteradas que se multiplican sin control y son invasoras; al ser una fase de tiempo duradero no produce sintomatología, por lo tanto en esta fase no se es posible diagnosticar dicha enfermedad.
- Fase "In Situ": aunque es la segunda fase, donde ya empieza la aparición de lesiones cancerosas que pueden ser localizadas en el tejido correspondiente, aún no hay molestias, aclarando que en todos los tipos de cáncer el desarrollo no es igual, por lo tanto, en esta fase, es posible que a través de técnicas específicas se pueda detectar el cáncer de mama, cuello uterino o colon, entre otros.
- Fase de invasión local: como ya se mencionó anteriormente, las molestias y la localización del cáncer dependen del tipo

que sea, por consiguiente en esta fase la lesión comienza a invadir otros órganos y tejidos contiguos.

- Fase de invasión a distancia: finalmente, el cáncer se implanta en otros órganos del cuerpo dando como principio otros tumores distanciados del lugar de origen.

### **Factores de riesgo<sup>24</sup>**

- Agentes infecciosos: Como el virus del papiloma humano (VPH), los virus de la hepatitis B y C, y en menor medida el virus Epstein Barr. La única bacteria a la que se le ha encontrado hasta ahora una relación con el cáncer es el *Helicobacter pylori*, que puede dar origen a cáncer gástrico en parte por causar úlceras gástricas.
- Inmunológicos: las alteraciones del sistema inmune, congénitas o adquiridas, favorecen la proliferación de células malignas en los tejidos. La respuesta inmune controla, en situaciones normales, los efectos deletéreos (dañinos) producidos por las infecciones en el cuerpo humano y, además, es la encargada de eliminar las células alteradas (por ejemplo con mutaciones) para que no dañen los tejidos.
- Genéticos: las personas más susceptibles al cáncer son aquellas que son portadoras de ciertos genes que controlan el ciclo de la célula o los mecanismos de respuesta inmunológica. También puede ocurrir que ante la influencia de un factor externo (ambiental o un virus) se dé una mutación que lleve a la transformación maligna de las células.

- Emocionales: Como la presencia de conflictos internos generados por emociones negativas como el odio, el rencor, los celos, la envidia, la ira y el dolor extremo.
  - Químicos: Se piensa que el 75% de todos los cánceres se relaciona con el medio. Fumar tabaco, que es cancerígeno químico más mortal, se relaciona más o menos con 30% de las muertes por cáncer. Dicho hábito se asocia de manera decisiva con el cáncer a los pulmones, cabeza y cuello, esófago, páncreas, cuello uterino y vejiga. El tabaco también actúa en forma sinergia con otras sustancias, como alcohol, asbestos, uranio y virus que fomenta el desarrollo del cáncer.
- Nutricionales: Las sustancias que contienen los alimentos pueden ser proactivas o carcinogénicas: el riesgo de cáncer aumenta si el sujeto ingiere carcinógeno o carcinógenos por mucho tiempo, o hay ausencia constante proactivas en su dieta. Las sustancias de la dieta relacionadas con mayor riesgo de cáncer incluyen grasas, alcohol, carne ahumadas o curadas con sal, alimentos que contienen nitratos y nitritos y consumo elevado de calorías en la dieta.
- Ambientales: La exposición a sustancias como el tabaco tiene la posibilidad de generar varios tipos de cáncer, como de pulmón, laringe y lengua, y algunos menos obvios como el cáncer de estómago y de vejiga. Así mismo, la exposición a la radiación solar, a sustancias químicas como el asbestos, a la contaminación del aire y a las ondas electromagnéticas, son objeto de intenso estudio,

puesto que existen ya evidencias que las vinculan con algunos tipos de cáncer.

- Radiaciones: la mayoría de los casos de cáncer provocados por las radiaciones son causados por la exposición excesiva a los rayos ultravioletas tipo B del sol, causantes en su mayor parte del melanoma. Todas las radiaciones de intensidad suficiente son capaces de causar daño en el material genético, que a lo largo del tiempo puede desencadenar cáncer.

### **Síntomas del cáncer<sup>25</sup>**

El cáncer avanza silenciosamente y generalmente no produce síntomas en sus inicios, pero se recomienda realizarse los exámenes convenientes cuando se presentan las siguientes señales como: hemorragias, principalmente vaginales entre menstruaciones, así como digestivas y urinarias, fiebre, dolor persistente en alguna parte del cuerpo, afonía, aparición de masas o ganglios inflamados, tos persistente, dificultad para tragar, cambio de tamaño, forma y color de lunar o verrugas, heridas que no cicatriza, cambio del ritmo intestinal de la frecuencia de las deposiciones o de color o consistencia de las heces, pérdida rápida de peso injustificada.

### **Quimioterapia<sup>9, 26</sup>**

La quimioterapia es uno de los tratamientos más utilizados para combatir el cáncer y otras enfermedades proliferativas. Su objetivo es atacar las células del cuerpo humano que tienen un crecimiento anormal, ya sea destruyéndolas o controlando su crecimiento. En general, los tratamientos de quimioterapia consisten en la combinación de diferentes medicamentos que, habitualmente,

se administran de forma intermitente o en ciclos (semanal, cada 2, 3 ó 4 semanas). Este tratamiento va ofrecer curación, control o tratamiento paliativo en conjunto con otros tratamientos.

La quimioterapia es un tratamiento a nivel sistémico, y que puede ser utilizado mediante cinco formas.

- **Terapia Adyuvante:** Se utiliza como tratamiento complementario en relación a otro tratamiento como la cirugía, radioterapia o bioterapia con el fin de tratar la micrometástasis.
- **Quimioterapia Neoadyuvante:** este tipo de quimioterapia se utiliza con el fin de reducir el tumor antes de extirparlo mediante la cirugía.
- **Terapia Primaria:** Es empleado en paciente con cáncer localizado en quienes existe un tratamiento alternativo pero no logra ser completamente efectivo.
- **Quimioterapia de Inducción:** Esta clase de quimioterapia se refiere más a una terapia farmacológica que se administra en forma de tratamiento primario en pacientes con cáncer que no cumplen con un tratamiento alternativo.
- **Quimioterapia Combinada:** este tipo de quimioterapia es aquella en la cual se administra de dos a más agentes quimioterapéuticos para tratar el cáncer, esto permite que cada medicamento logre potencializar la acción del otro, o que actúen de manera sinérgica.

## **Las vías de administración de la quimioterapia<sup>27</sup>**

Dependen de la localización anatómica del cáncer, los fármacos antineoplásicos se pueden administrar por diferentes vías con el objetivo de que alcancen las células cancerosas de la forma más rápida y directa posible:

Vía oral, vía tópica, sobre la piel en forma de crema o loción, vía intravenosa, vía intramuscular, mediante inyecciones en un musculo, vía subcutánea, vía intraarterial, vía intratecal, en el interior del sistema nervioso central, a través del líquido céfalo raquídeo, vía intrapleural, en el interior de la cavidad pleural que rodea los pulmones, vía intraperitoneal, en el interior del peritoneo que rodea el aparato digestivo, vía intravesical, en el interior de la vejiga urinaria, vía intralesional, directamente en el interior del tumor.

Los fármacos son compuestos quimioterapéuticos que tienen gran potencial de generar efectos adversos, los cuales ocasionan daños a las células de división. Estas células se les considera las más vulnerables ya que se dividen rápidamente, como es en el caso del ciclo celular corto de la médula ósea, los folículos de pelo y el epitelio del tracto intestinal. La quimioterapia destruye las células cancerosas que crecen rápidamente. Pero también puede afectar las células sanas que crecen rápidamente.

## **Los efectos adversos del tratamiento con quimioterapia**

Los efectos secundarios y la toxicidad son los aspectos limitantes de esta terapéutica; el margen de la seguridad es muy estrecho, por lo que frecuentemente puede convertirse en un tratamiento con alto grado de toxicidad.

Los efectos tóxicos en general son muy diversos y presentan frecuentemente problemas difíciles a resolver, pudiendo afectar la vida del paciente durante los ciclos de tratamiento. Las toxicidades específicas son muy numerosas y variadas. Los efectos tóxicos se producen principalmente, en aquellos tejidos donde las células se multiplican rápida y constantemente<sup>28</sup>

#### Efectos colaterales:

Dado que las células cancerosas pueden crecer y dividirse más rápidamente que las células normales y saludables se multiplican igualmente rápido y la quimioterapia puede afectar también estas células. Este daño a las células normales ocasiona los efectos secundarios. Las células normales de crecimiento rápido que tiene más probabilidad de resultar afectadas, son de células sanguíneas que se forman en la médula ósea y las células del tracto digestivo (boca, estómago, intestino, esófago), del sistema reproductor (órganos sexuales) y de los folículos pilosos: algunos medicamentos contra el cáncer pueden afectar las células de órganos, como el corazón, los riñones, la vejiga, los pulmones y el sistema nervioso<sup>29</sup>.

#### Alopecia:

Es un efecto secundario común de la quimioterapia, pero no todos los medicamentos ocasionan la pérdida del cabello. Obstáculo psicológico para una buena aceptación del tratamiento. Algunas drogas de quimioterapia afectan las células del pelo. Esto puede implicar pérdida parcial o total del pelo. Puede durar de 2 a 5 meses<sup>30</sup>.

Es uno de los penosos golpes psicológicos que recibe el paciente con cáncer. Algunos agentes quimioterápicos dañan el ADN de las células

foliculares que producen un cabello débil, quebradizo o que es expulsado espontáneamente que folículo piloso<sup>14</sup>.

Nausea y vómito:

Los pacientes que reciben quimioterapia opinan que el vómito es el efecto colateral más insoportable seguido, en segundo lugar de la náusea. Desde la década del 70 el control de náuseas y vómitos era prácticamente cero, se han hecho varios progresos; con la medicación disponible hoy se puede hablar de un 67% de control de emesis de la quimioterapia, pero a pesar de este progreso, hay encuestas en que la tercera parte de los pacientes describen las náuseas y vómitos producido por quimioterapia como moderada y otra tercera parte que la califica de severa e intolerable<sup>31</sup>.

