



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Facultad de Ciencias de la Salud

**“SATISFACCIÓN FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES DE UN INSTITUTO
ESPECIALIZADO 2021”**

**Trabajo Académico para optar el título de especialista en Enfermería
Oncológica**

AUTOR: ELA GLORIA GOMEZ PALOMINO

CODIGO ORCID: 0000-0002-3088-413X

ASESOR: MG. AREVALO MARCOS RODOLFO

CODIGO ORCID: 0000-0002-4633-2997

LIMA- PERÚ

2021

DEDICATORIA

Este proyecto y su esfuerzo va dedicado a mi familia, a mi esposo, a mis hijos, por su sustento y apoyo incondicional en mi proceso académico profesional quienes con sus palabras de aliento y motivación no hubiera podido alcanzar mis metas.

AGRADECIMIENTO

Al postgrado de la Universidad Norbert Wiener por su formación académica profesional en mi Proyecto de Tesis a pesar de las adversidades presentadas en tiempos de pandemia

ASESOR:

MG. AREVALO MARCOS RODOLFO

CODIGO ORCID: 0000-0002-4633-2997

JURADO:

PRESIDENTE:

DRA. SUSAN HAYDEE GONZALES SALDAÑA

SECRETARIO:

LIC. MILAGROS LIZBETH UTURUNCO VERA

VOCAL:

SR. WERTHER FERNANDO FERNÁNDEZ RENGIFO

INDICE

CARATULA	i
POST PORTADA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
1. EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema General	3
1.2.2 Problemas Específicos	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo General	3
1.3.2 Objetivo Especifico	3
1.4 Justificación de la investigación	4
1.4.1 Teórica	4
1.4.2 Metodología	5
1.4.3 Practica	5
1.5 Delimitación de la investigación	6
1.5.1 Temporal	6
1.5.2 Espacial	6
1.5.3 Recursos	6
2. MARCO TEORICO	7
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.2 Bases Teóricas	12
2.3 Formulación de hipótesis	20
2.3.1 Hipótesis General	20

2.3.2 Hipótesis Específicas	20
3. METODOLOGIA	21
3.1 Método de la investigación	21
3.2 Enfoque de la investigación	21
3.3 Tipo de investigación	21
3.4 Diseño de la investigación	21
3.5 Población, muestra y muestreo	22
3.5.1 Población	22
3.5.2 Muestra	23
3.5.3 Muestreo	23
3.6 Variables y operacionalización	24
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.7.1 Técnica	26
3.7.2 Descripción de instrumentos	26
3.7.3 Validación	27
3.7.4 Confiabilidad	27
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos	28
3.9 Aspectos éticos	28
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	29
4.1 Cronograma de actividades	29
4.2 Presupuesto	30
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31
Anexos	39
Anexo 1: Matriz de consistencia	40
Anexo 2: Instrumentos	42
Anexo 3: Consentimiento informado	46
Anexo 4: Informe de originalidad	48

RESUMEN

La calidad de vida que recibe el paciente oncológico en su estado terminal a través de los cuidados que brinda la enfermera para cubrir la sintomatología que pueda presentar hasta el final de sus días es una situación que el familiar experimentara en su proceso de acompañamiento y atención al paciente oncológico; asimismo conocer el contexto del mismo contribuirá a mejorar en cuanto a los cuidados y al entorno del paciente, por consiguiente aportara en la producción de conocimiento científico ya que según las investigaciones que se recopilaron sobre este tema aún es escasa en enfermería.

El presente proyecto se desarrollará con el objetivo de establecer la relación entre la satisfacción familiar y la calidad de vida del paciente oncológico terminal en un Instituto especializado de la ciudad de Lima 2021. El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de diseño observacional y corte transversal; la población para el estudio estará conformada por un total de 68 pacientes; asimismo; asimismo para la recolección de datos: se utilizará un cuestionario enfocado en la calidad de vida y otra para valorar la satisfacción familiar, ambos contarán con autorización y consentimiento informado de los participantes.

Palabras Claves: Calidad de vida, satisfacción familiar, paciente terminal.

ABSTRACT

The quality of life that the cancer patient receives in his terminal state through the care provided by the nurse to cover the symptoms that he may present until the end of his days is a situation that the family member will experience in the process of accompaniment and attention to the patient. cancer patient; Likewise, knowing its context will contribute to improving the care and environment of the patient, consequently contributing to the production of scientific knowledge since, according to the research collected on this topic, it is still scarce in nursing.

This project will be developed with the objective of establishing the relationship between family satisfaction and the quality of life of terminal cancer patients in a specialized Institute in the city of Lima 2021. The study has a quantitative approach, with an observational design and cross-section; The population for the study will be made up of a total of 68 patients; in addition; Also, for data collection: a questionnaire focused on quality of life and another to assess family satisfaction will be used, both will have authorization and informed consent from the participants.

Key Words: Quality of life, family satisfaction, terminal patient.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema:

Según el reporte mundial el cáncer es un tema que forma parte de la problemática global en salud pública, ya que de acuerdo a los datos informados por la Organización Mundial de la Salud (OMS); durante el 2018 las cifras alcanzaron los 18,1 millones de casos nuevos, además las estimaciones para el 2040 revelan que se incrementaran en las próximas décadas hasta 29,5 millones de casos; todo ello causando un gran impacto en todos los aspectos para el paciente ocasionando por ello alteraciones en su calidad de vida (1). Según los reportes en América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) registro ese mismo año, alrededor de 3,8 millones de casos de los cuales 1,4 millones fallecieron; dentro de este contexto se estima que el porcentaje de personas detectadas ascenderá a 32% para el 2030 convirtiendo a Latinoamérica en uno de los continentes más afectados (2).

Asimismo, solo el 14% de los pacientes recibieron los cuidados paliativos requeridos con respecto a esta patología que es considerada de elevada incidencia y mortalidad, además su repercusión social conlleva no solo al paciente, sino a todos los que son de su entorno familiar; y es que actualmente, esta patología es un problema prioritario por controlar a nivel global, estimándose que para el 2030 la cifra pueda superar los 13,1 millones de casos, deduciendo que el 80% de pacientes dejen de existir en los centros hospitalarios, haciéndose de trascendencia el logro de dar a conocer los cuidados paliativos en sus cuidadores principales que son la familia para poder lograr su satisfacción en este momento tan incierto para el paciente (3).

En el Perú; según la Agencia para la Investigación sobre Cáncer (IARC) en el 2018, consideró que la incidencia de cáncer era de 192,6 casos por 100 000

habitantes (4); asimismo según la Sede Nacional Epidemiológico, Preventivo y de Control de Enfermedades en el año 2016, concluyó que se ocasionaron 32 163 fallecimientos lo cual evidenció una tasa de mortalidad de 122,9 fallecidos por cada 100 000 habitantes (5).

A nivel local; en un Instituto especializado en Lima, donde se atiende aproximadamente 12,500 casos al año, de los cuales el 50% proviene de diferentes departamentos del país, siendo en mayor porcentaje de zonas rurales que por lo general carecen de acceso a los servicios de salud; dicha Institución además cuenta con el Servicio de Medicina Paliativa que brinda atención especializada oncológica con un promedio de 20 000 atenciones anuales; siendo desde el 2018, donde se han reportado alrededor de 3 825 pacientes nuevos en este servicio, lo cual creó 21 906 atenciones durante ese año (6).

Bajo este contexto es que se desarrolla el servicio de Medicina Paliativa que según la historia se inició durante el siglo XX; en el año 1967, tiempo en el cual las expectativas estaban enfocadas al avance científico para el diagnóstico, siendo el hospital St. Christopher Hospice promovido por Cecyle Saunders quien considero al paciente en etapa terminal como una persona viva, con necesidad de recibir una digna calidad de vida (7). En la actualidad la atención en cuidados paliativos se viene desarrollando en muchos hospitales y centros de alta complejidad, donde a través del servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor se brinda servicios vinculando al familiar en el manejo terapéutico (8).

Los cuidados paliativos a pacientes terminales tienen fundamentalmente el objetivo de aliviar el sufrimiento controlando la sintomatología, por cuanto el personal de enfermería a través de su rol asistencial aborda de manera integral al paciente oncológico (9), teniendo implicancia trascendental la vinculación familiar, hecho que trae consigo el compromiso de su entorno buscando el bienestar del paciente, lo que será valorado en la satisfacción que obtenga de la calidad de vida en el paciente terminal con el cual tiene un compromiso (10).

Por lo tanto, al brindar cuidados al paciente terminal con progresiva y avanzada enfermedad, la búsqueda de un eficiente tratamiento es de importancia, además los cuidadores desempeñan una labor significativa en la información que manifiesten; por tanto, la satisfacción de los familiares con el servicio que se brinda a sus pacientes va tener implicancia psicológica en ellos; por todo lo manifestado surge la siguiente problemática.

