

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Calidad de vida en pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autora: Bachiller Irene Orcon Chalco

Lima - Perú

2019

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres y a mi segunda madre (suegra) que desde el cielo siempre me han sabido guiar.

A mis hijas quienes siempre están conmigo en las buenas y en las malas.

A mis nietas que son mis tesoros y mi razón de vivir.

Y, en especial, a mi esposo quien ha sabido apoyar mi esfuerzo y valorarme.

Gracias a todos ellos pude lograr el sueño de ser una mejor persona en esta vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco hoy y siempre a Dios por ser tan generoso conmigo al darme una oportunidad más de alcanzar este logro académico.

A mi hospital que es mi segundo hogar, quien me brinda la posibilidad de realizar esta investigación y a los pacientes que participaron en este estudio.

A mis docentes y asesores que han sabido guiarme para conseguir este anhelado sueño.

PRESENTACIÓN

Dando cumplimiento al reglamento de grados y títulos de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega Facultad de Psicología Social para optar el título profesional de licenciado en psicología en la modalidad de trabajo de suficiencia personal, presento el trabajo de investigación titulada Calidad de Vida en pacientes oncológicos del hospital Regional del Cusco. Esperando que mi investigación sea evaluada y aprobada por los señores miembros del jurado para lograr la obtención del título anhelado.

Atte.

Irene Orcon Chalco

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PRESENTACIÓN	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPITULO I	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	21
1.2.1. Problema general.....	21
1.2.2. Problemas específicos.....	22
1.3. OBJETIVOS.....	22
1.3.1. Objetivo general.....	22
1.3.2. Objetivo específico.....	22
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	23
CAPITULO II	24
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	24
2.1. ANTECEDENTES	24
2.1.1. Internacional	24
2.1.2. Nacional.....	26
2.2. BASES TEÓRICAS.....	29
2.2.1. Calidad de vida	29
2.2.2. Teoría de los dominios.....	33
2.3. DEFINICIONES DE CONCEPTUALES.....	40

CAPITULO III	43
METODOLOGÍA	43
3.1. TIPO Y DISEÑO UTILIZADO	43
3.1.1. Tipo de investigación.....	43
3.1.2. Diseño de investigación	43
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	43
3.2.1. Población.....	43
3.2.2. Muestra	44
3.3. IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLE Y SU OPERACIONALIZACIÓN	45
3.2.3. Operacionalización de la variable	45
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	52
3.4.1. Ficha Técnica	52
3.4.2. Instrumento	52
CAPITULO IV	59
PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	59
4.1. PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS	59
4.2. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	59
4.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	73
4.4. CONCLUSIONES.....	76
4.5. RECOMENDACIONES.....	77
CAPITULO V	79
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	79
PROPUESTA.....	79
5.1. DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA.....	79
5.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.....	79
5.3. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS	81
5.3.1. Objetivo general.....	81

5.3.2. Objetivos específicos.....	81
5.4. SECTOR AL QUE SE DIRIGE	82
5.5. ESTABLECIMIENTO DE CONDUCTAS / META	82
5.6. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN.....	83
5.7. INSTRUMENTOS / MATERIAL A UTILIZAR	84
5.8. CRONOGRAMA.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	101
ANEXOS	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Puntaje Total	59
Tabla 2 Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes a Calidad de Vida.....	60
Tabla 3 Niveles de Calidad de Vida.....	63
Tabla 4 Bienestar Económico	64
Tabla 5 Amigos	65
Tabla 6 Vecindario y Comunidad	66
Tabla 7 Vida Familiar y Hogar	67
Tabla 8 Pareja.....	68
Tabla 9 Ocio.....	69
Tabla 10 Medios de Comunicación	70
Tabla 11 Religión.....	71
Tabla 12 Salud.....	72

RESUMEN

La presente investigación es de diseño descriptivo-transversal y de tipo no experimental. En la cual el objetivo general es determinar el nivel de calidad de vida en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco, la población estuvo compuesta por 50 pacientes adultos del área de oncología. El instrumento que se utilizó fue la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. La información fue procesada mediante el programa SPSS 23 y MS Excel 2016. Se emplearon los factores de calidad de vida siendo los siguientes: bienestar económico; amigos; vecindario y comunidad; vida familiar y hogar; pareja; ocio; medios de comunicación; religión y salud. Los resultados que se obtuvieron fueron que el 72% de los pacientes adultos oncológicos presenta una tendencia a una baja calidad de vida, el 18% presenta una baja calidad de vida y, por último, el 10% de los pacientes adultos oncológicos presentan buena calidad de vida.

Palabra clave: *Calidad de vida, bienestar económico; amigos; vecindario y comunidad; vida familiar y hogar; pareja; ocio; medios de comunicación; religión; salud.*

ABSTRACT

The present investigation is of descriptive-transversal design and non-experimental type. The general objective is to determine the level of quality of life in adult oncological patients in the Regional Hospital of Cusco, the population was composed of 50 adult patients from the area of oncology. The instrument that has become the Olson and Barnes Quality of Life Scale. The information was processed through the SPSS 23 and MS Excel 2016 program. The quality of life factors is used in the following aspects: economic well-being; neighborhood and community friends; family life and home; couple leisure media; religion and health. The results obtained by 72% of adult oncological patients show a tendency to a low quality of life, 18% a low quality of life and, finally, 10% of adult oncological patients have a good quality of life.

Keyword: *Quality of life, economic wellness; friends; neighborhood and community; family life and home; partner; leisure; media; religion and health.*

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es de suma importancia en el desarrollo integral del ser humano, es por ello que al conocer cuál es la calidad de vida que las personas presentan se podrá desarrollar programas los cuales brindarán un apoyo sustancial para que la calidad de vida de las personas mejore de manera considerable. Es por eso que el objetivo de esta investigación es determinar el nivel de calidad de vida en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.

Para Olson & Barnes (1982) los factores que se relacionan con la calidad de vida son el bienestar económico; amigos; vecindario y comunidad; vida familiar y hogar; pareja; ocio; medios de comunicación; religión y salud.

El siguiente trabajo está dividido por capítulos los cuales se expondrán a continuación:

El capítulo I en donde se desarrolla el Planteamiento del problema, en donde se formula y se plantea el problema general y los problemas específicos. Además, se incluye el objetivo general y los específicos, concluyendo así con la justificación e importancia del estudio.

El capítulo II, se presenta el Marco Teórico Conceptual, que es base de la investigación, en este apartado se presentan los antecedentes que son investigaciones tanto internacionales como nacionales. El segundo subcapítulo son las Bases Teóricas que sustentan el estudio, donde se presentan los significados de las variables estudiadas, las teorías que resguardan la investigación y del instrumento utilizado, y, por último, se presenta las definiciones conceptuales.

Continuando, en el capítulo III, se presenta la metodología, en esta sección se menciona la metodología empleada para la investigación, el tipo de investigación, diseño, la población, el instrumento y demás.

En capítulo siguiente, capítulo IV, se encuentran los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento del estudio. Además, se expondrán el análisis y las discusiones, conclusiones y recomendaciones.

Finalizando en el capítulo V, se proyecta la intervención mediante un programa elaborado por sesiones el cual está diseñado con un cronograma en la cual su objetivo es mejorar la calidad de vida de la población de estudio.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Actualmente el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Alrededor de una de cada seis muertes en el mundo son originadas por el cáncer. Cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos, que incluyen Perú. Aproximadamente un tercio de las muertes por cáncer son causadas por los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. (OMS, 2018).

El concepto de calidad de vida fue cobrando importancia cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como un indicador de bienestar. Sin embargo, no existe una definición clara del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos parecidos, siendo frecuentemente mal utilizado. (Urzúa M. & Caqueo , 2012)

Internacional

El ritmo de vida acelerado a forzado a las personas a realizar todo tipo de labores dejando por los suelos sus niveles de calidad de vida, esto se refleja en la afanosa y actual situación de la calidad de vida de las personas.

Según la sala de prensa realizada por la Mercer 19 de febrero (2014), denominado "Calidad de vida internacional 2014", En Centroamérica y Sudamérica, la calidad de vida varía considerablemente. Pointe-à-Pitre (69), Guadalupe, es la capital de la región que ocupa la mayor posición en el ranking, seguida por San Juan (72), Montevideo (77), Buenos Aires (81) y Santiago (93). Manaus (125), Brasil, ha sido reconocido como un ejemplo de ciudad emergente en esta región gracias a su importante centro industrial que ha experimentado la creación de la "Zona Franca de Manaus", un área con autonomía administrativa que le otorga a Manaus una ventaja competitiva frente a otras de la región. Esta zona ha sido objeto de interés para talentos de otras regiones y ciudades, y ya se han establecido varias compañías multinacionales, y se proyecta que más compañías se instalen en un futuro próximo. (MERCER, 2014)

Podemos inferir, que las diferencias incluso considerando solo los países de las Regiones de Centroamérica y Sudamérica son muy grandes, estas discrepancias se traducen en divergencias de esperanza de vida, salud, seguridad y educación.

Según el diario Cooperativa del 4 de abril del (2016) el periodista Sebastián Medina presentó “Chile es uno de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con peor calidad de vida”. Se encuentra ubicado en el lugar 33 de 35 naciones examinadas según el “Índice para una vida mejor”. El grupo es liderado por Austria, Suecia y Noruega. Chile está ubicado en el antepenúltimo puesto del “Índice para una vida mejor” de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE): el puesto 33 de los 35 países estudiados. Según consignó. La Segunda, el estudio calculó 11 parámetros (ingresos, vivienda, empleo, comunidad, educación, medioambiente, compromiso cívico salud, satisfacción, seguridad y balance vida-trabajo) con puntuaciones que llegan hasta 10, y Chile logró 4,2 puntos comparado con la media general de 6,6. El grupo se encuentra liderado por Austria, Suecia y Noruega, países que lograron superar la puntuación de ocho. “Chile, desde la década de 1990, ha tenido un historial de crecimiento sólido y descenso de la pobreza. No obstante, alcanzó buenos resultados sólo en algunas medidas. Habiéndose ubicando muy cerca de la media en satisfacción” y menor al resto de las secciones, señaló la OCDE. En relación con el empleo, se enfatiza que más del 62% de las personas entre 15 y 64 años tienen un empleo remunerado, y que el 15 por ciento de los empleados tiene un horario de trabajo muy extenso. Otro aspecto destacado en el informe es la contaminación, ya que el nivel de partículas atmosféricas PM10 es de 46,2 microgramos por metro cúbico en los conglomerados urbanos, “ampliamente más alto que el promedio de la OCDE de 20,1 microgramos por metro cúbico”.

Por lo tanto, al comparar la calidad de vida entre países Latinoamericanos y europeos, Chile que es el país más representativo de la Región Latina por contar con habitantes con alta calidad de vida, no llegó a superar el promedio de estándares que cumplen las naciones de la región europea, las cuales consideraron amplios aspectos para calificar dicha calidad, como aspectos políticos, de salud, educación e incluso medioambientales.

La investigación realizada por el Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. (Xalapa, México), titulada “Calidad de Vida en los Estudiantes Universitarios (2012)”, demostró que “Las variables de relaciones familiares, de orden

general y de origen, brinda calidad de vida subjetiva a los estudiantes. Para los participantes en el estudio, también las relaciones sociales fueron de importancia, y la variable de satisfacción con el ambiente social constituyó un dato concordante con lo hallado por los autores Vera y Tánori (2002)". De igual forma, que la calidad de vida subjetiva, bienestar subjetivo o bienestar psicológico representa un constructo multidimensional (Biswas-Diener y Diener, 2001; Diener y Larsen, 1993; Diener, 1984; Diener y cols., 2003; Orwig y Fimmen, 2005; Vera, 2001) que resulta identificable mediante el componente de satisfacción en la vida. Las áreas de dominio interactúan con los índices de satisfacción hacia el ambiente social, el bienestar económico, las actividades recreativas, el desarrollo personal, la autoimagen, la familia en general y la familia de origen(Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología, 2012).

Por lo tanto, según la investigación antes mencionada, la estructura de las relaciones familiares, las cuales podrían ser la familia de nacimiento o las de orden general, son capaces de generar calidad de vida en los estudiantes. De igual modo, las relaciones sociales fueron calificadas como "muy relevantes", al igual que el bienestar, tanto subjetivo como psicológico.

Por otro lado, Manniello (2013) en su investigación denominada "situación de habitabilidad y calidad de vida, en familias con un niño (a) diagnosticado con cáncer infantil, pertenecientes a la región del libertador general Bernardo O'Higgins", perteneciente a la Universidad de Alberto Hurtado de Chile demostró que la calidad de vida, correspondida con las dimensiones en estudio, tales como: bienestar emocional, bienestar físico y material, salud y seguridad, resultan ser notables al momento de la conformación de las necesidades familiares afectadas por las condiciones de habilidades familiares. Las dimensiones antes mencionadas, entran en relación y generan una interdependencia entre ellas, afectando así la calidad de vida de los niños(Manniello, 2013).

Es así que, de acuerdo a la investigación hecha por Manniello, el bienestar emocional, el bienestar físico, así como el bienestar material, al cual se le debe sumar el bienestar de la salud y la seguridad interactúan para afectar estructura de las necesidades que puedan presentar las familias.

De acuerdo a un estudio elaborado por Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, denominado “¿Qué es la calidad de vida para los estudiantes?”, se demostró que al evaluar calidad de vida son múltiples los factores que se deben de tomar en cuenta, en cuanto al concepto del sujeto, el entorno en el que ha sido educado y la categorización que se le otorgue el sujeto a estas variables. Se debe considerar que muchas veces los sujetos al tener cubiertas sus necesidades básicas, tienen en mente otras actividades o prioridades lo que altera de manera amplia estas variables, sin embargo, un porcentaje pequeño fue el que tomó en cuenta la condición de salud de los sujetos (Dueñas G., Lara M., Zamora G., & Saunas, 2005).

Por lo tanto, se infiere que pueden ser muy diversos y complejos los elementos a considerar en la calidad de vida para los estudiantes, entre los más resaltantes se encuentran, el ambiente en el que recibe la educación, y el nivel de importancia que otorgue las personas a ciertas características como cubrir las necesidades básicas o dejarlas en segundo plano para cubrir otro tipo de necesidades.

Nacional

Al referirse a calidad de vida, se entiende que éste concepto se difundió desde la década de los años 60 del pasado siglo, llegando a utilizarse en variados contextos como en la salud, educación, ecología, política, economía y servicios, cumpliendo con diferentes propósitos como el valorar las exigencias de las personas y el grado de satisfacción que refleja de los programas, servicios, guías y dirección, establecen políticas nacionales como internacionales orientadas a las poblaciones, entre otras determinadas (MINSA, 2013).

Es así que, el concepto de calidad de vida ha tomado gran importancia en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el ser humano, llegando a ser multidimensional. Sin embargo, la importancia que fue adquiriendo la concepción de calidad de vida, va en contraste con reducción de la misma con el paso de los años, ya que las personas al estar expuestas a mayores necesidades que exigen el mundo actual, no tienen más opciones que realizar trabajos que incluso degraden sus condiciones de vida.

En una muestra de la población del Perú que equivale al 18%, demuestra que existen personas de entre 60 años a más considerados como adultos mayores, según la investigación realizada que considera al 18% como el total de adultos mayores, el 74%

de la misma afronta el envejecimiento de forma conformista; el 14% lo hace de manera fatalista y el 12% lo toma positivamente. Respecto a lo social, los ancianos son atendidos por sus familiares en el 78% de los casos, el 13% no es atendido por esta y el 9% vive solo, sin embargo, esto no se entiende como abandonado (INEI, 2014).

Según el problema planteado en la investigación del INEI se considera que los adultos mayores albergados en Chosica está pasando por la misma situación ya que están considerados dentro de ese 18%, de esta población se extrae una muestra de 40 adultos mayores albergados en los asilos de Lurigancho Chosica por ende se hace necesario tomar en cuenta la siguiente variable para esta investigación, la calidad de vida de nuestros ancianos del asilo de Lurigancho Chosica con vistas a generar horizontes de desarrollo y crecimiento que posibiliten la mejora de la capacidad de los adultos mayores para hacer frente al problema de aceptación y adaptación de lo que les toca vivir.

Una fracción de la población está conformada por el adulto mayor, ya sea albergados, abandonados o conviviendo con su familia. El informe revela que la población que trabaja en el área urbana del país llega a 1.099.900 de 31.148.000 del total de la población. Ello representa un aumento de 6.8% en relación al trimestre anterior. El informe señala que la población de los ancianos es una de las que perciben menores salarios en el Perú. En la actualidad la población de adultos mayores estaría percibiendo un sueldo de S/.804.2 como ingreso promedio mensual en las zonas urbanas del país. En relación a la sierra urbana, los adultos mayores reciben como media S/.492.20; en tanto que, en la selva urbana, S/.575.20, y en la costa urbana, S/.945.60 (INEI, 2015-2016).

Esto demuestra que un adulto mayor con la pensión ganada según la INEI, no podría tener una calidad de vida independiente, es decir que pueda vivir por su cuenta debido a los gastos monetarios que podría realizar, sino que debe de vivir con los cuidados de sus familiares, Cuando los adultos mayores están en condiciones terminales – muerte, son albergados en Asilos, donde según se tiene previsto poseen una calidad de vida en función a lo que la familia o su pensión disponga, y como esta calidad de vida del adulto mayor influye en su percepción acerca de la vida y la muerte.

Como lo muestra el estudio antes mencionado, nuestro país está frente a una población adulta deficitaria al momento de enfrentar el envejecimiento, las condiciones a las que afronta dicha población vulnerable afectan de manera negativa la calidad de vida de los

mismos, ya que no cuentan con la seguridad económica, seguridad en la salud y se hace necesario fortalecer la imagen, la autoestima y las motivaciones para los adultos.

Según MINSA (2017), el sistema de gestión de la calidad en salud está determinado como el conglomerado de elementos interrelacionados que favorecen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (regional, nacional, local), en lo relativo a la calidad de la atención y de gestión (MINSA, 2017).