Anemia:

La quimioterapia puede reducir la capacidad de la medula ósea de producir glóbulos rojos, los cuales transportan oxígeno a todas las partes del cuerpo. Cuando hay muy pocos glóbulos rojos, los tejidos no obtienen suficientemente oxígeno para hacer su trabajo. Esta anomalía se llama anemia. La anemia puede hacerlo sentir sin aire, muy débil y cansado<sup>32</sup>.

Anorexia:

Se manifiesta durante varios días después del tratamiento con la sintomatología del pérdida de peso, desnutrición.

Casi siempre, la anorexia relacionada con la quimioterapia se debe alteraciones del sabor y olfato<sup>33</sup>.

Diarrea:

La diarrea se produce en los pacientes que reciben quimioterapia debido a la destrucción de las células del tracto gastrointestinal que por otra parte son de muy activa y rápida reproducción. La diarrea puede ocasionar un equilibrio hidroelectrolítico grave, molestias para el paciente y cambios en su calidad de vida<sup>33</sup>.

#### Dolor:

El dolor es una sensación desagradable y una experiencia emocional, asociado con actual o potencial daño tisular. El dolor es enteramente subjetivo y no existe signos físicos ni pruebas de laboratorio capaces de medirlo. El mejor alivio de cualquier dolor es la desaparición de la causa que los produce. Se puede determinar que estos son efectos de la quimioterapia con algunas de las toxicidades que podría ocasionar estas y repercutir en su vida del paciente<sup>34</sup>.

#### Fatiga:

La fatiga o cansancio es más común que cualquier otro efecto secundario en los pacientes con cáncer y afecta al 50- 100% de todos los enfermos que reciben tratamiento para el cáncer<sup>5</sup>.

#### Mucositis:

Entre los 40 y 70% de los pacientes que reciben quimioterapia contra el cáncer presentan algún grado de mucositis. Estas mucositis es en esencia la denudación más o menos completa del epitelio de cavidad oral y tracto gastrointestinal como efecto secundario<sup>9</sup>.

## **Calidad de Vida**

### **Evolución del concepto de Calidad de Vida**

La frase "calidad de vida" ha significado diferentes cosas en los diferentes períodos de este siglo. Este concepto entró en el vocabulario de los Estados Unidos hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, e implicó un concepto de "buena vida" o la riqueza evidenciada por la posesión de carros, casas y otros bienes materiales. Luego, el dinero y el tiempo Libre para actividades de ocio, empezaron a formar parte del concepto<sup>15</sup>.

La expresión calidad de vida aparece durante la década de los 50's y comienzos de los 60's cuando la expresión calidad de vida apareció en los debates públicos en torno a la necesidad de medir objetivamente el medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida urbana. Se inició entonces el desarrollo de los indicadores sociales, los cuales al perfeccionarse a mediados de los 70 e inicios de los 80, se diferenciaron del concepto de calidad de vida<sup>33</sup>.

Desde 1970 en adelante, se vio un aumento de interés en la calidad de vida durante la enfermedad y el tratamiento, pues concurrentemente con los avances tecnológicos, los pacientes empezaron a demandar que sus doctores tomaran una visión más holística de los problemas médicos. Esta aproximación que establece que la calidad de vida es: "el grado de satisfacción de los pacientes con su nivel de bienestar físico, mental y social, comparado con el que ellos perciben que es posible o ideal". Así esta definición sugiere que la enfermedad compromete no solo la integridad biológica del hombre, sino también su bienestar psicológico, social y económico<sup>34</sup>.

## **Definición de Calidad de Vida**

Según la OMS, 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. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de 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”<sup>6</sup>. De este modo, es posible afirmar que la calidad de vida es un fenómeno multifacético, que implica una variedad de dimensiones y no únicamente el funcionamiento físico. Cada vez existe un mayor consenso sobre la correcta definición de calidad de vida las definiciones más aceptables son:

- La calidad de vida es la evaluación subjetiva de la vida entendida como todo.
- La calidad de vida se refiere a la valoración de los pacientes sobre la satisfacción con su nivel de funcionamiento normal.
- Calidad de vida como parámetro de las ciencias de la salud, que hace referencia tanto al estado funcional y calidad de vida relacionado con la salud.

Algunos autores coinciden en plantear la calidad de vida como un concepto multifacético, complejo y subjetivo, que para otros puede tener un significado personal e individual que depende de las condiciones que lo rodean, por ello es recomendable, que cuando se desee hacer investigaciones o

estudios sobre calidad de vida se defina de manera precisa los aspectos a los que se va a hacer énfasis y se plantee el concepto claro y preciso.

La calidad de vida se define como el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le otorga ésta cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.<sup>29</sup>

Schwartzmann y col<sup>23</sup>, proponen un modelo de evaluación de factores psicosociales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. Este modelo considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente.

La calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no fuera tan disímil. En este mismo sentido actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidiría negativamente (pobreza, desempleo, duelos). Desde la perspectiva de este modelo, para el caso de pacientes con cáncer, el

diagnóstico y posterior tratamiento de las enfermedades oncológicas provoca un fuerte impacto emocional, donde aparecen problemas psicológicos cambiantes, que se suceden en las diversas fases de su enfermedad, fenómeno que dependerá de las estrategias de afrontamiento que utilice para enfrentarse a la enfermedad y que, en suma, determinaran su proceso adaptativo y con ello su calidad de vida (evaluación afectiva y mecanismos de afrontamiento) <sup>34</sup>.

La calidad de vida, para poderse evaluar, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por tanto que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con su sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de paciente en paciente, de grupo y de lugar a lugar; así la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”<sup>30</sup>.

Los pacientes que están en mejores condiciones para adaptarse podrán continuar con las responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad física y emocional y seguir participando en actividades que son significativas para ellos, encontrando aun significado e importancia en sus vidas. Los pacientes que no se adapten bien probablemente participaran menos en sus propias actividades vitales, se retraerán perderán esperanza. Sin embargo, es necesario reconocer que hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con

grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena.

La práctica médica y enfermería tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud<sup>33</sup>.

Es necesario que se defina de un modo operativo, que dimensiones abarca el concepto de calidad de vida. En general, cuando hablamos de calidad de vida en pacientes oncológicos que recibe quimioterapia y funcionamiento social del sujeto, se aceptan los síntomas relacionados con la enfermedad o tratamiento, la mayoría de los expertos en este campo ven la calidad de vida como una estructura multidimensional que incluye la dimensión física, social, psicológica y espiritual:

El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad<sup>35</sup>.

El bienestar social determinado por las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entendimiento el aislamiento, el trabajo y la situación

económica y el sufrimiento familiar. Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico paciente, el desempeño laboral<sup>36</sup>.

El bienestar psicológico se relaciona con el control, la ansiedad y el temor, la depresión, la cognición y la angustia que generan la enfermedad. Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro el tratamiento<sup>36</sup>.

Hay que reconocer con frecuencia que los pacientes con cáncer se encuentran, con frecuencia, llenos de incertidumbre acerca de la naturaleza, pronóstico, y curso de la enfermedad, y agobiados por su capacidad para controlar su propia vida, por el incremento de su dependencia de otros, así como por los desajustes que la enfermedad produce en su vida familiar, social y laboral. En este sentido, creo poder decir sin exagerar que, en pacientes con cáncer, las repercusiones emocionales son superiores a las de cualquier otra enfermedad y que el sufrimiento emocional supera en ocasiones el sufrimiento físico<sup>37</sup>.

Por último el bienestar Espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior<sup>18</sup>.

### **Teoría de Enfermería del Autocuidado según Dorothea Orem<sup>58</sup>:**

Esta autora considera el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, donde no sólo incluye sus necesidades físicas, sino también las necesidades psicológicas y espirituales, y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Así, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, la vida y el bienestar. Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia. En las variadas aplicaciones prácticas de esta teoría, entre las que se destaca el área de la promoción y el cuidado de la salud, está la oncología, donde la enfermera realiza actividades educativas para la detección precoz del cáncer, observando los factores de riesgo, y para mantener el autocuidado del paciente después de haberse diagnosticado. Se ha encontrado el efecto de la consultoría en enfermería en ansiedad y, por otro lado, el efecto del autocuidado de los pacientes que están recibiendo quimioterapia. Aquí el sistema de enfermería apoya al paciente oncológico, y opera brindando cuidados a los pacientes cuando éstos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de auto cuidarse. Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas al paciente oncológico buscando conductas de independencia y bienestar. La enfermera tendrá en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida.

### **Plan Esperanza<sup>56</sup>:**

El Plan Esperanza es una iniciativa del Estado para mejorar la atención integral del cáncer y el acceso a los servicios oncológicos en el Perú en forma progresiva de acuerdo al desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos, que está sostenida por el Programa Estratégico Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer que ha sido diseñado, desarrollado e implementado por el INEN desde el año 2011.

La finalidad del presente plan es contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer, mediante al mejoramiento del acceso a la oferta de servicios de salud oncológicos. Estos incluyen servicios de promoción, prevención, diagnóstico temprano, diagnóstico definitivo, despistaje, tratamiento y cuidado paliativo (mejora de la calidad de vida) a nivel nacional en forma progresiva de acuerdo al desarrollo tecnológico y a la disponibilidad de recursos, iniciando por los más pobres afiliados al SIS gratuito.

La cobertura del Plan Esperanza alcanza siete tipos de cáncer (estómago, mama, cérvix, próstata, colon y recto, linfoma y leucemia) e incluye tratamientos altamente especializados como el trasplante de médula ósea.

Hasta diciembre de 2013, el Plan Esperanza ha atendido de forma gratuita a 27 mil 663 pacientes con cáncer. Para el 2014 el Plan Esperanza “contó con un presupuesto de 180 millones de nuevos soles aprobado para el Fondo Intangible solidario en Salud (Fissal)”.

### **EORTC QLQ-C30 (versión 3)**

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer desarrolló el test EORTC de calidad de vida, el cual es un sistema

integrado y modular para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer que participan en ensayos clínicos internacionales, además cuenta con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,940 y se encuentra validado al español. Este instrumento ha sido cuidadosamente diseñado en un entorno multicultural; cuenta con 43 traducciones disponibles y ha demostrado ser válido, fiable y de respuesta al cambio. Es fácil de entender por la mayoría de los pacientes y se puede completar rápidamente en un tiempo medio de 20 minutos<sup>38</sup>.