1.2. Formulación del problema:

1.2.1. Problema general:

¿Cómo se relaciona el nivel de satisfacción familiar con la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales de un Instituto especializado?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Cómo la cohesión familiar dimensión de la satisfacción familiar se relaciona con la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales de un Instituto especializado 2021?
- ¿Cómo la adaptabilidad familiar dimensión de la satisfacción familiar se relaciona con la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales de un Instituto especializado 2021?

1.3. Objetivos de la investigación:

1.3.1. Objetivo general:

- Determinar cómo se relaciona el nivel de satisfacción familiar con la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales de un Instituto especializado 2021.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar como la cohesión familiar dimensión de la satisfacción familiar se relaciona con la calidad de vida del paciente oncológico terminal de un Instituto especializado.

- Identificar como la adaptabilidad familiar dimensión de la satisfacción familiar se relaciona con la calidad de vida del paciente oncológico terminal de un Instituto especializado.

1.4. Justificación:

La satisfacción familiar y la calidad de vida proceden del estado de salud y la enfermedad, por tanto, al no ser los cuidados de calidad los que en su momento y por su condijo los adecuados, entonces se afecta de forma perjudicial su estado; es por este conocimiento que nace la inquietud de lograr una atención integral y humanizada, que brinda el personal asistencial y el cuidador familiar, asimismo Olson y Wilson (1981) examina los escenarios por los que pasa el entorno familiar a través de la vida, así como las modificaciones que deben enfrentar durante el proceso de enfermedad del paciente oncológico terminal con el fin de obtener una adaptabilidad y una cohesión, que fomenten una mejor calidad de vida (11).

Además, la satisfacción familiar balanceada es aquella que viabiliza a la familia a efectuar satisfactoriamente objetivos y funciones que le son determinados en su momento, esto elevará la calidad y la complacencia de los familiares en cuanto al cuidado que se dedica a su paciente oncológico terminal (12).

1.4.1. Teórica:

El presente estudio encuentra un valor importante, considerando desde su problemática relevante para el campo de enfermería, las bases teóricas sobre el grado de satisfacción familiar en pacientes oncológicos terminales, ya que el cuidado es humanizado sustentado en la teoría de Jean Watson (13); quien fundamenta su teoría en la preocupación sobre la necesidad de curación de la persona considerando la complejidad del ser humano de manera integral; para lo cual el profesional de enfermería debe entablar una relación terapéutica basada en las razones clínicas que demande el estado del paciente (14).

La teoría se sustenta en la importancia que se dé una conexión entre el cuidador y el paciente al cuidado, pues considera a la enfermera como la proveedora del

cuidado, quien a través de su destreza y conocimiento podrá proporcionar los cuidados oportunos e idóneos; considerándose en todo momento como parte de un equipo de salud con la capacidad y aptitud que amerita abordar el estado de salud de un paciente oncológico terminal (15).

1.4.2. Metodológica:

Se empleara un estudio cuantitativo, de tipo básico, de diseño observacional, de corte transversal y de nivel correlacional, con el propósito de determinar si las variables en cuestión tienen o no relación y también porque no implica causalidad; además la investigación tiene utilidad metodológica, ya que plantea cuestionamientos de manera objetiva, donde se parte de la premisa que la calidad de vida y la satisfacción familiar engloban una perspectiva ideal que es llegar a un resultado no solo en el campo investigativo básico sino en el campo asistencial especializado de la oncología (16).

1.4.3. Práctica:

El presente estudio se justifica desde su valor practico, pues las deducciones encontradas pueden ser enfocadas en su aplicación tanto en la Institución en referencia como para otras instituciones relacionadas a la rama de la salud y de esta manera implementar estrategias que incrementen la satisfacción familiar en relación a la calidad de vida del paciente, asimismo constituye como un tema de interés el cual amerita seguir nuevas investigaciones que enriquezcan el conocimiento científico, valido para la labor profesional de enfermería pues fundamenta su progreso y proporciona de forma fundamental el sustento para mejorar la atención en el área oncológica; todo ello para afianzar instrumentos de obtención de datos de las variables investigadas debidamente estandarizados en nuestro contexto (17).

1.5. Delimitación de la investigación:

1.5.1. Temporal:

El presente proyecto se realizará entre los meses de enero y marzo del 2021, periodo aparentemente asequible.

1.5.2. Espacial:

El proyecto se realizará en el área de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor de un Instituto especializado en Perú.

1.5.3. Recursos

El presente proyecto de investigación contará con la participación de los pacientes oncológicos terminales de un Instituto especializado en Per

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación:

Durante la búsqueda de investigaciones con esta variable se han encontrado, estudios relevantes y se han considerado como antecedentes por tener relación directa con el tema a investigar.

2.1.1. Antecedentes en el ámbito internacional:

Morishita K et al. (2021) en su investigación cuyo objetivo fue: “Clarificar la satisfacción de los familiares con el cuidado de los pacientes con cáncer terminal y la calidad de vida de los cuidadores familiares en duelo”; estudio prospectivo realizado a los cuidadores paliativos de tres unidades oncológicas en Japón, a quienes se les aplicó el instrumento (FAMCARE) antes de la pérdida de su paciente y el instrumento (SF-36) antes de la pérdida y seis meses después de esta; donde se halló que la puntuación alcanzada en duelo de SF - 36, difirió significativamente entre los grupos de baja y alta satisfacción ($n = 47$ en ambos grupos, diferencia media = 3,50, $p = 0,048$); también destacó familiares afectados con depresión antes de la pérdida en un 41% en el grupo de baja satisfacción, mientras que el 22% en el grupo de alta satisfacción; concluyendo que la satisfacción presentada en los familiares de los pacientes con cáncer terminal se relacionó con la calidad de vida de los familiares seis meses posterior a la pérdida, motivo por el que se sugiere corregir las formas para lograr la satisfacción de los familiares respecto con el cuidado y la calidad de vida posterior a la pérdida (18).

Takuva K. (2020), investigación que tuvo como objetivo: “Desarrollar una tipología del funcionamiento familiar en los familiares de los pacientes con cáncer y luego examinar la correspondencia entre el funcionamiento familiar

y la calidad de vida de los cuidadores familiares”; donde la muestra fue de 51 familiares de pacientes en cáncer terminal pertenecientes a tres hospitales de Tokio, Japón; donde se calificó según el test del Índice de relación familiar, así como sus tres subpuntuaciones a través de análisis de conglomerados, donde fue evaluado por el test de calidad de vida; donde el grupo comunicativo, con un conflicto relativamente alto, evidencio calidad de vida alta en paralelo con el grupo de apoyo; asimismo el funcionamiento familiar en pacientes terminales hospitalizados no fue lo esperado; con lo que se sugiere que para optimizar la calidad de vida, puede ser significativo que la familia exterioricen sentimientos y angustia; en cambio el grupo comunicativo, expresó una calidad de vida alta (19).

LeBaron V et al. (2020); investigación cuyo objetivo fue: “Percibir la experiencia del manejo del dolor por cáncer en el hogar desde la perspectiva tanto de los pacientes como de los cuidadores familiares para informar el diseño del sistema de salud inteligente de detección e intervención ambiental y conductual para el cáncer”; estudio donde a través de un enfoque multimetodo encontró que tomar analgésicos se calificó con mayor impacto en el dolor del paciente (= 4,79), continuando con la categoría de bienestar (= 3,60; en cuanto al sueño e interacción (= 2.69); en cuanto a la categoría relacionada con factores ambientales fue calificado más bajo (= 2.51), concluyéndose que los pacientes y familiares opinaron sobre su aceptación al BESI-C y comunicaron su predilección por el uso de un sensor portátil para captar datos relacionados con la aparición del dolor oncológico; concluyéndose que se debe tener en cuenta primero el monitoreo de manera pasiva de los puntos fisiológicos y factores ambientales que alteren la tranquilidad del paciente, así como un monitoreo de la administración correcta de los medicamentos, también tener en cuenta la valoración del periodo de sueño, con esta estrategia de sistemas de salud inteligentes para la captura de los síntomas de inicio rápido (20).

Kiyoko M et al. (2020) investigación que tuvo como objetivo: “Dilucidar los elementos de satisfacción con la atención que los pacientes hospitalizados con cáncer terminal en las salas generales y sus cuidadores familiares reciben por

parte del personal médico, percibidos por los cuidadores familiares”; donde se aplicaron entrevistas semiestructuradas en diez personas el entorno familiar de pacientes hospitalizados con cáncer terminal, se examinaron con el método de análisis de contenido; en las cuales la atención fue descrita como significativa en los cuidados paliativos, también fueron sustanciales las formas de alivio de la sintomatología y la tranquilidad que resultaba de las explicaciones proporcionadas por enfermería, coincidiendo en las deducciones se destaca la importancia de establecer un enfoque encaminado al paciente y esclarecimientos en el paciente y su familiar, fundado en el conocimiento del tratamiento (21).