La gestión de la calidad es un componente de la gestión institucional y por eso es un deber de todo funcionario en el sector, lograr determinar y aplicar la política de calidad pronunciada formalmente por la alta dirección de MINSA. En resultado las orientaciones normativas del sistema de gestión de la calidad en salud tienen que desarrollarse creativamente y con las especificidades que corresponden en todas las instituciones y entidades del sector, en los diferentes niveles de su jerarquía organizativa. Tal sistema contiene los componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad dentro de la dirección estratégica de la institución, en la apariencia de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad. El Ministerio de Salud (MINSA), en conjunto con la Caja de Seguro Social (CSS), elabora un taller donde más de 60 profesionales de la salud del Programa Nacional de Cuidados Paliativos a nivel nacional, tienen la oportunidad de intercambiar y plantear conceptos para mejorar la calidad de vida y atención de los pacientes, médicos y familiares en el interior del sistema de salud.

El Ministerio de Salud ha mostrado avances positivos respecto a la gestión en busca de la mejora en calidad de vida de los pacientes, generando políticas aplicables en todas las instituciones que conforman el MINSA, sin embargo se hace necesario que dichas políticas y herramientas incorporen a la sociedad civil y el ámbito privado para mejorar los resultados.

La investigación realizada en la ciudad de Huancavelica, que lleva por título "Calidad de vida de los estudiantes mayores de 15 años incluidos en Educación Básica Regular (EBR) de la ciudad de Huancavelica", concluyó que "el 18% de los estudiantes evaluados obtuvieron niveles muy buenos, el 37% bueno, el 17% nivel regular, 27% bajo nivel de calidad de vida, por tanto existen indicios suficientes para afirmar que la calidad de vida

de los estudiantes incluidos con discapacidad mayores de 15 años en Educación Básica Regular - Huancavelica tienen de regular a bueno la calidad de vida, llegando a un buen nivel en las diferentes dimensiones como son de derechos, bienestar emocional, inclusión, desarrollo personal, bienestar físico, con tendencia a mejorar. (Castillo Ccanto & Espinoza Taipe, 2017)

Es así que, al evaluar la calidad de vida de los estudiantes con discapacidad en la Ciudad de Huancavelica, se concluyó que es intermedia la calidad que presentan, y como componentes importantes se consideraron el estado de ánimo con la cual el adolescente tiene la capacidad de reconocer sus propias habilidades, las libertades fundamentales con las cuentas y las actividades que mejoran la conciencia e identidad de los mismos e impulsan el desarrollo de sus destrezas.

“Calidad de vida y su relación con el rendimiento académico según características socio demográficas de estudiantes de Odontología” es una investigación planteada por Chiyong (2012), Universidad Mayor de San Marcos; se demostró que el rendimiento académico de los estudiantes está vinculado al género y al mantenimiento de los estudios, resultando las estudiantes del género femenino las que demuestran un mayor rendimiento académico, como también las que son apoyadas por sus padres y no trabajan durante el año. De igual forma se obtuvo que la calidad de vida y el rendimiento académico del estudiante se encuentran relacionados, a mayor calidad de vida el rendimiento académico es mayor del estudiante de odontología. Esta investigación permite contar con una base para el desarrollo de acciones en la institución con el propósito de promover Calidad de Vida en los estudiantes de odontología. (Evaristo Ciyong, 2012)

Se puede deducir que la calidad de vida es de suma importancia en la vida del estudiante, pues si el estudiante cuenta con apoyo o solvencia económica, es capaz de enfocarse de manera óptima en el aprendizaje de conocimientos, siendo beneficioso para su futuro desenvolvimiento profesional. Entonces al referirse acerca de la calidad de vida se puede deducir que esta afecta de manera directa en el desarrollo de las personas ya sea psicológicamente, así como físicamente.

Local

En 2010, el Gobierno Regional de Cusco (GRC) se convirtió en la Región con más ingresos del país. Recibió más de S/.672 millones, siendo así el primero en el ranking de transferencias por el canon generado por la explotación minera y la de gas de Camisea.

Los datos en mención aparecen en el último estudio de Índices de Competitividad Regional del Perú (ICRP), la cual fue realizada por el Centrum de la Pontificia Universidad Católica del Perú (CENTRUM CATÓLICA, 2010).

Por otro lado, esta investigación da a conocer que esos recursos no se utilizaron para incrementar la calidad de vida de sus habitantes. Si bien es cierto que el departamento de Cusco subió en el ranking de ICRP. El estudio revela que en dos de los cinco rubros investigados: “Personas” y “Gobierno”, la ciudad se encuentra abajo del promedio nacional.

En el pilar de “Personas”, Cusco ocupa el 14° lugar con 35.63 puntos, cifra inferior al promedio nacional (39.5). Lima Metropolitana lidera el ranking con 73.59 puntos. Este rubro mide la competitividad de la educación escolar y superior, así como los logros educativos, formación laboral y acceso a los servicios de salud.

El director Eduardo Court, de Centrum Futuro, indicó que su investigación logró identificar varias deficiencias en salud y educación. Una medida de ello es la esperanza de vida en Cusco. La esperanza de vida para los cusqueños es 70 años, mientras que el promedio nacional alcanza 78 años. Respecto a la educación, existe un limitado acceso a universidades de calidad y un déficit en oferta de maestrías o estudios de posgrado. Según la evaluación del Ministerio de Educación de 2013, la comprensión lectora de sus escolares era del 25.5% y de cada 100 estudiantes evaluados en matemáticas, 14 resolvieron ejercicios en forma correcta.

“Resulta inadmisibles que una región tan rica en recursos naturales y con generosos presupuestos no haya mejorado sus indicadores en salud y educación, derechos fundamentales de las personas”, refirió Court. (Tecsi, 2015)

Igualmente, en el pilar de “Gobierno”, el cual mide los recursos asignados, su nivel de autonomía fiscal, la calidad de gasto y el sistema de seguridad y justicia; Cusco ocupa el

puesto 8 con 37.89 puntos, el cual es un valor que se encuentra por debajo del promedio nacional.

El investigador principal Adolfo Chiri, del Centrum católica, aborda que lo sucedido con Cusco es la afirmación que enormes presupuestos no garantizan el desarrollo. Todo depende de una buena administración. “Hay mucha debilidad en gastar ese dinero. La población no percibe esos grandes presupuestos”, enfatizó. (Tecsi, 2015)

Según el censo del INEI, Cusco a nivel de pobreza presenta el 40.5% y en extrema pobreza 20.74%, cifras que no variaron a pesar de la comodidad económica que alcanzó.

Para Chiri, esta incongruencia obedece a la “falta de liderazgo” de las autoridades regionales y locales, quienes “deslumbrados” por los jugosos presupuestos que les toca administrar, dejan de lado los planes de desarrollo que apunten a solucionar los problemas clave. (Tecsi, 2015)

De acuerdo a un estudio de percepción de corrupción de Ciudadanos al Día Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), sólo 13% de la población considera que su gobierno regional es honesto e íntegro. El resto del porcentaje siente que existe el aprovechamiento en beneficio personal en complicidad con algunos empresarios.

Para el especialista en Desarrollo Económico, César Álvarez, el Estudio Índice de Competitividad Regional del Perú (ICRP) 2014 es un diagnóstico en la cual se observa la situación actual de la región, este instrumento debería ser tomado en cuenta por las nuevas autoridades para generar un plan de desarrollo concertado a corto, mediano y largo plazo.

Mencionó, además que los recursos energéticos y mineros no estarán para siempre, por lo que, resulta importante aprovecharlos para lograr un desarrollo sostenible. “Es obligación de las universidades, colegios profesionales que ayuden a los gobiernos regionales y locales para aprovechar esos recursos”. (Tecsi, 2015)

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de satisfacción con el bienestar económico en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción con los amigos en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción con el vecindario y comunidad en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la vida familiar y hogar en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la pareja en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción en el ocio en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción con los medios de comunicación en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la religión en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la salud en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?

1.3.OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de calidad de vida en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.

1.3.2. Objetivo específico

- Determinar el nivel de satisfacción con el bienestar económico en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.
- Determinar el nivel de satisfacción con los amigos en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.
- Determinar el nivel de satisfacción con el vecindario y comunidad en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.

- Determinar el nivel de satisfacción con la vida familiar y hogar en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.
- Determinar el nivel de satisfacción con la pareja en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.
- Determinar el nivel de satisfacción en el ocio en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.
- Determinar el nivel de satisfacción con los medios de comunicación en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.
- Determinar el nivel de satisfacción con la religión en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.
- Determinar el nivel de satisfacción con la salud en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.

1.4.JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La presente investigación contribuirá conocimientos acerca de la calidad de vida en pacientes adultos oncológicos atendidos en el hospital Regional del Cusco con el objetivo de conocer distintas opiniones las cuales influirían en el bienestar y manera de vivir que llevan dichos pacientes en su etapa adulta de sus vidas.

Asimismo, el estudio ha sido enfocado en la Región de Cusco en donde la calidad de vida es baja puesto que el IDH que registra la Región del Cusco es de 0,4434 al año 2012 según PNUD (2010) y, por lo tanto, la presente investigación servirá como base para posteriores investigaciones que quieran indagar más acerca de calidad de vida y proponer ideas para incremento de la calidad de vida en la Región del Cusco.

Y como último punto, la presente investigación servirá para establecer propuestas psicológicas para propiciar un cuidado y auto cuidado, promoviendo así una mejora en la salud general de los pacientes adultos oncológicos y así lograr mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1.ANTECEDENTES

2.1.1. Internacional

1) Susana Canales, (2011) en España publicó la investigación **“Calidad de Vida relacionada con la salud percibida en una unidad de atención farmacéutica a pacientes externos”**, cuyo objetivo fue: revelar las dimensiones de CVRS más dañadas de los usuarios atendidos de la UFPE (Universidad Federal de Pernambuco), así como los factores de riesgo de presentar peor CVRS, con el propósito de aplicar medidas de apoyo y mejora en la UFPE. El método empleado fue de tipo observacional, descriptivo y transversal o de prevalencia. La población estuvo conformada por Pacientes en tratamiento con medicamentos dispensados en la UFPE del Hospital Virgen de la Luz. El instrumento utilizado fue un cuestionario auto administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. Una de las conclusiones más importantes tenemos: “Los resultados de este estudio tienen, además, otras implicaciones para la práctica clínica; por un lado, los profesionales sanitarios que incluyen las patologías a estudio deben ser sensatos de que los pacientes que presentan factores asociados a una peor CVRS pueden requerir apoyo psicológico, y, por otro, los responsables en política sanitaria implicados en la planificación de la atención especializada no deben basar sus decisiones sobre la asignación de recursos psicosociales tan solo en factores como el pronóstico de las patologías o la agresividad de sus tratamientos farmacológicos, además también en los factores de riesgo de deterioro de la CVRS reconocidos”.

2) Gilabert Escorsa, (2015) en España publicó la investigación **“La calidad de vida relacionada con la salud de los niños con parálisis cerebral infantil: grado de acuerdo entre hijos y padres”**, cuyo objetivo fue: realizar por primera vez en el Estado Español un estudio que examine el grado de acuerdo entre hijos con PCI y sus padres respecto a la calidad de vida relacionada con la salud y compararla con un grupo control. El método empleado fue de tipo transversal, casi-experimental. Respecto a la población se ha contado con la colaboración de 288 participantes, repartidos entre el grupo estudio y el grupo control. El instrumento utilizado fue Cuestionario de CVRS infantil Kidscreen-52

Una de las conclusiones más importantes tenemos: “Los resultados muestran la importancia y necesidad de seguir desarrollando programas de intervención, tanto en la comunidad como a nivel familiar, con el objetivo de llegar a conseguir que la CVRS de los chicos y chicas con PCI sea similar a la de sus iguales no afectados, y que sus experiencias en relación a la discapacidad, así como las de sus progenitores, sean constructivas. Esto implica tanto facilitar recursos para compensar las dificultades, como promover a nivel social información y valores que faciliten la normalización, nunca una actitud sobreprotectora o compasiva, acerca de la PCI o de cualquier otra discapacidad”.

3) Suárez Soto, (2014) en Chile publicó la investigación “Calidad De Vida y Funcionamiento Familiar en Adolescentes con Depresión en Centros de Salud Pública”, cuyo objetivo fue: Determinar la relación entre las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y el Estilo de Funcionamiento Familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, de género masculino y femenino, con diagnóstico de Depresión atendidos en Centros de Salud Pública. La metodología empleada fue de carácter cuantitativo. La población se conformó por 40 adolescentes de 15 a 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de Depresión que presenten episodios leves o moderados. El instrumento utilizado fue la ficha de selección y caracterización de la muestra y la técnica la encuesta. Una de las conclusiones más importantes tenemos: “La Calidad de Vida Relacionada con la Salud en este grupo de adolescentes se encuentra significativamente relacionada con la funcionalidad familiar percibida por el adolescente que padece depresión, así, aquellos que perciben una baja Calidad de Vida Relacionada con la Salud experimentan una peor percepción de funcionalidad familiar, lo cual confirma la importancia que tiene la familia como red social de apoyo emocional, de las necesidades del individuo”.

4) Azócar & Díaz, (2008) en Venezuela publicó la investigación “Análisis del Nivel de Calidad de Vida Laboral del Personal Secretarial que Labora en la Universidad de Oriente – Núcleo de Anzoátegui”, cuyo objetivo fue: Analizar el Nivel de Calidad de Vida Laboral del Personal Secretarial que Labora en la Universidad de Oriente – Núcleo de Anzoátegui. La metodología empleada fue de tipo descriptivo y no experimental. La población fue conformada por 89 funcionarias del personal secretarial. Se utilizó el cuestionario como instrumento y la técnica la encuesta. Una de las conclusiones más importantes tenemos: “a nivel general indican que la calidad de vida laboral del personal

secretarial de la Universidad de Oriente Núcleo de Anzoátegui es “Deficiente” debido al incumplimiento de sus normas, reglamento y políticas internas de dicha institución”.

5) Peydró Navarro, (2015) en España publicó la investigación “Calidad de Vida, Trabajo Y Salud en los Profesionales Sanitarios: Un Estudio en el Hospital General Universitario de Alicante”, cuyo objetivo fue: estudiar la calidad de vida general, la satisfacción laboral, el estado de salud y otros aspectos relacionados en una muestra representativa de los médicos y enfermeras del Hospital General de Alicante. La metodología empleada fue de tipo observacional, transversal descriptivo. La población estuvo conformada por 522 médicos y enfermeras del Hospital General Universitario de Alicante. El instrumento utilizado fue el cuestionario y la técnica la encuesta. Una de las conclusiones más importantes tenemos: “El 86,7% de los profesionales en sanidad mencionan tener una calidad buena o muy buena con un puntaje de 8,04 en una escala de 0 a 10. Sin embargo, el 64,2%, es decir, un 23% menos, mencionan que su Calidad de Vida en las últimas 2 semanas ha sido buena. Se consideran bastantes satisfechos con la vida un 86% de los profesionales. Cerca del 81% de los profesionales se siente felices. El 83% considera que su vida es agitada. Un 99,2% menciona un bienestar emocional entre bueno y regular”.

2.1.2. Nacional

1) Durand Chacchi (2017) En la ciudad de Lima, se realizó la tesis titulada “**Calidad de vida del adulto mayor en un CAM de Lima Metropolitana 2017**”. Este estudio tiene como objetivo Determinar la calidad de vida del adulto mayor en un CAM de Lima Metropolitana 2017. La investigación fue de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal, donde la población fue conformada por 2514 adultos mayores atendidos en el CAM “Tayta Wasi” en el año 2017, la muestra se obtuvo mediante la fórmula para poblaciones finitas teniendo como muestra 93 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista y el instrumento fue un cuestionario elaborado tomado como referencia. Las conclusiones fueron que la mayoría de adultos mayores del CAM “Tayta Wasi” presenta una calidad de vida regular debido a que presentan problemas para dormir, dificultad para escuchar, a veces presenta la sensación de llorar, sentirse apenados y desarrollan regularmente actividades en compañía de su familia, seguido de un porcentaje elevado que presente una calidad de vida mala y un mínimo porcentaje que presenta calidad de vida buena.

2) Mallqui Benavente (2017) En la ciudad de Lima, se realizó la tesis titulada **“Relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis que asisten a un centro de salud de Lima. 2017”**. Este estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro de salud. El estudio es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, método correlacional, de corte transversal. Se utilizó como instrumento el cuestionario (COPE) MODIFICADO y Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 versión española. Las conclusiones fueron que No se encontró relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro de Salud Villa San Luis; sin embargo se encontró una relación significativa inversamente proporcional entre las estrategias negativas para el afrontamiento y la calidad de vida del paciente con tuberculosis, observándose que a mayor utilización de estrategias negativas para el afrontamiento existe una calidad de vida baja, esta relación se comprobó mediante la prueba de hipótesis Ji – cuadrado.

3) Fenco Asalde (2010) En la ciudad de Lima, se realizó la tesis titulada **“Auto percepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2010”**. Este estudio tiene como objetivo determinar la auto percepción de la calidad de vida del adulto mayor y como objetivos específicos identificar la auto percepción de la calidad de vida del adulto mayor en las dimensiones física, social y psicológica. El estudio es de enfoque cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, con una población que fue conformada por 50 adultos mayores del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La técnica empleada fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Los resultados obtenidos fueron que la auto percepción de la calidad de vida de los adultos mayores fue regular. En relación a la dimensión física se observa una auto percepción regular ya que desarrollan actividades diarias, tienen poca dificultad para cuidar de sí mismos, sin embargo, muestran cierta aceptación frente a los cambios en la capacidad sexual y sueño. En la dimensión social mantienen una auto percepción regular, gracias a que mantienen buenas relaciones familiares y sociales, están satisfechos con las actividades de tiempo libre, no obstante, presentan problemas económicos. En la dimensión psicológica poseen una auto percepción regular, ya que se sienten satisfechos con su vida y ser capaces de aprender cosas nuevas, pese a ello, refieren que en ocasiones están deprimidos y tristes.

4) Roberto Belmont (2018) En la ciudad de Lima, se realizó la tesis titulada **“Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia”**. Este estudio tiene como objetivo determinar el grado en que los factores de Resiliencia predicen la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia. El diseño de la presente investigación es no experimental con un enfoque correlacional. La población está por pacientes de ambos géneros, mayores de edad, que reciben quimioterapia de forma ambulatoria en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en este sentido, se propuso un tamaño de la muestra de 58 personas. Los instrumentos que utilizaron fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, y el Cuestionario de la Calidad de Vida SF-36, como técnica se realizó evaluaciones utilizando los instrumentos ya mencionados. Como conclusiones se obtuvieron que los pacientes evaluados alcanzaron valores superiores al promedio en todas las dimensiones del cuestionario de CVRS, excepto en la dimensión de Rol Físico. Lo que podría sugerir que el tratamiento no implica necesariamente un deterioro grave de la CVRS, aunque los pacientes tengan que reducir el tiempo dedicado a sus labores o actividades cotidianas.