En el Perú la confiabilidad y validez fue revisada por Velásquez (1997), en el hospital neoplásicas con 173 pacientes, utilizando el método de consistencia interna mediante el Coeficiente de Alfa Cronbach y encontrándose una validez en entre las escalas Físico con actividad (P 0,0001), Físico con Síntomas (P 0,0008), Actividad con Síntomas (P 0,0002), Cognitivo con Síntomas (P 0,0001), Cognitivo con Impacto Económico (P 0,001), se siguen las correlacionando ambos momentos, antes de la cirugía y después de la cirugía, lo que indica que es una prueba de validez.<sup>17</sup>

El instrumento EORTC QLQ-C30 consta de 30 preguntas, se estructura en 1 escala de estado global de salud; 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social); 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vomito) y 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico). Ningún ítem aparece en dos escalas a la vez y las escalas se agrupan en 3 áreas: estado global de salud y calidad de vida relacionado con la salud, función y síntomas. (Anexo A)

En el **Área de Estado Global de Salud**, se valora la autopercepción del estado de salud y de la calidad de vida del paciente. Se trata de una valoración absolutamente subjetiva. Situada al final del cuestionario, el paciente contesta a estos dos ítems una vez ha repasado mediante el resto del cuestionario su funcionamiento general y la cuantía de su sintomatología física<sup>10, 12, 13,14</sup>.

El **Área de Funcionamiento** mide la capacidad del encuestado para desenvolver en su vida normal. Los diversos tratamientos del cáncer pueden provocar secuelas físicas que alteren la capacidad de movimientos o impidan la realización de las tareas cotidianas debido al dolor, cansancio o estado de ánimo. La escala de funcionamiento físico valora el nivel motor del paciente (dificultad para caminar, levantar peso, lavarse, ducharse o vestirse) y mediante la escala de actividades cotidianas se mide la capacidad del paciente para realizar las labores pertinentes en los ámbitos profesionales, domésticas o de ocio. El miedo de los pacientes a la recidiva, metástasis o muerte determinada siempre un mayor o menor grado de preocupación; la escala de funcionamiento cognitivo evalúa el nivel de general de concentración y de memoria del paciente, circunstancias que también pueden modificarse como consecuencia del diagnóstico o los tratamientos. Finalmente, el Área de funcionamiento se completa con la escala de funcionamiento social. En ella el encuestado expresa la afectación que la enfermedad haya podido causar en sus relaciones personales.

En el **Área de Síntomas** se evalúa un compendio de sintomatología general que puede aparecer en paciente tratados por cáncer: fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento y diarrea. Además se añade un ítem que valora efectos de la enfermedad o los

tratamientos en la capacidad económica. Todo los ítems se valora entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante y 4: mucho) excepto en la escala global de salud donde los ítems que la componen pueden valorarse entre 1 y 7 (1: muy malo y 7: muy excelente) <sup>14, 15</sup>.

## ***2.4 Definición de términos***

### **Calidad de Vida**

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. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de 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.<sup>15</sup>

### **Cáncer**

Término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, una de sus característica es 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<sup>20</sup>.

### **Quimioterapia Ambulatoria**

Consiste en la administración de fármacos antineoplásicos orales o intravenosos que provocan la destrucción de las células tumorales, al obstaculizar sus funciones, incluida la división celular que recibe el paciente con cáncer durante una estancia máxima de 6 horas<sup>9</sup>.

## ***2.5 Variables***

Variable: calidad de vida y pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria.

## ***2.6 Definición Operacional de Variable***

A continuación se presenta los términos que se utilizan en el estudio para una mejor comprensión. Así tenemos

### **Calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria**

Es la respuesta expresada del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria sobre la impresión que tiene, de cómo percibe y afronta los deterioros físicos, relaciones sociales, motivaciones y emocionales a consecuencia de la enfermedad y del tratamiento recibido.

## **CAPITULO 3: METODOLOGÍA**

### ***3.1 Enfoque de la investigación***

El estudio fue de enfoque cuantitativo porque se hizo uso de la estadística aplicada, permitiendo la descripción y la síntesis de los datos de la variable investigada para su posterior análisis, generalización y objetivación de los resultados.

### ***3.2 Tipo y método de la investigación***

El estudio fue de tipo aplicativo por que los resultados sirvieron para explicar la calidad de vida de los pacientes con cáncer que recibieron quimioterapia ambulatoria y el método fue no experimental porque las variables de estudio, no han sido manipuladas por el investigador, siendo únicamente observadas durante es estudio.

### ***3.3 Diseño de la investigación***

El diseño planteado fue descriptivo porque son aquellos que están dirigidos a determinar “como es” o “como está” la situación de las variables que

estudian en una población, corte transversal porque se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

### ***3.4 Lugar de ejecución de la investigación***

El estudio se llevó a cabo en el Albergue Padre Robuscini, un establecimiento de tres pisos que es sustentada de la donación de personas caritativas. Este Albergue es una Institución dedicada a la acogida de personas con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria y que no cuentan con suficiente recurso financieros ni familiares en Lima. Brinda alimentación, alojamiento, apoyo espiritual, etc., ubicado en la Av. Aviación cuadra 39 - Surco- Lima- Perú, cuenta con varios cuartos, camas, cocina, comedor, sala de oración, etc. Asimismo no se cuenta con ningún profesional de la salud, solo con una hermana encargada y los Padres Camilos, para los quehaceres del albergue cada familiar de cada paciente se encarga de un determinado oficio y son aproximadamente 80 pacientes sin incluir a sus familiares.

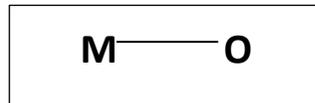
### ***3.5 Población, muestra, selección y unidad de análisis***

La población estuvo constituida por todos los pacientes con cáncer que han sido atendidos y fueron sometidos a quimioterapia ambulatoria, en cualquier estadio de la enfermedad, que residen el albergue Padre Robuscini, provenientes de diferentes departamentos del Perú, en los meses de Agosto y Setiembre, 2014.

Para el estudio no fue necesario extraer una muestra aleatoria, dado que la población era reducida, por lo que se trabajó con los 80 pacientes residentes.

En cuanto al muestreo dada las características del diseño de investigación y tamaño de la muestra, no fue necesario el uso de ningún muestreo.

La unidad de análisis de la investigación es el paciente cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria que vive en el Albergue Padre Robuscini.



**M**= Muestra

**O**= Observación de la muestra

### ***3.6 Criterios de inclusión y de exclusión***

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que reciben tratamiento quimioterapia ambulatoria.
- Pacientes que estén lucidos en tiempo espacio y persona.
- Pacientes con grado de dependencia I y II.
- Pacientes que deseen participar voluntariamente en el estudio.

#### **Criterios de Exclusión**

- Aquellos pacientes que tengan limitación física y mental.
- Pacientes que estén hospitalizados y no puedan responder el cuestionario.
- Paciente con idioma distinto al español.
- Pacientes analfabetos.

### ***3.7 Instrumento y técnicas de recolección***

La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento el cuestionario EORTC QLQ – C30 versión 3. (Anexo C), también se utilizó la ficha de datos demográficos (Anexo D).

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario EORTC QLQ-C30 (versión 3) específico en el cáncer a nivel general. Tiene una estructura básica que incluyen 30 ítems que se reparten en una escala global de salud/ calidad de vida, en 5 escalas funcionales (física, actividades cotidianas, rol emocional, cognitiva y social) y 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas / vómitos) y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y el impacto económico. Para la mayoría de las preguntas, se empleó un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, excepto en la escala global que contiene 7 puntos. Este instrumento ha sido validado internacionalmente, de tal manera no ha sido necesario someterlo a juicio de expertos. Posteriormente se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez y confiabilidad estadística mediante la prueba de Alfa de Crombach. (Anexo E)

### ***3.8 Procedimiento de recolección de datos***

Para la ejecución del estudio no se necesitaron los trámites administrativos para adquirir el permiso de realizar el estudio en el Albergue Padre Robuscini, ya que era parte del trabajo social de las Hermanas Franciscanas Misioneras Del Niño Jesús, junto con la Hermana encargada de la Dirección de la Institución. Luego se presentó el proyecto de investigación

ante el comité de la Universidad Ricardo Palma: el cual fue aprobado y autorizado por las autoridades correspondientes mediante el oficio N° 07-2014/D-EEPLT (Anexo F). Luego de obtener la aceptación del comité se realizaron las coordinaciones pertinentes con el Albergue Padre Robuscini, a fin de realizar la aplicación del instrumento en los días lunes, martes y miércoles en un horario de 2:00 pm a 5:00pm, durante el mes de Agosto y setiembre del 2014, con una duración de 20 minutos previa presentación y explicación del instrumento, estando en todo momento el investigador para aclarar dudas a los pacientes que participan asegurándonos el anonimato para garantizar la confidencialidad de la información, previo consentimiento informado.

### ***3.9 Análisis de datos***

Los datos obtenidos del cuestionario EORTC QLQ- C30 fueron volcados en el programa Microsoft Office Excel 2013 y según la formula brindada por el manual EORTC se realizó una transformación lineal de las escalas de calidad de vida a una puntuación que oscila entre 0 y 100.

Primero se consiguió el rango de cada escala, siendo éste la diferencia entre el valor máximo y el valor mínimo posible. El rango de las escalas funcionales y sintomáticas, que tienen preguntas de 4 puntos para cada una de ellas, fue de 3. El rango del estado global de salud, que tiene preguntas de 7 puntos, fue 6.

En segundo lugar se calculó el raw score (RS). Para cada escala se determinó con la siguiente fórmula:  $(q_1 + q_2 + \dots + q_n) / \text{rango}$ . Donde “q” hace referencia al puntaje de cada pregunta.

En tercer lugar, se obtuvo un porcentaje obtenido para cada escala que representa un aspecto diferente de la calidad de vida. Así tenemos las siguientes fórmulas para dicho cálculo:

$$\text{Escala de salud global} \quad S = \frac{RS - 1}{\text{rango}} \times 100$$

$$\text{Escala de funcionamiento} \quad S = \left[ 1 - \frac{(RS - 1)}{\text{rango}} \right] \times 100$$

$$\text{Escala de síntomas} \quad S = 1 - \frac{(RS - 1)}{\text{rango}} \times 100$$

Finalmente, los porcentajes obtenidos para cada escala nos permitieron clarificar la calidad de vida de cada una de ellas en alta (si el porcentaje es mayor de 65%) y en baja (si el porcentaje es menor o igual a 65%).

