



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOONCOLOGÍA**

Tesis

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un
hospital en la ciudad del Cusco- 2025

**Para optar el Título de
Especialista en Psicooncología**

Presentado por:

Autora: Holguin Curi, Miluvska Jhakelinne

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-4371>

Asesora: Mg. Barahona Rojas, Katherine Grace

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7870-9130>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, MILUVSKA JHAKELINNE HOLGUIN CURI egresada de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Psicología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis “**CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS Y CALIDAD DE MUERTE EN PACIENTES DE UN HOSPITAL EN LA CIUDAD DEL CUSCO- 2025**” Asesorada por el docente: Mr. BARAHONA ROJAS, KATHERINE BARAHONA DNI 46258883 ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7870-9130> tiene un índice de similitud de **16 (dieciséis) %** con código trn:oid:::14912:581967877 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 MILUVSKA JHAKELINNE HOLGUIN CURI
 DNI: 72185059

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma
 Barahona Rojas, Katherine Barahona
 Nombres y apellidos del Asesor
 DNI:46258883

Dedicatoria

A mi papito Dante, quien ya no está físicamente conmigo, pero cuya memoria, amor y enseñanzas siguen guiando cada uno de mis pasos. Este logro es también tuyo, porque tu fuerza y tu ejemplo permanecen vivos en mí.

A mi mamita Vilma, por su amor incondicional, su paciencia infinita y su apoyo constante en cada etapa de mi vida.

A mis hermanitos Katiuvska, Dante, compañeros de vida, por su cariño, sus palabras de aliento y por ser un sostén inquebrantable. A mi luz y alegría de familia Kathiannita mi sobrina que me inspira a ser mejor cada día y a construir un futuro más grande para todos nosotros

A la memoria de mis pacientes que partieron a causa del cáncer que enfrentaron la enfermedad con valentía que trascendía el dolor y la incertidumbre, gracias por compartir sus historias, sus miedos, sus esperanzas y sus silencios, sobre todo por permitirme acompañarlos. En cada encuentro aprendí sobre fuerza, dignidad y humanidad de una manera que ningún libro podría enseñarme.

Que su memoria permanezca como guía en mi camino profesional y humano.
Descansen en paz

Miluvska Jhakelinne Holguin curi

Agradecimientos

A Dios por su inmensa sabiduría y el soporte que a diario me brinda para la consecución de mis objetivos personales y profesionales.

Al Hospital Antonio Lorena, a sus Directores, personal administrativo, operativo, mantenimiento y especialistas en salud, quienes me brindaron la información y facilidades para poder encaminar el estudio y poder culminarlo.

A los cuidadores de los pacientes, quienes a pesar de las circunstancias y momentos vividos me brindaron las facilidades del caso para el recojo de información.

A la Universidad Norbert Wiener y los docentes quienes, en cada sesión de aprendizaje realizado, dieron lo mejor de si mismos, ayudándonos a crecer y a lograr nuestros sueños.

A mi asesora Mgtr. Katherine Barahona Barahona Rojas, quien con mucha paciencia y conocimiento me guió hasta la culminación de este estudio.

A todas las personas que de diferentes formas apoyaron en la realización de este trabajo.

Miluvska Jhakelinne Holguin curi

Índice

Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Índice	6
Índice de tablas	7
Resumen	8
Abstract.....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. METODOLOGÍA	22
III. RESULTADOS	29
IV. DISCUSIÓN.....	38
V. CONCLUSIONES.....	43
VI. REFERENCIAS	44
VII. ANEXOS.....	48

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización de variables.....	24
Tabla 2 Interpretación del coeficiente de correlación de Spearman.....	26
Tabla 3 Género de los pacientes.....	29
Tabla 4 Edad de los pacientes.....	29
Tabla 5 Cuidador del paciente.....	30
Tabla 6 DX Oncológico.....	31
Tabla 7 Resumen de la dimensión comunicación con el equipo de salud.....	32
Tabla 8 Resumen de la dimensión asistencia prestada por el equipo de salud.....	33
Tabla 9 Resumen de la variable cuidado paliativo domiciliario	33
Tabla 10 Resumen de la variable calidad de muerte	34
Tabla 11 Prueba de normalidad	35
Tabla 12 Correlación las dimensiones del cuidado paliativo domiciliario con la calidad de muerte	36
Tabla 13 Correlación las variables del cuidado paliativo domiciliario con la calidad de muerte	37

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025

Home-based palliative care and quality of death in patients of a hospital in the city of Cusco - 2025

Miluvska Jhakelinne Holguin Curi, Egresada del Programa Académico de Psicología, Segunda Especialidad en Psicooncología de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú

Resumen

La presente investigación aborda la relación entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos atendidos en un hospital de la ciudad del Cusco durante el año 2025, en el marco del ODS 3: Salud y Bienestar. El estudio parte del reconocimiento de que la atención paliativa en el hogar constituye una estrategia humanizada que promueve la dignidad, el alivio del sufrimiento y el involucramiento consciente y protagónico del paciente en la toma de decisiones durante la etapa final de su vida. El objetivo general es determinar el grado de relación que existe entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, de tipo correlacional y diseño transversal, utilizando una muestra de 50 cuidadores de los pacientes oncológicos fallecidos. Los resultados a los que se llegaron son: El análisis estadístico realizado mediante la prueba de correlación de Spearman evidenció que la relación entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos fue positiva moderada y significativa ($Rho = 0.563$; $pvalor = 0.000$). Este hallazgo permite afirmar que el cuidado paliativo domiciliario, entendido como un conjunto de acciones clínicas, emocionales, sociales y espirituales desarrolladas en el entorno familiar, incide directamente en la experiencia de final de vida.

Palabras clave: Cuidado paliativos, Atención domiciliaria, Calidad de muerte, Salud pública oncológica, Comunicación en salud

Abstract

This research addresses the relationship between home-based palliative care and the quality of death in cancer patients treated at a hospital in the city of Cusco during 2025, within the framework of SDG 3: Good Health and Well-being. The study is based on the recognition that palliative care at home constitutes a humanized strategy that promotes dignity, alleviates suffering, and empowers the patient's conscious and active participation in decision-making during the final stage of life. The overall objective is to determine the degree of relationship between home-based palliative care and the quality of death in cancer patients at a hospital. The study adopted a quantitative, correlational, and cross-sectional design, using a sample of 50 caregivers of deceased cancer patients. The results obtained are as follows: Statistical analysis using Spearman's rank correlation coefficient showed that the relationship between home-based palliative care and quality of death in cancer patients was moderately positive and significant ($Rho = 0.563$; $p\text{-value} = 0.000$). This finding allows us to affirm that home-based palliative care, understood as a set of clinical, emotional, social, and spiritual actions carried out within the family environment, directly impacts the end-of-life experience.