5) Ccahuantico Rodríguez (2017) En la ciudad de Cusco, se realizó la tesis titulada **“Percepción de la Calidad de Vida y Felicidad en Pacientes del Área de Ginecología y Maternidad de un Hospital del Ministerio de Salud Cusco”**. Este estudio tiene como objetivo estudiar la correlación entre percepción de la calidad de vida y la felicidad en pacientes del área de psicología y maternidad del Hospital Regional del Cusco. Este estudio es de carácter descriptivo correlacional, con una una muestra de 132 encuestadas. Los instrumentos que utilizaron fueron la Escala de felicidad de Lima, Escala de calidad de vida GENCAT. Se concluye, que existe correlación entre la percepción de la calidad de vida y la felicidad en las pacientes de las áreas de maternidad y ginecología con un coeficiente de 0.264 lo cual es significativo. En el estudio se aprecia también que, del total de las encuestadas, el 45.5% presenta una baja calidad de vida y el 74.2% una mediana felicidad. La correlación entre las dimensiones de la variable calidad de vida y la variable felicidad es significativa, por lo tanto, existe relación directa entre ambas.

2.2.BASES TEÓRICAS

2.2.1. Calidad de vida

El término calidad se origina del latín *qualitas, átis* que comprende la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Es entendida como una cualidad de superioridad o excelencia de una persona o cosa.

Las definiciones más escuchadas del término calidad son las siguientes:

Calidad entendida como excelencia, es el sentido tradicional: los estudiantes más resaltantes en contacto con los mejores docentes.

Calidad entendida según el criterio de eficiencia, hacer más con menos dinero: maximizar la relación costo/beneficio.

Calidad ajuste a los propósitos declarados: se cumple con los objetivos planteados.

Según Romay (1994), la calidad incluye componentes de mérito como el valor. Aspecto que queda a la ecuanimidad de quién lo juzga; es decir, ciertos individuos o grupos sociales descubrirán algo como de calidad siempre y cuando respondan a sus necesidades o expectativas. De esta afirmación se puede reconocer la importancia de investigar acerca de la percepción que el grupo de evaluación percibe sobre los elementos que forman su vida y sobre los cuales se define si ésta es o no de calidad.

Al tratar de definir calidad de vida, Lindstrom (1992 citado en Schalock y Verdugo) considera necesario entender el sentido de calidad por medio de su significado semántico “calidad nos hace pensar en excelencia, en un criterio de exquisitez, asociado a una característica humana y valores positivos como la felicidad, el éxito, la riqueza, la salud, la satisfacción”.

Por otra parte, ¿Cuáles son estos elementos que constituyen la vida? ¿Qué es la vida? Según Leelakvithanit & Day (1992, citados por Torres, 2005) la vida es un complejo dimensional que puede ser vista como un todo compuesto de varias áreas específicas que determinan y son determinadas por el estilo de vida; es así como Sen (2002 citado por Torres) también indica que la calidad de vida implica una libertad para llevar diferentes tipos de vida. La vida tiene que ver con sus propios componentes o aspectos

fundamentales de la existencia humana: la supervivencia, la cultura, la permanencia en el mundo, las condiciones en que esto se da.

Para conocer la calidad de vida es indispensable que las personas hagan una descripción general de su vida y qué significado tiene, basándose solamente en la percepción propia de cada uno. Es así, que es complicado dar un concepto universal que rijan y este de acuerdo con cada uno de los individuos.

El tratar de definir la calidad de vida ha sido una tarea propuesta por investigadores, pensadores, educadores, políticos y analistas. Durante mucho tiempo éstos no han podido llegar a un consenso acerca de su definición, muchos conceptos han surgido, y pese a lo que se pudiera deducir, tantas concepciones sólo hacen llegar a la conclusión que no existe en realidad una definición que sea capaz de universalizar todo lo que significa el término calidad de vida. Desde algunos puntos de vista esta calidad está directamente relacionado con el nivel económico o por otro lado con la felicidad, para algunos otros con el bienestar, y, a pesar de que éstos son componentes de la calidad de vida, no la definen en su totalidad; sin embargo, en el occidente y en estos tiempos, cada una de las personas intentan moldear su vida de manera que la puedan disfrutar en su plenitud. En un debate sostenido por Nussbaum y Amartia (1998) el que esta autora llame a la reflexión al preguntarse si para la construcción de la definición de calidad de vida se debe considerar las diferencias entre cada país y cultura o si se debe buscar alguna razón universal a una vida humana buena, y evaluar las tradiciones locales en comparación con ella:

(...) la búsqueda de una explicación universal aplicable de la clase de vida humana tiene por su parte, la promesa de un poder mayor para proteger las vidas de aquellos a los que la tradición ha oprimido y marginado, pero se hallan ante la dificultad epistemológica de argumentar esas aseveraciones de una manera adecuada, diciendo de dónde provienen las normas y de qué manera se puede saber que son las correctas. (Amartia, 1998)

Amartia pone al descubierto que la clase de vida humana puede estar condicionada por el contexto en donde se encuentra el individuo, ya sea una región, país o también un aspecto ideológico, puesto que pueden influir en la toma de decisiones que tiene un gobierno o cultura basándose en normas éticas y sociales.

Felce & Perry (1995) defienden que básicamente existen cuatro conceptualizaciones sobre Calidad de Vida:

- Calidad de las condiciones de vida de una persona;
- Satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales;
- Combinación de componentes objetivos y subjetivos (Calidad de las condiciones de vida junto a su satisfacción correspondiente)
- Combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Por otro lado, Mayers, Van Hooff, & Baldwin (2003) indican que la calidad de vida se puede dividir en tres subcategorías:

- ✓ el bienestar físico
- ✓ el bienestar mental
- ✓ y la calidad de las relaciones

Teoría del afrontamiento: Teoría planteada por Lazarus y Folkman (1986), la cual afirma que la capacidad del individuo de afrontar una situación de estrés es “producto de fuerzas consientes resultantes de la interacción con el medio, con modos peculiares de procesar la información y de integrar las experiencias”. “La puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos”. (Lazarus & Folkman, 1986).

Esta teoría explica que son diversos los factores que intervienen en los mecanismos de afrontamiento que el individuo pueda tomar, tales como el estado de salud, las creencias religiosas, el control sobre el medio que los rodea, las habilidades sociales, el apoyo del entorno social (familiares, amigos y comunidad), así como los recursos materiales de los que dispone. El adecuado o inadecuado afrontamiento que una persona realiza ante una situación de estrés debido a una enfermedad influye en la calidad de vida del individuo, atribuyendo que a mayor nivel de estrés menor será la calidad de vida. Las relaciones sociales positivas fortalecen la capacidad de manejo del estrés y mejoran la calidad de vida, ya que resguardan a la persona afectada por la enfermedad y fortalecen su capacidad de adaptación al estrés. La falta de posibilidades o recursos para afrontar la enfermedad pone en riesgo el bienestar del individuo y puede generar relaciones estresantes, y en consecuencia su reducir su calidad de vida al estar expuesto a una situación de tensión ante los recursos escasos de los que dispone.

Teoría hedonista: Expuesta por Dan Brock (1998), esta teoría establece que el bien último para las personas radica en alimentar algunos tipos de experiencias con el balance individual tales como el disfrute, la felicidad el placer o el amor (Brock, 1998).

Por lo tanto, según la teoría hedonista, alcanzar el placer podría permitirle al individuo alcanzar la felicidad, el disfrute pleno de las actividades que se realiza es la que permite generar el bienestar, es decir, la calidad de vida recae en la experiencia personal y es lo que “a uno le gusta” lo que le dará la “felicidad”. Esta concepción no es ampliamente aplicada, debido a que el goce apenas se traduce en bienestar, y menos aún en calidad de vida.

Teoría de una buena vida: La cual establece que las capacidades de la persona para llevar a cabo ciertas actividades básicas, reflejan su libertad para optar entre diversas formas de vida. La autonomía y la autodeterminación son factores que influyen en la calidad de vida. (Amartia, 1998)

Por lo tanto, según a la teoría de la buena vida, la presencia de un enorme número de opciones de elección por la que puede optar un individuo, combinado con la capacidad del mismo de reconocer y elegir entre ellas generan mejor calidad de vida. Entonces, dicha teoría relaciona la calidad de vida de la persona con el entorno en el cual se desenvuelve, y de qué manera este entorno le ofrece la libertad para tomar elecciones, por lo que las circunstancias externas adecuadas son importantes a la hora de fortalecer dicha capacidad de elección.

Teoría de la comparación descendente: Wills (1981), afirma que en circunstancias que comprenden la reducción en el bienestar, las personas intentan compararse con otros individuos de su entorno que se encuentran en peores condiciones, con el objetivo de mejorar el modo en que se sienten. (Suls & Ashby Wills, 1990)

Según esta teoría, la persona intenta contrastar sus propias particularidades, capacidades y características con la de las personas de su entorno, que se encuentran en peores situaciones, tales comparaciones comprenden: la salud de la persona, las perspectivas al futuro, las formas para resolver situaciones originados por una enfermedad. El objetivo de dicha comparación es elevar su autoestima o incrementar su bienestar personal. Wills explicó dos tipos de comparación descendente: a) La comparación activa, esta acción implica elegir una persona que se halla en peores

situaciones para generar “distancia psicológica” y b) la comparación pasiva. Dichas comparaciones realizadas por la persona que sufre alguna enfermedad, pueden generar variaciones en su estado de humor, mayor satisfacción consigo mismo y motivar instrumentos para enfrentar la circunstancia desfavorable; todo ello podría conducir a la persona en una mejora de la calidad de vida de manera subjetiva.

2.2.2. Teoría de los dominios

Diseñada por Olson y Barnes (1982), la cual manifiesta que calidad de vida está íntimamente relacionado a la apreciación del ambiente. Es decir, la percepción que tiene la persona de las oportunidades que le otorga su entorno para alcanzar sus objetivos. Una característica compartida en los estudios de la calidad de vida, conforma la consideración de los dominios de las experiencias vitales de los individuos, en donde cada uno se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, medios de comunicación, entre otros. (Olson & Barnes, 1982)

Es así que, Olson y Barnes consideran diferentes dominios tales como: vida familiar, amigos, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, vecindario y comunidad, los cuales determinan las experiencias de una persona, y por lo tanto determinan la calidad de vida. Esta teoría entiende la calidad de vida como un fenómeno en constante cambio y multidimensional, la cual puede ser concebida como la percepción de cada individuo respecto a su bienestar físico, a su salud mental o relaciones sociales, generando así una adecuada o deficiente calidad de vida, en función de la satisfacción de necesidades en los diferentes dominios.

A continuación, se explica el comportamiento de cada dominio de la calidad de vida:

2.2.2.1.El dominio de bienestar económico

Se relaciona a la capacidad de cada individuo para satisfacer necesidades de consumo, vivienda, educación y tener un estilo de vida adecuado.

2.2.2.1.1. Teoría del bienestar y el óptimo de Pareto

Contiene un enfoque económico, que pretende minimizar la desigualdad social entre los miembros de una economía y constituir una justa distribución de los recursos, los cuales le permitirán a sus miembros satisfacer sus necesidades de manera óptima. El “bienestar” incorpora los elementos necesarios para la satisfacción de las necesidades o el placer, el cual se relaciona a las capacidades, las oportunidades, las ventajas y otros elementos no cuantificables que hacen referencia a la calidad de vida de la persona (Nussbaum & Amartya, 2004).

Desde la perspectiva económica, se considera que existe una mejoría la calidad de vida de una persona, cuando un cambio en sus ingresos no perjudique individuo. Este enfoque afirma que las actividades combinadas entre las personas deberían orientarse a incrementar la capacidad de estos de lograr resultados eficaces. Se consideran dentro de estos factores fundamentales para el bienestar, cumplir con las necesidades básicas como contar con una adecuada salud, disponer de una vivienda digna, tener acceso a educación de calidad. Así también, necesidades más complejas, por ejemplo, el logro de las aspiraciones y objetivos, la aceptación social, etc. Los factores económicos de los que disponen los miembros de una sociedad, así como la distribución justa de los ingresos entre las partes influyen significativamente en la forma en que estas personas se relacionan en un espacio y tiempo, generando tranquilidad y satisfacción humana.

2.2.2.1.2. Economía de la felicidad

Es el estudio de la felicidad individual, relacionando directamente a la calidad de vida. Se pone énfasis en la subjetividad condicionada de la psicología, interesándose en la interrelación entre la felicidad individual que demuestran los individuos con factores económicos como los ingresos, el desempleo o el consumo. (Stutzer & Frey S., 2001)

Es así que, la felicidad de un individuo está relacionada directamente a la percepción que tiene de su nivel de ingresos, a la situación de empleo en el que se encuentre (empleo o desempleo) o el nivel de consumo que realiza; los cuales los relaciona o compara con

el de las otras personas de su entorno (familiares, amigos, etc.), o sus experiencias en el pasado. Frey y Stutzer, realizaron un estudio de correlación entre la renta y el nivel de felicidad de un país, y los resultados mostraron una correspondencia positiva en el corto plazo. Sin embargo, lo interesante es que, al estudiar el fenómeno en el largo plazo, esta relación mostró no ser muy significativa, los autores fundamentan que se debe a que los habitantes modifican sus aspiraciones a través del tiempo. Estos conocimientos fueron ampliados por (Kelkes, 2006), quien afirma que, a tasas de desempleo crecientes, mala salud, dificultades al acceso de vivienda adecuada, ausencia de redes sociales, le corresponden bajos niveles de satisfacción de los individuos de una sociedad.

2.2.2.1.3. Teoría del desarrollo

Cuyos grandes aportes los realizó Amartya Sen, agregándole un enfoque de calidad de vida. Esta teoría busca promover políticas de acción que tomen en cuenta el desarrollo humano como objetivo de las políticas y planes de desarrollo y el mejoramiento de las calidades de vida de las poblaciones. (Arias Cortés, 2013).

La teoría del desarrollo no solo considera indicadores cuantitativos de desarrollo material, tales como los ingresos, sino también considera las oportunidades de los individuos para mejorar sus condiciones de calidad de vida. Se considera el desarrollo como el incremento de las libertades que poseen las personas. Una mayor libertad, permite a la persona fortalecer su capacidad para generar su propio proyecto de vida y relacionarse con su entorno. La mirada que brinda esta teoría a la calidad de vida, amplía los factores que considera la teoría económica clásica, pues incorpora factores sociales, familiares, laborales, culturales, religiosos y ambientales, los cuales conforman el entorno del individuo, y le brindan o privan de su capacidad de libertad, influyendo directamente en su calidad de vida.

2.2.2.2.El dominio de amigos

Representa las actividades de recreación, diversión que comparte una persona con sus amigos del barrio, del trabajo, del centro de estudios, etc.

Un estudio liderado por la doctora Julianne Holt-Lunstad, desarrollado en la Universidad de Carolina del Norte, demostró que estar rodeados de amigos en la edad adulta trae consigo beneficios para la salud, tales como dejar de beber alcohol, dejar de

fumar o bajar de peso (BBC Londres, 2010). Los amigos también funcionan como agentes de apoyo cuando una persona se encuentra en circunstancias desfavorables tales como una enfermedad crónica, pues pueden ayudarlo a afrontar una situación de depresión. Mientras que, los individuos que no pertenecen a un grupo de amigos, están más expuestos a adquirir malos hábitos como el alcoholismo, la drogadicción, y en consecuencia enfermedades, incluyendo la depresión.

2.2.2.3.El dominio de vecindario y comunidad

Se refiere a las oportunidades que le ofrece su entorno comunitario para ejecutar actividades cotidianas tales como organización política, tradiciones, deportes, etc.

La cohesión social permite capturar mayor confianza local, la disponibilidad de ayudar a los vecinos y los valores compartidos (Sampson, 2004). Por otro lado, las infraestructuras en los barrios donde las personas pueden interactuar también juegan un rol importante para generar mayor cohesión con el vecindario o comunidad. La seguridad o acciones sociales e prevención del delito, permiten reducir comportamientos ilegales, reducen la criminalidad y violencia y, en consecuencia, incrementan la calidad de vida de los habitantes.

2.2.2.4.El dominio de vida familiar y hogar

Identifica la estructura de la familia del cual es miembro la persona, considera características como número de hermano, número de hijos, el afecto dentro de la familia, la capacidad de resolver problemas, la capacidad de ofrecer seguridad, etc.

Una estructura saludable dentro de la familia, contribuye a generar relaciones sociales positivas, ya que es este dominio donde se crean y fortalecen los aprendizajes, valores, creencias y virtudes, y todo ello configura la calidad de una persona. La seguridad, el afecto, los conocimientos que pueda asimilar el individuo dentro de su familia contribuyen a generar relaciones saludables con el entorno social, y fortalecer su bienestar.

La investigación titulada “Las familias con personas con discapacidad intelectual en Cali desde el modelo de calidad de vida” demuestra que el ambiente más satisfactorio de la calidad de vida es el entorno familiar. (Guañarita Flores, 2013)

Por lo tanto, cuanto más positivas sean las relaciones dentro de la familia que tiene un miembro que posee alguna discapacidad, mejor será la capacidad de aceptación del individuo, mayor su autoestima y consecuentemente, mejor su calidad de vida; mientras que, si los vínculos entre cada miembro son débiles, negativas o violentas, esta podría degradar depresión, baja autoestima, poca capacidad de afrontamiento frente a la discapacidad de la persona.

2.2.2.5.El dominio pareja

Se refiere a las actividades que se ejecutan con el/la novio(a), el/la esposo(a), el apoyo emocional, las experiencias, etc.