Toffoletto G (2019) realizaron una investigación que tuvo como objetivo “Establecer qué componentes de la estructura y carga familiar revelan la calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos bajo el concepto del Modelo de determinantes en Salud de la Organización Mundial de Salud (OMS)”, plasmaron un estudio analítico aplicado a 212 cuidadores familiares de pacientes oncológicos donde según la escala Short-form Healthy Survey (SF-36 v2) fueron evaluados, además se utilizó también la evaluación de Sobrecarga del Cuidador de Zarit; encontrándose que los estándares en cuanto al aspecto físico obtuvo una media de 86,9; en cuanto al área social la media fue de 51,4; de lo hallado se puede deducir una correspondencia estadística entre el género y la sobrecarga familiar, en cuanto a la salud física y mental, hubo una concordancia estadística entre el género y la sobrecarga del cuidador, tal es así que ser viudo redujo en 13,4 puntos el grado de salud mental en relación a los familiares casados y tener historiales de comorbilidad redujo en 9,5 puntos la escala de salud mental (22).

2.1.2. Antecedentes en el ámbito nacional

Amado (2021); tuvo como objetivo: “Comparar la calidad de vida apreciada por los pacientes con neoplasia avanzado de un hospital de tercer nivel de

acuerdo a la atención domiciliaria versus la atención hospitalaria”; estudio observacional de corte transversal, donde participaron los pacientes mayores de 18 años que presentaron con metástasis múltiples a quienes se les aplicó el cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C15-PAL a los pacientes con nivel cognitivo adecuado; para la estadística se aplicó Chi cuadrado y Mann Whitney, obteniéndose $p < 0.05$ en el grupo hospitalizados y 69 en su domicilio, de los cuales destaco en número el sexo femenino ($p = 0,60$), hallándose que los pacientes presentaban deterioro moderado o severo de tipo cognitivo, el 25% del grupo de pacientes hospitalizados y el 58% pacientes que se encontraban en su domicilio; ($p < 0,01$), en cuanto a la mediana de la puntuación sobre calidad de vida alcanzo el 49,5 en el grupo de los pacientes hospitalizados y 48 en el grupo de pacientes en su domicilio ($p = 0,60$), y en cuanto al aspecto físico funcional se obtuvo menor puntuación en el grupo de los pacientes hospitalizados ($p < 0,01$), concluyéndose que la calidad de vida percibida por los familiares es aceptable y hay la tendencia de deterioro cognitivo en los pacientes oncológicos terminales del estudio (23).

Tasayco (2020); investigación que tuvo como objetivo: “Demostrar la apreciación de la atención humanizada por parte de los familiares sobre el cuidado del personal de enfermería en el paciente oncológico atendido en el Hospital Central Militar en 2018”; donde el estudio fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, en el cual participaron 42 familiares de pacientes oncológicos terminales a los que se les designó un cuestionario, posterior a ello se aplicaron los estadísticos correspondientes encontrándose que el 90.48% de los encuestados poseen una opinión favorable respecto al tema y el 9.52% presentó una percepción moderadamente favorable en cuanto a la calidad de vida y el cuidado integral de enfermería en el paciente oncológico terminal atendido en el Hospital Militar Central de Lima, 2018 (24).

Álvarez G, (2019) en su investigación tuvieron como objetivo “Indagar la reciprocidad que se presenta entre los conocimientos y las actitudes del encargado primario del paciente oncológico en los servicios de cuidados

paliativos en el Hospital Cayetano Heredia”, investigación descriptiva, correlacional; en la cual se seleccionó a 169 tutores familiares de pacientes oncológicos terminales a quienes se les aplicó una encuesta, donde se encontró que en cuanto al manejo de la alimentación el nivel de conocimiento obtuvo el 81% ; en cuanto a la administración de medicación para el dolor el 47% obtuvieron un conocimiento regular, y el 75% presentaron una actitud de rechazo sobre el cuidado; con lo que se concluye que se consta una reciprocidad entre el conocimiento y actitudes del familiar cuidador del paciente oncológico terminal atendido en el servicio mencionado (25).

Rojas R, (2018); cuyo objetivo fue: “Comprobar la actitud del entorno familiar hacia el cuidado integral del paciente oncológico en su hogar”; las que realizaron un estudio cualitativo; donde la muestra fue de 30 familiares de pacientes con cáncer terminal que fueron diagnosticados en diferentes centros hospitalarios en Perú; a quienes se les aplicó un cuestionario validado, los datos fueron procesados y analizados de forma estadística, encontrándose que respecto a la actitud de los familiares en cuanto al cuidado integral realizado por el familiar en la dimensión de necesidades elementales el 66.7% reportaron una actitud optimista, 23.3% una actitud de negación y el 10 % una actitud muy negativa; en cuanto a la dimensión psicológica socio espiritual el 70% reportaron una actitud aceptable, el 16.7 % una actitud negativa y 13.3 % una actitud muy negativa; concluyendo que en mayor proporción los familiares presentan actitudes propicias al cuidado exhaustivo del paciente oncológico en función de las dimensiones del estudio (26).

Tapia D.(2016) cuyo objetivo fue: “Identificar la percepción del cuidador familiar sobre los cuidados de enfermera al paciente oncológico hospitalizado”; estudio cualitativo descriptivo, en el cual participaron 8 enfermeras a quienes se les aplicó una entrevista y se les grabó para tener material para discernir dentro de las categorías definidas, de las enfermeras que guían su atención a la terapéutica para administrar cuidado y las enfermeras que ponen su cuidado al cuerpo del paciente; dentro de esta última categoría, la particularidad del cuidado es que es el eje fundamental para ejecutar un buen cuidado; que el

paciente y el cuidador sean los principales protagonistas y sean ellos los que depositen su confianza con la finalidad de dar calidad de vida al paciente oncológico terminal; para lo cual se puede crear un espacio de relación y acogimiento, permitiendo que éste se sienta seguro y tranquilo, así mismo distingue un cuidado de enfermería oportuno que cubra la sintomatología diversa de un paciente que se encuentra en esas condiciones; caso opuesto si la atención es percibida como no adecuada; incluso catalogándola como descuidado por parte del familiar quien mostraría insatisfacción (27).

2.2. BASES TEÓRICAS:

2.2.1. Variable Calidad de vida

La expresión calidad de vida, data del siglo pasado, cuando la representación de la fase de bienestar, procedente de los desajustes socioeconómicos procedentes de la crisis de los años 30, despliega y se difunde sólidamente en la postguerra, de cierta forma como fruto de las presunciones del desarrollo en el aspecto social que demandaban el orden geopolítico, una vez acabada la segunda guerra mundial; y a pesar que en ese momento se dio a conocer cómo un tema social y mercantil que la particularidad en el estilo de vivir se daba como parte de acumular bienes, siendo objeto de muchos cuestionamientos de otras disciplinas que han abordado el tema (28).

La OMS conceptualiza la calidad de vida como el discernimiento personal y único de las personas acerca de sus dogmas, hábitos, principios en los cuales guardan relación con sus metas e intereses; además considera que tiene cinco dimensiones como la salud mental, las relaciones interpersonales, la salud física, el medio ambiente y la independencia; sintetizándose es un tema multifactorial, que implica al ser humano de una forma holística (29).

Olson y Barnes (1982) sustentan que la calidad de vida debe ser abordada bajo un enfoque factorial, teniendo en cuenta la teoría de los dominios, asumiéndose que el tener un adecuado manejo de estos asegura un nivel apropiado en la calidad de vida; los dominios formulados por los autores son enfocados en las

experiencias vitales de las personas como la vida de pareja, la religión, la educación, la vivienda, la salud, los amigos y las diversas actividades de ocio. (30).

Dicha concepción ha sido analizada y adecuada a la realidad peruana por Grimaldo (2009), quien asevera que la calidad de vida, posee un alto nivel cognitivo, de apreciación y discernimiento en base a circunstancias vividas; en este sentido, Grimaldo, considera siete factores: Hogar y bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión; y salud; bajo la percepción de las dimensiones, es que se asumen las vivencias de la persona con sus subjetividades y apreciaciones propias teniendo en cuenta sus necesidades, capacidades y limitaciones propias (31).