Keywords: Palliative care, Home care, Quality of death, Oncology public health, Health communication

I. INTRODUCCIÓN

La investigación sobre cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en paciente de un hospital de Cusco, se justifica por la necesidad urgente de comprender cómo las personas viven su etapa final en un contexto donde los recursos sanitarios son limitados y las familias asumen gran parte del cuidado. En el Perú, y particularmente en Cusco, la atención paliativa aún enfrenta brechas en cobertura, formación profesional y acceso a medicamentos para el alivio del dolor, lo que impacta directamente en la dignidad y el bienestar de los pacientes en fase terminal.

Los cuidados paliativos domiciliarios se han consolidado internacionalmente como una estrategia que mejora el confort, reduce hospitalizaciones innecesarias y fortalece la autonomía del paciente, permitiendo que la persona permanezca en un entorno familiar y emocionalmente significativo. El sistema de salud con alta demanda y recursos limitados, como ocurre en Cusco, esta modalidad representa una alternativa costo-efectiva y humanizada. La calidad de muerte, entendida como la experiencia integral del proceso de morir, control de síntomas, acompañamiento, respeto por decisiones y soporte emocional, se ha convertido en un indicador clave de la calidad de los servicios de salud, evaluarla en el contexto domiciliario permite identificar si las intervenciones realmente responden a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los pacientes.

A escala internacional, el cáncer se configura como la segunda causa de muerte, con aproximadamente 9.6 millones de fallecimientos anuales, de los cuales una proporción significativa ocurre en condiciones de sufrimiento físico, emocional y espiritual evitables (Brant & Silbermann, 2021). En este contexto, los cuidados paliativos domiciliarios emergen como un mecanismo de intervención esencial a fin de mejorar la calidad de muerte, especialmente en pacientes oncológicos en fase avanzada. Sin embargo, se estima que más del 60% de las pacientes que requieren cuidados paliativos no tienen acceso a ellos, siendo esta brecha más pronunciada en países con limitado acceso a recursos financieros, donde se concentra el 78% de la carga global de enfermedades no transmisibles (Abu-Odah et al., 2020).

En el contexto peruano, el cáncer se posiciona como una de las principales causas de fallecimiento, evidenciando su impacto creciente en la carga de enfermedad nacional, con más de 35,000 muertes anuales, de las cuales una

proporción significativa ocurre en condiciones de sufrimiento físico, emocional y espiritual evitables (Miranda-Chavez et al., 2023). A pesar de que los cuidados paliativos están reconocidos como un derecho por la Ley N.º 30846 y el Plan Nacional de Cuidados Paliativos aprobado en 2021 (Resolución Ministerial N.º 939-2021/MINSA) su implementación efectiva sigue siendo limitada. Se estima que solo el 6.5% de las personas que requieren cuidados paliativos acceden a ellos, lo que evidencia una grieta crítica en la atención al final de la vida (Ley N.º 30846, 2018).

En regiones como Cusco, esta problemática se agrava por factores estructurales como la escasez de equipos multidisciplinarios, la falta de acreditación oficial de especialistas en cuidados paliativos y la débil articulación entre hospitales y servicios domiciliarios. Según el informe de Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, Perú cuenta con apenas 19 recursos paliativos, de los cuales solo 10 son equipos móviles y apenas uno solo corresponde a una unidad formal (Pastrana et al., 2021). Esta insuficiencia impacta directamente en la experiencia de muerte vivida por personas con diagnóstico oncológico, quienes en su fase terminal enfrentan dolor no controlado, aislamiento familiar y escasa contención emocional (Chumpitaz, 2025). En la ciudad del Cusco, donde las dinámicas familiares, cultural y comunitarias influyen profundamente en el cuidado, aún existe poca evidencia sobre cómo se vive el final de la vida en casa, qué factores facilitan o dificultan el acompañamiento, y en qué medida los servicios hospitalarios logran articularse con el entorno familiar.

En el Hospital Regional de Cusco, donde se atiende una alta proporción de pacientes oncológicos en fase avanzada, no se cuenta con un sistema estructurado de cuidados paliativos domiciliarios que garantice una muerte digna, acompañada y libre de sufrimiento evitable. La ausencia de modelos predictivos y protocolos adaptados al contexto sociocultural andino limita el nivel de resiliencia del sistema sanitario local. Además, la falta de indicadores estandarizados sobre calidad de muerte impide medir el alcance verificable de las intervenciones paliativas.

De acuerdo a la descripción de la situación problemática, se planteó como problema general: ¿Cuál es la relación que existe entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025?; y como problemas específicos: a) ¿Cuál es la relación que

existe entre la comunicación con el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco – 2025?; y, b) ¿Cuál es la relación que existe entre la atención y asistencia prestadas por el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco – 2025?.

En cuanto a la justificación de la investigación sobre cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes hospitalarios en Cusco constituye un aporte relevante al desarrollo del conocimiento en salud pública, especialmente en escenarios latinoamericanos caracterizados por una limitada disponibilidad de evidencia empírica. A nivel académico, este estudio permitió ampliar el corpus teórico sobre calidad de muerte, integrando variables psicosociales, culturales y estructurales propias del entorno andino. Además, fortalece la validación de modelos predictivos y escalas adaptadas culturalmente, lo que favorece la transferencia de conocimiento internacional a realidades locales.

Desde una perspectiva práctica, el estudio buscó optimizar la atención paliativa domiciliaria en Cusco, identificando factores que inciden en una muerte digna y controlada. La aplicación de los hallazgos permitirá mejorar protocolos clínicos, capacitar al personal de salud en competencias psicoemocionales y diseñar intervenciones basadas en evidencia para pacientes oncológicos en etapa terminal. Asimismo, se espera que los resultados orienten la asignación eficiente de recursos, la articulación entre niveles de atención y el fortalecimiento del vínculo entre hospital y comunidad, fomentando un enfoque asistencial orientado a las necesidades individuales del paciente y su entorno familiar.

La pertinencia social del estudio radicó en su capacidad para responder a una problemática sensible y creciente: el sufrimiento evitable en el proceso de morir. En Cusco, donde las brechas en acceso a cuidados paliativos son notorias, esta investigación visibiliza las necesidades de pacientes vulnerables y propone soluciones contextualizadas. Al mejorar la calidad de muerte, se contribuye al bienestar familiar, se reduce el duelo patológico y se promueve una cultura del cuidado compasivo. Además, el estudio puede incidir en políticas públicas, impulsando la incorporación de cuidados paliativos domiciliarios en los planes regionales de salud y en las estrategias institucionales de mejora continua, con el

fin de garantizar una atención integral, humanizada y accesible para pacientes en fase terminal.

En el marco de la justificación conceptual, se presentaron los resultados y conclusiones a las que se llegaron, dichos hallazgos constituyen un aporte relevante para la comunidad científica, y podrán ser considerados como referencia empírica en investigaciones futuras desarrolladas en contextos similares.