La correlación entre la violencia en la pareja y el bienestar psicológico fueron estudiados en la investigación titulada “Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes”, cuyos resultados demuestran que existen variables que predicen positivamente (apoyo social afectivo y violencia por desapego) y negativamente (humillación y violencia de género) el bienestar psicológico. Además, revela que el apoyo social contribuiría a amortiguar los diferentes efectos de la violencia sobre el bienestar, en la línea de quienes mantienen que las relaciones entre los factores de estrés y los resultados varían en función del nivel de apoyo recibido. (García, Wlodarczyk, Reyes, & San Cristobal, 2014)

Desarrollar habilidades como el asertividad, la comunicación verbal y no verbal, el apoyo mutuo, dentro de la relación con la pareja contribuye a fortalecer la calidad de vida. Las experiencias positivas pueden generar mayor felicidad y por lo tanto bienestar. En tanto que, la violencia física, sexual o psicológica socavan el bienestar de las personas. Cuando se presenta cualquier tipo de intimidación de alta gravedad en una relación, cualquier ayuda que pueda disponer la víctima no será lo suficiente como para producir bienestar psicológico, mientras que si la intimidación recibida es leve, es posible que la ayuda emocional del que se dispone contribuya a retornar a un estado de bienestar; por lo tanto la mejora de la calidad de vida dentro de una relación también se encuentra influenciado por el apoyo social, pues tiene la capacidad de prevenir o intervenir tempranamente ante una situación de violencia.

2.2.2.6.El dominio ocio

El cual es definido por el número de horas libre de las que dispone la persona para ejecutar actividades deportivas, de diversión, etc.

El estudio titulado “El ocio como fuente de bienestar y su contribución a una mejor calidad de vida”, el ocio es considerado como un estado positivo de la mente, con un importante valor. El ocio se traduce en calidad de vida si se entiende como una necesidad, y también de manera indirecta como un factor de equilibrio de las carencias personales o sociales (Pascucci, 2004).

En los últimos años, el ocio ha ido adquiriendo gran importancia, como elemento para generar calidad de vida, ya que permite desplegar las capacidades de forma que enriquecen las experiencias del individuo. El tiempo destinado a realizar actividades de ocio positivas son una fuente para producir energías positivas, y lograr el equilibrio mental, ya que incrementa la alegría, la autoconfianza y las relaciones interpersonales.

2.2.2.7.El dominio medios de comunicación

Es decir, la influencia de las redes sociales, el internet, la TV, la publicidad sobre la calidad de vida.

Las implicancias de los medios de comunicación sobre la calidad de vida fueron analizadas en el estudio titulado “Comunicación y calidad de vida integral”, donde considera a el papel de la comunicación a la hora de generar libertad a través de las interacciones recíprocas (Ortega Ibarra, 2004).

Los medios de comunicación y la calidad de la información que en ella se transmite influyen sobre el bienestar del individuo, mientras que no disponer de las tecnologías de información puede generar exclusión social. Actualmente, las redes sociales y el internet son los medios de comunicación masivos, no acceder a ellos limita las capacidades para aprovechar la difusión de cultura que a través de ellos se realiza.

2.2.2.8.El dominio religión

Está relacionado a la experiencia con actividades de misa, ceremonias religiosas, creencias religiosas, etc.

Según un artículo titulado “Las creencias religiosas pueden prolongar la esperanza de vida”, la religión funciona como un recurso de apoyo para afrontar circunstancias complicadas en la vida de una persona, mientras que la fe contribuye a reducir los niveles de estrés y mejora la adherencia de los tratamientos. (Tardón, 2010)

La fe, así como la religiosidad pueden tener la capacidad de controlar los síntomas del estrés, generando mejores escenarios emocionales; acciones como rezar, pueden crear la sensación de mayor control sobre una situación negativa, y también contribuyen a prevenir ciertos hábitos como el alcoholismo. Del mismo modo, los individuos más religiosos suelen tener una mejor salud mental y presentan menor incertidumbre ya que tienen mayor control sobre las situaciones.

2.2.2.9.El dominio salud

Que representa las condiciones de salud psicológica, física, de los miembros de la familia.

Modelo de creencias en salud: la cual fue diseñada en función a una valoración subjetiva de la salud respecto a una determinada expectativa. Nos explica que la salud es entendida como el anhelo de impedir la enfermedad o sufrimiento, mientras que la expectativa se considera como la aceptación de que una actitud o acción podrá prevenir la ocurrencia de una enfermedad, o ayudar a recuperarse de ella. También, agrupa diversos elementos como: variaciones en la conducta, factores motivacionales, las cuales afectan las elecciones que realiza una persona ya diagnosticada con una enfermedad, generando así una conducta frente a la salud. (Mendoza & Figueroa , 1998)

De acuerdo al modelo de creencias en salud, las conductas frente a una situación de posible enfermedad y ya diagnosticada la enfermedad en la persona, es el resultado de un conglomerado de creencias y valoraciones internas del individuo. El proceso implica que la persona inicia con percepciones individuales, tales como la susceptibilidad y la gravedad que percibe; luego intervienen en su comportamiento factores modificantes, los que pueden ser: variables demográficas, variables psicosociales (clase social, presión de grupo), y finalmente, la probabilidad de acción, en el que se evalúan los beneficios y los costos de ejecutar o no la acción frente a la enfermedad.

Según los científicos especialistas en el tema, la conducta de la persona se debe principalmente a dos variables: a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. (Moreno San Pedro & Roales Nieto, 2003)

El primero se refiere al anhelo de la persona de impedir la enfermedad, es decir prevenir dicha situación crítica, así también se refiere a el deseo de recuperarse pronto de una situación desfavorable. En tanto que, la segunda variable considera al conjunto de creencias, opiniones de que una actitud positiva tienen la capacidad de prevenir cierta enfermedad, y en circunstancias en que la persona ya posee el mal, la opinión de que una actitud y comportamiento tiene la capacidad de contribuir a la pronta recuperación.

2.3.DEFINICIONES DE CONCEPTUALES

Calidad de vida

La OMS brinda la siguiente definición de calidad de vida. Se concibe por calidad de vida a la percepción que posee un individuo de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en función con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se menciona como un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. (OMS, 2005)

Definiciones por diversos autores

Schalock & Verdugo (2007), enfatizan en la multidimensionalidad de la calidad de vida, considerando incluso las vivencias y valores que la persona experimenta y genera a lo largo de su vida, y considera estos como determinantes fundamentales para darle una definición a lo que es calidad de vida:

“Es un concepto multidimensional que incluye un número de dimensiones que reflejan los valores positivos y las experiencias de la vida. Pero, estas dimensiones son sensibles a las diferentes perspectivas culturales y vitales que normalmente incluyen estados deseados relativos al bienestar personal”.

Calman (1987), ofrece una definición más subjetiva de calidad de vida con lo que respecta a otros autores, en la que integra conceptos más ideales o llamados también de espiritualidad:

“Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar (...) medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente”.

Ferrans (1990), considera la calidad de vida desde un enfoque de satisfacción, dando importancia a lo que respecta al bienestar personal:

“Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.”.

Definiciones de las dimensiones:

Bienestar Económico

Conjunto de satisfacciones e insatisfacciones que pueden ser medidas en dinero. El Bienestar Económico es la parte del Bienestar General que puede, directa o indirectamente, ser cuantificada en términos monetarios (Pigou, 1920)

Amigos

La amistad (philia) es una virtud porque es lo más necesario para la vida “*nadie querría vivir sin amigos, aun teniendo todas las demás cosas buenas*”. (Aristóteles, s/f)

Vecindario y comunidad

La vecindad y la comunidad poseen relevancia, existe una teoría de la eficacia colectiva y sus consideraciones para el gobierno de los barrios qué parece funcionar, y si no funciona, puede funcionar con la ayuda adecuada. (Sampson, 2004)

Vida familiar y hogar

Las familias son mucho más que grupos de individuos. Las familias tienen sus propias aspiraciones y metas. También es el espacio donde cada niño y adulto debe apreciar que él o ella son especiales y son estimulados para lograr sus propios sueños, es un lugar donde la individualidad de cada uno puede florecer. (American Academy of Pediatrics, 2018)

Pareja

Conjunto de dos personas, animales o cosas que tienen entre sí alguna correlación o semejanza, y especialmente el formado por hombre y mujer. (Real Academia Española, 2018)

Ocio

Es el conjunto de actividades a las que el individuo puede dedicarse voluntariamente, ya sea para descansar, para divertirse o para desarrollar su información o formación de manera desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad innovadora cuando se ha librado de sus ocupaciones profesionales, familiares o sociales. (Dumazedier, 1971)

Medios de Comunicación

Conjunto de técnicas que permiten la difusión de mensajes escritos o audiovisuales a una audiencia numerosa y heterogénea. (El Pequeño Larousse Ilustrado, 1999)

Religión

Es un sistema compartido de creencias y prácticas asociadas, que se articulan en torno a la naturaleza de las fuerzas que configuran el destino de los seres humanos. (Lenski, 1963)

Salud

Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS, 2013)

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO UTILIZADO

3.1.1. Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo no experimental porque no se alterará las variables de estudio; es decir, no se aplicará cambios intencionados en las variables.

La investigación no experimental; según Hernández, Fernández, & Baptista, (2010); es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables; es decir, es una investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.(Hernández, Fernández, & Baptista, 2010)

3.1.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación corresponde al descriptivo - transversal; cuyo propósito y utilidades es describir una variable (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), para lo cual se usa el siguiente diseño:

Dónde:

M \longrightarrow X

M : Pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco

X : Nivel de Calidad de vida

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

3.2.1. Población

La población de estudio se encuentra conformada por un total de 50 pacientes adultos oncológicos de ambos géneros, masculino y femenino, por lo que es de tipo censal. Los participantes que han sido seleccionados tienen que cumplir el requisito de tener 18 años

a más, y que, además, estén en condiciones de responder la evaluación para obtener un resultado óptimo, y, por último, los pacientes adultos oncológicos deben pertenecer al hospital Regional de la ciudad del Cusco.

El hospital Regional de la ciudad de Cusco es un hospital nacional que tiene a pacientes de todo estrato social, el hospital se encuentra ubicado en Av. de la Cultura s/n (1,82 km) 84 Cuzco. El hospital Regional de Cusco tiene como director al médico Víctor Bejar Bravo.

El Hospital Regional se creó el 17 de diciembre de 1954, por Resolución Suprema, del 17 de diciembre de 1954, en el cual se dispone la expropiación de los distintos terrenos denominados Sacristaniyoc de Accomocco, de propiedad del Arzobispado del Cusco, y del Dr. Mariano García, respectivamente.

Es por ello que se inicia los trabajos de factibilidad, Ante – Proyecto y Proyectos de la Construcción, en el Gobierno de Manuel Prado Ugarte, extendido por la junta de Gobierno que lo continuo y por último inaugurado el 23 de junio de 1964 en el primer periodo del Arquitecto Fernando BELAUNDE TERRY, para luego en octubre del mismo año entra en funcionamiento para el público en general tras su implementación con personal, con una capacidad de resolución adecuada. La primera paciente intervenida fue a la señora NIETO VILLA, que ingreso por presentar un cuadro de Colecistitis aguda, dándosele de alta en forma favorable.

El área de oncología es en donde se realizado las muestras tomadas a cada uno de los pacientes. Al observar a los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco, se pudo constatar que la calidad de vida es muy importante más que todo en pacientes que afrontan problemas de salud.

3.2.2. Muestra

La muestra es de tipo censal; es decir, se evaluó el 100% de la población, conformada por 50 pacientes adultos oncológicos de 18 años a más del hospital Regional de la ciudad del Cusco.

La presente investigación se realizó a los pacientes adultos oncológicos, tanto del sexo masculino como femenino.

3.3. IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLE Y SU OPERACIONALIZACIÓN

3.2.3. Operacionalización de la variable

Variable	Dimensiones	N° de Ítems	Indicadores	Niveles
<p>Calidad de Vida:</p> <p>La calidad de vida es un constructo multidimensional y está relacionado con la salud como componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la persona con su</p>	<p>Bienestar Económico:</p> <p>Conjunto de satisfacciones e insatisfacciones que pueden ser medidas en dinero. El Bienestar Económico es la parte del Bienestar General que puede, directa o indirectamente, ser cuantificada en términos monetarios. (Pigou, 1920)</p>	9	(1,2,3,4,5,6,7,8,9)	<p>1.-Insatisfecho</p> <p>2.-Un poco satisfecho</p> <p>3.-Más o menos satisfecho</p> <p>4.-Bastante satisfecho</p> <p>5.-Completamente satisfecho</p>

ambiente. (Olson & Barnes, 1982)	Amigos: La amistad (philia) es una virtud porque es lo más necesario para la vida " <i>nadie querría vivir sin amigos, aun teniendo todas las demás cosas buenas</i> ". (Aristóteles, s/f)	7	(10,11,12,13,14,15,16)
	Vecindario y comunidad: La vecindad y la comunidad tienen importancia, existe una teoría de la eficacia colectiva y sus implicaciones para el gobierno de los barrios que parece funcionar, y si no funciona, puede funcionar con la ayuda adecuada. (Sampson, 2004)	5	(17,18,19,20,21)

	<p>Vida familiar y hogar:</p> <p>Las familias son mucho más que grupos de individuos. Las familias tienen sus propias metas y aspiraciones. También es el lugar donde cada niño y adulto debe sentir que él o ella son especiales y son estimulados para lograr sus propios sueños, es un lugar donde la individualidad de cada uno puede florecer. (American Academy of Pediatrics, 2018)</p>	10	(22,23,24,25,26,27,28,29,30,31)	
--	--	----	---------------------------------	--

	<p>Pareja: Conjunto de dos personas, animales o cosas que tienen entre sí alguna correlación o semejanza, y especialmente el formado por hombre y mujer. (Real Academia Española, 2018)</p>	6	(32,33,34,35,36,37)	
	<p>Ocio: Es el conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede dedicarse voluntariamente, sea para descansar, para divertirse o para desarrollar su información o formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora cuando</p>	5	(38,39,40,41,42)	

	se ha librado de sus ocupaciones profesionales, familiares o sociales. (Dumazedier, 1971)			
	Medios de Comunicación: Conjunto de técnicas que permiten la difusión de mensajes escritos o audiovisuales a una audiencia numerosa y heterogénea. (El Pequeño Larousse Ilustrado, 1999)	16	(43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58)	
	Religión: Es un sistema compartido de creencias y prácticas asociadas, que se articulan en torno a la naturaleza de las fuerzas que configuran el	7	(59,60,61,62,63,64,65)	

	destino de los seres humanos. (Lenski, 1963)			
	Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS, 2013)	4	(66,67,68,69)	

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

3.4.1. Ficha Técnica

Nombre:	Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes
Autores:	David Olson & Howard Barnes
Adaptado por:	Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo
Administración:	Individual o colectiva
Duración:	Aproximadamente 20 minutos
Nivel de aplicación:	A partir de 13 años
Finalidad:	Identificación de los niveles de calidad de vida

La calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que le ambiente le brinda para lograr la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus intereses en relación a los siguientes factores: Factor 1 (Bienestar económico), Factor 2 (Amigos), Factor 3 (Vecindario y Comunidad), Factor 4 (Vida Familiar y Hogar), Factor 5 (Pareja), Factor 6 (Ocio), Factor 7 (Medios de Comunicación), Factor 8 (Religión), Factor 9 (Salud).

3.4.2. Instrumento

Esta escala fue realizada por David Olson & Howard Barnes en 1982. Los objetivos propuestos de la presente escala son medir las distintas percepciones a nivel individual de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia primordial de los individuos como, por ejemplo, vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc. (Díaz, Palacios, Moringa, & Mayorga, 2000)

Se desarrollaron una versión, dirigida a los pacientes adultos oncológicos con 69 ítems y 9 áreas (Bienestar económico; amigos; vecindario y comunidad; vida familiar y hogar; pareja; ocio; medios de comunicación; religión y salud).

Los ítems son de tipo Likert con las siguientes opciones: Insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho, bastante satisfecho y completamente satisfecho.

Materiales:

Cuadernillo de la prueba, lápiz, borrador y un tarjador.

Confiabilidad:

Se trabajó mediante el método test re test, usándola en pacientes adultos oncológicos con 50 sujeto. La correlación de Pearson para los nueve factores va desde .30 hasta .947. La confiabilidad de la consistencia interna se determinó con el coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach, el cual fue de: Bienestar económico (.93), amigos (.83), vecindario y comunidad (.87), vida familiar y hogar (.89), pareja (.95), ocio (.90), medios de comunicación (.89), religión (.88) y salud (.85).

Validez:

Esta escala fue determinada mediante la validez de construcción a partir del análisis factorial, el cuál sustentó la estructura conceptual de la escala, con pocas excepciones.

La validez de constructo también fue estudiada a partir del análisis de ítems, aquí es donde se observó que los participantes respondieron de manera variable en el ítem, donde las respuestas incluían toda la gama de opciones, 1 como puntaje mínimo y 5 como puntaje máximo, teniendo que pasar por las alternativas intermedias. Al analizar las tablas de distribución porcentual, también se obtuvieron que en todos los casos el porcentaje de respuestas no contestadas hayan sido mínimo y por el contrario han respondido a los ítems presentados.

De esta misma manera respecto al índice de homogeneidad todos los ítems obtuvieron puntajes superiores al margen aceptable, pudiendo señalar que todos discriminan en la misma dirección que el instrumento total.

Los instrumentos aplicados con los otros constructores medidos y con los análisis realizados pueden señalarse que La Escala De Calidad de Vida posee validez de constructo para medir la calidad de vida en grupos poblacionales similares a la muestra estudiada, dado que se aprecian resultados relacionados con los teóricamente deseados.

Normas de Aplicación:

Se les dice y se les muestra a las personas o grupos a evaluarse que se les hará entrega de un cuestionario en el cual cada uno tendrá que colocar sus datos personales y explicarán de la manera cómo ellos se sienten en relación a los aspectos de su vida. Para esto ustedes pueden elegir de entre las siguientes alternativas presentadas a continuación:

Insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho, bastante satisfecho y completamente satisfecho.

La persona que examine puede leer en voz alta todas las instrucciones que aparecen en el cuadernillo y responder a las diversas interrogantes de todos los examinados y en correspondencia a las instrucciones dadas.

Se puede dar la indicación que ellos deben de contestar a cada una de las preguntas sin dejar de responder ninguna y que cada pregunta tiene que contar sólo con una respuesta.

Normas de corrección y calificación:

Se puede desarrollar de la siguiente manera presente a continuación:

Se sumarán las puntuaciones en las que correspondan a cada uno de los ítems respondidos, teniendo en consideración de que cada una de las respuestas tiene un único puntaje correspondiente que puede ser: 5, 4, 3, 2, 1, teniendo en consideración la marca realizada por el examinado.