2.2.1.1. Dimensiones de la calidad de vida:

Olson y Barnes consideran diferentes dominios los que van a marcar las vivencias de una persona, en consecuencia, determinan la calidad de vida; la que es como un fenómeno sensible al cambio y multidimensional, que puede ser concebida según la apreciación de cada persona con respecto a su bienestar corporal, a su salud mental o entorno social, propiciando aplicar los siguientes dominios:

1. **El dominio de bienestar económico:** va relacionado a la voluntad de cada persona con la finalidad de cubrir sus necesidades de consumo, residencia, formación y cumplir con un estilo de vida saludable; basa también el dominio en la complacencia de necesidades, el cual se relaciona a las capacidades, ocasiones, las ventajas y otros elementos no cuantificables que hacen referencia a la calidad de vida de la persona.
2. **El dominio de amigos:** Abarca las diversas acciones de recreación, esparcimiento que participa una persona con sus amistades del barrio, del centro laboral, ambiente de estudios; pues en cualquiera de los contextos la amistad funciona positivamente a confrontar situaciones en la vida; en tanto aquellos

que no tienen un círculo de amistad suelen a estar más expuestos a comprometerse en malos hábitos los cuales afectan su salud.

3. **El dominio de vecindario y comunidad:** Va referido a las ocasiones en las que el entorno comunitario permite la participación de la persona quien es capaz de demostrar a través de sus actividades capacidad de formar parte de una organización política, arraigo en tradiciones, participación en deportes; con lo cual se desarrollan valores y cualidades.

4. **El dominio de vida familiar y hogar:** El cual permite identificar la organización familiar y el afecto dentro de su núcleo, así como la capacidad en la resolución de problemas, la empatía entre todos los miembros, ofrecer seguridad, entre otros aspectos; ya que todo ello favorece a formar relaciones afectivas positivas para fortalecer su bienestar.

5. **El dominio de pareja:** Considera las acciones que ejercen los que componen una relación donde prima el sentimiento basado en el respeto, en busca del bienestar el apoyo social que contribuiría a sobrellevar momentos difíciles para sostenerse en el tiempo.

6. **El dominio ocio:** El cual es determinado por el número de horas de las que la persona dispone para hacer actividades recreacionales o de actividad deportiva; el ocio es calificado como una fase positiva de la mente, el que se traduce en calidad de vida si se concibe como una necesidad y del mismo modo de forma indirecta como un elemento de equilibrio de las carencias pues en los últimos años, el ocio se ha conectado como un elemento que genera calidad de vida, que puede promover energías positivas, obtener el equilibrio mental, ya que acrecienta la alegría, la autoconfianza y las relaciones interpersonales.

7. **El dominio medio de comunicación:** Es el influjo de las redes sociales como el internet, la TV, la publicidad sobre la calidad de vida, así como las implicancias de los medios de comunicación sobre la persona; teniendo los medios de comunicación y la particularidad de su información que se transmite e influyen sobre el bienestar del individuo y el no acceder a ellos limita las

capacidades para aprovechar la propagación de cultura que a través de ellos se ejecuta.

8. **El dominio religión:** Está relacionado a la rutina del culto, formalidades religiosas y sus creencias; esta actúa como un medio de apoyo para enfrentar situaciones en la vida de una persona, mientras que la fe aporta a disminuir los niveles de estrés.

9. **El dominio salud:** Integra las situaciones de salud mental, física, la que es entendida como el deseo de disuadir alguna enfermedad o ayudar a recuperarse de ella; el proceso implica que la persona inicia con percepciones individuales, tales como la susceptibilidad y la amenaza que percibe (32).

2.2.1.2. Estrategias de Intervención para mejorar la Calidad de Vida

Los métodos y destrezas para renovar la calidad de vida en los pacientes oncológicos y comunidades concuerdan en gran medida con la promoción de la salud de forma preventiva como a través del tratamiento de la enfermedad; la práctica de enfermería tiene como fin resguardar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento oportuno; de ser el contexto el caso de pacientes oncológicos terminales contribuir al restablecimiento del deterioro de su estado funcional para optar por su calidad de vida (33).

2.2.2. Variable Satisfacción Familiar

La satisfacción familiar es sustancial en la dinámica familiar, si bien es cierto, existen varios elementos que lo establecen, la calidad de vida es uno de ellos, a través del cual, los miembros del entorno familiar al interactuar dan lugar a que se instituya un proceso de socialización que los habilitan para su vida en sociedad; así, en la medida en que cada uno de los integrantes del sistema familiar va concordando psicológica y socialmente, la armonía familiar va consolidándose, formando una solidez personal y familiar (34).

La Satisfacción familiar, debe ser separada del funcionamiento familiar, ya que mientras el funcionamiento familiar se centra en el grado de cohesión y adaptabilidad que presentan los miembros del sistema familiar, la satisfacción

familiar revela una dimensión de bipolaridad, en un lado a la persona considerablemente satisfecho, en tanto en otro la persona para nada satisfecha con lo que observa; por tanto, la satisfacción se centra absolutamente en el funcionamiento familiar (35).

Bouche, conceptualiza a la satisfacción familiar como el grado de complacencia producto de apreciar una adecuada adaptabilidad y cohesión por parte del entorno familiar, por lo tanto estas dimensiones se aplican en la familia, así mismo un conflicto en estas circunstancias ocasionaría insatisfacción por parte de los miembros de la familia, además es el sentimiento provocado por el grado de complacencia de un individuo con respecto a la vinculación entre los miembros de su entorno familiar y el grado de flexibilidad y aptitud para el cambio; es decir, comprende una respuesta personal de agrado, asociada con la afinidad de la familia, la flexibilidad al cambio y la comunicación entre sus miembros (36).

Olson y Wilson definen la satisfacción familiar como el resultado de las continuas interacciones verbales y/o físicas de a una persona con los integrantes de su familia y guarda relación con la unión, equidad, diversión, soporte, falta de conflictos, contacto afectivo, confianza, unión, armonía, la distribución y aprobación de roles y tareas, la comunicación abierta y la aprobación en general de la familia (37); asimismo, Sainz menciona que la satisfacción familiar es el grado en que los miembros de la familia se sienten felices y satisfechos con lo demás y Villarreal, dice que implica los niveles de cercanía emocional, la capacidad para adaptarse a los cambios, la disposición en la comunicación y la forma de resolver los problemas (38).

Por lo tanto, la satisfacción familiar es una réplica subjetiva, cuya apreciación se da en función de los niveles de comunicación entre padres e hijos; el grado de afinidad que existen entre los miembros de la familia y el nivel de adaptabilidad familiar de los miembros entre sí y con su entorno (39).

2.2.2.1. Dimensiones de satisfacción familiar

La escala de satisfacción familiar de Olson y Wilson constituyen cinco las cuales son: Adaptabilidad, Comunicación, Cohesión, Interacción y Participación; para este estudio se abarcará dos de las dimensiones, el de Adaptabilidad y Cohesión.

1. **Adaptabilidad:** se concibe como la capacidad de ajuste y flexibilidad a los cambios que tiene una familia, en términos de conjunto.
2. **Cohesión:** se entiende como la vinculación, grado cercanía afectiva y física entre las unidades de un determinado sistema familiar que configuran un particular modo de funcionamiento.

La cohesión familiar es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí; se compone de variables específicas que se pueden medir y determinar así las características de la cohesión familiar; estas incluyen: fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación, el afecto entre los miembros de la familia, es un aspecto importante que comprueba la dinámica familiar, dado que el ser humano se respalda al sentirse amado y respetado por su grupo familiar, lo cual le da un sentido de pertenencia y satisfacción personal.

- Comunicación; es la capacidad de diálogo comprensivo, franco y receptivo que posee un sistema familiar para con grupo.
- Interacción; se entiende como la condición relacional del sistema familiar en sus múltiples niveles, tanto en su forma habitual como en instancias de recreación.
- Participación: se entiende como una parte de expresión y respeto de las necesidades que procura la familia a cada uno de sus miembros (40).

2.2.3. Cáncer:

Según la Organización Mundial de la salud; el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células; puede aparecer usualmente en cualquier parte del cuerpo; este suele invadir el tejido próximo y puede provocar metástasis en puntos alejados del organismo; varios tipos de cáncer se podrían prevenir impidiendo la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco; además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana (41).

Según la American Cancer Society para muchas personas, el cáncer puede tratarse muy efectivamente; de hecho, ahora más que nunca hay un mayor número de personas que tienen una vida plena después de haber recibido su tratamiento contra el cáncer; según Juárez y De la Garza, el cáncer es una enfermedad estimulada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera libre, invadiendo localmente y al trayecto otros tejidos; enfermedad que ha acompañado muy probablemente desde su aparición; según algunos informes, data de apenas unos tres o cuatro millones de años (42).

Según Reyes y Villar; el cáncer pertenece a un conjunto de enfermedades con una serie de peculiaridades comunes que las hacen identificables respecto a otras patologías sistémicas, pero con una causa muy heterogénea, incluso neoplasias que se han originado en el mismo órgano representan enfermedades distintas desde el punto de vista molecular, clínico patológico y pronóstico (43).