Dentro de los antecedentes de la investigación, se tiene a nivel internacional el estudio realizado en Ecuador por Olaya et al. (2025) quienes desarrollaron el artículo científico cuyo objetivo fue “determinar las intervenciones de enfermería en cuidados paliativos domiciliarios a pacientes oncológicos”. La metodología empleada corresponde a un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental de tipo transversal, orientado a describir y analizar relaciones entre variables en un momento determinado. La población fue de 29 personas. Los resultados a los que se llegaron son: el estudio evidenció que las personas con diagnóstico oncológico en cuidados paliativos domiciliarios presentan una alta afectación en diversos patrones funcionales siendo los más comprometidos la eliminación (93%) el estado nutricional metabólico (83%) y el cognitivo-perceptual (80%). Frente a estas necesidades las enfermeras implementan intervenciones prioritarias en el campo fisiológico básico como el control intestinal, eliminación urinaria y el manejo del dolor crónico, todas estas frecuencias superiores al 80%. En el campo fisiológico complejo destacan las acciones para controlar vómitos (100%) náuseas (93%) administración de analgésicos (96%) y el manejo de líquidos y electrolitos (89%).

En Colombia, González (2025) desarrollo la tesis de especialización planteando como objetivo “Determinar la relación entre la calidad de la muerte y la calidad de la atención en pacientes oncológicos y no oncológicos activos en un programa de cuidados paliativos de ámbito ambulatorio”. La metodología fue observacional analítica, cuantitativa y correlacional. La población fueron los pacientes fallecidos que formaban parte del programa de cuidados paliativos domiciliarios. Los resultados indican que la calidad de atención fue considerada por el 64.7% como buena y el 35.3% indicó que estaba deteriorada. En cuanto a la relación entre calidad de atención y calidad de muerte, se tiene que $p \leq 0.001$, IC 95%: 0.006 – 0.010. En el análisis multivariable, la calidad de la atención fue el único predictor independiente del buen morir ($p \leq 0.001$, IC 95%: 0.005 – 0.010).

En España, Gutiérrez-Sánchez (2020) desarrollaron el estudio cuyo objetivo fue “Determinar la calidad de la muerte y del proceso de morir en pacientes oncológicos avanzados, y analizar su asociación con el sufrimiento y la calidad de la atención al final de la vida”. Desde el enfoque metodológico, se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional con diseño transversal, orientado a analizar la relación entre variables en un momento determinado sin manipulación de condiciones. La población fueron 74 cuidadores de pacientes oncológicos fallecidos en cuidados paliativos. Los resultados a los que se llegaron son: en cuanto a la calidad de muerte el 50% de los encuestados opinaron que los pacientes tuvieron una muerte razonable, para el 43.2% fue buena o casi perfecta y solo el 6.8% lo percibió como terrible. Se encontró una correlación negativa significativa entre la calidad de muerte y el sufrimiento con $r = -0.63$ y $p\text{valor} = 0.000$. la calidad de la atención al final de vida muestra una correlación positiva significativa con la calidad de muerte con $r = 0.62$ y $p\text{valor} = 0.000$. el estudio demuestra que la calidad de la muerte en pacientes oncológicos avanzados atendidos con cuidados paliativos esta positivamente relacionado con la calidad de la atención recibida y negativamente relacionada con el sufrimiento experimentado.

En Bélgica, Maetens et al. (2019) desarrollaron el artículo científico planteando como objetivo “Evaluar el impacto del apoyo de cuidados paliativos domiciliarios sobre la calidad de la atención y los costos médicos en los últimos 14 días de vida, a nivel poblacional”. cuantitativo, observacional y no experimental. La población fueron 107,847 pacientes fallecidos hallando una muestra de 17,674 personas (8,837 con cuidados paliativos domiciliarios vs. 8,837 sin ellos). Los hallazgos evidencian que los pacientes que accedieron a cuidados paliativos en el entorno domiciliario experimentaron mejores significativas en indicadores de confort, dignidad y calidad de vida durante la etapa terminal y tuvieron una probabilidad 4 veces mayor de morir en casa (56.2%) en comparación con quienes no los recibieron (13.8%). Además, se observó una reducción significativa en hospitalizaciones (27.4% vs. 60.8%), ingresos a UCI (18.3% vs. 40.4%) y uso de pruebas diagnósticas (27.2% vs. 63.2%). Las intervenciones invasivas como transfusiones y cirugías también fueron menos frecuentes en el grupo con cuidados paliativos. En términos de atención primaria, los pacientes con cuidados domiciliarios tuvieron en promedio 3.1 contactos con médicos de familia y 9.0 con

cuidadores primarios, frente a 0.8 y 2.3 respectivamente en el grupo sin cuidados, lo que representa un incremento de más del 280%. Finalmente, el costo total de atención médica en los últimos 14 días de vida fue €1,617 menor en el grupo con cuidados paliativos, lo que representa una reducción del 34.4%, evidenciando no solo beneficios clínicos sino también económicos.

Dentro de los antecedentes nacionales, se tiene el artículo científico realizado en Lima-Perú por Pacheco-Feijoó et al. (2023) quienes plantearon como objetivo “Determinar los factores clínicos y epidemiológicos asociados a la calidad de vida en pacientes con cáncer atendidos en una unidad de cuidados paliativos ambulatorios”. La metodología empleada fue observacional, analítico, de corte transversal. Se aplicó el cuestionario validado SF-36 para medir calidad de vida. La población fueron 184 pacientes oncológicos. Los resultados muestran que el 66.8% de los encuestados manifestaron que la calidad de vida de los pacientes fue baja, para el 24.5% fue alta y el 8.7% manifestó que es media. Los pacientes en estadio III mostraron una correlación significativa con baja calidad de vida. La RPa fue de 1.30 ($p < 0.010$), lo que indica que el avance de la enfermedad impacta directamente en el estado físico y emocional del paciente.

En Lambayeque-Perú, Requejo y Silva (2022) desarrollaron la tesis de pregrado con el objetivo de “Determinar la relación entre el protocolo de cuidados paliativos y la calidad de vida de los pacientes terminales en un hospital público de Chiclayo”. La metodología que se consideró fue de tipo básico, enfoque cuantitativo, nivel descriptivo-correlacional y diseño no experimental de corte transversal. La población fueron 14 pacientes terminales. Los resultados a los que se llegaron son: que los cuidados paliativos se presentan en un 50% a nivel medio, para el 28.6% es bajo y el 21.4% lo considera alto. La calidad de vida se presentó en un 64.3% a nivel medio, el 14.3% lo percibe como bajo y el 21.4% indicó que es alto. Se aplicó la prueba de Rho de Spearman, obteniendo un coeficiente de correlación de 0.741 y un valor de significancia de $p = 0.001$, lo que indica una relación alta y positiva entre el protocolo de cuidados paliativos y la calidad de vida de los pacientes terminales.