Todas las puntuaciones directas obtenidas se ubicarán en la parte final de la prueba.

Las puntuaciones directas que se obtuvieron se transformarán en centiles a través de las tablas baremos correspondientes.

Baremación:

Se ofrecen los baremos en percentiles, obtenidos en una muestra de 50 pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco. Y para los factores se realizó el método de interpolación de puntajes.

Categorización de los Puntajes T para la Escala de Calidad de Vida

Puntajes	Categorías
Más del 302	Óptima Calidad de Vida
233 a 301	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida
164 a 232	Buena Calidad de Vida
95 a 163	Tendencia a una Baja Calidad de Vida
94 a menos	Baja Calidad de Vida

Categorización de los Puntajes T para el factor Bienestar Económico

Puntajes	Categorías
Más del 40	Óptima Calidad de Vida
31 a 39	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida
22 a 30	Buena Calidad de Vida
13 a 21	Tendencia a una Baja Calidad de Vida
12 a menos	Baja Calidad de Vida

Categorización de los Puntajes T para el factor Amigos

Puntajes	Categorías
Más del 35	Óptima Calidad de Vida
27 a 34	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida
19 a 26	Buena Calidad de Vida
11 a 18	Tendencia a una Baja Calidad de Vida
10 a menos	Baja Calidad de Vida

Categorización de los Puntajes T para el factor Vecindario y Comunidad

Puntajes	Categorías
Más del 23	Óptima Calidad de Vida
18 a 22	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida
13 a 17	Buena Calidad de Vida
8 a 12	Tendencia a una Baja Calidad de Vida
7 a menos	Baja Calidad de Vida

Categorización de los Puntajes T para el factor Vida Familiar y Hogar

Puntajes	Categorías
Más del 45	Óptima Calidad de Vida
35 a 44	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida
25 a 34	Buena Calidad de Vida
15 a 24	Tendencia a una Baja Calidad de Vida
14 a menos	Baja Calidad de Vida

Categorización de los Puntajes T para el factor Pareja

Puntajes	Categorías
Más del 30	Óptima Calidad de Vida
23 a 29	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida
16 a 22	Buena Calidad de Vida
9 a 15	Tendencia a una Baja Calidad de Vida
8 a menos	Baja Calidad de Vida

Categorización de los Puntajes T para el factor Ocio

Puntajes	Categorías
Más del 26	Óptima Calidad de Vida
20 a 25	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida
14 a 19	Buena Calidad de Vida
8 a 13	Tendencia a una Baja Calidad de Vida
7 a menos	Baja Calidad de Vida

Categorización de los Puntajes T para el factor Medios de Comunicación

Puntajes	Categorías
Más del 74	Óptima Calidad de Vida
57 a 73	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida
40 a 56	Buena Calidad de Vida
23 a 39	Tendencia a una Baja Calidad de Vida
22 a menos	Baja Calidad de Vida

Categorización de los Puntajes T para el factor Religión

Puntajes	Categorías
Más del 35	Óptima Calidad de Vida
27 a 34	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida
19 a 26	Buena Calidad de Vida
11 a 18	Tendencia a una Baja Calidad de Vida
10 a menos	Baja Calidad de Vida

Categorización de los Puntajes T para el factor Salud

Puntajes	Categorías
Más del 21	Óptima Calidad de Vida
16 a 20	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida
11 a 15	Buena Calidad de Vida
6 a 10	Tendencia a una Baja Calidad de Vida
5 a menos	Baja Calidad de Vida

CAPITULO IV

PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS

Ya recolectada la información necesaria para la presente investigación, se procedió a lo siguiente:

- Tabular la información, codificarla y transferirla a un software estadístico llamado SPSS 23 y MS Excel 2016.
- Se determinó la distribución de las frecuencias y la incidencia participativa con sus respectivos porcentajes, los cuales son datos que pertenecen al instrumento de investigación.
- Se consideró aplicar las técnicas estadísticas de valor máximo y valor mínimo.

Media aritmética:

$$(X) = \bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^N X_i}{N}$$

4.2.PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Estadísticos

Tabla 1. Puntaje Total.

Puntaje Total		
N	Válido	44
	Perdidos	0
Media		134,5
Mínimo		91
Máximo		177

Fuente: Elaboración propia

El estudio que se realizó a 50 pacientes, en función a la Calidad de Vida, tiene como interpretación lo siguiente:

Una media de 134,5 que se categoriza como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.

Un valor máximo de 177 que se categoriza como “Buena Calidad de Vida”.

Un valor mínimo de 91 que se categoriza como “Baja Calidad de Vida”.

Tabla 2. Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes a Calidad de Vida.

	BIENESTARE CONOMICO	AMIGOS	VECINDARIO Y COMUNIDAD	VIDA FAMILIAR Y HOGAR	PAREJA	OCIO	MEDIOS DE COMUNICACIÓN	RELIGIÓN	SALUD
Válido	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	14,28	14,04	8,78	23,34	12,76	8,20	25,26	16,74	8,20
Mínimo	9	8	5	12	6	5	17	9	4
Máximo	19	19	13	42	21	14	34	25	12

Fuente: Elaboración propia

En el factor Bienestar Económico se puede observar lo siguiente:

- La media es de 14,28 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- Un mínimo es de 9 que vendría a categorizarse como “Baja Calidad de Vida”.
- Un máximo es de 19 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.

En el factor Amigos se puede observar lo siguiente:

- Una media es de 14.04 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- Un mínimo es de 8 que vendría a categorizarse como “Baja Calidad de Vida”.
- Un máximo es de 19 que vendría a categorizarse como “Buena Calidad de Vida Óptima”.

En el factor Vecindario y Comunidad se puede observar lo siguiente:

- Una media es de 8,78 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- Un mínimo es de 5 que vendría a categorizarse como “Baja Calidad de Vida”.
- Un máximo es de 13 que vendría a categorizarse como “Buena Calidad de Vida”.

En el factor Vida Familiar y Hogar se puede observar lo siguiente:

- Una media es de 23,34 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- Un mínimo es de 12 que vendría a categorizarse como “Baja Calidad de Vida”.
- Un máximo es de 42 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Óptima Calidad de Vida”.

En el factor Pareja se puede observar lo siguiente:

- Una media es de 12,76 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- Un mínimo es de 6 que vendría a categorizarse como “Baja Calidad de Vida”.
- Un máximo es de 21 que vendría a categorizarse como “Buena Calidad de Vida”.

En el factor Ocio se puede observar lo siguiente:

- Una media es de 8,20 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- Un mínimo es de 5 que vendría a categorizarse como “Baja Calidad de Vida”.
- Un máximo es de 14 que vendría a categorizarse como “Buena Calidad de Vida”.

En el factor Medios de Comunicación se puede observar lo siguiente:

- Una media es de 25,26 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- Un mínimo es de 17 que vendría a categorizarse como “Baja Calidad de Vida”.
- Un máximo es de 34 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.

En el factor Religión se puede observar lo siguiente:

- Una media es de 16,74 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- Un mínimo es de 9 que vendría a categorizarse como “Baja Calidad de Vida”.
- Un máximo es de 25 que vendría a categorizarse como “Buena Calidad de Vida”.

En el factor Salud se puede observar lo siguiente:

- Una media es de 8,20 que vendría a categorizarse como “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- Un mínimo es de 4 que vendría a categorizarse como “Baja Calidad de Vida”.
- Un máximo es de 12 que vendría a categorizarse como “Buena Calidad de Vida”.

Con estos resultados obtenidos se demostrará, a continuación, los siguientes gráficos estadísticos para poder observar los índices correspondientes a la calidad de vida y a sus respectivos factores.

Objetivo General

Tabla 3. Niveles de Calidad de Vida.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja Calidad de Vida	9	18,0	18,0	18,0
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	36	72,0	72,0	90,0
	Buena Calidad de Vida	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

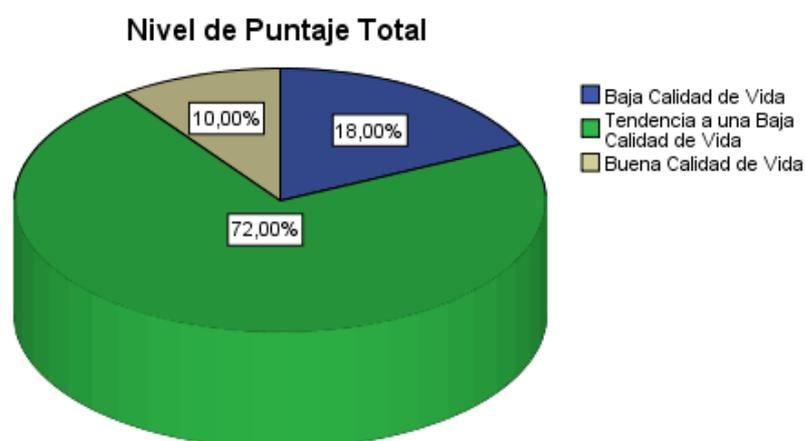


Figura 1. Nivel de Calidad de Vida (Fuente: Elaboración propia)

Comentario: El nivel de calidad de vida se considera como una “Tendencia a Baja Calidad de Vida”. Se obtuvieron como resultado:

- 72% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 18% Baja Calidad de Vida.
- 10% Buena Calidad de Vida

Objetivos Específicos

Objetivo 1. Niveles de calidad de vida: Bienestar Económico

Tabla 4. Bienestar Económico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja Calidad de Vida	14	28,0	28,0	28,0
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	36	72,0	72,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

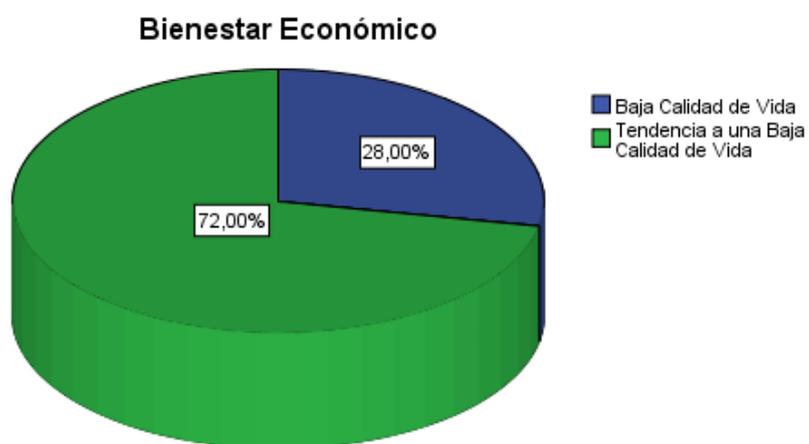


Figura 2. Bienestar Económico (Fuente: Elaboración propia)

Comentario: El nivel de calidad de vida: Bienestar Económico se considera una “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”. Se obtuvieron como resultados:

- 72% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 28% Baja Calidad de Vida.

Objetivo 2. Niveles de calidad de vida: Amigos

Tabla 5. Amigos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja Calidad de Vida	7	14,0	14,0	14,0
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	42	84,0	84,0	98,0
	Buena Calidad de Vida	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

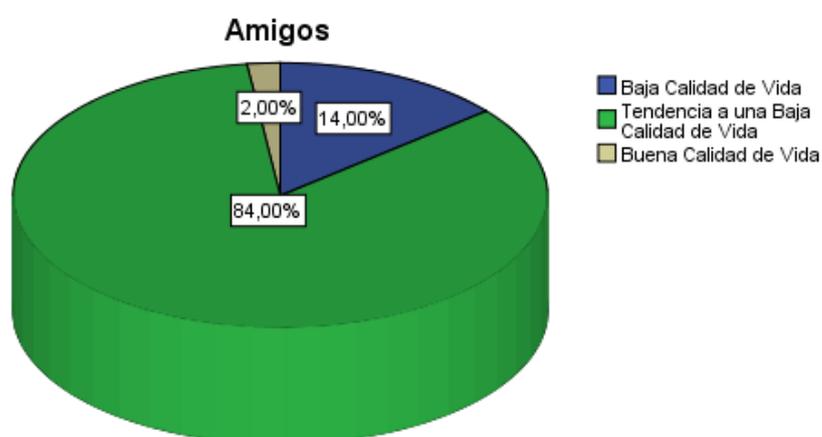


Figura 3. Amigos (Fuente: Elaboración propia)

Comentario: El nivel de calidad de vida: Amigos se considera una “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”. Se obtuvieron como resultados:

- 84% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 14% Baja Calidad de Vida.
- 2% Buena Calidad de Vida.

Objetivo 3. Niveles de Calidad de vida: Vecindario y Comunidad

Tabla 6. Vecindario y Comunidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja Calidad de Vida	10	20,0	20,0	20,0
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	39	78,0	78,0	98,0
	Buena Calidad de Vida	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia



Figura 4. Vecindario y Comunidad (Fuente: Elaboración propia)

Comentario: El nivel de calidad de vida: Vecindario y Comunidad se considera una “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”. Se obtuvieron como resultados:

- 78% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 20% Baja Calidad de Vida.
- 2% Buena Calidad de Vida.

Objetivo 4. Niveles de Calidad de vida: Vida Familiar y Hogar

Tabla 7. Vida Familiar y Hogar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja Calidad de Vida	3	6,0	6,0	6,0
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	25	50,0	50,0	56,0
	Buena Calidad de Vida	21	42,0	42,0	98,0
	Tendencia a una Óptima Calidad de Vida	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

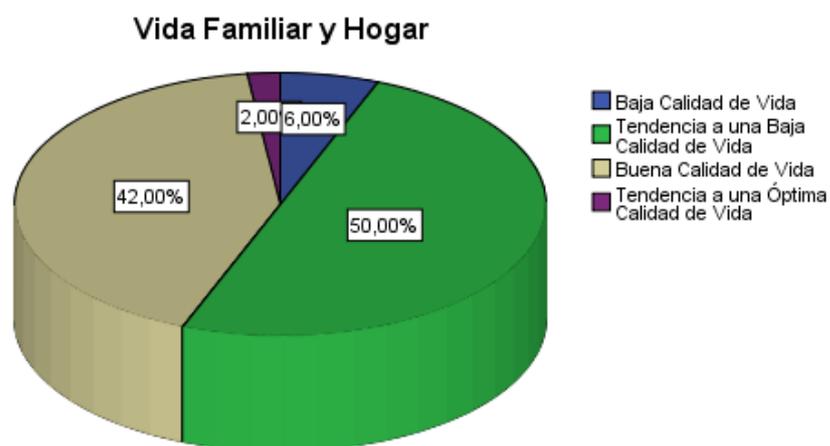


Figura 5. Vida Familiar y Hogar (Fuente: Elaboración propia)

Comentario: El nivel de calidad de vida: Vida Familiar y Hogar se considera una “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”. Se obtuvieron como resultados:

- 50% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 42% Buena Calidad de Vida.
- 6% Baja Calidad de Vida.
- 2% Tendencia a una Óptima Calidad de Vida.

Objetivo 5. Niveles de Calidad de vida: Pareja

Tabla 8. Pareja.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja Calidad de Vida	8	16,0	16,0	16,0
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	33	66,0	66,0	82,0
	Buena Calidad de Vida	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

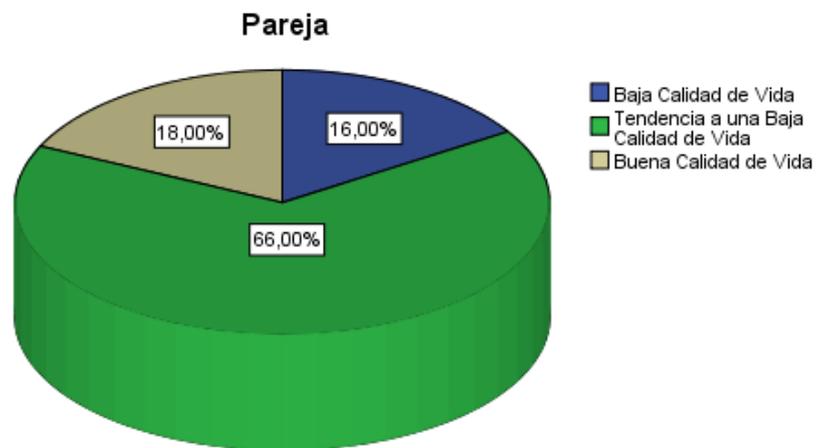


Figura 6. Pareja (Fuente: Elaboración propia)

Comentario: El nivel de calidad de vida: Pareja se considera una “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”. Se obtuvieron como resultado:

- 66% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 18% Buena Calidad de Vida.
- 16% Baja Calidad de Vida.

Objetivo 6. Niveles de Calidad de vida: Ocio

Tabla 9. Ocio.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid	Baja Calidad de Vida	24	48,0	48,0	48,0
o	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	25	50,0	50,0	98,0
	Buena Calidad de Vida	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

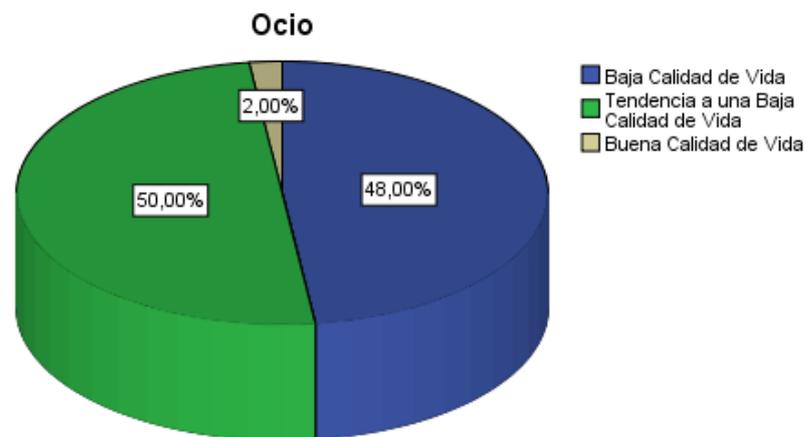


Figura 7. Ocio (Fuente: Elaboración propia)

Comentario: El nivel de calidad de vida: Ocio se considera una “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”. Se obtuvieron como resultados:

- 50% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 48% Baja Calidad de Vida.
- 2% Buena Calidad de Vida.