2.2.3.1. Cáncer en fase terminal:

El cáncer terminal se puede definir como: el padecimiento avanzado, progresivo e incurable, en ausencia de posibilidades sensatas de respuestas al tratamiento específico; incluye numerosos problemas físicos intensos, multifactoriales y variables que generan gran impacto emocional en el

paciente, familia y equipo terapéutico como consecuencia de la presencia explícita de la enfermedad (44).

La OMS en 1990 definió los cuidados paliativos como la atención total y activa de los pacientes cuya dolencia no responde a tratamiento curativo; ampliándola consecutivamente como el modo de abordar la enfermedad incurable que pretende mitigar la calidad de vida tanto de los pacientes que enfrentan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales (45).

Estos cuidados giran en torno al reparo de la muerte como un paso normal, afirmando la vida, sin adelantar o posponer el momento del fallecimiento y asegurando una comunicación respetuosa, sincera y eficaz; el paciente necesita información sobre su enfermedad; pero sobre todo, tiempo y espacio para compartir pensamientos sobre su situación; la comunicación adecuada mejora la implicación activa de los pacientes en la toma de decisiones junto a su familia, asegura la adherencia a los tratamientos y reduce síntomas de ansiedad y depresión (46).

El sufrimiento de estos pacientes, es una variable cuya percepción es subjetiva y se le debe dar la importancia adecuada ya que aumenta al convivir con una enfermedad terminal; Chapman y Gavrin lo definieron como un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse vulnerable en su integridad, de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla, siendo como citó Cassell, el alivio del sufrimiento y el cuidado de la enfermedad dos obligaciones de una profesión sanitaria (47).

El enfermo en fase terminal es aquel paciente que presenta una enfermedad comprobada avanzada, progresiva e incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la

generación del sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses (48).

2.3. Formulación de Hipótesis:

2.3.1 Hipótesis General:

Ha: Existe relación significativa entre el nivel de satisfacción familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor en un Instituto especializado.

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de satisfacción familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor en un Instituto especializado.

2.3.2. Hipótesis Específicas

Ha: Existe relación significativa entre la dimensión cohesión familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales

Ho: No existe relación significativa entre la dimensión cohesión familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales.

Ha: Existe relación significativa entre la dimensión adaptabilidad y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales.

Ho: No existe relación significativa entre la dimensión adaptabilidad y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales.

3. METODOLOGÍA:

3.1. Método de Investigación:

El proyecto de investigación se basa en un método científico hipotético – deductivo, ya que las hipótesis son punto de partida para nuevas deducciones. Este método posibilita la reestructuración constante del sistema teórico, conceptual o metodológico de la investigación y, por tanto, se puede clasificar como método para la construcción de conocimientos (49).

3.2. Enfoque de Investigación:

El estudio fue de enfoque cuantitativo porque se expresa en datos estadísticos, permitiendo la descripción y la síntesis de los datos de la variable investigada para su posterior análisis, generalización y objetivación de los resultados (50).

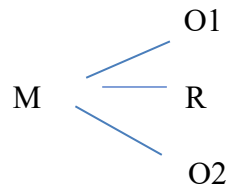
3.3. Tipo de Investigación:

El proyecto de investigación es de tipo aplicada, recibe también el nombre de práctica o empírica, y esta se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren. Esta investigación depende de los resultados y avances de la investigación básica, es decir la investigación aplicada requiere de un marco teórico. (51).

3.4. Diseño de Investigación:

El estudio es un diseño no experimental u observacional, es un diseño empírico y sistemático en donde el investigador busca una problemática en miras de una solución y de corte transversal porque se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, este estudio se realizará en un periodo de tiempo (52).

Siendo el grafico siguiente el que plasma el diseño de la investigación:



Donde:

O1= variable 1: satisfacción familiar

O2= variable 2: calidad de vida.

M = muestra

R = relación

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población: La población de este estudio está constituida por los pacientes oncológicos terminales que han sido atendidos y tratados en el Servicio de Medicina Paliativay Tratamiento del Dolor de un Instituto especializado.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$N = 900$$

3.5.2. Muestra: La muestra representa una parte específica de la población, la cual se obtuvo aplicando la siguiente fórmula estadística, utilizando una probabilidad de éxito al 3%, en donde se obtuvo una muestra de 166 y se determinará a través de la siguiente fórmula:

P = Probabilidad de éxito es al 3% = 0.03

$$n = \frac{900 \cdot 1.96 \cdot 0.03 \cdot 0.95}{0.03 \cdot 799 \cdot 1.96 \cdot 0.03 \cdot 0.95} = 166$$

$$n = 166$$

Diseñada para poblaciones finitas, iguales o menores a 100,000.

Leyenda:

n= Tamaño de muestra buscada.

N =Tamaño de Población o Universo.

Z = Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza (95%) es decir 1.96.

d= Error de Estimación máximo aceptado: Sí es 3% (0.03) y al 5% (0.05).

N= Tamaño de población o Universo.

p= Probabilidad de éxito 0.5 (50%), para 0.05 (5%) y 0.03 (3%)

3.5.3. Muestreo: El tipo de muestreo es cálculo analítico se realizará considerando el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales y por conveniencia ya que es sistemático y no al azar y se eligen las unidades muestrales teniendo en cuenta criterios de selección.

3.5.4. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que desean participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer terminal de ambos sexos.
- Pacientes con cáncer terminal mayores de 18 años.
- Pacientes con grado de dependencia II, III.
- Pacientes que reciben tratamiento paliativo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no desean participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes que no estén en la etapa terminal de su enfermedad.
- Pacientes con cáncer terminal menores de 18 años.
- Pacientes con grado de dependencia I.
- Pacientes que no reciben tratamiento paliativo.

3.6. Variables y Operacionalización:

3.6.1. Variable Satisfacción familiar:

Definición conceptual: la medida que se establece lazos afectivos entre sus miembros, suscitando el desarrollo progresivo en la independencia, así como superar las dificultades en su entorno familiar, esto se logrará a través del instrumento de obtención de datos de la Escala de satisfacción familiar de Olson y Wilson (53).

Definición operacional: Considera la satisfacción familiar como un parámetro que se mide con las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar.

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ESCALA VALORATIVA (Niveles o rangos)
Cohesión Familiar	8 ítems (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 14) 1. Cerca de la familia. 3. Disponibilidad de la familia 5. Familiares que se disgustan entre ellos. 7. Tiempo que pasa con su familia 9. Libertad para estar solo 11. Aceptación de amigos por su familia 13. Tomar decisiones familiares 14. Diversión en familia	Escala Ordinal: Tipo Likert 0: Totalmente Insatisfecho 1: Algo Insatisfecho 2: En General Satisfecho 3: Muy Satisfecho	Por niveles diagnósticos: 0 – 14 Totalmente Insatisfecho 15 – 28 Algo Insatisfecho 29 – 42 En General Satisfecho 43 – 56 Muy Satisfecho
Adaptabilidad Familiar	6 ítems. (2, 4, 6, 8, 10 y 12). 2. Expresar lo que quiere		

	4. Padres toman decisiones familiares 6. Críticas justas 8. Dialogar para resolver problemas. 10. Obligaciones y deberes en el hogar 12. Expectativas familiares	4: Completamente Satisfecho	57 – 70 Completamente Satisfecho.
--	--	--------------------------------	--------------------------------------

Fuente: Elaboración propia

3.6.2. Variable Calidad de vida:

Definición conceptual: Son las condiciones en que viven los pacientes oncológicos terminales con respecto a la satisfacción familiar, esto se logrará a través del instrumento de obtención de datos Olson David y Barnes Howard (54).

Definición operacional: Considera la calidad de vida como la respuesta del usuario mediante las dimensiones de Hogar y bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa; educación y ocio; medios de comunicación, religión, salud.

DIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ESCALA VALORATIVA (Niveles o rangos)
Hogar y bienestar económico	Ítems: 1, 2, 3, 4, y 5 1. Bienes materiales 2. Vivir a gusto 3. Capacidad económica 4. Satisfacer necesidades básicas. 5. Condición económica.	Escala Ordinal: Tipo Likert 0: Insatisfecho	0 – 24 Deficiente 25 – 48 Baja
Amigos. vecindario y comunidad	Ítems: 6, 7, 8 y 9 6. Relación con familiares y amigos. 7. Facilidades de realizar compras 8. Seguridad de los lugares que frecuenta 9. Espacios de recreación	1: Un Poco Insatisfecho 2: Satisfecho 3: Bastante Satisfecho	49 – 72 Moderada 73 – 96 Alta
Vida familiar y familia extensa	Ítems: 10, 11, 12 y 13 10. Relación de afecto 11. Responsabilidades en casa 12. Seguridad afectiva 13. Apoyo emocional	4: Completamente Satisfecho	97 – 120 Excelente
Educación y ocio	Ítems: 14, 15 y 16 14. Cantidad de tiempo libre		

Medios de comunicación	15. Disposición para realizar actividades deportivas y recreativas 16. Acceso a programas educativos Ítems: 17, 18,19 y 20 17. Satisfacción con: programas televisivos 18. Radio 19. Internet: páginas educativas y no educativas 20. Noticias		
Religión	Ítems: 21 y 22 21. Asisten a misa 22. Tiempo que le brindan a Dios		
Salud	Ítems: 23 y 24 23. Nivel de salud personal. 24. Nivel de salud familiar.		