En Junín-Perú, Cerron y Dueñas (2023) desarrollaron la tesis de pregrado planteando como objetivo: “Determinar la relación entre los niveles de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento en el cuidador primario de pacientes oncológicos con tratamiento paliativo”. La metodología considerada fue de diseño no experimental,

de corte transversal, el enfoque fue cuantitativo y deductivo, el alcance fue correlacional. La población fue de 132 cuidadores primarios de pacientes oncológicos paliativos, trabajando con una muestra de 98 cuidadores. Los resultados indican que existe una relación significativa entre ambas variables ($r_s = -0.716$; $p = 0.000$) lo que evidencia la necesidad de fortalecer programas de apoyo psicosocial para cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos.

Las variables consideradas para el presente estudio son: Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte, los cuales se desarrollan a continuación:

En cuanto a los cuidados paliativos domiciliarios Garaycochea (2023) menciona que, a partir de la década de 1960, en Inglaterra, se origina el movimiento Hospice bajo el liderazgo de Cicely Saunders, quien promueve un enfoque innovador en el abordaje clínico de pacientes con patologías irreversibles. Este modelo de atención prioriza el alivio de sufrimiento, el control sintomático especialmente del dolor, y la creación de condiciones que favorezcan una experiencia de muerte serena, digna y humanizada. Desde entonces, los cuidados paliativos han evolucionado a nivel mundial como un modelo de atención integral y humanizado, orientado tanto al paciente como a su familia, acompañando a personas cuya condición de salud limita o pone en riesgo su vida.

La atención paliativa brindada en el hogar se concibe como un enfoque asistencial holístico que busca preservar el bienestar de individuos en fases avanzadas o terminales de enfermedad. Este tipo de cuidado se desarrolla en el entorno familiar e integra dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales, enfatizando el reconocimiento ético y personal del paciente como sujeto de derechos y la promoción de una vida con calidad en sus últimos momentos (Barros et al., 2021). Desde lo manifestado por Miranda-Chavez (2023) se conceptualiza como una intervención activa, integral y multidisciplinaria, orientada a personas de todas las edades que atraviesan situaciones de sufrimiento intenso vinculado a condiciones de salud graves, particularmente en fases avanzadas o terminales de la enfermedad. En el mismo sentido, Olaya et al. (2025) consideran que constituyen una estrategia esencial en el tratamiento de pacientes con diagnóstico oncológico en fases avanzadas. Para Ordóñez y Monroy et al. (2021) constituyen un componente esencial de la atención en salud, ya que se orientan a garantizar una vida con dignidad frente a la presencia de enfermedades crónicas, avanzadas o terminales.

La importancia de los cuidados paliativos según Miranda-Chavez (2023) radica en que se resalta su enfoque holístico, no limitado únicamente a manejar pacientes con tratamientos curativos frustrados o infructuosos, sino abierto también a contar con una atención que integre dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales. Por su parte, Olaya et al. (2025) destaca su relevancia en tanto que no persiguen acelerar ni postergar el proceso de muerte, sino que se orientan a preservar la dignidad del paciente y optimizar su calidad de vida durante la fase terminal mediante la aplicación de principios éticos y morales en la atención. Además, su importancia se ve reforzada por el contexto epidemiológico: la incidencia de cáncer a nivel mundial y regional está en aumento, lo cual intensifica el sufrimiento físico, emocional y social tanto en los pacientes como en sus familias, generando una carga multidimensional que afecta a la calidad de vida y el proceso de afrontamiento ante la enfermedad. Ante esta realidad compleja, los cuidados paliativos emergen como un componente esencial del sistema de salud, al ofrecer una respuesta integral, humanizada y centrada en la persona frente al sufrimiento asociado a enfermedades graves y avanzadas, pues no se limitan únicamente al manejo de síntomas físicos, sino que aborda de manera integral las necesidades emocionales, sociales y espirituales del paciente, reconociendo su multidimensionalidad y promoviendo una intervención centrada en la persona. Para Ordóñez y Monroy et al. (2021) su importancia reside en la capacidad de mitigar el sufrimiento físico, emocional, social y espiritual, no sólo en los pacientes que enfrenten enfermedades avanzadas, sino también en sus familias, quienes atraviesan procesos de duelo sobrecarga y adaptación. De este modo, los cuidados paliativos responden a una necesidad creciente de los sistemas de salud contemporáneos, al proporcionar un abordaje integral que va más allá del tratamiento curativo y que impacta de forma positiva en la calidad de vida del paciente, mediante prácticas que garantizan el ejercicio pleno de sus derechos, la autonomía en la toma de decisiones y la dignificación del proceso de atención.

Los objetivos de los cuidados paliativos según Miranda-Chavez (2023) son: aliviar el sufrimiento multidimensional y la sintomatología derivada de enfermedades graves, priorizando la calidad de vida del paciente en todas las etapas del proceso clínico; brindar una atención integral que contemple dimensiones físicas, emocionales, psicológicas y sociales, dirigida tanto al paciente como a su entorno familiar, en el marco de un enfoque paliativo centrado en la persona; y,

enfaticar que los cuidados paliativos no son una alternativa al tratamiento curativo, sino un complemento que busca mejorar el bienestar del paciente, sin alargar ni acortar la vida

Estos objetivos se alinean con la filosofía de los cuidados paliativos como un enfoque centrado en la persona y su entorno, procurando el alivio del sufrimiento en todas sus dimensiones.

Los objetivos que plantea Olaya et al. (2025) en el contexto de la enfermería domiciliaria son claros y específicos, y son: aliviar el dolor y el sufrimiento físico mediante intervenciones clínicas orientadas al control sintomático, como el manejo del tránsito intestinal, la administración de analgésicos y el tratamiento de síntomas frecuentes como náuseas vómitos y fatiga; brindar acompañamiento emocional y espiritual tanto al paciente como a su familia, promoviendo el afrontamiento del proceso de enfermedad desde una perspectiva humanizada respetuosa y centrada en la persona lo que incluye fomentar la autoconfianza, fortalecer la autoestima y acompañar en la toma de decisiones compartidas; favorecer la autonomía y el confort en el hogar, evitando hospitalizaciones innecesarias y respetando el deseo del paciente de permanecer en un entorno familiar; y, proteger los derechos del paciente y garantizar un cuidado compasivo, donde la seguridad, la integridad familiar y la preparación para la etapa final de la vida sean ejes fundamentales.

En conjunto, estos objetivos buscan que el paciente no solo sobreviva con menos dolor, sino que viva sus últimos días con sentido, respeto y acompañamiento

Según Barros et al. (2021) el cuidado paliativo domiciliario se evalúa a través de: Comunicación con el equipo de salud y Atención y asistencia por el equipo de salud.

La segunda variable es la calidad de muerte la cual desde lo propuesto por Yen-Hwa et al. (2021) se entiende como el resultado integral de la experiencia del paciente en sus últimos días de vida, evaluada por sus cuidadores familiares. Este concepto abarca tanto el alivio físico como el bienestar emocional, espiritual y relacional. Una “buena muerte” implica ausencia de sufrimiento evitable, respeto por los deseos del paciente y coherencia con estándares clínicos, éticos y culturales. Según el Ministerio de Salud de Chile (2022) la calidad de muerte, también llamada muerte digna o buena muerte, supone vivir con dignidad hasta el último momento.