Objetivo 7. Niveles de Calidad de vida: Medios de Comunicación

Tabla 10. Medios de Comunicación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja Calidad de Vida	14	28,0	28,0	28,0
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	36	72,0	72,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

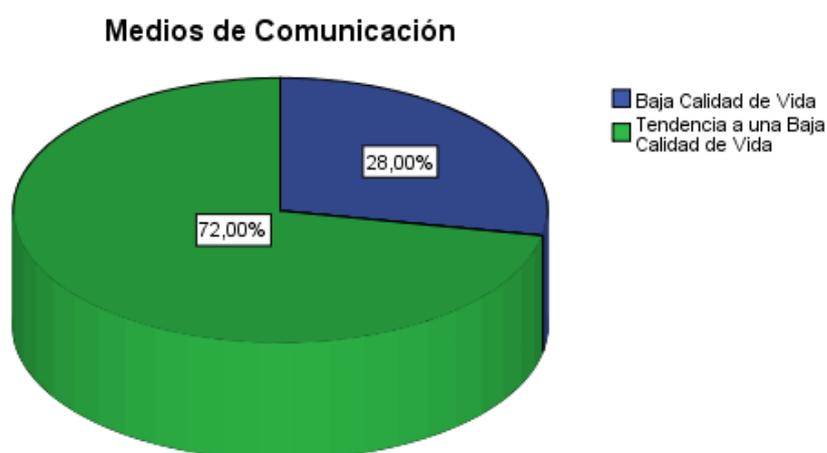


Figura 8. Medios de Comunicación (Fuente: Elaboración propia)

Comentario: El nivel de calidad de vida: Medios de Comunicación se considera una “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”. Se obtuvieron como resultados:

- 72% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 28% Baja Calidad de Vida.

Objetivo 8. Niveles de Calidad de vida: Religión

Tabla 11. Religión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja Calidad de Vida	5	10,0	10,0	10,0
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	26	52,0	52,0	62,0
	Buena Calidad de Vida	19	38,0	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

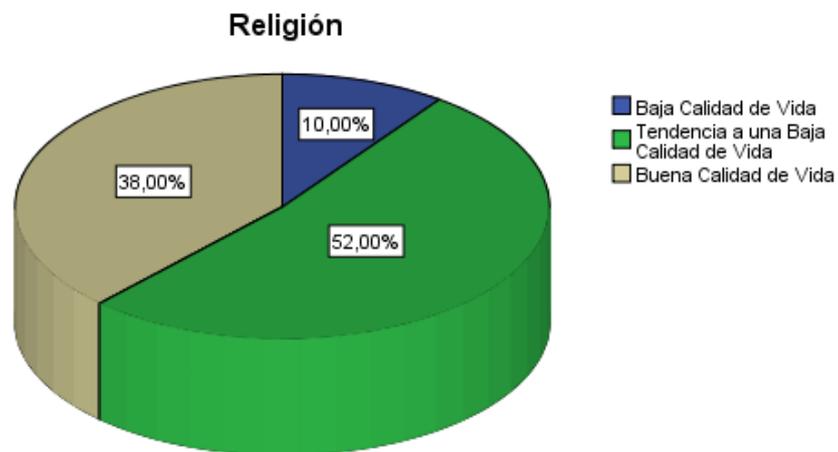


Figura 9. Religión (Fuente: Elaboración propia)

Comentario: El nivel de calidad de vida: Religión se considera una “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”. Se obtuvieron como resultados:

- 52% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 38% Buena Calidad de Vida.
- 10% Baja Calidad de Vida.

Objetivo 9. Niveles de Calidad de vida: Salud

Tabla 12. Salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja Calidad de Vida	10	20,0	20,0	20,0
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	32	64,0	64,0	84,0
	Buena Calidad de Vida	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

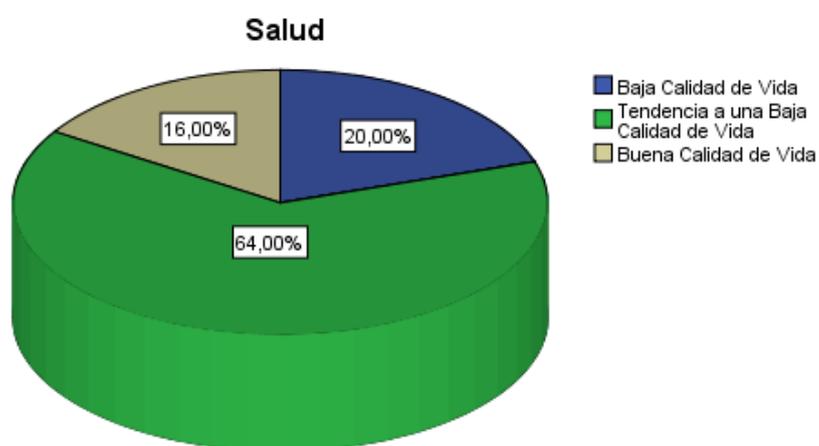


Figura 10. Salud (Fuente: Elaboración propia)

Comentario: El nivel de calidad de vida: Salud se considera una “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”. Se obtuvieron como resultados:

- 64% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 20% Baja Calidad de Vida.
- 16% Buena Calidad de Vida.

4.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según la obtención de resultados de la investigación realizada, a nivel general, se infiere lo siguiente, que el 72% de los pacientes adultos oncológicos posee una Tendencia a una Baja Calidad de Vida. El 18% posee una Baja Calidad de Vida. Y, por último, el 10% posee una Buena Calidad de Vida.

Este resultado guarda relación con la investigación realizada en Chile por Suárez Soto, la cual tiene como título “Calidad De Vida y Funcionamiento Familiar en Adolescentes con Depresión en Centros de Salud Pública”, en esta investigación se obtuvo los siguientes resultados: a nivel general indican que la calidad de vida laboral del personal secretarial de la Universidad de Oriente Núcleo de Anzoátegui es “Deficiente” debido al incumplimiento de sus normas, reglamento y políticas internas de dicha institución.

El resultado de la presente investigación guarda relación con la investigación realizada en la ciudad del Cusco por Ccahuantico Rodríguez, la cual tiene como título “Percepción de la Calidad de Vida y Felicidad en Pacientes del Área de Ginecología y Maternidad de un Hospital del Ministerio de Salud Cusco”, en esta investigación se obtuvo los siguientes resultados: del total de las encuestadas, el 45.5% presenta una baja calidad de vida y el 74.2% una mediana felicidad. La correlación entre las dimensiones de la variable felicidad y calidad de vida es significativa, por lo tanto, existe relación directa entre ambas.

En cuanto a los resultados obtenidos en la presente investigación, se deduce que la población estudiada presenta una tendencia a una baja calidad de vida lo cual tiene sustento, pues en la región de Cusco la calidad de vida que presenta posee dicha tendencia. Además, en el ámbito de estudio, el cual fue en el hospital Regional, los pacientes presentan dificultades, no solo a nivel de la salud, si no también, respecto a su forma de vida y de cómo se sienten en las condiciones en las que vive, todo esto conlleva a que la calidad de vida de los pacientes en el hospital Regional presenta una tendencia a una baja calidad de vida.

La ciudad del Cusco alberga una considerable población oriunda de las provincias de la Región del Cusco, y debido a que las provincias del Cusco presentan una baja calidad de vida, se justifica la tendencia a una baja calidad de vida que presenta la ciudad de

Cusco, debido al proceso de la emigración de parte de esta población migrante y por ende esto se refleja en los pacientes del hospital Regional.

Según la obtención de resultados de la investigación realizada en el factor Bienestar Económico se infiere lo siguiente, que el 72% de los pacientes adultos oncológicos posee una Tendencia a una Baja Calidad de Vida. Y el 28% posee una Baja Calidad de Vida.

Estos resultados se pueden deber a que en la mayoría de la población de estudio no cuentan con ingresos sostenibles, es por eso que al momento de adquirir medicamentos para sus tratamientos disponen de una gran parte de sus ingresos, impidiendo así que este dinero sea destinado para otros gastos.

Según la obtención de resultados de la investigación realizada en el factor Amigos se infiere lo siguiente, que el 84% de los pacientes adultos oncológicos posee una Tendencia a una Baja Calidad de Vida. El 14% posee una Baja Calidad de Vida y el 2% posee una Buena Calidad de Vida.

Estos resultados demuestran que la sociabilización con los amigos en su mayoría no es del disfrute de la población de estudio, esto puede ser debido a que por sus problemas de salud se le hace complicado disfrutar de actividades con amigos.

Según la obtención de resultados de la investigación realizada en el factor Vecindario y Comunidad se infiere lo siguiente, que el 78% de los pacientes adultos oncológicos posee una Tendencia a una Baja Calidad de Vida. El 20% posee una Baja Calidad de Vida. Y el 2% posee una Buena Calidad de Vida.

Estos resultados demuestran que la población de estudio no se siente a gusto con las relaciones comunales o de vecindario, pues encuentran dificultoso poder disfrutar de manera óptima el espacio en donde reside.

Según la obtención de resultados de la investigación realizada en el factor Vida Familiar y Hogar podemos inferir lo siguiente, que el 50% de los pacientes adultos oncológicos posee una Tendencia a una Baja Calidad de Vida. El 42% posee Buena Calidad de Vida, el 6 % posee una Baja Calidad de Vida. Y, por último, el 2% posee una Tendencia a una Óptima Calidad de Vida.

Estos resultados indican que la vida familiar que se da en los hogares de la mitad población de estudio es de un ambiente hostil ya sea por distintos problemas acerca de convivencia familiar, pero casi en el mismo porcentaje de la población de estudio muestra que tiene una buena relación con su familia y hogar, debido a que en estas familias si hay afecto familiar, lo cual es beneficioso para el paciente.

Según la obtención de resultados de la investigación realizada en el factor Pareja podemos inferir lo siguiente, que el 66% de los pacientes adultos oncológicos posee una Tendencia a una Baja Calidad de Vida. El 18% posee una Buena Calidad de Vida y el 16% posee una Baja Calidad de Vida.

En estos resultados se refleja que la relación con la pareja en la población de estudio tiende a hacer mala, ya sea por los problemas de salud que presentan los pacientes o por otros motivos, como el estilo de vida, por ejemplo.

Según la obtención de resultados de la investigación realizada en el factor Ocio podemos inferir lo siguiente, que el 50% de los pacientes adultos oncológicos posee una Tendencia a una Baja Calidad de Vida. El 48% posee una Baja Calidad de Vida y el 2% posee una Buena Calidad de Vida.

Los resultados muestran que la gran mayoría de la población de estudio no dispone de un tiempo adecuado para recrearse, esto se puede deber a que por los problemas de salud que presentan se les hace impedimento de poder disfrutar practicando algún deporte o poder descansar las horas necesarias.

Según la obtención de resultados de la investigación realizada en el factor Medios de Comunicación podemos inferir lo siguiente, que el 72% de los pacientes adultos oncológicos posee una Tendencia a una Baja Calidad de Vida. Y el 28% posee una Baja Calidad de Vida.

Los resultados indican que la población de estudio se demuestra inconforme con los medios de comunicación que hace uso para estar informado o como parte de su recreación, la cual se puede deber por distintos motivos tales como mala programación, contenido inadecuado, información incorrecta, etc.

Según la obtención de resultados de la investigación realizada en el factor Religión podemos inferir lo siguiente, que el 52% de los pacientes adultos oncológicos posee una

Tendencia a una Baja Calidad de Vida. El 38% posee una Buena Calidad de Vida y el 10% posee una Baja Calidad de Vida.

Los resultados indican que en la parte espiritual de un poco más de la mitad de población de estudio no logra practicar la religión de manera adecuada debido al poco tiempo que disponen para las actividades religiosas, pero también existe una parte considerable de la población de estudio que logra practicar actividades religiosas de manera gratificante.

Según la obtención de resultados de la investigación realizada en el factor Salud podemos inferir lo siguiente, que el 64% de los pacientes adultos oncológicos posee una Tendencia a una Baja Calidad de Vida. El 20% posee una Baja Calidad de Vida y el 16% posee una Buena Calidad de Vida.

Los resultados demuestran que la salud de la población de estudio no se encuentra del todo bien y que tiene una tendencia negativa, esto puede deberse a factores como el estado de salud en el que cada uno se encuentra, así como las secuelas psíquicas que estas traen.

4.4.CONCLUSIONES

- El nivel de calidad de vida que predomina en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional, se encuentra en la categoría de “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- El nivel de Bienestar Económico, como factor de la Calidad de Vida en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional se encuentra dentro de la categoría “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- El nivel de Amigos, como factor de la Calidad de Vida en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional se encuentra dentro de la categoría “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- El nivel de Vida Vecindario y Comunidad como factor de la Calidad de Vida en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional se encuentra dentro de la categoría “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- El nivel de Vida Familiar y Hogar, como factor de la Calidad de Vida en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional se encuentra dentro de la categoría “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.

- El nivel de Pareja, como factor de la Calidad de Vida en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional se encuentra dentro de la categoría de “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- El nivel de Ocio, como factor de la Calidad de Vida en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional se encuentra dentro de la categoría “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- El nivel de Medios de Comunicación como factor de la Calidad de Vida en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional se encuentra dentro de la categoría de “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- El nivel de Religión, como factor de la Calidad de Vida en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional se encuentra dentro de la categoría “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.
- El nivel de Salud como factor de la Calidad de Vida en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional se encuentra dentro de la categoría de “Tendencia a una Baja Calidad de Vida”.

4.5.RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados y conclusiones obtenidas se mencionan a continuación las siguientes recomendaciones a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos oncológicos:

- Elaborar un programa de intervención el cual esté relacionado con la dinámica del hospital con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos oncológicos.
- Brindar y promover conocimientos a los pacientes adultos oncológicos del hospital a fin de mejorar y brindar un beneficio en lo concerniente a calidad de vida logrando así mejorar la calidad de vida a sus futuras generaciones.
- La investigación realizada no solo debe ayudar a conocer la situación de los pacientes en el área de oncología, es importante ofrecer, a partir de la presente investigación, orientación a la mejora de calidad de vida a las demás áreas del hospital a fin de ofrecer un trabajo preventivo.
- Implementar un programa de Calidad de Vida en el hospital Regional en donde se pueda obtener toda la información necesaria, así como también poder

ejecutar evaluaciones, test, diagnósticos para posteriormente realizar orientaciones, charlas, etc., logrando de esta manera que los pacientes puedan mejorar su calidad de vida a largo plazo.

- Capacitar a los médicos y al personal de enfermería del hospital Regional acerca del programa de calidad de vida que se tiene pensado implementar.
- Realizar un seguimiento continuo y riguroso en cuanto a los resultados que van a obtener con la implementación del programa de calidad de vida.
- La implementación del programa de calidad de vida debe estar administrada y supervisada por personal especializado en lo que concierne a calidad de vida.

CAPITULO V

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

PROPUESTA

5.1.DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA

“Programa para mejora de la calidad de vida del paciente adulto oncológico del hospital Regional del Cusco”

5.2.JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

De acuerdo con los resultados de la investigación de calidad de vida en los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco, se obtuvo lo siguiente:

En el nivel de calidad de vida se obtuvieron como resultado:

- 72% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 18% Baja Calidad de Vida.
- 10% Buena Calidad de Vida

En el factor bienestar económico se obtuvieron como resultado:

- 72% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 28% Baja Calidad de Vida.

En el factor amigos se obtuvieron como resultado:

- 84% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 14% Baja Calidad de Vida.
- 2% Buena Calidad de Vida.

En el factor vecindario y comunidad se obtuvieron como resultado:

- 78% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 20% Baja Calidad de Vida.
- 2% Buena Calidad de Vida.

En el factor vida familiar y hogar se obtuvieron como resultado:

- 50% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 42% Buena Calidad de Vida.
- 6% Baja Calidad de Vida.
- 2% Tendencia a una Óptima Calidad de Vida.

En el factor pareja se obtuvieron como resultado:

- 66% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 18% Buena Calidad de Vida.
- 16% Baja Calidad de Vida

En el factor ocio se obtuvieron como resultado:

- 50% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 48% Baja Calidad de Vida.
- 2% Buena Calidad de Vida.

En el factor medios de comunicación se obtuvieron como resultado:

- 72% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 28% Baja Calidad de Vida.

En el factor religión se obtuvieron como resultado:

- 52% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 38% Buena Calidad de Vida.
- 10% Baja Calidad de Vida.

En el factor salud se obtuvieron como resultado:

- 64% Tendencia a una Baja Calidad de Vida.
- 20% Baja Calidad de Vida.
- 16% Buena Calidad de Vida.

5.3.ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

5.3.1. Objetivo general

Desarrollar un programa de mejora de calidad de vida basada en el fortalecimiento de las capacidades para incrementar el nivel de calidad de vida en los pacientes oncológicos del hospital Regional del Cusco.

5.3.2. Objetivos específicos

- Mejorar la calidad de vida a través del fortalecimiento de la capacidad emprendedora, enfocado al bienestar económico de los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco.
- Mejorar la calidad de vida a través del fortalecimiento de la capacidad de las relaciones interpersonales, enfocado a los amigos de los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco.
- Mejorar la calidad de vida a través del fortalecimiento de la capacidad de las relaciones interpersonales, enfocado al vecindario y comunidad de los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco.
- Mejorar la calidad de vida a través del fortalecimiento de la capacidad de comunicación, enfocado a la vida familiar y hogar de los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco.
- Mejorar la calidad de vida a través de la capacidad de comunicación, enfocado a la pareja de los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco.
- Mejorar la calidad de vida a través del fortalecimiento de la capacidad de planificación, enfocado al ocio de los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco.

- Mejorar la calidad de vida a través del fortalecimiento de la capacidad de selección de información, enfocado a los medios de comunicación de los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco.
- Mejorar la calidad de vida a través del fortalecimiento de la capacidad respecto a la espiritualidad, enfocado a la religión de los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco.
- Mejorar la calidad de vida a través de la capacidad para elaborar alimentos saludables, enfocado a la salud de los pacientes adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco.

5.4.SECTOR AL QUE SE DIRIGE

El presente programa está dirigido a los pacientes adultos oncológicos que pertenecen al hospital Regional del Cusco, que no poseen una buena calidad de vida, presentándose en estos pacientes problemas psicológicos tales como depresión, angustia, temores, inseguridad, etc.