Una vez calculado el nivel de calidad de vida para la dimensión, se tabuló las variables demográficas y la variable de vida utilizando el programa Microsoft Office Excell 2013. Posteriormente, se calculó las medidas de frecuencia siendo expuestos en gráficos y tablas, para su interpretación.

### ***3.10 Aspectos éticos***

Se elaboró un documento de consentimiento informado; para los pacientes que aceptaron formar parte del estudio, y se aplicó previo a la recolección de información. Con este documento al paciente y familiar responsable de su cuidado se le ofreció toda la información necesaria sobre la investigación, así como la accesibilidad a la información de sus resultados en el

momento que lo solicitasen. Para la ejecución del estudio se tuvo en cuenta los criterios de confidencialidad y anonimato, respetando la autonomía y la dignidad del paciente, se tuvo en cuenta los principios de bioética (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía). (Anexo G)

## **CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION**

### ***4.1 Resultados***

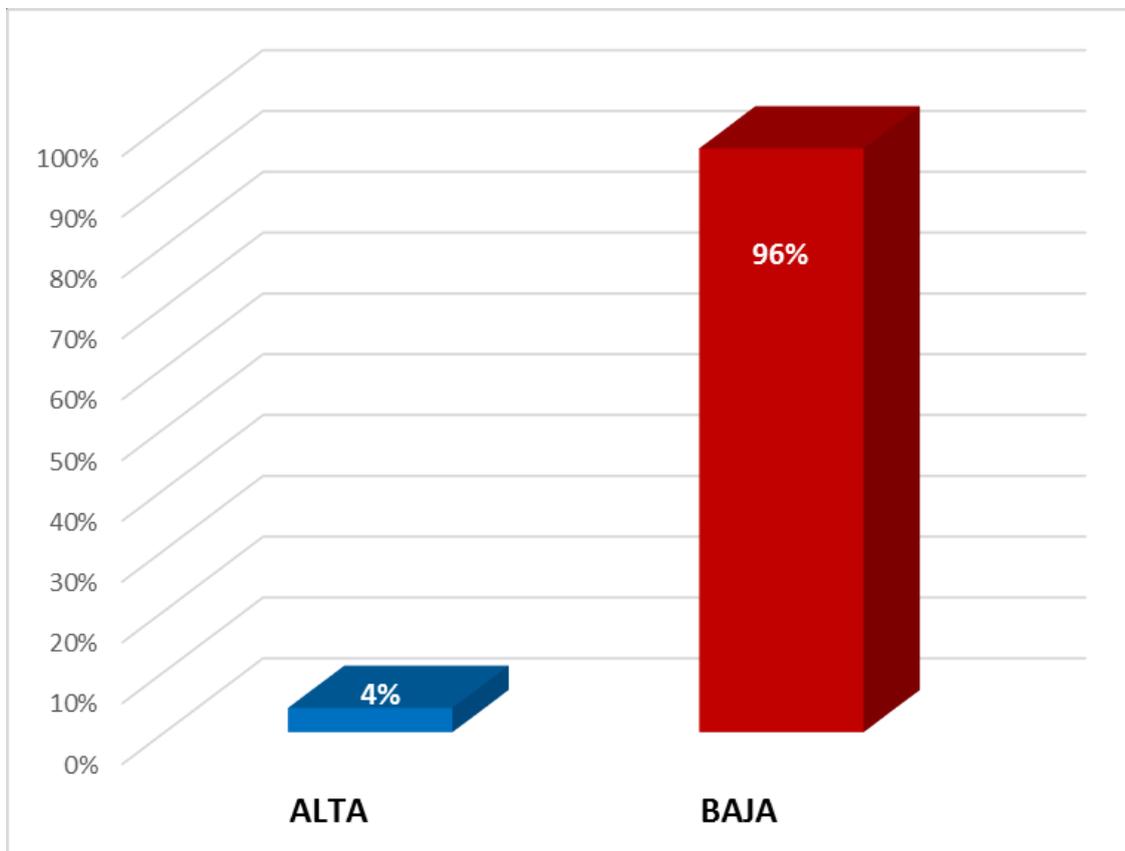
## GRÁFICO N° 1

### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN LA ESCALA GLOBAL

EN EL ALBERGUE PADRE

ROBUSCCINI

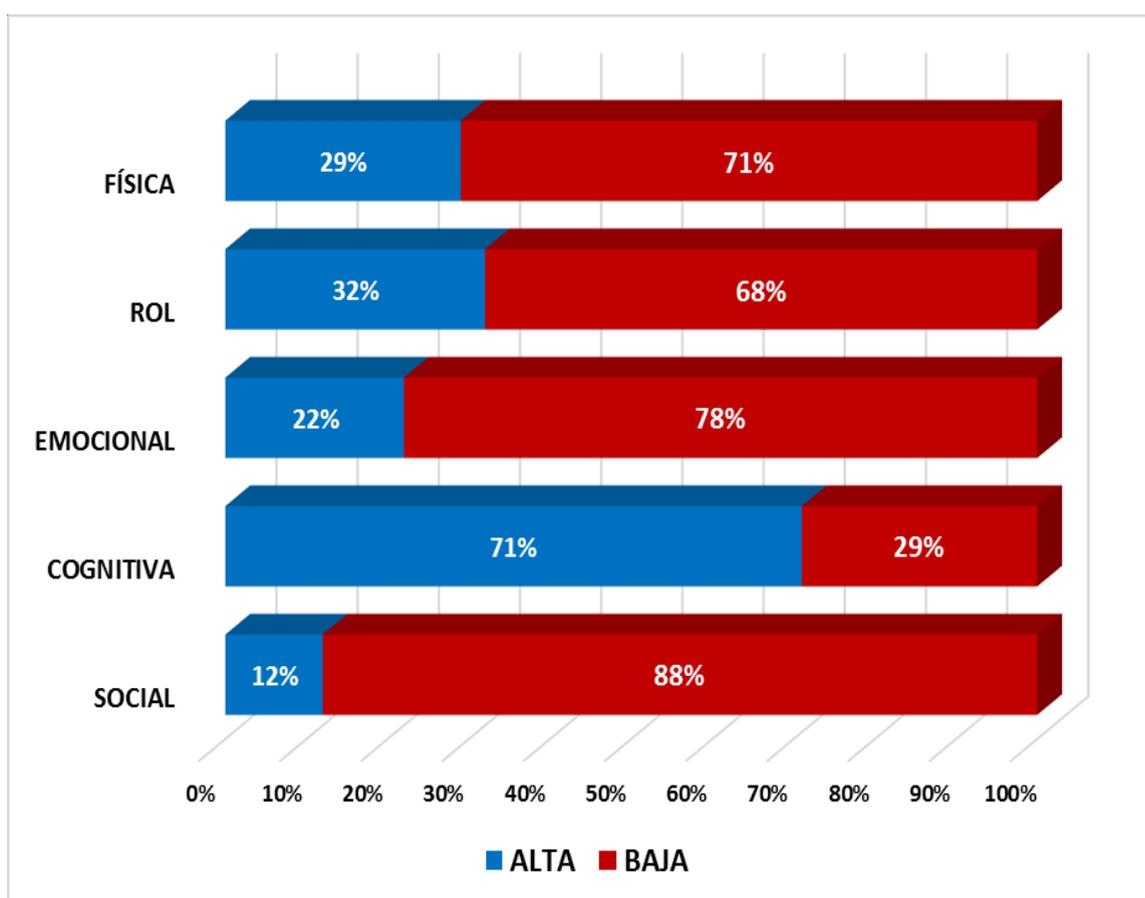
2014



En el gráfico 1 se muestra que los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia tienen en su mayoría una calidad de vida baja respecto a la salud global 96% (77) y una calidad de vida alta 4% (3).

## GRÁFICO N° 2

### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA SEGÚN LA ESCALA FUNCIONAL EN EL ALBERGUE PADRE ROBUSCCINI 2014

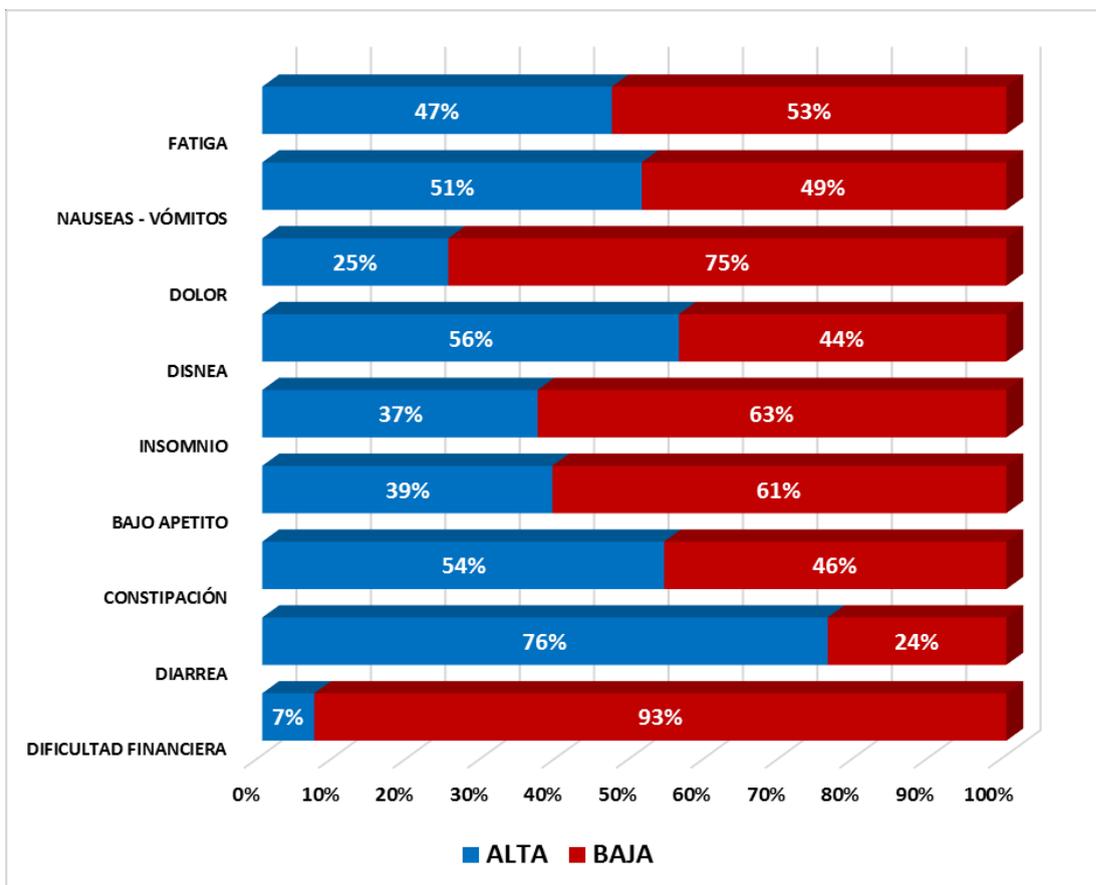


El gráfico 2 muestra que los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia tienen una calidad de vida baja en la escala funcional respecto al funcionamiento físico 71% (57), rol 68% (54), emocional 78% (62) y la social 88% (70), siendo la calidad de vida alta respecto a la función cognitiva 71% (57).