Este enfoque exige el respeto profundo por las creencias, valores y preferencias de la persona enferma, asegurando su participación activa en la toma de decisiones sobre su atención, y facilitando un proceso de morir libre de estrés, sufrimiento y coerción, en condiciones de dignidad y acompañamiento. Así mismo, incorpora componentes humanos fundamentales como la presencia afectiva de los seres queridos y la conformación de un entorno cálido y respetuoso, donde se priorice el control sintomático especialmente del dolor y se promueva la serenidad espiritual y emocional durante la fase terminal de la vida.

Así también, Gutiérrez-Sánchez et al. (2020) conceptualiza la calidad de muerte como la valoración integral del proceso de morir y del momento de la muerte considerando dimensiones clave como el control adecuado de síntomas físicos, el alivio del sufrimiento multidimensional, la presencia y acompañamiento de los seres queridos, y la calidad de la atención sanitaria brindada durante la etapa terminal. Es un constructo complejo y subjetivo, que depende de elementos culturales, sociales y clínicos, y que puede evaluarse de manera indirecta a través de la percepción de los cuidadores y profesionales que acompañan al paciente en sus últimos días. En el ámbito de los cuidados paliativos, se busca que la muerte ocurra con el mayor grado posible de dignidad y paz.

De acuerdo a lo mencionado por el Ministerio de Salud de Chile (2022) la importancia de la calidad de muerte radica en que asegura que las personas no solo vivan, sino que también mueran con dignidad, evitando prolongar innecesariamente el sufrimiento. Garantizar este derecho contribuye a respetar la autonomía individual y fortalece la relación de confianza entre la persona, su familia y el equipo de salud. Asimismo, la calidad de muerte impacta positivamente en el duelo posterior de la familia, ya que permite afrontar la pérdida desde un entorno de respeto, cuidado y acompañamiento integral, reduciendo el sufrimiento total tanto del paciente como de su núcleo cuidador. Por su parte Gutiérrez-Sánchez et al. (2020) mencionan que es importante garantizar una adecuada calidad de muerte ya que radica en la salud integral del paciente y de su familia. Los autores consideran que la calidad de muerte está asociada a menor sufrimiento y a una atención de mayor calidad al final de la vida. Así, se reconoce que la calidad de muerte no solo beneficia al paciente, sino que también influye en el proceso de duelo de los

allegados, pues una muerte en condiciones de dignidad, con alivio del dolor y atención integral, facilita una experiencia menos traumática para los familiares.

A continuación, se presentan algunas definiciones relacionadas al tema:

Atención y asistencia prestadas por el equipo de salud: Constituyen un conjunto integrado de acciones interdisciplinarias orientadas a aliviar el sufrimiento del paciente en sus dimensiones física, emocional, social y espiritual, mediante un abordaje centrado en la persona y adaptado a sus necesidades particulares (Barros et al., 2021).

Comunicación con el equipo de salud: Se concibe como una interacción continua, empática y estructurada que permite al paciente expresar sus inquietudes, comprender su estado clínico y participar activamente en las decisiones terapéuticas, promoviendo así una atención informada y humanizada (Barros et al., 2021).

Llevarse bien con los miembros de la familia: Se analiza la calidad de las relaciones familiares en los últimos días. Incluye el tiempo compartido con hijos, otros familiares y amigos, así como la posibilidad de estar solo si se desea. La armonía familiar y la resolución de conflictos contribuyen a una experiencia de muerte más serena tanto para el paciente como para sus cuidadores (Yen-Hwa et al., 2021).

Momento de la muerte: Esta dimensión se refiere a las condiciones inmediatas del fallecimiento. Se valora el lugar donde ocurre la muerte (idealmente en casa), la presencia de personas significativas en ese momento y el estado de conciencia del paciente antes de morir. Estos elementos influyen en la percepción de una muerte respetuosa, acompañada y culturalmente significativa (Yen-Hwa et al., 2021).

Preferencias de tratamiento: Esta dimensión aborda el respeto por las decisiones del paciente respecto a su atención médica. Incluye discusiones sobre cuidados al final de la vida, el uso o evitación de soporte vital y la posibilidad de acelerar la muerte si así lo desea. La autonomía en decisiones clínicas es clave para preservar la dignidad y el sentido de control del paciente (Yen-Hwa et al., 2021).

Preocupación por toda la persona: Finalmente, se contempla el reconocimiento del paciente como ser integral. Se valora su capacidad de reír,

expresar afecto físico, mantener el sentido de propósito y conservar la dignidad. Esta dimensión refleja el enfoque holístico de los cuidados paliativos, donde el bienestar emocional y espiritual es tan importante como el físico (Yen-Hwa et al., 2021).

Preparación para la muerte: Aquí se considera el grado en que el paciente y su entorno se preparan emocional, espiritual y logísticamente para el final de la vida. Incluye estar en paz con la muerte, no tener miedo, haber resuelto conflictos, despedirse de seres queridos, organizar ceremonias religiosas y arreglos funerarios, y participar en eventos significativos. Esta preparación favorece el cierre emocional y reduce la carga psicológica en los cuidadores (Yen-Hwa et al., 2021).

Síntomas y control personal: Esta dimensión evalúa el manejo de síntomas físicos y el grado de autonomía del paciente. Incluye aspectos como el control del dolor, la comodidad respiratoria, la energía disponible, el control de esfínteres, la capacidad de alimentarse por sí mismo y la percepción de autonomía frente a los acontecimientos que afectan su vida. Un adecuado control sintomático y preservación de funciones básicas contribuyen significativamente a una experiencia de muerte menos traumática y más digna (Yen-Hwa et al., 2021).

En cuanto a los objetivos del presente estudio, se formuló como objetivo general: Determinar la relación que existe entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025. Y los objetivos específicos son: Determinar la relación que existe entre la comunicación con el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco – 2025; y, Determinar la relación que existe entre la atención y asistencia prestadas por el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025.

Así también se planteó como hipótesis general: Existe relación significativa entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025. Y como hipótesis específicas: Existe relación significativa entre la comunicación con el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco – 2025; y, Existe relación significativa entre la atención y asistencia prestadas por el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025.

II. METODOLOGÍA

El tipo de estudio fue básico. Este tipo, son investigaciones orientadas al desarrollo del conocimiento científico en su forma más pura, sin una aplicación inmediata o práctica como objetivo principal. Se centran en comprender fenómenos, teorías y principios fundamentales, y constituyen la base epistemológica sobre la cual se construyen posteriormente los estudios aplicados o tecnológicos (Ñaupas et al., 2023).