5.5.ESTABLECIMIENTO DE CONDUCTAS / META

Los comportamientos y conductas que se observaron en los pacientes adultos oncológicos que no poseen buena calidad de vida son:

- Preocupaciones
- Angustias y ansiedad
- No practican deporte alguno
- Muestran signos de agresividad
- Apáticos
- No muestran felicidad en lo que respecta al lado afectivo-familiar y económico.

Después de implementarse el presente programa se espera los siguientes resultados:

- Disminuir los niveles de preocupación, enseñándoles a como pensar en resolver los problemas que los aquejan.
- Disminuir los niveles de angustia y ansiedad, los cuales son efecto de la baja calidad de vida que presentan.
- Disminuir la percepción inadecuada de su bienestar económico.
- Mejorar la relación entre el paciente y sus amigos.
- Mejorar la relación entre el paciente y su vecindario y comunidad.
- Brindar mejoras para la integración en lo que respecta a su vida familiar y hogar del paciente.
- Brindar apoyo en lo que respecta a la relación afectiva-amorosa con su pareja del paciente.
- Incentivar al paciente para que organice mejor su tiempo y de esta forma que pueda disponer de tiempo libre para recrearse y practicar un ocio saludable y beneficioso.
- Favorecer de forma positiva la percepción de los medios de comunicación del que tiene acceso el paciente.
- Incrementar e incentivar fe y religiosidad en el paciente.
- Persuadir para que el paciente valore su salud mental y física y realice actividades que favorezcan a conservar una mejor salud.

5.6.METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

El programa de intervención se llevará a cabo tomando en cuenta una metodología activa y participativa en el cual los pacientes no solo recibirán información instructiva, sino que además cada uno de ellos tendrán la oportunidad de expresar y dar a conocer el problema que lo afecta y la postura que este tiene en relación a dicho problema, se interactuará en cada sesión, las cuales se realizarán de manera individual o en equipo.

Los pacientes participantes de dicho programa deberán llenar un formulario en el cual se describirá las sesiones programadas y el procedimiento respectivo, las cuales tendrán una duración de 10 semanas.

Las actividades que se llevarán a cabo con los pacientes será con una frecuencia de una vez por semana, lo cual implica formar 10 grupos compuesto por 5 pacientes por un periodo total de 10 semanas, y los horarios serán establecidos en función a la disposición de tiempo de los pacientes.

5.7.INSTRUMENTOS / MATERIAL A UTILIZAR

Los materiales que se utilizarán para realizar las sesiones se detallan a continuación:

Recursos humanos:

- Tutor
- Asistente
- Pacientes

Recursos materiales:

a) De infraestructura

La institución cuenta con amplios salones para la ejecución de las sesiones, así como con buena ventilación e iluminación.

b) De mobiliario

- Carpetas
- Folder
- Papelógrafos
- Papel bond
- Marcadores múltiples y de diferentes colores
- Lápices
- Bocaditos

- Materiales de cocina
- Frutos secos
- Frutas
- USB's
- Una sesión de lectura donde se leerá la Biblia
- Proyector
- Lapiceros rojo y azul

5.8.CRONOGRAMA

TIEMPO	Junio				Julio				Agosto	
	Semana				Semana				Semana	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
ACTIVIDADES										
Presentación e Introducción	X									
Incremento del bienestar económico a través del fortalecimiento de la capacidad emprendedora		X								
Mejora de las relaciones con los amigos a través del fortalecimiento de la capacidad de las relaciones interpersonales			X							
Mejora de las relaciones con el vecindario y comunidad a través del fortalecimiento de la capacidad de las relaciones interpersonales.				X						
Mejora de las relaciones con la familia y hogar a través del fortalecimiento de la capacidad de comunicación					X					
Mejora de la relación con la pareja a través del fortalecimiento de la capacidad de comunicación						X				

Mejora del ocio a través del fortalecimiento de la capacidad de planeación							X			
Fortalecimiento de la capacidad de selección de la información enfocado a los medios de comunicación								X		
Mejora de la religiosidad a través del fortalecimiento de la capacidad relacionado a la espiritualidad									X	
Mejora de la salud a través de la capacidad para elaborar alimentos saludables										X

✓ **Actividad: Presentación e Introducción**

Semana: 01

Sesión: 01

OBJETIVO:

Presentación del programa y brindar información de las actividades que se planea realizar en cada sesión.

ESTRATEGIA

Exposición

Rueda de preguntas

MATERIALES: Multimedia y diapositivas

TIEMPO: 60 minutos

DESARROLLO:

- Introducción y charla motivacional para una participación activa y generar compromiso de los pacientes de participar en las 9 sesiones restantes que se tiene programada.
- Comunicar sobre la metodología que se aplicará en cada sesión.
- Aclarar los objetivos que se pretenden lograr al finalizar cada sesión.

✓ **Actividad: Incremento del bienestar económico a través del fortalecimiento de la capacidad emprendedora.**

Semana: 02

Sesión: 02

OBJETIVO:

Que el paciente identifique su talento a partir del cual pueda generar ideas de negocios. Potenciar la habilidad de expresar de manera creativa las características emprendedoras que sí mismo y el de sus compañeros.

ESTRATEGIA

Exposición

Dinámica

Lluvia de ideas

Rueda de preguntas

MATERIALES: Multimedia, diapositivas, revistas, diarios, papelotes, hojas bond, plumones, goma y tijeras.

TIEMPO: 60 minutos

DESARROLLO:

- Esta sesión tendrá inicio con el ejercicio de “Espejito espejito”. Se inicia formando grupos de dos personas quienes se miran de frente, mientras que uno de ellos realiza interrogantes a la otra. Las preguntas pueden ser las siguientes: ¿estas interesado en iniciar un pequeño negocio?, ¿cuáles son tus motivaciones?, ¿te gustaría trabajar en equipo al iniciar tu negocio?, si tendrías que saltar de un puente, ¿serías el primero?, ¿el segundo? O ¿no saltarías? Luego de que se responden a las preguntas los roles se invierten. Luego de respondidas a todas las preguntas los participantes escriben en los papelotes haciendo uso de los periódicos y plumones de manera creativa las características que más destaque de su compañero. Es necesario usar recortar y pegar imágenes, frases, gráficos, etc., para describir al compañero. Y finalmente cada participante puede consultar a su compañero “ESPEJITO, ESPEJITO... ¿SERÉ UN BUEN EMPRENDEDOR? La dinámica termina con la explicación de parte del facilitador acerca de la importancia de cada una de las características emprendedoras.

- Se proyectan a través de las diapositivas experiencias de emprendedores que lograron superar las dificultades como enfermedades u otros problemas y que hoy en día son exitosos.
- Se da lugar para resolver las preguntas e inquietudes de cada uno de los participantes.

✓ **Actividad: Mejora de las relaciones con los amigos a través del fortalecimiento de la capacidad de las relaciones interpersonales**

Semana: 03

Sesión: 03

OBJETIVO:

El paciente logre técnicas de fortalecimiento de las relaciones interpersonales a través del cooperativismo, trabajo en equipo, solidaridad y compañerismo, para mejorar las relaciones con los amigos.

ESTRATEGIA

Exposición

Dinámica

Lluvia de ideas

Rueda de preguntas

MATERIALES: Multimedia, diapositivas, folio y bolígrafos.

TIEMPO: 60 minutos

DESARROLLO:

- Se empezará esta sesión con la realización de la dinámica denominada “De amigo a amigo”. Se inicia formando grupos de tres de manera voluntaria. El encargado debe explicar la importancia de expresarse con sinceridad, confianza y claridad entre los amigos. De la acción de observarse a los

ojos. Se les incita a generar un momento de confianza para comunicar las cosas que uno percibe del otro. El guía debe dar indicaciones (por ejemplo: lo que valoran de la otra persona, de lo que están agradecidos, algo de lo que les gustaría pedir perdón, lo que les gustaría mejorar para fortalecer la amistad, el consejo que les gustaría pedir, etc.). Luego de dicho momento, los participantes pueden estrecharse la mano y prometerse no comentar a otras personas lo que compitieron.

- El encargado de guiar la sesión debe indicar la importancia de una amistad saludables y cómo esta debe ir madurando con los años. La amistad permite compartir experiencias y fortalece la vida de cada persona.

✓ **Actividad: Mejora de las relaciones con el vecindario y comunidad a través del fortalecimiento de la capacidad de las relaciones interpersonales.**

Semana: 04

Sesión: 04

OBJETIVO:

Fortalecer las relaciones vecinales, la participación y colaboración con el vecindario o barrio en el que habita el paciente.

ESTRATEGIA

Exposición

Dinámica

Lluvia de ideas

Rueda de preguntas

MATERIALES: Multimedia, diapositivas, folio, bolígrafos, material para cada estación (Balón grande, rompecabezas, papel bond grande, jarra, limones,

azúcar, vasos plásticos, pintura de varios colores, envase con agua, toalla, y pinceles.

TIEMPO: 60 minutos

DESARROLLO:

- En esta sesión se llevará a cabo la actividad “Encontrando valores”. Se crean grupos de 8 integrantes entre varones y mujeres, mientras que a cada uno de los grupos se le designa un nombre relacionado a una característica de la solidaridad. Se les otorga un paquete que contiene las instrucciones en tanto que el equipo debe cumplir con cada una de las tareas asignadas respetando las opiniones del compañero, las cuales están orientadas a fortalecer el valor de la solidaridad y el trabajo en equipo.
- La persona encargada de guiar la sesión debe explicar el papel clave de las relaciones interpersonales para afrontar la enfermedad que los acompaña. Contar con refuerzos como el entorno vecinal mejora la adaptación y eleva la calidad de vida.

✓ **Actividad: Mejora de las relaciones con la familia y hogar a través del fortalecimiento de la capacidad de comunicación**

Semana: 05

Sesión: 05

OBJETIVO:

Desarrollar estrategias para fortalecer la comunicación y la relación entre los pacientes y sus familiares.

ESTRATEGIA

Exposición

Lluvia de ideas

Rueda de preguntas

MATERIALES: Multimedia, diapositivas, folio y bolígrafos.

TIEMPO: 60 minutos

DESARROLLO: La sesión se da inicio explicando la gran importancia de la comunicación para mejorar las relaciones familiares. La comunicación no necesita ser solo verbal. Para lo cual se desarrollan cada una de las siguientes estrategias:

- Momentos desconectados de la tecnología en la familia. Es importante definir en qué momentos no es necesario usar la tecnología dentro del hogar (por ejemplo: el desayuno, durante el almuerzo y la cena).
- Diversión compartida. Se pueden buscar momentos de entretenimiento con todos los integrantes de la familia. Por ejemplo, caminatas, ver películas o simplemente un momento para contar anécdotas divertidas.
- Interacción. Los miembros de la familia deben mostrar interés en los otros, una forma de expresarlo es preguntando cómo le fue durante el día. Esto permite generar una comunicación más fluida dentro del hogar.
- El guía de la sesión termina con las reflexiones: La comunicación con nuestros padres, hijos, etc., es una de las habilidades más trascendentales, las cuales permiten mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares.

✓ **Actividad: Mejora de la relación con la pareja a través del fortalecimiento de la capacidad de comunicación**

Semana: 06

Sesión: 06

OBJETIVO:

Conocer el papel que juega una adecuada comunicación para generar un clima saludable con la pareja del paciente.

ESTRATEGIA

Exposición

Dinámica

Lluvia de ideas

Rueda de preguntas

MATERIALES: Multimedia, diapositivas, folio, bolígrafos y mesas.

TIEMPO: 60 minutos

DESARROLLO:

- Se iniciará con el ejercicio “Pilla a tu pareja”, la cual tiene tres partes:
 1. Se trata de “pillar” a la pareja haciendo o diciendo algo agradable hacia la otra persona al menos una vez.
 2. Anotar en un registro la gratificación recibida por parte de la pareja.
 3. Agradecer a la pareja dicha gratificación, mostrándole el registro o reconociéndole tu satisfacción.

Esto lo deben replicar en casa con el esposo (a).

✓ **Actividad: Mejora del ocio a través del fortalecimiento de la capacidad de planeación**

Semana: 07

Sesión: 07

OBJETIVO:

Desarrollar la capacidad para organizar sesiones de ejercicios y vacaciones cortas que el paciente pueda llevar a cabo con sus familiares y amigos.

ESTRATEGIA

Exposición

Lluvia de ideas

Rueda de preguntas

MATERIALES: Multimedia, diapositivas, folio, bolígrafos y mesas.

TIEMPO: 60 minutos

DESARROLLO:

- Esta sesión se enfoca en reducir la tensión a través de la enseñanza y ejecución de una serie de ejercicios corporales.
- El guía de la sesión expone sobre los beneficios de realizar ejercicios todos los días, los cuales pueden durar en promedio entre 10 a 15 minutos, lo cual puede ser variable de acuerdo al tratamiento de cada uno de los pacientes. Los pacientes pueden:
 - Realizar rutinas de ejercicios livianos
 - Acompañar a sus amigos a dar un paseo
 - Ir caminando a lugares cercanos
 - Ir al mercado a realizar compras, etc.
- Se les capacita en la organización de vacaciones. Se les enseña a realizar un cronograma y a elaborar un presupuesto para sus vacaciones.

✓ **Actividad: Fortalecimiento de la capacidad de selección de la información enfocado a los medios de comunicación**

Semana: 08

Sesión: 08

OBJETIVO:

Fomentar la adecuada búsqueda y uso de la información disponible en los medios de comunicación.

ESTRATEGIA

Exposición

Lluvia de ideas

Rueda de preguntas

MATERIALES: Multimedia, diapositivas, mesas, cartulina y plumones.

TIEMPO: 60 minutos

DESARROLLO:

- Se desarrolla la dinámica “Publicidad de nuestras diferencias”. Se inicia pidiendo a los pacientes que enumeren algunos grupos que estén discriminados en su sociedad. Hacen una lista en una cartulina para que todos puedan verla.

Debatan y enumeren las formas en que se discrimina a estos grupos.

Se pide a los pacientes, agrupados previamente por parejas, que citen los derechos que se están violando en cada caso en relación con la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Conceda cinco o diez minutos para que todo el grupo presente sus resultados.

Forme grupos reducidos de tres o cuatro miembros. Se entrega a cada uno las instrucciones que incluimos a continuación, en las que se les pide que elaboren una campaña publicitaria para un grupo que es víctima frecuente de discriminación. Pueden elegir a un grupo de la lista elaborada anteriormente o un grupo diferente. El tutor que dirige la actividad también puede hacer sugerencias: por ejemplo, niños de la calle, mujeres, refugiados, ancianos o grupos religiosos.

Ejemplo:

Su grupo es una empresa de publicidad que ha sido contratada por un grupo que suele ser víctima de discriminación en su sociedad. Disponen de 45 minutos para elaborar una campaña publicitaria que convenza de:

Los aspectos positivos del grupo y de su forma de vida.

La reivindicación de la igualdad de derechos por parte de ese grupo.

Su campaña puede incluir:

- Un cartel (un anuncio televisivo)
- Un anuncio radiofónico (un eslogan)

Cada grupo presenta su campaña publicitaria. Debatan qué campañas consideran que lograrían presentar una imagen positiva del grupo.

- El guía de la sesión expone con el apoyo de las diapositivas sobre los tips para seleccionar información disponible en los medios de comunicación.
 - Limite su tiempo para ver televisión, escuchar la radio o el uso de internet.
 - Escuche la sugerencia de expertos, amigos o familiares acerca de qué programas son apropiados.
 - Tenga presente que existe diferencias entre los hechos y las opiniones.
- Finalmente, se explica la importancia de los medios de comunicación y la selección de la información existente en ella.

✓ **Actividad: Mejora de la religiosidad a través del fortalecimiento de la capacidad relacionado a la espiritualidad**

Semana: 09

Sesión: 09

OBJETIVO:

Orientar a la espiritualidad a través de tranquilidad, fe y buena energía.

ESTRATEGIA

Lectura

Reflexiones

MATERIALES: Biblia.

TIEMPO: 60 minutos

DESARROLLO:

- El guía de la sesión hace uso de diapositivas para exponer acerca de consejos para elevar la espiritualidad.
 - Vive siempre el presente
 - Perdona a los demás y perdónate a ti mismo
 - Empieza a meditar
 - Cuida tu cuerpo y tu alma
 - Descubre lo que hace que te sientas feliz
 - Trata de conectarte con la naturaleza
 - Busca la paz
 - No juzgues
 - Nunca pierdas tu fe

✓ **Actividad: Mejora de la salud a través del fortalecimiento de la capacidad para elaborar alimentos saludables.**

Semana: 10

Sesión: 10

OBJETIVOS:

- Promover una alimentación saludable en los participantes.
- Dar por finalizado el programa

ESTRATEGIA

Preparación de alimentos

Lluvia de ideas

MATERIALES: Frutas, frutos secos, lácteos y materiales de cocina.

TIEMPO: 120 minutos

DESARROLLO:

- Se inicia la sesión indicando la importancia de una alimentación adecuada para mejorar la salud. Comer los tipos indicados de alimentos puede ayudarle a sentirse mejor y mantenerse más fuerte.
- Primeramente, se inicia elaborando el plato de entrada como podría ser una crema de espárragos. Después un plato de fondo saludable a base de verduras y legumbres.
- El guía de la sesión explica con ayuda de las diapositivas otros tipos de fuentes de alimentos saludables y cómo pueden ser usados para elaborar platos nutritivos.

- Finalmente, en esta sesión se realizará una pequeña fiesta de despedida. Y posteriormente se otorgará a los participantes una certificación de la culminación satisfactoria de las 10 sesiones desarrolladas.