Fuente: Elaboración propia

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

3.7.1. Técnica:

La técnica para la recolección de datos, será la entrevista para promover un diálogo continuo sobre los indicadores del estudio considerados en el instrumento de recolección de datos.

3.7.2. Descripción de instrumento:

En cuanto al instrumento satisfacción familiar se utilizó la Escala de Satisfacción Familiar de Olson y Wilson en 1982, consta de 14 ítems, de los cuales los impares valoran la dimensión de Cohesión y los pares la dimensión de Adaptabilidad, este instrumento es una versión corta de la escala FACES II de Olson donde las alternativas de respuesta tienen cinco niveles en una escala tipo Likert; los valores se interpretan en función del modelo circunflejo de modo que los valores extremos indicarían disfuncionalidad familiar y los valores medios, un equilibrio entre la cohesión y la adaptabilidad, que sería indicador de funcionalidad familiar.

Para medir la variable de Calidad de Vida se utilizó la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, la misma que fue elaborada por Davis Olson y Howard Barnes en 1982, donde su objetivo fundamental es medir el grado de bienestar en el paciente a través de sus dominios, el instrumento consta de 43 ítems y 12 áreas en su versión original, la cual para esta investigación se utilizó la versión adaptada en Perú por Grimaldo (2009), el cual consta de 24 ítems distribuidos en 7 dominios (Hogar y bienestar económico, Amigos, vecindario y comunidad, Vida familiar y familia extensa, Educación y ocio, Medios de comunicación, Religión y Salud).

Escala Valorativa: 0 - 24	Deficiente
25 – 48	Baja
49 – 72	Moderada
73 – 96	Alta
97 – 120	Excelente

3.7.3 Validación:

La validez del instrumento para medir la satisfacción familiar fue mediante la participación de 5 jueces expertos en el tema, donde el instrumento en cuestión alcanzo una concordancia del 100%.

La validez del instrumento para medir la calidad de vida fue validada por 5 jueces expertos al cual se le aplico la prueba binomial, obteniéndose alta concordancia del juicio de expertos que alcanzo el 100%.

3.7.4 Confiabilidad:

Para el instrumento de satisfacción familiar donde utilizó el Alpha de Cronbach obteniendo una confiabilidad de 0.858.

Para el instrumento de calidad de vida donde utilizó el Alpha de Cronbach obteniendo una confiabilidad de 0.86.

3.8. Plan de procedimiento y análisis de datos.

Los datos recepcionados a través de los instrumentos serán procesados de forma automatizada utilizando el software SPSS versión 22, para posteriormente realizar la tabulación simple y cruzada; asimismo los resultados se ilustrarán mediante tablas estadísticas de entrada simple y doble considerando los objetivos propuestos en el trabajo de investigación, se considerará las respectivas graficas de frecuencia absolutas y relativas porcentuales.

3.9. Aspectos éticos:

Considerando la importancia que tiene este estudio de forma oportuna se solicitará el debido permiso documentado a la dirección de investigación de un Instituto especializado; asimismo la información obtenida será utilizada protegiendo la identidad de las personas ingresadas en dicho servicio, la confidencialidad y la privacidad a la que tiene derecho cumpliendo con los principios de:

Los aspectos bioéticos fueron los siguientes

- **Autonomía:** Se le explico a cada familiar el motivo de la encuesta y ellas(os) tuvieron la libertad de decidir si participar o no del estudio, no se obligó ni se les engañó.
- **Confidencialidad:** El informe obtenido fue discreto manteniendo el profesionalismo.
- **No maleficencia:** Los familiares que decidieron participar del estudio no fueron supeditados a peligro alguno.
- **Beneficencia:** Este estudio favoreció a este grupo de familiares debido a que se reconocieron las dimensiones alteradas para plantear opciones que ayuden a mejorar la calidad de vida del paciente oncológico terminal. (55).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

4.1 Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES/SEMANAS	SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				AGOSTO				SETIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CAPITULO I: EL PROBLEMA																																
1.- Revisión de la literatura especializada	x																															
2.- Planteamiento y formulación del problema		x	x																													
3.- Determinación de las variables de investigación			x																													
4.- Planteamiento de los objetivos y de la hipótesis				x																												
5.- Realización de la justificación e importancia.				x	x																											
6.- Elaboración de antecedentes					x	x	x																									
CAPITULO II : MARCO TEORICO																																
7.- Bases teóricas									x	x	x																					
8.- Formulación de hipótesis												x																				
CAPITULO III : METODOLOGIA																																
9.- Método, enfoque, tipo y diseño de investigación													x	x																		
10.- Población, muestra y muestreo														x																		
11.- Variables y operacionalización														x																		
12.- Técnica e instrumentos de recolección de datos															x	x																
13.- Plan de procesamiento y análisis de datos																x																
14.- Validación, confiabilidad de instrumentos y aspectos éticos																	x	x														
CAPITULO III : ASPECTOS ADMINISTRATIVOS																																
15.- Cronograma de actividades y presupuesto																	x															
16.- Exposición del proyecto																		x	x													
17.- Aprobación del proyecto																											x	x	x			
18.- Sustentación del proyecto de Estudio																														x		

Fuente: Elaboración propia

4.2 Presupuesto:

MATERIALES	2020				2021		TOTAL
	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	soles
Laptop	2500						2500
USB	20						20
Papel bond A4		15		15			30
Lapiceros	5						5
Resaltador	2						2
M. bibliográfico							300
Fotocopias	5		5				10
Impresiones	10		10		10		30
Tóner			100				100
Internet	20	20	20	20	20	20	120
	2562	35	135	35	30	20	3117

Fuente: Elaboración propia

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Group Whoqol. Study protocol for the World Health [en línea]. E.E.U.U; Org.proj. Quality of Life; 2020. [fecha de acceso 20 de junio 2021].
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00435734>
2. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el cáncer. [en línea] Ginebra, Suiza; 2018. [Acceso 20 de febrero del 2021].URL disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación del Cáncer en las Américas [en línea].EEUU; 2020 [fecha de acceso 21 de junio 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>
4. GLOBOCAN 2018. [Base de datos en línea]. E.E.U.U. Global Cancer Observatory © International Agency for Research on Cancer. 2019 [fecha de acceso 19 de mayo2021]. URL disponible en: <http://gco.iarc.fr>
5. Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet] Perú: Situación del Cáncer;2018. [fecha de acceso 20 de junio 2021]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe>
6. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Departamento de Epidemiología y Diagnostico del Cáncer. [en línea] Perú: Datos Epidemiológicos. INEN; 2018. [fecha de acceso 15 de junio 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestionproduccion-hospitalaria/>
7. Ramos W, Venegas D. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Rev Rev.Fac.Med. Hum. [en línea] 2020; Vol.20(1):10-11. Disponible en: <10.25176/RFMH.v20i1.2704>

8. Díaz A, Linares L, Fanning M. Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas con cáncer: revisión sistemática 2014-2020. RECIEN [Internet]. 2021 [citado 2 de agosto de 2021]; vol. 10(2):205-18. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/87>
9. Cáncer Society. Aspectos básicos sobre el Cáncer. [base de datos en línea]cancer.org; 2020 [fecha de acceso julio 2021]. URL disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/quees-el-cancer.html>
10. Paredes C. Calidad de atención y satisfacción del usuario externo del centro de salud de zona rural peruana. RECIEN [Internet]. 2020; Vol.9(1):2-14. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/2>
11. Silva W, Silva R, Pereira R, Silva M, Marins A, Sauthier M. Percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos oncológicos [tese de doutorado] Brasil: JNurs 2020;13(1):72-81. URL disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/284/percepciondelas-enfermeras-sobre-cuidados-paliativos-experiencia-con-pacientes-oncologicos>
12. Donabedian A. The definition of quality and approach to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I. Michigan: Health Administration Press; 1980. [consultado 22 de agosto de 2021] Disponible en: [http://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=960287](http://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=960287)
13. Guerrero R, Meneses L, De La Cruz R. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. [fecha de acceso 17 de julio 2021] Perú: Rev. Enfermería Herediana. 2016; 9(2):127-136. URL disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
14. Tang W, Soong CH, Lim W. Patient Satisfaction with Nursing Care: A Descriptive Study Using Interaction Model of Client Health Behavior. Int. Journal of Nursing Sc. [Revista en Internet] 2013 [acceso 30 de junio del