El diseño fue no experimental de corte transversal con un alcance correlacional y enfoque cuantitativo. Los estudios no experimentales se caracterizan por la ausencia de manipulación deliberada de las variables por parte del investigador quién se limita a observar y analizar los fenómenos en su entorno natural tal como se presentan con el fin de identificar relaciones, patrones o comportamientos sin intervenir en su desarrollo (Carrasco-Díaz, 2019). El corte transversal de estudio permite examinar los fenómenos en el momento en que se presentan, sin alterar sus condiciones, facilitando su análisis en el contexto natural en el que ocurren, ofreciendo una fotografía de la situación en un instante determinado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023). Y el alcance correlacional se refiere a estudios que tienen como objetivo determinar el grado de asociación entre dos o más variables, sin establecer relaciones causales directas. Este tipo de investigación busca identificar la relación estadística significativa entre variables, cómo se comportan conjuntamente y si una puede predecir parcialmente a la otra (Fuentes et al., 2020).

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo el cual se caracteriza por emplear técnicas sistemáticas de recolección de datos numéricos, con el propósito de contrastar hipótesis previamente establecidas y obtener resultados objetivos y replicables. Este enfoque parte de un esquema lógico-deductivo, donde se plantean preguntas específicas, se definen variables medibles y se busca establecer relaciones causales entre ellas (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

La población que fue parte de la investigación fueron los cuidadores de los 50 pacientes fallecidos mayores de edad, quienes eran atendidos en el hospital, y contaban con un seguimiento paliativo domiciliario. Dichos pacientes fallecieron

en el periodo de julio a octubre del 2025.

Dentro de los criterios de inclusión se tiene: contemplan a pacientes adultos (mayores de 18 años) diagnosticados con enfermedades oncológicas en fase avanzada o terminal, que hayan recibido atención paliativa domiciliaria a través del hospital y hayan fallecido entre los meses de julio a octubre del 2025; se incluyeron exclusivamente los pacientes que hayan recibido seguimiento clínico continuo durante un mínimo de 30 días dentro del programa de cuidados paliativos domiciliarios, y cuyos familiares o cuidadores principales puedan brindar información retrospectiva sobre el proceso de atención y las condiciones en las que ocurrió el fallecimiento; asimismo, se consideró la inclusión de cuidadores que hayan estado involucrados activamente en el acompañamiento del paciente durante la etapa final de vida, y que manifieste su voluntad de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado en conformidad con los principios éticos de autonomía con más respeto y confidencialidad.

Los criterios de exclusión son los siguientes: pacientes que hayan recibido cuidados paliativos exclusivamente en el ámbito hospitalario, sin intervención domiciliaria; aquellos casos en los que el fallecimiento haya ocurrido en instituciones distintas al domicilio (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos, clínicas privadas o centros geriátricos); también se excluyeron los pacientes con diagnósticos no oncológicos, aquellos con registros clínicos incompletos o inconsistentes; los casos en los que no se cuente con un cuidador principal disponible para brindar información válida y confiable; y, finalmente, se excluyeron los participantes que presenten dificultades cognitivas o emocionales que impidan una participación ética y voluntaria en el estudio.

Para el presente estudio no se halló una muestra, ya que se logró encuestar a todos los cuidadores de los pacientes fallecidos.

La operacionalización de variables se presenta a continuación:

Tabla 1

Operacionalización de variables

Var.	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones
Cuidado paliativo domiciliario	La atención paliativa brindada en el hogar se concibe como un enfoque asistencial holístico que busca preservar el bienestar de individuos en fases avanzadas o terminales de enfermedad. Este tipo de cuidado se desarrolla en el entorno familiar e integra dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales, priorizando el respeto por la dignidad del paciente y la promoción de una vida con calidad en sus últimos momentos (Barros et al., 2021).	Según Barros et al. (2021) el cuidado paliativo domiciliario se evalúa a través de: Comunicación con el equipo de salud y Atención y asistencia por el equipo de salud.	<p>Comunicación con el equipo de salud: Se concibe como una interacción continua, empática y estructurada que permite al paciente expresar sus inquietudes, comprender su estado clínico y participar activamente en las decisiones terapéuticas, promoviendo así una atención informada y humanizada (Barros et al., 2021).</p> <p>Atención y asistencia prestadas por el equipo de salud: Constituyen un conjunto integrado de acciones interdisciplinarias orientadas a aliviar el sufrimiento del paciente en sus dimensiones física, emocional, social y espiritual, mediante un abordaje centrado en la persona y adaptado a sus necesidades particulares (Barros et al., 2021).</p>
Calidad de muerte	La calidad de muerte se entiende como el resultado integral de la experiencia del paciente en sus últimos días de vida, evaluada por sus cuidadores familiares. Este concepto abarca tanto el alivio físico como el bienestar emocional, espiritual y relacional. Una “buena muerte” implica ausencia de sufrimiento evitable, respeto por los deseos del paciente y coherencia con estándares clínicos, éticos y culturales (Yen-Hwa et al., 2021).	De acuerdo con Chen et al. (2021) las dimensiones como se evalúa la calidad de muerte son: Síntomas y control personal; Preparación para la muerte; Momento de la muerte; Llevarse bien con los miembros de la familia; Preferencias de tratamiento; y, Preocupación por toda la persona.	<p>Síntomas y control personal: Esta dimensión evalúa el manejo de síntomas físicos y el grado de autonomía del paciente. Incluye aspectos como el control del dolor, la comodidad respiratoria, la energía disponible, el control de esfínteres, la capacidad de alimentarse por sí mismo y la sensación de tener control sobre lo que ocurre. Un adecuado control sintomático y preservación de funciones básicas contribuyen significativamente a una experiencia de muerte menos traumática y más digna (Yen-Hwa et al., 2021).</p> <p>Preparación para la muerte: Aquí se considera el grado en que el paciente y su entorno se preparan emocional, espiritual y logísticamente para el final de la vida. Incluye estar en paz con la muerte, no tener miedo, haber resuelto conflictos, despedirse de seres queridos, organizar ceremonias religiosas y arreglos funerarios, y participar en eventos significativos. Esta preparación favorece el cierre emocional y reduce la carga psicológica en los cuidadores (Yen-Hwa et al., 2021).</p>

Var.	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones
			<p>Momento de la muerte: Esta dimensión se refiere a las condiciones inmediatas del fallecimiento. Se valora el lugar donde ocurre la muerte (idealmente en casa), la presencia de personas significativas en ese momento y el estado de conciencia del paciente antes de morir. Estos elementos influyen en la percepción de una muerte respetuosa, acompañada y culturalmente significativa (Yen-Hwa et al., 2021).</p> <hr/> <p>Llevarse bien con los miembros de la familia: Se analiza la calidad de las relaciones familiares en los últimos días. Incluye el tiempo compartido con hijos, otros familiares y amigos, así como la posibilidad de estar solo si se desea. La armonía familiar y la resolución de conflictos contribuyen a una experiencia de muerte más serena tanto para el paciente como para sus cuidadores (Yen-Hwa et al., 2021).</p> <hr/> <p>Preferencias de tratamiento: Esta dimensión aborda el respeto por las decisiones del paciente respecto a su atención médica. Incluye discusiones sobre cuidados al final de la vida, el uso o evitación de soporte vital y la posibilidad de acelerar la muerte si así lo desea. La autonomía en decisiones clínicas es clave para preservar la dignidad y el sentido de control del paciente (Yen-Hwa et al., 2021).</p> <hr/> <p>Preocupación por toda la persona: Finalmente, se contempla el reconocimiento del paciente como ser integral. Se valora su capacidad de reír, expresar afecto físico, mantener el sentido de propósito y conservar la dignidad. Esta dimensión refleja el enfoque holístico de los cuidados paliativos, donde el bienestar emocional y espiritual es tan importante como el físico (Yen-Hwa et al., 2021).</p>