### GRÁFICO Nº 3

## CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA SEGÚN LA ESCALA DE SINTOMAS EN EL ALBERGUE PADRE ROBUSCCINI

2014



En el gráfico 3 se muestra los puntajes de la escala de síntomas de los pacientes con cáncer que recibe quimioterapia, el cual comprende: fatiga, náuseas y vómito, dolor, disnea, insomnio, bajo apetito, constipación, diarrea y dificultad financiera. Se evidenció que tienen calidad de vida baja en los

síntomas predominantes como: dificultad financiera (93%) 74, dolor 75% (60), insomnio 63% (50), bajo apetito 61% (49); siendo calidad de vida alta en relación a los síntomas de diarrea 76% (61), disnea 56% (45), constipación 54% (43), náuseas y vómitos 51% (41).

## ***4.2 Discusión***

Los estudios de calidad de vida siguen siendo un reto debido a su eminente carácter subjetivo, pero la epidemiología y la estadística brindan herramientas que permiten un buen acercamiento a la realidad de los pacientes. Estas aportan información relacionada con condiciones que pueden ser modificables o que simplemente generan una alerta en el personal de salud para focalizar acciones en grupos más vulnerables. En este estudio se trabajó con una población de 80 pacientes que tienen cáncer con tratamiento de quimioterapia ambulatorio residentes en el Albergue Padre Robuscini en la ciudad de Lima.

De acuerdo al estudio, es necesario recordar que cuanto se hace mención al término Calidad de Vida esta se relaciona al bienestar del individuo considerando la escala global de salud, escala funcional y escala de síntomas relacionada con una situación específica, asociada a la presencia de quimioterapia.

Dentro de este marco el bienestar como el estado de salud óptimo posible, es el resultado en parte de las actitudes y comportamientos adecuados a la situación específica, como recibir la quimioterapia ambulatoria; y que el resultado de calidad de vida y el tratamiento de quimioterapia, están encaminado a lograr el equilibrio dinámico en los escalas correspondientes, lo que puede traducirse en que la persona experimente, fortaleciéndose su calidad de vida<sup>19</sup>.

En relación al Gráfico 1 sobre la calidad de vida, el instrumento EORTC QLQ - C30 versión 3, permite valorar tres dimensiones de la calidad de la vida: escala global de salud, escala funcional y escala de síntomas. El principal hallazgo fue que la Escala De Salud Global arrojó nivel bajo en términos

generales (96%). A nivel general, los pacientes con cáncer reportaron que la enfermedad y el tratamiento médico interfirieron demasiado en la realización de las actividades de la vida diaria, en actividades o encuentros de tipo social o familiar, como interfirió en la capacidad para concentrarse o recordar acontecimientos de su entorno lo mismo que la que la sintomatología clínica asociada al tratamiento terapéutico como dolor, fatiga, sensación de náuseas, deseos de vomitar, inapetencia, diarrea o constipación.

Los resultados de nuestro estudio son similares a lo reportado por Monge<sup>32</sup>, quien halló que según la Escala De Salud Global, la mayoría de los pacientes tanto de condición física general como para la calidad de vida general fue malo en un 95.9%. Por el contrario los datos anteriores difieren del estudio llevado por Cruz BH, Moreno CJ, Angarita FA, 2013<sup>13</sup>, quienes reportaron que el promedio del puntaje global de los pacientes fue buena a muy favorable en un 60%, lo mismo que la sintomatología clínica asociada al tratamiento quimioterapéutico como sensación de náuseas en el estómago, deseos de vomitar, dolor, disnea, inapetencia, diarrea o estreñimiento.

Respecto al Gráfico 2 podemos observar el comportamiento de la Escala Funcional, en la cual la dimensión que más se encuentra afectado en el estudio es la Social, con una calidad de vida baja (88%), esto coincide con Herrera M et al<sup>18</sup>, en pacientes con cáncer de colon en el año 2009, demostró que desde el punto de vista social la calidad de vida es baja en un 65%, esto puede deberse a la interferencia de su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar y actividades sociales. Estos resultados difieren con el estudio de Canelo, JA., Sardón, et, al. 2008<sup>46</sup>, Mostraron que de los pacientes que

participaron 66,4% consideraron que su salud física y los problemas emocionales no dificultaron sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas.

Otra dimensión afectada en la Escala Funcional es la emocional (78%), manifestado específicamente en sentimientos de preocupación; datos que coinciden con Monge RF<sup>47</sup> quien encontró que el mayor porcentaje de los pacientes se sienten poco y bastante nerviosos en un 70.8% y que los pacientes con cáncer son susceptibles a desarrollar estrés psicológico, que incluye ansiedad, depresión y alteración en el funcionamiento emocional, tanto durante el diagnóstico como durante y después del tratamiento con quimioterapia ambulatoria. Según Montezzeri A, 2008 citado por Riveros MF, Gavira AM, Vinaccia S, Quinceno JM<sup>10</sup>, el estrés psicológico influye principalmente en el funcionamiento emocional, pero también en lo social y cognitivo, así como la calidad de vida global. Golden-Kreutz DM, Andersen B citado por Soto-Cáceres CR. Soto-Cáceres V<sup>48</sup>, hacen referencia que el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama se asocian a una reducción de la calidad de vida relacionada a la salud y a un aumento de riesgo de depresión; se estima que del 15 al 30% de los pacientes presentan alteraciones depresivas. Pedro Sanchez<sup>33</sup> hace referencia que después del diagnóstico del cáncer los pacientes tienen que superar un impacto emocional, como mental y debido a que cada persona es diferente, se podrían observar ciertas características habituales apartadas de la enfermedad como: negación, ansiedad, tristeza, irritabilidad y miedo.

De igual manera se observó Baja Calidad de Vida en la Dimensión Física de la Escala Funcional (71%) de los pacientes , los cuales refirieron tener dificultad en actividades que requieran esfuerzo físico, como llevar bolso pesado, salir a caminar, lo cual genera sensación de impotencia, cólera y a corto plazo estrés. Resultados similares fueron encontrados por Fialho y Silva en el año 1993<sup>43</sup> según el cual la quimioterapia con antraciclinas, es más tóxica y reflejan negativamente la calidad de vida de las personas estudiadas, lo que coincide con Llacza A, Selmira P, 2009<sup>17</sup> que encontró en su estudio sobre la calidad de vida del paciente oncológico, que en la Dimensión Física el 78% se encontraban no saludable. En el estudio de Caballero<sup>50</sup> se menciona que el paciente con cáncer que recibe quimioterapia se convertirá en enfermo plurisintomático y multicambiante que requiere de un enfoque ético y dinámico el cual se le brindará una atención integral por parte del personal de enfermería para mejorar la calidad de vida dentro de lo posible.

Respecto al Gráfico 3, el estudio halló una Baja Calidad de Vida en el ítem de dificultad financiera de la escala de síntomas (93%), lo cual se vio afectado por las dificultades de acceso al servicio de salud, como distancia y medio de transporte que contribuyeron a un mayor desgaste del paciente oncológico. En nuestro país, el tratamiento se encuentra centralizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por lo que muchos pacientes deben desplazarse desde otras ciudades periféricas a la capital del país para acceder a estos servicios. Estos datos son similares a Zapata CS, 2009<sup>52</sup>, mostró que el 51,4% de las mujeres residían fuera de Medellín, por lo que debían incurrir en gastos de desplazamiento y transportarse desde otros municipios frecuentemente, para acudir al centro de tratamiento oncológico y a las citas de control para el cáncer de mama. Estos resultados difieren a las investigaciones desarrolladas por

Samudio M, Recalde MT, 2010<sup>16</sup>, mostraron que el (54,4%) de los pacientes respondió que el tratamiento médico o el estado físico no le causaron problemas económicos. Sin embargo, los comentarios que algunas de ellas hicieron durante la entrevista revelaron que los gastos de traslado les crearon inconvenientes económicos. Ashing – Giwa KT, Lim JW, 2009<sup>53</sup> mostró que en muchos países, como Estados Unidos, Canadá, Uruguay, Corea o Japón, se pone de manifiesto que la pérdida o el cambio de puesto de trabajo a causa de padecer un cáncer tiene repercusión en la familia o cuidadores, así como un efecto mortal sobre la calidad de vida de los pacientes; en cambio los costos de los tratamientos no suelen suponer una importante alteración en sus economías.

Dentro de la Escala Síntomas de calidad de vida el mayor porcentaje de los pacientes manifestaron tener baja calidad de vida por la presencia de dolor (75%), encontrándose que más de la mitad de los pacientes se vieron bastante afectados, interfiriendo en sus actividades diarias. Estos resultados son similares a la investigación desarrollada por Milena GA, Vinaccia S, et al, 2007<sup>10</sup> y Llacza A, Selmira P, 2009<sup>17</sup>, Samudio M, Recalde MT, 2010<sup>16</sup>, donde se observó un bajo nivel de calidad de vida en los pacientes al sufrir intensos dolores corporales que limitan el trabajo diario. Estos resultados difieren de las investigaciones desarrolladas por Torres, Irarrázaval, Fasce, Urrejola, et al<sup>54</sup> encontraron que la mayoría de los pacientes, el dolor fue poco percibido.