- 2021]; vol. 3(2):p 51-56. Disponible en:
<http://article.sapub.org/10.5923.j.nursing.20130302.04.html>
15. Idrogo A, Vásquez B. Auditoría de los registros de enfermería para garantizar la calidad del cuidado. RECIEN [Internet] 2020 [citado 12 de septiembre de 2021]; 9(1):20. Disponible en:
<https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/10>
16. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista L. Recolección de datos cuantitativos. Metodol la Investig [Internet]. 2006; pp.308–57. Disponible en:
http://saludpublica.cucs.udg.mx/cursos/medicion_exposicion/HernándezSampieri_et_al
17. Rodríguez A, Pérez, A. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. Revista EAN [Internet] 2017; vol. 82, pp.179-200. Disponible en:
<https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
18. Morishita K, Kawahara, T. y Kamibeppu, K. Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida entre los cuidadores familiares de pacientes con cáncer terminal. Japón: Universidad de Tokio;2021. Disponible en: [10.4236 /ojn.2020.1012089](https://doi.org/10.4236/ojn.2020.1012089)
19. Takuva K. ¿Qué contribuye a la satisfacción con la atención de los cuidadores familiares de pacientes con cáncer terminal ingresados en salas generales? Un estudio cualitativo. Japón; 2020; Revista Abierta de Enfermería, 10, 10811094. doi: [10.4236 /ojn.2020.1011077](https://doi.org/10.4236/ojn.2020.1011077) .
20. LeBaron V, Bennett R, Alam R, Blackhall L, Gordon K, Hayes J, et al. Understanding the Experience of Cancer Pain from the Perspective of Patients and Family Caregivers to Inform Design of an In-Home Smart Health System: Multimethod Approach. JMIR Form Res.EEUU; 2020 Aug 26;4(8): e20836. doi: [10.2196/20836](https://doi.org/10.2196/20836). PMID: [32712581](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32712581/); PMCID: [PMC7481872](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC7481872/)
21. Kiyoko MG, George A, Vidyasagar M, Mathew S, Nayak S, Nayak BS et al. Calidad de vida entre pacientes con cáncer. Indian J Palliat Care. Octubre diciembre de 2017; 23 (4): 445-450. doi: [10.4103 /IJPC.IJPC_82_17](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_82_17). PMID: 29123353; PMCID: [PMC5661349](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC5661349/)

22. Toffoletto C, Grandon, K. Determinantes sociales de salud, sobrecarga familiar y calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. *Rev. salud pública* [online]. 2019, vol.21, n.2, pp.154-160. ISSN 0124- 0064. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.76845>
23. Amado J, Apolaya M, Che E, Vargas O, Solis J, Oscanoa T. Quality of life in patients with advanced cancer according to place of care in a referral hospital. *Rev. Fac. Med. Hum.* January 2021; 21(1):138-144. DOI [10.25176/ RFMH.v21i1.3603](https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i1.3603)
24. Tasayco A. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en el servicio de oncología del hospital militarcentral Lima, 2019 [Tesis para optar al grado de Maestría en Gestión de los serviciosde salud] Perú; Universidad Autónoma de Ica; 2017. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/609>
25. Alvarez C, Gonzales M. Conocimientos y actitudes del cuidador primario sobrecuidados paliativos en un hospital de Lima 2019 [Tesis para optar al grado deMaestría en Gestión de los servicios de salud] Perú; Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/6699>
26. Rojas D, Romero K. Actitudes de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar, distrito de Palca 2018 [Tesis para optar por la segunda especialidad de enfermería en oncología] Perú; Universidad Nacional del Callao; 2018. Disponible en: [https://1library.co > subject > distrito-de-palca](https://1library.co/subject/distrito-de-palca)
27. Tapia D. Percepción del familiar sobre el cuidado de enfermería en el paciente oncológico Trujillo 2016. Perú; REV. Recien. [internet]2021. [acceso agosto 2021]Vol.10 Núm.(3):87-100. Disponible en : <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/110>
28. Krederdt S, Gil L. Apuntes en torno a las aproximaciones conceptuales sobre la práctica avanzada de enfermería. Perú: RECIEN [Internet]. 8 de junio de 2020 [citado 12 de agosto de 2021]; 9(1):16. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/6>

29. Díaz A, Linares L, Fanning M. Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas con cáncer: Revisión Sistemática 2014-2020. Perú: RECIEN [Internet] 2020.[citado 22 de julio de 2021]; vol. 10(2):205-18. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/87>
30. Tamayo M. El proceso de la investigación científica [Internet]. 2002. p. 17. Disponible en: http://evirtual.uaslp.mx/ENF/220/Biblioteca/Tamayo_Tamayo-El_proceso_de_la_investigación_científica2002.pdf
31. García J. Aproximación epistemológica al concepto de ciencia: Una propuesta básica a partir de Kuhn, Popper, Lakatos y Feyerabend. [en línea].2008; 4(8): 185212. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62811458008>
32. Donabedian A. The definition of quality and approach to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I. Michigan: Health Administration Press; 1980. [consultado 22 de agosto del 2021] Disponible en: [http://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=960287](http://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=960287)
33. Condezo, M. La calidad de atención que brinda el profesional de enfermería a pacientes con tratamiento de quimioterapia en el servicio de oncología del Hospital Nacional Hipólito Unanue ,2017 [Tesis de titulación, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Perú; Repositorio UNFV. 2017. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1783>
34. García, C. Calidad del cuidado de enfermería y grado de satisfacción del paciente oncológico internado en el servicio de cirugía del hospital III José Cayetano Heredia, febrero, 2019 [Tesis de titulación, Universidad Nacional de Piura]. Perú; Universidad Nacional de Piura; 2019. Disponible en : <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1620/ENF-GARCAL2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Idrogo A, Vásquez E. Auditoría de los registros de enfermería para garantizar la calidad del cuidado. RECIEN [Internet]. 8 de junio de 2020 [fecha de acceso septiembre de 2021]; 9(1):20. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/10>

36. Kamath A. Calidad de vida entre pacientes con cáncer. *Indian J Palliat Care*. Octubre-diciembre de 2017; 23 (4): 445-450. doi: 10.4103 / IJPC.IJPC_82_17. PMID: 29123353; PMCID: PMC5661349
37. Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención yControl de Enfermedades Lima 11. Perú [Internet] Análisis de la Situación delCáncer 2018. [fecha de acceso 1 de septiembre de 2021] Disponible en: <http://www.dge.gob.pe>
38. Salas C, Garzón M. La noción de calidad de vida y su medición. *Rev CES Salud Pública* 2013; 4(1): 36-46. *Revista CES Salud Pública Volumen 4 No.1*. URL disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetLaNocionDeCalidadDeVidaYSuMedicion-4549356.pdf>
39. Introducción al concepto y dimensiones de la calidad asistencial: cómo empezar. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General; 1992. [consultado 12 demayo 2021].Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0864-1252006000400003&caller=scielo.sld.cu&lang=es>
40. Alba R. El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia. *Cultura de los Cuidados*2015; 19(41). [fecha de acceso 1de junio 2021] Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46617/1/CulturaCuidados_41_12.pdf
41. Velásquez S, Zegarra M. Bases Conceptuales de Enfermería. Perú: Universidad Nacional de San Agustín Facultad de Enfermería; 2012
42. Aradilla A. Inteligencia Emocional. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento; 2013.
43. Ugarriza N. La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de Baron (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Rev. Persona*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1471/147118178005/>. 2001;(4).
44. Le Galés A. Aplicación de los conocimientos: Control del cáncer Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces [Internet]. España; 2020 [acceso 12 de Julio de 2021]. Disponible en:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2020/9789243547343spa.pdf>

45. Pedraza M. Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. (en línea). Colombia: Rev. Cuida; 2017. [fecha de acceso 20 de junio 2021]; 6(2):1029-40. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/154>
46. González M, Casique L. Experiencia de una relación afectiva en el cuidado de enfermería, con base en los patrones del conocimiento de Bárbara Carper. Scielo [revista en Internet] 2014 [acceso 10 de junio de 2021]; 8(3): 1- 5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300010
47. Alligood, M. Modelos y teorías en enfermería (8ª ed). Barcelona, España: Elsevier; 2015.
48. Philips K. Sor Callista Roy: Modelo de Adaptación. En: Marriner A T, Raile AM. Modelos y Teorías en Enfermería.: 7ª ed. España: Elsevier; 2011.p.335-357.
49. Ariza C, Daza R. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado (1.a ed.). Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=L0T4LiRFUQC&pg=PA51&dq=la+sat+isfacci%C3%B3n+del+paciente+hospitalizado&h>
50. Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. Metodología de la investigación (6.a ed.). Editorial Mc Graw Hill. <https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
51. Muntuané J. Introducción a la investigación aplicada. Rev Andaluza Patol. Dig. [Internet]. 2010; 33(3):221–7. Disponible en: www.sapd.es
52. Espinoza I. Tipos de muestreo aleatorio. Unidad Investig Científica Fac Ciencias Médicas [Internet]. 2017;1–22. Disponible en: <http://www.vadenumeros.es/sociales/tipos-de-muestreo.htm>
53. Polit D, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6.ª ed. México DF: Interamericana; 1985.
54. Tang W, Soong CH, Lim W. Patient Satisfaction with Nursing Care: A Descriptive Study Using Interaction Model of Client Health