Dentro del procesamiento de datos, se tiene que la población objetivo del estudio se conformó por 50 pacientes oncológicos fallecidos que recibieron atención en el programa de cuidados paliativos domiciliarios del hospital. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario estructurado validado para recoger información sobre las dimensiones de los cuidados paliativos domiciliarios y la percepción de calidad de muerte. La recolección se realizó mediante encuestas presenciales a los cuidadores principales de los pacientes fallecidos, quienes brindaron información retrospectiva sobre el proceso de atención y las condiciones del fallecimiento. Para el análisis de los datos se emplearon pruebas estadísticas como el coeficiente de correlación de Spearman, con el objetivo de establecer el grado de asociación entre las dimensiones evaluadas de los cuidados paliativos domiciliarios y la percepción de la calidad de muerte.

La información recolectada de las encuestas fue organizada en la hoja de cálculo Excel y luego serán procesadas en el SPSS V26. Los resultados fueron expuestos mediante estadística descriptiva, la cual de acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2023) describe y sintetiza la información recolectada, ordena los datos y resume la información de la población de estudio, utilizando para ello tablas y figuras que presenten frecuencias y porcentajes correspondientes. Así mismo, se aplicó la estadística inferencial la cual permitió realizar la prueba de hipótesis, con el fin de establecer relaciones significativas entre las variables estudiadas. Los estimadores de magnitud considerados son los siguientes:

Tabla 2

Interpretación del coeficiente de correlación de Spearman

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Nota: Martínez y Campos (2015)

En los aspectos éticos, la presente investigación se trabajó de la siguiente manera:

La investigación se enmarca en principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki (2024) documento fundamental para la protección de las personas que participan en el presente estudio, asegurando autonomía, dignidad y bienestar, evitando cualquier forma de daño físico o emocional. Así mismo se tiene el consentimiento informado de los familiares de los pacientes, la confidencialidad estricta de la información y la obligación de que los beneficios sociales del conocimiento generado superen cualquier riesgo potencial lo que garantiza que el análisis de la calidad de muerte en pacientes atendidos, se realice bajo estándares éticos internacionales, fortaleciendo la validez y legitimidad del estudio.

Así también, el estudio se sustenta en los principios del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2018) el cual establece la obligación de proteger la dignidad autonomía y bienestar de las personas en situación de vulnerabilidad en el contexto de los cuidados paliativos domiciliarios, estos principios adquieren especial relevancia, pues los pacientes se enfrentan un proceso emocionalmente complejo y requieren intervenciones sensibles, respetuosas y culturalmente pertinentes. La incorporación del marco ético del CPSP garantiza que la evaluación de la calidad de muerte se realice sin generar daño psicológico, respetando la intimidad familiar y promoviendo prácticas investigativas humanizadas.

En cuanto a la aprobación ética, el protocolo de investigación fue sometido a evaluación y aprobación del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) antes de su ejecución, garantizando el cumplimiento de los principios éticos de respeto, autonomía, beneficencia y justicia en el tratamiento de los participantes; y, se cumplió de forma estricta las disposiciones éticas vigentes, tanto a nivel nacional como internacional, el estudio se desarrolló en conformidad con los principios éticos que rigen la investigación en seres humanos garantizando el respeto por los derechos humanos la dignidad de los participantes y la protección de su integridad física coma emocional y social, tal como lo estipula CONCYTEC (2019).

En lo relacionado al consentimiento informado y/o asentimiento informado,

todas las personas convocadas para participar en el estudio recibieron información detallada, clara y comprensible respecto a los objetivos de la investigación, los procedimientos que se llevaron a cabo, los posibles riesgos y beneficios asociados, así como sus derechos como participantes, garantizando una decisión libre e informada; y, la participación fue voluntaria y estuvo respaldada por la firma de un documento de consentimiento informado, conforme a los lineamientos por el CIEIC.

Al tratar la confidencialidad, los datos personales correspondientes fueron tratados bajo estrictos estándares de confidencialidad, utilizando mecanismos de anonimato o codificación para evitar la identificación directa de los participantes; y, la información fue almacenada en sistemas seguros, con acceso restringido, y se aplicaron medidas de protección que aseguren la privacidad y la integridad de los datos.

En la selección de participantes, la selección de los participantes se seleccionó de manera equitativa, respetando principios de justicia e inclusión, y evitando cualquier forma de discriminación, coerción o aprovechamiento indebido; y, se promovió la participación voluntaria y consciente, asegurando que todos los individuos sean tratados con respeto y consideración.

Finalmente, la integridad científica, la recolección, procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo con rigurosidad metodológica, asegurando la veracidad, reproducibilidad y transparencia de los resultados obtenidos; y, se mantiene una postura firme contra cualquier práctica fraudulenta, incluyendo el plagio, la manipulación o invención de datos, conforme a lo estipulado en el Reglamento del Comité de Ética e Integridad Científica.

III. RESULTADOS

3.1. Información general

A. Género de los pacientes

Tabla 3

Género de los pacientes

Género	Frecuencia	%
Varón	20	40%
Mujer	30	60%
Total	50	100%

La tabla 3 con la distribución por género, muestra una mayor proporción de mujeres (60%) frente a varones (40%). Esta distribución podría influir en la experiencia de los cuidados paliativos domiciliarios y en la percepción de la calidad de muerte. Es importante considerar el enfoque de género en el análisis de resultados dado que las necesidades, expectativas y redes de apoyo pueden variar significativamente entre varones y mujeres en contextos de atención al final de la vida.

B. Edad de los pacientes

Tabla 4

Edad de los pacientes

Edad	Frecuencia	%
21.-30	2	4%
31-40	1	2%
41-50	7	14%
51.-60	12	24%
61 a más	28	56%
Total	50	100%

La tabla 4 muestra la distribución etaria de los pacientes incluidos en el estudio revela un predominio marcado de adultos mayores. Más de la mitad de la muestra (56%) corresponde a personas de 61 años a más, lo cual es coherente con el perfil clínico de quienes suelen requerir cuidados paliativos. Este grupo etario

enfrenta mayores desafíos en términos de salud física, dependencia funcional y necesidad de acompañamiento emocional, lo que refuerza la importancia de implementar estrategias de atención domiciliaria adaptadas a sus condiciones particulares. Por otro lado, los pacientes entre 51 y 60 años representan el 24% de la muestra, mientras que los grupos más jóvenes entre 21 y 50 años tienen una presencia significativa menor sumando apenas el 20% del total. Aunque minoritarios, estos pacientes jóvenes pueden tener necesidades específicas en cuanto a comunicación, planificación anticipada y soporte psicológico, por lo que no deben ser desatendidos en el diseño de los cuidados paliativos.