Según Araya C, Jennipher A<sup>55</sup>, en un estudio sobre el manejo del dolor oncológico, 2009, mencionan que el origen del dolor en los pacientes con cáncer es multifactorial, ya que en éste incide el propio cáncer, los efectos adversos de los tratamientos empleados para combatirlo, los problemas emocionales que conlleva un diagnóstico de cáncer. El dolor cuando permanece constante en el

tiempo, influye negativamente en la calidad de vida, ya que interfiere en varios ámbitos de su vida: físico, emocional y social.

El dolor es uno de los factores más importantes que afecta a la calidad de vida de un paciente con cáncer. La literatura indica que uno de los problemas físicos más frecuentes descritos por los pacientes es el dolor, el cual tienen un efecto negativo en el bienestar general y afecta aproximadamente al 25% de los pacientes de los pacientes recientemente diagnosticadas y casi al 90% de los pacientes con enfermedad avanzada.<sup>35</sup>

El Estado Peruano en el 2010<sup>56</sup>, en forma innovadora, decidió crear el Programa Estratégico Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer colocándose a la vanguardia de políticas de cáncer en el mundo y América Latina. Adicionalmente, recientemente se creó el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y el Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú “Plan Esperanza”. El Estado asignó, para el primero, presupuesto vinculado a cumplimiento de resultados cada una de las unidades ejecutoras de las direcciones o gerencias regionales de salud de todo el país, dejando de lado la visión tradicional de ejecución presupuestal basado en mecanismos ordinarios de procesos. Consideramos que sus resultados, que fueron públicos, confirman el acierto de esta medida no solo en este programa, sino en sus pares del sector salud.

Pierina P. B.<sup>57</sup> menciona que el gasto de bolsillo de los pacientes pobres ha disminuido al 8%. De los beneficiarios del programa, 23 mil entraron directamente el 2013 y se han beneficiado al 100%. Están aumentando los

pacientes pobres y pobres extremos que reciben un tratamiento oncológico completo, gratuito en el INEN- diagnóstico, cirugía, quimioterapia y radioterapia (73%).

Para la enfermera, por su parte, dentro de un equipo multidisciplinario, el reto es ser cuidadora y facilitadora de dichos recursos para contribuir a esa mayor calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria. La enfermera también relaciona los fundamentos de las teorías de autocuidado para un mejor abordaje en el cambio de conductas y reducción de emociones negativas del paciente oncológico. Respecto a la promoción de la salud el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) expresó que las enfermeras pueden preparar, en colaboración con otros profesionales, el camino para la salud, ya que ellas trabajan en contextos diferentes que brindan oportunidades ideales para que con la promoción de la salud se creen hogares, lugares de trabajo, escuelas y ambientes saludables<sup>36</sup>.

Es importante el aporte que realiza enfermería en una constante evaluación de la calidad de vida como un proceso de mejoramiento en la planeación de las actividades de cuidado de la salud, por otra parte, el interés por parte del profesional de enfermería ha permitido conocer globalmente cómo los síntomas derivados del proceso salud enfermedad y del tratamiento deterioran la calidad de vida del paciente.

## **CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### ***5.1 Conclusiones***

1. La mayoría de los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria tienen una baja calidad de vida en la Escala de Salud Global referido a que experimenta síntomas colaterales del tratamiento de quimioterapia y por la alteración de la dimensión funcional.
2. En cuanto a la Escala funcional a nivel social el paciente que recibe quimioterapia ambulatoria tiene una baja calidad de vida, puesto que la enfermedad y el tratamiento quimioterapéutico afecta en su vida familiar y sus relaciones personales.
3. Acerca de la Escala funcional a nivel emocional el paciente que recibe quimioterapia ambulatoria tiene una baja calidad de vida, en un porcentaje significativo referido a que el paciente es influenciado por el distres psicológico alterando la calidad de vida.
4. Respecto a la Escala Funciona la nivel físico el paciente que recibe quimioterapia ambulatoria expresó baja la calidad de vida, referido a que tienen dificultad en actividades que requieran esfuerzo físico, como llevar bolso pesado, salir a caminar, lo cual genera sensación de impotencia, cólera y a corto plazo estrés.
5. Respecto a la calidad de vida del paciente que recibe quimioterapia ambulatoria según la escala de síntomas según el ítem dificultad financiera, se mostró baja, debido a que la enfermedad y el traslado les crearon inconvenientes económicos alterando su calidad de vida.

6. En cuanto a la calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria según la escala de síntomas los pacientes refirieron baja calidad de vida relacionado a que experimentaron intensos dolores corporales que limitan el trabajo diario.

## ***5.2 Recomendaciones:***

### **Para la investigación:**

1. Realizar una investigación de tipo cualitativos donde se explore las alteraciones físicas y emociones que más presentan estos pacientes.
2. Realizar estudios sobre el impacto de la religiosidad en relación a la calidad de vida del paciente.

### **Para el profesional de enfermería:**

1. Que la enfermera de sala de quimioterapia elabore e implemente un programa de autoayuda para el paciente que recibe quimioterapia ambulatoria.
2. Promover a que el profesional de enfermería del servicio de quimioterapia elabore guías de procedimientos y/o modelos de atención para mejorar la calidad de vida del paciente que recibe quimioterapia ambulatoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Solidoro SA. Cáncer en el Siglo XXI. Acta Médica Peruana [Internet]. 2006 May [citado el 11 de abril de 2013 19]; 118 (2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96623211>
2. Organización mundial de la salud [Internet]. Ginebra: Globo can, c2008-2010 [actualizado 23 de enero 2013, citado 2013 12 de abril].OMS oficina nacional para las américas; [alrededor de 2 p.] disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
3. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington: La oficina, c2008-2010 [actualizado el Jueves 14 de Febrero de 2013 18:01, citado 2013 12 de abril].OPS; [alrededor de 5 p.] disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8229&Itemid=39629&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8229&Itemid=39629&lang=es)
4. Jennifer LH. Cáncer de cuello uterino en Iquitos, Perú: las realidades locales para orientar la planificación de prevención. Cad. Saúde Pública [Internet]. Febrero 2004 [citado 20 mayo 2013]; 20 (1): 160-171. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102)
5. Instituto nacional de enfermedades neoplásicas [Internet]. Lima: Instituto, c 2009 [actualizado el Jueves 18 de Enero de 2010 15:18, citado 2013 12 de abril].INEN; [alrededor de 7 p.] disponible en

<http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>

6. Sánchez-Pedraza R, Ballesteros MP, Anzola JD. Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. Revista de Salud Pública [Internet]. 2010 12(6) [citado 22 mayo 2013]; 12889-902: [alrededor de 15 p]. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219912002>
7. Triviño V. ZG, Sanhueza AO. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichan. 2005 [citado mayo 2013 14]; 520-31: [alrededor de 13 p]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74150103>
8. Geosalud.com [Internet]. Costa Rica: Geosalud; 2013 [Actualizado e de Febrero 2013; citado 4 de abril]. Disponible en [/www.geosalud.com/cancerpacientes/quimio\\_secundarios.htm](http://www.geosalud.com/cancerpacientes/quimio_secundarios.htm).
9. Instituto Nacional de cáncer. La quimioterapia y usted. Cáncer.gov. 2007; 25(1); 25-72.
10. Riveros MF, Gaviria AM, Vinaccia S, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Psicología desde el Caribe 2007 [citado abril 2013 21]; 50-75: [alrededor de 27 p] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302004>

11. Arancibia H, Carvajal C, Bustamante M, Justiniano JC, Talhouk Ornar, Guler Kenneth et al. Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. Rev. méd. Chile. 2009 Abr [citado de Mayo 2013 20]; 137(4): 481-486: [alrededor de 6 p]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n4/art05.pdf>
  
12. Giana DM. Influencia del estilo de vida y los factores de riesgo en la calidad de vida de enfermos en Unidad Oncológica [Tesis Doctoral]. Granada. Universidad de Granada programa de Post grado en Evolución Humana: antropología física y forense, departamento de ciencias morfológicas; 2011. Disponible en <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/19852/1/20059735.pdf>
  
13. Cruz BH, Moreno CJ, Angarita FA. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. Enferm. glob. 2013 Abr [citado de marzo de 2013 20]; 12(30): 294-303: [alrededor de 10 p]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000200014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200014&lng=es).
  
14. Mera PC, Ortiz M. La Relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. Rev. méd. Chile. 2012 citado de marzo de 2013 20]; (3), 69-78: [alrededor de 10 p]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-)

15. Yeladaky RA, Hernandez FZ. Veracruz, en el año 2013, investigó calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia[Tesis para Acreditar la Experiencia Educativa: Experiencia Recepcional]. Veracruz. Unidad Docente Multidisciplinaria De Ciencias De La Salud Y Trabajo Social; 2013. Disponible en <https://scholar.google.com.pe/scholar?espv=2&biw=690&bih=622&bav=on.2.or.&dpr=1&ion=1&um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:mrjAEkTpD2QQJM:scholar.google.com/>
16. Samudio Sánchez-Pedraza R, Ballesteros MP, Anzola JD. Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. Rev. Salud pública. 2010 Dec [citado de June 2013 20]; 12(6): 889-902: [alrededor de 6 p]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000600002&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000600002&lng=en)
17. Liacza A, Selmira P. Calidad de vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Rev. LILACS. Perú 2009 [citado de Mayo 2013 22]: [alrededor de 2 p]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=608922&indexSearch=ID#refine>
18. Laos MK. Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama [Internet]. Lima: Tesis PUCP, 2010 [citado el 09 de abril 2013]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/668>

19. Cuba SJ. Percepción del paciente que recibe quimioterapia ambulatoria sobre su calidad de vida. [Tesis de Licenciatura]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010. Disponible en [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2747/1/Tomas\\_Capunay\\_Silvia\\_Beatriz\\_2013.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2747/1/Tomas_Capunay_Silvia_Beatriz_2013.pdf)
20. Torres CJ. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama, [Internet]. Lima: TESIS PUCP, 2011 [citado el 09 de abril 2013]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/717>
21. Tortora JG, Reynolds GS. Principio de anatomía y fisiología. 7ªed. Madrid: Mosby/Dogma libros; 1996. P. 89-90.
22. Cancer.gov.co [Internet]. Colombia: El Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., Inc., 2004 [actualizado 2009 16 de mayo; citado 09 de mayo 2013]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>
23. By JC. Cáncer: ciencia y sociedad.[Internet]. Barcelona: Editorial Reverte; 1981 [consulta el 6 de Mayo de 2013]. Disponible en <http://books.google.com.pe/books?id=CsAqnSzqmRoC&pg=PA149&dq=ESTADIOS+DEL+C%C3%81NCER&hl=es-419&sa=X&ei=TKLEUce3NeqL0QH78YGICQ&ved=0CDMQ6AEwAQ#v=onepage&q=ESTADIOS%20DEL%20C%C3%81NCER&f=false>
24. Williams SL, Hopper DP. Enfermería medico quirurgica: 3ªed. México

Interamericana editores S.A. de C.V; 2009. P.324-325.