BIBLIOGRAFÍA

- Amartia, S. (1998). *Capacidad y Bienestar*. México.
- American Academy of Pediatrics. (2018). Vida familiar. *Healthychildren.org*.
- Arias Cortés, B. (2013). El concepto de calidad de vida en las teorías. *El concepto de calidad de vida en las teorías*. Universidad Autónoma de Colombia, Bogotá, Colombia. Obtenido de file:///C:/Users/user/Downloads/413-Texto%20del%20art%C3%ADculo-772-1-10-20150827%20(2).pdf
- Aristóteles. (s/f).
- BBC Londres. (10 de Julio de 2010). *BBC NEWS*. Obtenido de BBC NEWS: https://www.bbc.com/mundo/ciencia_tecnologia/2010/07/100728_amigos_supervivencia_vida_men#orb-footer
- Brock, D. (1998). *Medidas de Calidad de Vida en el Cuidado de la Salud y la Ética Médica*. México: FdCE editos.
- Castillo Ccanto , M. E., & Espinoza Taipe, M. (2017). Calidad de Vida de los Estudiantes Mayores de 15 Años Incluidos en Educación Básica Regular (EBR) en la Ciudad de Huancavelica. *Huancavelica*. Univesidad Nacional de Huancavelica, Perú.
- CENTRUM CATÓLICA. (2010). *Índice de Competitividad Regional del Perú*. Lima.
- Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología. (2012). Calidad de Vida en los Estudiantes Universitarios. 29-43.
- Díaz, Palacios, Moringa, & Mayorga. (2000). *Calidad de vida y perfiles emocionales en estudiantes universitarios de Llma*.
- Dueñas G., O., Lara M., D., Zamora G., I., & Saunas, G. (2005). "¿Qué es la calidad de vida para los estudiantes? *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*.
- Dumazedier, J. (1971). *Ocio y sociedad de clases*. Barcelona: Fontanella.
- El Pequeño Larousse Ilustrado. (1999).
- Evaristo Ciyong, T. A. (2012). *Calidad de Vida y su Relación con el Rendimiento Académico Según Características Sociodemográficas de Estudiantes de Odontología*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- García, F., Wlodarczyk, A., Reyes, A., & San Cristobal, C. (Agosto de 2014). Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes . *Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes* . La Paz, Bolivia.
- Guañarita Flores, C. (2013). La familia como un factor de apoyo en la calidad de vida de las personas en situacion de discapacidad. *La familia como un factor de apoyo en la calidad*

de vida de las personas en situación de discapacidad. Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Hernández, Fernández, & Baptista. (2010). *Metodología de la Investigación*.

INEI. (2014). *NOTAS DE PRENSA DE INEI*. Obtenido de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-817-de-la-poblacion-de-60-y-mas-anos-de-edad-tiene-seguro-de-salud-entre-julio-y-setiembre-de-2017-10478/>

INEI. (2015-2016). *Estimaciones y Proyecciones de Población pro Grupos Quinquenales de Edad Según Departamento, Provincia y Distrito*. Lima.

Kelkes. (2006). *Saber lo que es bueno para ti: análisis empírico de las preferencias personales y el 'bien objetivo'*. Revista ed Socio-Economía.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos* (Vol. 408 páginas). Barcelona: Editorial Martinez Roca.

Lenski, G. (1963). *The Religious Factor*.

Manniello, C. (2013). "situación de habitabilidad y calidad de vida, en familias con un niño (a) diagnosticado con cáncer infantil, pertenecientes a la región del libertador general Bernardo O'Higgins",. Santiago, Chile.

Mendoza, S., & Figueroa, M. (1998). *Creencias en salud y adherencias en paciente hipertensos controlados en centros de salud de la Comuna de Concepción Chile*.

MERCER. (18 de Febrero de 2014). Encuesta de calidad de vida. América Latina.

MINSA. (2013). *EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: Asociación Gráfica Educativa.

MINSA. (2017). *minsa.gob.pe*. Obtenido de minsa.gob.pe.

Moreno San Pedro, E., & Roales Nieto, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 91-109.

Nussbaum, M., & Amartya, S. (2004). *La Calidad de Vida* (Vol. 588 páginas). México: Fondo de Cultura Económica.

Olson, D., & Barnes, H. (1982). Escala de Calidad de Vida.

OMS. (01 de Febrero de 2018). *Cáncer: Datos y Cifras*. América Latina.

Ortega Ibarra, C. (2004). Comunicación y calidad de vida integral. *Comunicación y calidad de vida integral*. Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación.

Pascucci, M. (2004). El ocio como fuente de bienestar y su contribución a una mejor calidad de vida. *El ocio como fuente de bienestar y su contribución a una mejor calidad de vida*. Universidad de Flores.

- Pigou, A. (1920). *La Economía del Bienestar*. Madrid: M. Aguilar Editor.
- Real Academia Española. (2018). Pareja.
- Sampson, R. (2004). Vecindario y comunidad: eficacia colectiva y seguridad ciudadana. *Vecindario y comunidad: eficacia colectiva y seguridad ciudadana*.
- Stutzer, A., & Frey S., B. (2001). *Felicidad y Economía* (Vol. 232 páginas). Estados Unidos.
- Suls, J., & Ashby Wills, T. (1990). *Comparación social: teoría e investigación contemporáneas* (Vol. 432 páginas). (P. Press, Ed.)
- Tardón, L. (07 de Enero de 2010). *El mundo es salud*. Obtenido de El mundo es salud: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/12/23/neurociencia/1261586312.html>
- Tecsi, Z. (23 de Febrero de 2015). *La República*. Obtenido de La República: <https://larepublica.pe/archivo/858146-cusco-tiene-los-bolsillos-llenos-pero-anda-mal-en-salud-y-en-educacion>
- Urzúa M., A., & Caqueo, U. A. (Enero de 2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*.

ANEXOS

a) Matriz de consistencia

“Calidad de vida en pacientes adultos oncológicos del Hospital Regional del Cusco”				
PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLE Y DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
P.G. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?	O.G. Determinar el nivel de calidad de vida en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.	VARIABLE CALIDAD DE VIDA DIMENSIONES DE LA VARIABLE		Tipo: No experimental Diseño: Descriptivo-transversal M \longrightarrow X Donde: M : Pacientes adultos oncológicos en un hospital público de la región Cusco X : Nivel de Calidad de vida
P.E.1. ¿Cuál es el nivel de satisfacción con el bienestar económico en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?	O.E.1. Determinar el nivel de satisfacción con el bienestar económico en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.	➤ Bienestar Económico	(1,2,3,4,5,6,7,8,9)	Población y muestra Población: La población está constituida por los pacientes adultos oncológicos de
P.E.2. ¿Cuál es el nivel de satisfacción con los amigos en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?	O.E.2. Determinar el nivel de satisfacción con los amigos en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.	➤ Amigos	(10,11,12,13,14,15,16)	

<p>P.E.3. ¿Cuál es el nivel de satisfacción con el vecindario y comunidad en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?</p>	<p>O.E.3. Determinar el nivel de satisfacción con el vecindario y comunidad en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.</p>	<p>➤ Vecindario y comunidad</p>	<p>(17,18,19,20,21)</p>	<p>ambos géneros, masculino y femenino, del Hospital Regional del Cusco.</p>
<p>P.E.4. ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la vida familiar y hogar en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?</p>	<p>O.E.4. Determinar el nivel de satisfacción con la vida familiar y hogar en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.</p>	<p>➤ Vida familiar y hogar.</p>	<p>(22,23,24,25,26,27,28,29,30,31)</p>	<p>TOTAL:50</p> <p>Muestra:</p> <p>Se evaluó el 100% de la población, conformada por 50 pacientes adultos oncológicos de 18 años a más del hospital Regional de la ciudad del Cusco.</p>
<p>P.E.5. ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la pareja en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?</p>	<p>O.E.5. Determinar el nivel de satisfacción con la pareja en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.</p>	<p>➤ Pareja.</p>	<p>(32,33,34,35,36,37)</p>	<p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</p>
<p>P.E.6. ¿Cuál es el nivel de satisfacción en el ocio en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco?</p>	<p>O.E.6. Determinar el nivel de satisfacción en el ocio en pacientes adultos oncológicos en el hospital Regional del Cusco.</p>	<p>➤ Ocio.</p>	<p>(38,39,40,41,42)</p>	<p>Técnica e Instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha técnica. • Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes
<p>P.E.7. ¿Cuál es el nivel de satisfacción con los medios de</p>	<p>O.E.7. Determinar el nivel de satisfacción con los medios de</p>	<p>➤ Medios de comunicación.</p>	<p>(43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,</p>	<p>Métodos de análisis de datos:</p>

				estadísticas de valor máximo y valor mínimo.
--	--	--	--	--

b) Instrumento:

Que tan Satisfecho está con:	RESPUESTAS				
	Insatisfecho	Un poco Satisfecho	Más o menos Satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Satisfecho
BIENESTAR ECONOMICO					
1. Los medios materiales que tiene su vivienda para vivir cómodamente.					
2. Su capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada.					
3. Su capacidad económica para satisfacer la necesidad de vestido de su familia.					
4. Su disponibilidad económica para satisfacer las necesidades recreativas de su familia.					
5. Su capacidad económica para satisfacer las necesidades educativas de su familia.					
6. Su capacidad económica para satisfacer las necesidades de salud de su familia.					
7. La cantidad de dinero que tiene para gastar diariamente.					
8. La cantidad de dinero que tiene para gastar el fin de semana.					
9. La capacidad económica para la adquisición de objetos personales "delujo"					

Que tan Satisfecho está con:	RESPUESTAS				
	Insatisfecho	Un poco Satisfecho	Más o menos Satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Satisfecho
AMIGOS					
10. Los amigos que frecuenta en la zona donde vive					
11. Las actividades (fiestas, reuniones, deportes) que comparte con sus amigos en la zona donde reside.					
12. El tiempo que comparte con sus amigos de la zona donde vive.					
13. Los amigos del trabajo					
14. Las actividades que comparte con sus amigos del trabajo.					
15. El tiempo que comparte con sus amigos del trabajo.					
16. El número de amigos que tiene.					
VECINDARIO Y COMUNIDAD					
17. Las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas.					
18. La seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno.					
19. Los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en su comunidad.					
20. Las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.).					
21. Los servicios que le brinda el Centro de Salud más cercano a su hogar.					

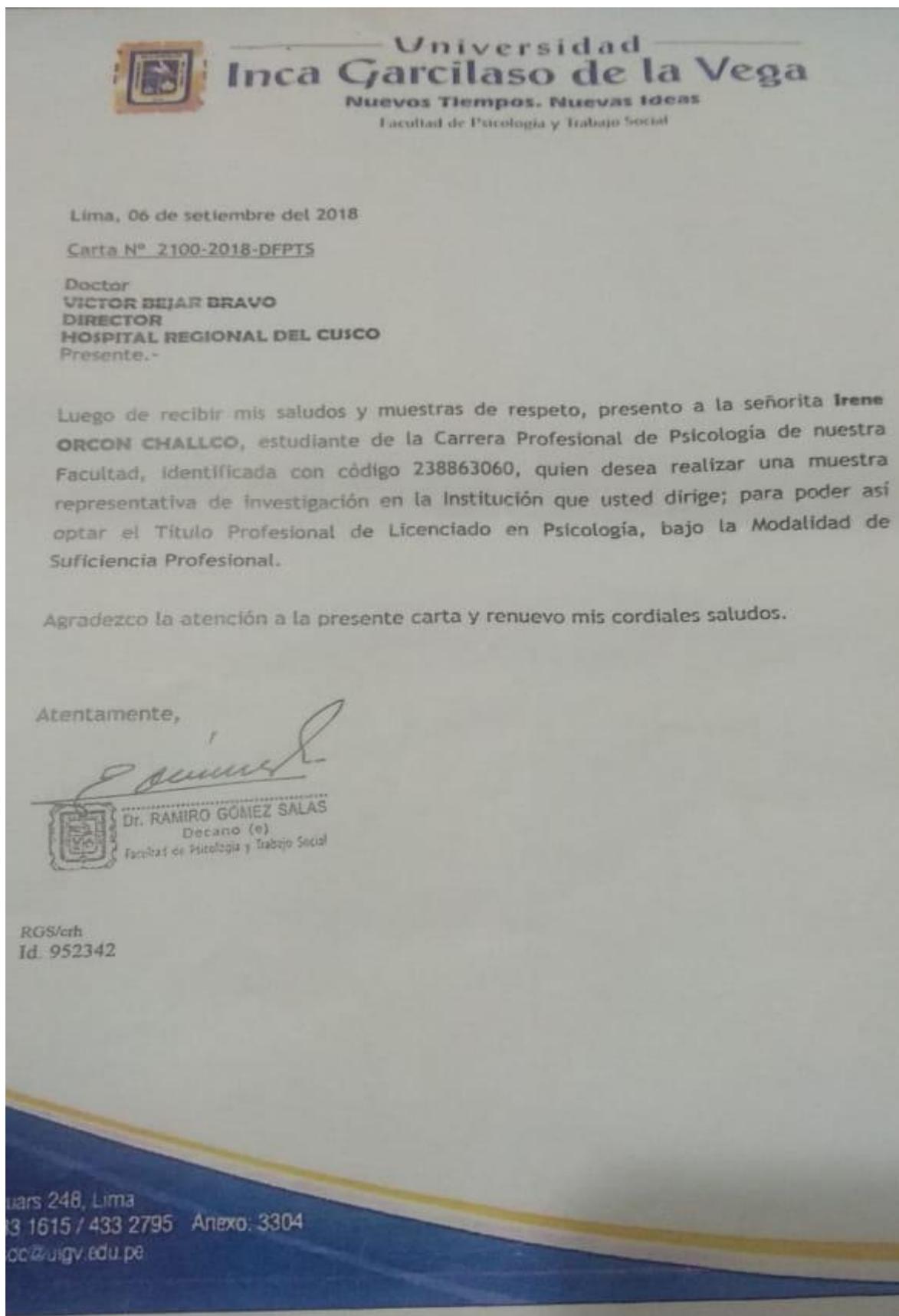
Que tan Satisfecho está con:	RESPUESTAS				
	Insatisfecho	Un poco Satisfecho	Más o menos Satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Satisfecho
VIDA FAMILIAR Y HOGAR					
22. La relación afectiva con su(s) hijo(s), (as)					
23. El número de hijos (as) que tiene					
24. Sus responsabilidades domésticas en la casa.					
25. La capacidad de su hogar para brindarle seguridad afectiva.					
26. Su capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar.					
27. El tiempo que pasa con su familia.					
28. La relación afectiva con sus padres					
29. La relación afectiva con sus hermanos					
30. La relación afectiva con sus sobrinos					
31. El apoyo afectivo que recibe de su familia extensa (padres, tíos(as), primos(as), etc.).					

PAREJA	RESPUESTAS				
	Insatisfecho	Un poco Satisfecho	Más o menos Satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Satisfecho
32. La relación afectiva con su esposa(so)					
33. El tiempo que pasa con su pareja					
34. Las actividades que comparte con su pareja					
35. El apoyo emocional que recibe de su pareja					
36. El apoyo emocional que le brinda su pareja					
37. La intimidad sexual con su pareja					
OCIO					
38. La cantidad de tiempo libre que tiene.					
39. Las actividades deportivas que realiza.					
40. Las actividades recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.).					
41. El tiempo que tiene para descansar.					
42. Las actividades creativas que realiza (pintura, dibujo, manualidades, etc.).					

MEDIOS DE COMUNICACIÓN	RESPUESTAS				
	Insatisfecho	Un poco Satisfecho	Más o menos Satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Satisfecho
43. El contenido de los programas de la televisión por cable y satelital (señal cerrada o privada).					
44. El contenido de los programas de radio.					
45. La cantidad de tiempo que pasa escuchando radio.					
46. La cantidad de tiempo que pasa en Internet revisando páginas no educativas.					
47. La cantidad de tiempo que pasa revisando páginas por cuestiones educativas.					
48. La cantidad de tiempo que pasa "chateando".					
49. Calidad de las películas del cine nacional					
50. Calidad de las películas del cine extranjero.					
51. La frecuencia con que asiste al cine.					
52. Calidad de las obras de teatro					
53. La frecuencia con que asiste al teatro.					
54. El contenido de los periódicos.					
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	RESPUESTAS				
	Insatisfecho	Un poco Satisfecho	Más o menos Satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Satisfecho

55. El contenido de las revistas científicas.					
56. El contenido de las revistas no científicas.					
57. La frecuencia con que lee revistas científicas.					
58. La frecuencia con que lee revistas no científicas.					
RELIGIÓN					
59. La vida religiosa de su familia					
60. La frecuencia de asistencia a misa.					
61. Su relación con Dios.					
62. El tiempo que le brinda a Dios.					
63. El amor que le brinda a Dios.					
64. Las actividades que organiza su templo o iglesia.					
65. La vida religiosa de su comunidad					
SALUD					
66. Su salud física.					
67. Su salud psicológica.					
68. La salud física de otros miembros de su familia nuclear (esposo(a), hijo(s), (as).					
69. La salud psicológica de otros miembros de tu familia extensa (padres, tíos(as), primos(as), etc.).					

c) Carta de presentación:



d) Carta de aceptación:

**GOBIERNO REGIONAL CUSCO**
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO




"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"
"Cusco, Capital Arqueológica de América"

Cusco, **22 OCT 2018**

DRSC.PROV.Nº. 095 -2018-HRC.DE

DE : Director Ejecutivo del Hospital Regional Cusco

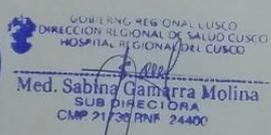
A : Señorita Irene Orcón Chalco

ASUNTO : Autorización de Aplicación de Trabajo de Investigación

REF. : Exp. 9528 - 18

Visto el documento que antecede, de acuerdo a la opinión favorable del Comité de Investigación, Jefatura del Programa de Salud Mental y la Unidad de Capacitación, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco, autoriza la realización de la aplicación del Instrumento de trabajo de Investigación, intitulado "Calidad de Vida en Pacientes Adultos Oncológicos en el Hospital Regional del Cusco - 2018". Debiendo acogerse al horario y normas de la Institución.

Atentamente,


Med. Sabina Gamarra Molina
SUB DIRECTORA
CMP 21 39 RNF 24400

c.c. Archivo
VBB/dry

Av. La Cultura s/n Telf.: 227661 – 231131 Emergencia Telf.: 223691 CUSCO - PERU
 www.hospitalregionalcusco.gob.pe
 hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe  Hospital Regional Cusco / Hospital Reg Cusco



Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 22%

Date: viernes, febrero 15, 2019

Statistics: 5283 words Plagiarized / 23866 Total words

Remarks: Medium Plagiarism Detected - Your Document needs Selective
Improvement.

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA FACULTAD DE PSICOLOGIA Y
TRABAJO SOCIAL Trabajo de Suficiencia Profesional Calidad de vida en pacientes
adultos oncológicos del hospital Regional del Cusco Para optar el Título Profesional
de Licenciada en Psicología Presentado por: Autora: Bachiller Irene Orcon Chalco
Lima - Perú 2019