Behavior. International Journal of Nursing Science [Internet], 2013 [acceso 1 de junio de 2021]; 3(2): 51-56. Disponible en:

<http://article.sapub.org/10.5923.j.nursing.20130302.04.html>

55. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima: RN° 322-09/CN-CEP; 2009. [Acceso agosto 2021] Disponible en:

http://cepucayali.com/download/institucionales/codigo_etica_deontologia.pdf

ANEXOS

Anexo N° 1: Matriz de Consistencia

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO
<p><u>Problema General:</u> ¿Cómo se relaciona el nivel de satisfacción familiar con la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del dolor de un Instituto especializado periodo de enero – marzo del 2021?</p>	<p><u>Objetivo General:</u> Determinar cómo se relaciona el nivel de satisfacción familiar con la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales.</p>	<p>HI: Existe relación significativa entre el nivel de satisfacción familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales.</p> <p>HO: No existe relación significativa entre el nivel de satisfacción familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales.</p>	<p><u>Variable 1:</u> Satisfacción Familiar</p> <p><u>Dimensiones:</u> - Cohesión Familiar - Adaptabilidad Familiar</p>	<p><u>Tipo de Investigación:</u> Aplicada</p> <p><u>Método y Diseño de la Investigación:</u> Método Hipotético - Deductivo</p> <p><u>Diseño:</u> no experimental u observacional de corte transversal.</p>
		<p>HI: Existe relación significativa entre la dimensión cohesión familiar y la calidad de vida en pacientes Oncológicos terminales.</p> <p>HO: No existe relación significativa entre la dimensión cohesión familiar y la calidad de vida en Pacientes Oncológicos terminales.</p>		<p><u>Población:</u> N = 900</p> <p><u>Muestra:</u> n = 166 (3%)</p>

<p><u>Problemas Específicos:</u> ¿Cómo la calidad de vida se relaciona con la cohesión familiar en pacientes oncológicos terminales del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del</p>	<p><u>Objetivos Específicos:</u> Identificar como la dimensión cohesión familiar se relaciona con la calidad de vida del paciente</p>	<p>HI: Existe relación significativa entre la dimensión adaptabilidad familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales. HO: No existe relación significativa entre la dimensión</p>	<p><u>Variable 2:</u> Calidad de Vida <u>Dimensiones:</u> Hogar y bienestar económico</p>	
<p>¿Dolor en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en un periodo de enero – marzo 2021? ¿Cómo la calidad de vida se relaciona con la adaptabilidad en pacientes oncológicos terminales del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor de un Instituto especializado en un periodo de enero – marzo 2021?</p>	<p>oncológico terminal. Identificar como la dimensión adaptabilidad se relaciona con la calidad de vida del paciente oncológico terminal.</p>	<p>adaptabilidad familiar y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales.</p>	<p>Amigos. vecindario y comunidad Vida familiar y familia extensa Educación y ocio Medios de comunicación Religión Salud</p>	

Anexo 2:

Instrumento de la variable 1: Satisfacción familiar

Cuestionario de satisfacción familiar:

I. PRESENTACIÓN:

Buenas tardes, soy Licenciada en Enfermería oncológica de la Universidad Norbert Wiener, estoy realizando un estudio, cuyo objetivo es Determinar cómo se relacionan el nivel de Satisfacción Familiar con la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, les presento algunas interrogantes de los cuales son confidenciales y nos permitirán conocer el nivel de satisfacción familiar y la calidad de vida de nuestros pacientes en el servicio. Responda con sinceridad las preguntas. Marcar con un aspa (X) y llenar los espacios en blanco.

III. ASPECTOS GENERAL:

Fecha

Edad

N.º	INDICA TU GRADO DE SATISFACCION	0	1	2	3	4
1	Lo unido que te sientes con los miembros de tu familia					
2	Tu propia facilidad para expresar en tu familia lo que deseas.					
3	La facilidad de tu familia para intentar hacer cosas nuevas.					
4	Las decisiones que toman tus padres y/o hijos en tu familia.					
5	Lo bien que se llevan tus familiares.					
6	Lo justas que son las críticas en tu familia.					
7	La cantidad de tiempo que pasas con tu familia					
8	La forma de dialogar para resolver los problemas familiares					
9	Tu libertad para estar solo cuando lo deseas					

10	Las normas o reglas para distribuir las responsabilidades y tareas de la casa entre los distintos miembros de tu familia.					
11	La aceptación de tus amigos por parte de tu familia					
12	Lo que tu familia espera de ti					
13	La cantidad de veces que tomáis decisiones todos juntos en tu familia					
14	La cantidad de actividades de diversión o de ocio que hay en tu familia					

Escala Valorativa: 0 – 14 Totalmente Insatisfecho

0	1	2	3	4
Totalmente Insatisfecho	Algo Insatisfecho	En General Satisfecho	Muy Satisfecho	Completamente Satisfecho

15 – 28 Algo Insatisfecho

29 –42 En General Satisfecho

42 – 56 Muy Satisfecho

57 – 70 Completamente Satisfecho.

Instrumento de la variable 2: Calidad de vida

Cuestionario sobre calidad de vida

0	1	2	3	4
Insatisfecho	Un poco Insatisfecho	Satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Satisfecho

N.º	Que tan satisfecho esta con:	0	1	2	3	4
	hogar y bienestar económico (5 ítems)					
1	tus actuales condiciones de vivienda					
2	tus responsabilidades en la casa					
3	la capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas					
4	la capacidad de tu familia para darte lujos					
5	la cantidad de dinero que tienes para gastar					
	amigos, vecindario y comunidad (4 ítems)					
6	tus amigos					
7	las facilidades para hacer compras en tu comunidad					
8	la seguridad en tu comunidad					
9	las facilidades para recreación (parque, campos de juegos etc.)					
	vida familiar y familia extensa (4 ítems)					
10	tu familia					

11	tus hermanos					
12	el número de hijos en tu familia					
13	tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)					
	educación y ocio (3 ítems)					
14	tu actual situación escolar					
15	el tiempo libre que tienes					
16	la forma como usas tu tiempo libre					
	medios de comunicación (4 ítems)					
17	la cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión					
18	calidad de los programas de televisión					
19	calidad del cine					
20	la calidad de periódicos y revistas					
	religión (2 ítems)					
21	la vida religiosa de tu familia					
22	la vida religiosa de tu comunidad					
	salud (2 ítems)					
23	tu propia salud					
24	la salud de otros miembros de la familia					

Escala Valorativa: 0 - 24 Deficiente

25 – 48 Baja

49 – 72 Moderada

73 – 96 Alta

97 – 120 Excelente

Anexo 3: Consentimiento informado

Consentimiento Informado

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación de salud.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: “Nivel de Satisfacción Familiar relacionado con la Calidad de Vida en pacientes Oncológicos Terminales de un Instituto especializado”.

Nombre del investigador principal: Gómez Palomino, Ela Gloria.

Propósito del estudio: Determinar la relación entre el nivel de Satisfacción Familiar y la Calidad de Vida de los pacientes oncológicos terminales de un Instituto especializado.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará ningún gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a....., coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como

voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al

.....

Presidente del Comité de Ética de la

..... ubicada en la, correo electrónico:

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

Anexo 4: Informe de originalidad.

SEXTA ENTREGA

ORIGINALITY REPORT

17 %	17 %	2 %	14 %
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Universidad Wiener Student Paper	4 %
2	assets.website-files.com Internet Source	2 %
3	repositorio.ucv.edu.pe Internet Source	2 %
4	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Student Paper	2 %
5	documentop.com Internet Source	1 %
6	repositorio.bausate.edu.pe Internet Source	1 %
7	repositorio.urp.edu.pe Internet Source	1 %

8	creativecommons.org Internet Source	1%
9	repositorio.unac.edu.pe Internet Source	1%
10	repositorio.autonoma.edu.pe Internet Source	1%
11	es.scribd.com Internet	1%
12	repositorio.autonoma.edu.pe Internet Source	1%