25. Foley KM, Gelband H. Mejora de los cuidados paliativos para el cáncer [Internet]. Washington: NationalAcademyPress, 2001 [citado el 09 de julio 2002]. Disponible en: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html>
26. Fuentes NI. Qué sabe usted acerca de...Quimioterapia?. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas 2005 [citado abril 2013 21]; 50-75: [alrededor de 2 p]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57936207>
27. DiazChN. Vías de administración de quimioterapia. Biocancer [Internet]. 2007[citado 14 de Febrero 2013]; 1(4): 4-5. Disponible en <http://www.biocancer.com/journal/1/informacion-para-autores>
28. Gonzales MB, Lacasta MA, Ordóñez A. Valoración clínica en el paciente con cáncer. 2ª ed. España: Ed. Médica Panamericana; 2006.
29. Solidoro SA. Cáncer en el Siglo XXI. Acta méd. Peruana [Internet]. 2006, [Citado 10 de Diciembre 2014]; 23(2):112-118. Disponible en: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172006000200011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200011&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1728-5917.
30. Link JD. Cáncer de mama y calidad de vida: Guía prácticas para conocer los mejores tratamientos y los cuidados que hay que seguir, Respuestas claras y honestas que ayudarán al paciente y su familia a tomar las

mejores decisiones para normalizar y la vida. 2ª ed. Barcelona: EdicionesRobinbookCopyright; 2008.

31. Soriano G, Jorge L. et al. Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia antineoplásica: Guía de tratamiento. Rev cubana med [Internet]. 2006, [citado 4 de marzo 2014]; 45(2), 1-2. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232006000200007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000200007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-302X.
32. Duarte, F. B. Influencia del tratamiento de la anemia en la calidad de vida del paciente oncológico: revista anemia. org[Internet]. 2008. [Citado 20 de abril 2014]; 45(2), 1-2. Disponible en <http://www.revistaanemia.org/sisanemia/Logica/UploadPDF/Texto7-t1r0204.pdf>
33. Sánchez, C., Bustos, M., Camus, M., et, al. ¿Es curable el cáncer de mama en etapa precoz?: Resultados del tratamiento combinado con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Revista médica de Chile (2007), [Citado 20 de abril 2014]; 135(4), 427-435. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000400003&script=sci_arttext)
34. Bravo S. Marco, Heredia M. Fernando, Pierotic C. Mateo. Quimioterapia combinada neoadyuvante seguida de radioterapia externa en el tratamiento de dos casos de linfoma primario del cuello uterino. Rev. chil. obstet. ginecol. [Revista en la Internet]. 2005 [citado 2015 Mar 10]; 70(2): 91-94. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-)

[75262005000200006&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200006&lng=es)

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717->

[75262005000200006.](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000200006)

35. Schwartzmann L. calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm.* 2003 Dic [citado 2013 May 21]; 9(2): 09-21: [alrededor de 21 p]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es)
36. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública Méx* 2002 Jul [citado 2013 Jun 21] ; 44(4): 349-361: [alrededor de 12 p].
37. Missiaggia Elaine. Calidad de vida y hostilidad/ cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación. 1997 [citado 21 de abril 2014]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2731>
38. Bjordal, K., De Graeff, A., et, al. Calidad de vida. estudio de campo A 12 países de la EORTC QLQ-C30 (versión 3.0) y la cabeza y el cuello cáncer módulo específico (EORTC QLQ-H & N35) en pacientes de cabeza y cuello. *Revista European Journal of Cancer.* 2000 [citado 21 de mayo 2013]; 36(14), 1796-1807. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804900001866>

39. Castillo, M., Castro, G., González, O. A. Los hijos e hijas y la percepción de pobreza en hogares caleños. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2011, [Citado 20 de abril 2014]; (9), 573-588. Disponible en [http://publications.paho.org/spanish/PC\\_590\\_Tercera\\_edad.pdf](http://publications.paho.org/spanish/PC_590_Tercera_edad.pdf)
40. Carlos Huè. Cáncer en el Siglo XXI. Acta Médica Peruana [Internet]. 2006 [citado el 12 de abril de 2013, [Citado 20 de abril 2014]; 118 (2). Disponible en <http://www.consejosdetufarmaceutico.com/el-apoyo-de-la-pareja-y-la-ayuda-psicologica-claves-para-recuperar-la-vida-sexual-tras-cancer-de-colon/>
41. Castillo, M., Castro, G., González, O. A. Los hijos e hijas y la percepción de pobreza en hogares caleños. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, [Internet] 2011 [Citado 21 de abril 2014]; (9), 573-588. Disponible en [file:///C:/Documents%20and%20Settings/pc/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-LosHijosEHijasYLaPercepcionDePobrezaEnHogaresCalen-3750941%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/pc/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-LosHijosEHijasYLaPercepcionDePobrezaEnHogaresCalen-3750941%20(1).pdf)
42. Montserrat P. LI. Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. Rev cubana cielo [Internet] 2010, [citado 4 de marzo 2014]; 24(4): 241-59. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21697/6/201103467.pdf.txt>

43. Soriano G, Jorge L. et al. Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia antineoplásica: Guía de tratamiento. Rev cubana med [Internet]. 2006, [citado 4 de marzo 2014]; 45(2), 1-2. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232006000200007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000200007&lng=es&nrm=iso). ISSN 1561-302X.
44. Soto VI. Desempleo y pobreza, VERSUS calidad de vida. Geosalud.com [Internet]. Costa Rica: umanizales.edu.co; 2013 [citado 4 de abril]. Disponible en [http://www.umanizales.edu.co/u/servicios/observatorio/archivos/publicaciones/desempleo\\_y\\_pobreza.pdf](http://www.umanizales.edu.co/u/servicios/observatorio/archivos/publicaciones/desempleo_y_pobreza.pdf)
45. Livia LJ. y Sueli RS. Evaluación de la calidad de vida de portadoras de cáncer ginecológico, sometidas a quimioterapia antineoplásica. Revccielo [Internet]. 2010, [citado 4 de marzo 2014]; 45(2), 1-2. Disponible en 2010. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_03.pdf)
46. Canelo, JA., Sardón, et, al. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2008, [citado 4 de abril 2013]. 24(5). Disponible en [http://www.umanizales.edu.co/u/servicios/observatorio/archivos/publicaciones/desempleo\\_y\\_pobreza.pdf](http://www.umanizales.edu.co/u/servicios/observatorio/archivos/publicaciones/desempleo_y_pobreza.pdf)
47. Monge Rodríguez Fredy S. calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Revista cielo [Internet]. 2006, [citado 25 mayo 2014]. 1(2). Disponible en [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006\\_n1-](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006_n1-)

[2/pdf/a09.pdf](#)

48. Soto-Cáceres CR. Soto-Cáceres V. Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Rev. cuerpo méd. [Internet]. 2012, [citado 8 de marzo]. 6(1), 25-29 Disponible en [http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012\\_pag25-29.pdf](http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012_pag25-29.pdf)
49. Monge Rodríguez Fredy S. calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, Perú 2006,[consultado 25 mayo 2011]. URL [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006\\_n1-2/pdf/a09.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a09.pdf)
50. Caballero-Morales, S., Trujillo-García, J U., Welsh-Orozco, U., Hernández-Cruz, ST., y Martínez-Torres, J. Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. Archivos en medicina familiar. [Internet]. 2006, 8(3), 163-168. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/507/50780304.pdf>
51. Zapata, C. S., y Romero, H. G. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Revpanam salud pública, [Internet]. 2010, [citado 8 de marzo 2014]. 28(1), 9-18 Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf>
52. Zapata, C. S. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. Antioquia, Rev, cielo año [Internet].2009. [Citado 10 de marzo 2014].

23(1), 9-17 Disponible en

[https://scholar.google.com.pe/scholar?cluster=6595801848410060847&hl=es&as\\_sdt=0,5&scioldt=0,5](https://scholar.google.com.pe/scholar?cluster=6595801848410060847&hl=es&as_sdt=0,5&scioldt=0,5)

53. Ashing – Giwa KT, LimJW. Estudiar los efectos de la situación socioeconómica y el estrés socio ecológico en la calidad de la salud física y mental de la vida entre los sobrevivientes de cáncer de mama. scholar.google.com.pe. 2009. [Citado 4 de abril]. Disponible en [http://www.umanizales.edu.co/u/servicios/observatorio/archivos/publicaciones/desempleo\\_y\\_pobreza.pdf](http://www.umanizales.edu.co/u/servicios/observatorio/archivos/publicaciones/desempleo_y_pobreza.pdf)

54. Torres Ch P, Irrarázaval O M, Fasce P G, Urrejola S R, Pierotic C M, León Mh Et Al. Calidad De Vida En Pacientes Con Cáncer De Cuello Uterino: Experiencia Falp. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2010 [citado 2015 Mar 12]; 75(6): 383-398. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000600007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000600007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000600007>

55. Araya C, Jennipher. Manejo del dolor en pacientes oncológicos [Tesis de Licenciatura]. Chile. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas Departamento de Ciencia y Tecnología Farmacéutica Instituto de Terapias Oncológica Providencia; 2009. Disponible en [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2009/qf-araya\\_i/pdfAmont/qf-araya\\_i.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2009/qf-araya_i/pdfAmont/qf-araya_i.pdf)

56. Presidencia de la República del Perú. Presidente Ollanta Humala Tasso participó en el lanzamiento del "Plan Esperanza". El comercio, Perú: 2014, marzo 19. Sección A. p3. Disponible en <http://www.presidencia.gob.pe/presidente-ollanta-humala-tasso-participo-en-el-lanzamiento-del-plan-esperanza>
57. Pierina Pighi "Queremos reducir el número de casos de cáncer avanzado". El comercio, Perú: 2014, marzo 12. Sección C. p 1
58. Triviño V Zaider G, Sanhueza A Olivia. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichán [Internet]. 2005 [cited 5 de marzo 2015]; 5(1):20-31. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972005000100003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100003&lng=en)

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### DESCRIPCIÓN DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO

#### EORTC QLQ-C30

ÁREAS	ESCALAS	Número de ítems	Rango del ítems	Ítems
<b>ESTADO GLOBAL DE SALUD/CVRS</b>	Estado global de salud/CVRS	2	6	29, 30
	Función física	5	3	1 a 5
<b>ÁREA DE FUNCIONAMIENTO</b>	Actividades cotidianas	2	3	6,7
	Rol emocional	4	3	21 a 24
	Función cognitiva	2	3	20,25
	Función social	2	3	26,27
<b>ÁREAS DE SINTOMAS</b>	Fatiga	3	3	10,12,18
	Dolor	2	3	9,19
	Náuseas y vómitos	2	3	14,15
	Disnea	1	3	8
	Insomnio	1	3	11
	Anorexia	1	3	13
	Estreñimiento	1	3	16
	Diarrea	1	3	17
	Impacto económico	1	3	28

## ANEXO B

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSION	INDICADOR
Calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria	Es la percepción de un individuo dentro del contexto cultural y del sistema de valores en los que vive, sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.	Es la respuesta expresada del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria sobre la impresión que tiene, de cómo percibe y afronta los deterioros físicos,	<p>Escala Global de Salud</p> <p>Escala de Funcionamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condición física general</li> <li>• Calidad de vida general</li> <li>❖ Función Físico</li> <li>❖ Función Actividades cotidianas</li> <li>❖ Rol emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de salud general</li> <li>• Ausencia o presencia de síntomas y signos.</li> <li>• Aspectos holísticos</li> <li>• Atención adecuada</li> <li>❖ Salud</li> <li>❖ Actividad</li> <li>❖ Atención sanitaria</li> <li>❖ Desarrollo personal</li> <li>❖ Educación</li> <li>❖ Competencia personal</li> </ul>

		<p>relaciones sociales, motivaciones y emocionales a consecuencia de la enfermedad y del tratamiento recibido.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Funcionamiento Cognitivo</li> <li>❖ Función Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Satisfacción</li> <li>❖ Auto concepto</li> <li>❖ Ausencia o presencia de estrés.</li> <li>❖ Nerviosismo</li> <li>❖ Ansiedad</li> <li>❖ Concentración</li> <li>❖ Capacidad para retener o recordar acontecimientos</li> <li>❖ Desarrollo personal</li> <li>❖ Competencia personal</li> <li>❖ Integración y participación en la comunidad</li> <li>❖ Roles comunitarios</li> <li>❖ Apoyos sociales</li> </ul>
--	--	--	--	--	--

			<p>Escala de Síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fatiga</li> <li>➤ Dolor</li> <li>➤ Náuseas y vómitos</li> <li>➤ Disnea</li> <li>➤ Insomnio</li> <li>➤ Anorexia</li> <li>➤ Estreñimiento</li> <li>➤ Diarrea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cansancio</li> <li>➤ Sensaciones insoportables</li> <li>➤ Sensación de ahogamiento</li> <li>➤ Interrupción del descanso corporal</li> <li>➤ Dificultades nutricionales</li> <li>➤ Desordenes del funcionamiento de la digestión</li> </ul>
--	--	--	--	---



## ANEXO C

### ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



## CUESTIONARIO

Reciba usted un cordial estimado Señor (a):

Soy estudiante de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Me encuentro realizando una investigación, para lo cual solicito su participación, que será de carácter voluntario, anónimo y cuyas respuestas será confidencial.

### Instrucciones:

Resuelva atentamente a cada una de las presuntas y responda con sinceridad a cada Ítems, es una respuesta para cada pregunta, se marcará con una aspa (x) la respuesta que usted estime conveniente.

### I. DATOS DEMOGRÁFICOS:

Nombre.....

#### 1.1 Edad:

- a. 19– 29 ( )
- b. 30 – 39 ( )
- c. 40 – 59 ( )
- d. 60 – 79 ( )
- e. 80 a más ( )

#### 1.2 Sexo:

Femenino ( ) Masculino ( )

#### 1.3 Grado de instrucción

- a. Sin instrucción ( )
- b. Primaria completa ( )
- c. Secundaria completa ( )
- d. Educación técnico ( )
- e. Educación universitaria ( )

#### 1.4 Estado civil:

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

#### 1.5 N° de Hijos:

- a. 1 – 2 ( )
- b. 3 - 4 ( )
- c. 5 a más ( )
- d. Ninguno ( )

### 1.6 ¿con quién vive?

- a. Su familia [esposa(o) e hijos] ( )
- b. Mamá y papá ( )
- c. Abuelos ( )
- d. Sólo ( )

### 1.7 Ocupación

- a. Ama de casa ( )
- b. Empleado ( )
- c. Trabajador independiente ( )
- d. Desempleado ( )
- e. Jubilado ( )
- f. Estudiante ( )

### 1.8 Diagnóstico clínico:.....

## 2 DATOS MÉDICOS

### 2.1 Localización de la Neoplasia:

- a. Mama ( )
- b. Pulmón ( )
- c. Útero ( )
- d. Estómago ( )
- e. Otros ( )

### EORTC QLQ- C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer el grado de sus síntomas y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente encerrando en un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones “correctas” o “incorrectas”. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial. Es importante conocer el grado de sus síntomas en cada pregunta marcando “en absoluto”, “un poco”, “bastante” o “mucho”

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene dificultades para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar una caminata larga?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar una caminata corta fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestir, asearse o ir al baño?	1	2	3	4

<b>Durante la semana pasada:</b>	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Le faltó el aire?	1	2	3	4
9. ¿Ha sentido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesita descansar?	1	2	3	4
11. Ha tenido dificultad para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Se le ha quitado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4

<b>Durante la semana pasada:</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
16. ¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4
17. ¿ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	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?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultad para recordar las cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problema económico su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

**Por favor, en las preguntas, encierre en un círculo el número entre 1 y 7 que mejor se aplique usted.**

29. ¿Cómo calificaría su salud en general durante la semana pasada?

Muy malo	Malo	Regular	bueno	Muy bueno	Excelente	Muy excelente
1	2	3	4	5	6	7

30. ¿Cómo calificaría su calidad de vida durante la semana pasada?

Muy malo	Malo	Regular	bueno	Muy bueno	Excelente	Muy excelente
1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO D

### TABLA Nº 1

#### DATOS GENERALES DE PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAMENTE EN EL ALBERGUE PADRE ROBUSCCINI

**2014**

DATOS	CATEGORIA	Frecuencia	%
<b>Edad</b>	20 a 29 años	10	13
	30 a 39 años	16	20
	<b>40 a 59 años</b>	<b>39</b>	<b>49</b>
	60 a 79 años	12	15
	80 años a más	3	3
<b>Sexo</b>	<b>Femenino</b>	<b>55</b>	<b>69</b>
	Masculino	25	31
<b>Grado de Instrucción</b>	Sin instrucción	4	5
	Primaria	23	29
	<b>Secundaria completa</b>	<b>41</b>	<b>51</b>
	Educación Técnica	8	10
	Educación Universitaria	4	5
<b>Estado Civil</b>	Soltero	19	24
	<b>Casado</b>	<b>38</b>	<b>48</b>
	Conviviente	19	24
	Separado	3	3
	Divorciado	1	1
	<b>Número de hijos</b>	1 a 2	25
<b>3 a 4</b>		<b>30</b>	<b>38</b>
5 a más		12	15
Ninguno		13	16
<b>Familia (espeso/hijos)</b>		<b>66</b>	<b>83</b>
<b>Con quien vive</b>	Mamá y Papá	9	11
	Solo	5	6
	<b>Ama de casa</b>	<b>30</b>	<b>38</b>
<b>Ocupación</b>	Empleado	9	11
	Trabajador		
	Independiente	23	29
	Desempleado	7	9
	Jubilado	3	3
	Estudiante	8	10
	<b>Mama</b>	<b>17</b>	<b>21</b>
	Pulmón	6	7
<b>Localización de la Neoplasia</b>	Útero	15	19
	Estómago	10	13
	Otros	32	40

## ANEXO E CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

### ALFA DE CRONBACH

VARIABLE	N	Alfa-Cronbach	Confiabilidad
Calidad de Vida	30	0,940	Elevada

### COEFICIENTE ALFA – CRONBACH

Dónde:

N= Número de ítems

$\sum s^2(Y_i)$  Sumatoria de las varianzas de los ítems  
 $s_x^2$  Varianza de toda la dimensión

$$\alpha = \frac{N}{N-1} \left[ 1 - \frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]$$

El valor de Alfa de Cronbach, cuanto se acerca a 1 denota una confiabilidad en la aplicación del instrumento.

**ANEXO F**  
**COMITÉ DE ETICA**

## ANEXO G



### ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA



Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Yo Sor SaidaNúñez López, con DIN 41078364, estudiante de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza del VIII ciclo, afiliada a la Universidad Ricardo Palma.

La presente es para invitarle a participar del estudio, el cual tiene como objetivo evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria albergue Padre Robuscchini.

Para poder participar del estudio Ud. tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima sobre calidad de vida, el cual le demandará un tiempo promedio de 15- 20 minutos.

La información que Ud. Brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá la debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede decidir retirarse del estudio en cualquier etapa del mismo, sin que esto afecte de alguna manera la calidad de atención o tenga alguna repercusión en la evaluación que recibe dentro del Albergue Padre Robusiccini.

Por participar del estudio Ud. No recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los siguientes teléfonos 975454536- 964009401.

Yo,.....dejo  
constancia que se me han explicado en qué consiste el estudio Titulado:

“calidad de vida en pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria en el albergue Padre Robuscini realizado por Sor Saida Núñez López.

He tenido el tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtenga se manejan confidencialmente y que en cualquier momento puede retirarme del estudio.

Por lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

DNI.....

Fecha:.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

DNI.....

Fecha:.....