Tabla 5

Cuidador del paciente

Edad	Frecuencia	%
Cónyuge	27	54%
Hijo	19	38%
Pariente	4	8%
Amigo	0	0%
Personal contratado	0	0%
Total	50	100%

La tabla 5 sobre el cuidador principal de los pacientes revela que el acompañamiento en el proceso de atención paliativa domiciliaria recae predominantemente en el entorno familiar más cercano. El 54% de los pacientes fue cuidado por el cónyuge, mientras que el 38% recibió atención de sus hijos. En conjunto, estos dos grupos representan el 92% de los cuidadores, lo que evidencia una fuerte presencia de vínculos afectivos directos en el cuidado al final de la vida.

C. DX Oncológico

Tabla 6

DX Oncológico

DX Oncológico	Frecuencia	%
Glioblastoma	1	2%
Leucemia	3	6%
Linfoma no hodking	3	6%
Melanoma maligno	1	2%
Mieloma múltiple	2	4%
Nm cérvix	3	6%
Nm colon	3	6%
Nm encéfalo	1	2%
Nm gástrico	8	16%
Nm hígado	2	4%
Nm mama	1	2%
Nm ovario	1	2%
Nm páncreas	2	4%
Nm pelvis renal	1	2%
Nm piel	2	4%
Nm pulmón	3	6%
Nm recto	2	4%
Nm retroperitoneo	1	2%
Nm vesícula biliar	6	12%
Tumor maligno de próstata	4	8%
Total	50	100%

En la tabla 6, la distribución de diagnósticos oncológicos en la muestra revela una amplia variedad de tipos de cáncer, lo que refleja la complejidad clínica de los pacientes que reciben cuidados paliativos domiciliarios. El diagnóstico más frecuente fue el cáncer gástrico, representando el 16% de los casos, seguido por el cáncer de vesícula biliar con un 12%, y el tumor maligno de próstata con un 8%. Estos tres tipos concentran más de 1/3 de la muestra, lo que sugiere una prevalencia significativa de neoplasias del aparato digestivo y genitourinario en esta población.

Otros diagnósticos recurrentes incluyen la leucemia, linfoma no Hodgkin, cáncer de cérvix, colon y pulmón, cada uno con un 6% de representación. Esta diversidad de patologías implica que los cuidados paliativos deben ser altamente personalizados, considerando las características clínicas, el curso evolutivo de la enfermedad y las necesidades específicas de cada paciente.

La presencia de diagnósticos menos frecuentes, como glioblastoma, melanoma maligno, mieloma múltiple, y neoplasias de encéfalo, ovario, piel, retroperitoneo y pelvis renal, aunque con porcentajes bajos de (2% a 4%) destaca la heterogeneidad de la muestra y la necesidad de un enfoque integral en la atención paliativa.

3.2. Resultados descriptivos de la variable cuidado paliativo domiciliario

3.2.1. Resultados de la dimensión comunicación con el equipo de salud

Tabla 7

Resumen de la dimensión comunicación con el equipo de salud

Ponderación	<i>f</i>	%
Muy bajo	2	4.0%
Bajo	13	26.0%
Regular	24	48.0%
Alto	9	18.0%
Muy alto	2	4.0%
Total	50	100%

Como se puede observar en la tabla 7 que el 48% de las personas encuestadas manifestaron que la comunicación con el equipo de salud se presenta a un nivel regular, para el 18% es alto, el 4% indicó que el nivel es regular, por otro lado, se observa que el 16% sostiene que está a un nivel bajo y otro 4% indicó que es muy bajo. Esta dimensión se configura como un aspecto crítico en la experiencia de los cuidadores durante la atención paliativa domiciliaria.

3.2.2. Resultados de la dimensión atención y asistencia prestada por el equipo de salud

Tabla 8

Resumen de la dimensión asistencia prestada por el equipo de salud

Ponderación	<i>f</i>	%
Muy bajo	3	6.0%
Bajo	4	8.0%
Regular	23	46.0%
Alto	14	28.0%
Muy alto	6	12.0%
Total	50	100%

Se puede observar en la tabla 8 que el 46% de las personas encuestadas manifestaron que la asistencia prestada por el equipo de salud fue valorada a un nivel regular, seguido del 28% quienes manifestaron que el nivel es alto, para el 12% es muy alto, por otro lado, se observa que el 8% lo percibe como bajo y el 6% como muy bajo. Dichos resultados posicionan a esta dimensión como un componente importante de la percepción de la calidad de muerte en el contexto de los cuidados paliativos domiciliarios. Los resultados obtenidos reflejan que existe a nivel regular una práctica profesional que integra aspectos clínicos, emocionales, espirituales y sociales, tratando de adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y sus cuidadores.

Tabla 9

Resumen de la variable cuidado paliativo domiciliario

Ponderación	<i>f</i>	%
Muy bajo	2	4.0%
Bajo	8	16.0%
Regular	27	54.0%
Alto	12	24.0%
Muy alto	1	2.0%
Total	50	100%

Como se observa en la tabla 9, el 54% de los cuidadores encuestados manifestaron que el cuidado paliativo domiciliario, se presenta a un nivel regular,

para el 24% es alto y el 2% indicó que lo percibe a un nivel muy alto, así también se observa que el 16% lo percibe como bajo y el 4% como muy bajo. Dicha variable fue evaluada en una muestra de 50 casos lo que representa el subconjunto de pacientes que recibieron atención en el hogar durante la etapa final de su vida. Los resultados muestran una distribución heterogénea en cuanto a la percepción del nivel de atención recibida, con predominio de valoración a nivel intermedio con inclinación a alto y una menor concentración en los extremos de la escala.

3.3. Resultados descriptivos de la variable calidad de muerte

Tabla 10

Resumen de la variable calidad de muerte

Ponderación	F	%
Experiencia terrible	0	0.0%
Experiencia casi terrible	14	28.0%
Experiencia regular	28	56.0%
Experiencia casi perfecta	8	16.0%
Experiencia perfecta	0	0.0%
Total	50	100%

Se puede observar en la tabla 10 que el 56% de las personas encuestadas manifestaron que la calidad de muerte que tuvieron los pacientes estuvo a un nivel de experiencia regular, para el 16% fue una experiencia casi perfecta, el 0% es decir ninguna persona lo calificó como una experiencia perfecta, para el 28% fue una experiencia casi terrible y otro 0% es decir ninguna persona lo considero como una experiencia terrible. Dicha variable evaluada con una muestra de 50 casos, corresponden a pacientes que recibieron cuidados paliativos en el entorno domiciliario, los resultados muestran una distribución amplia en los niveles de valoración con predominancia en percepciones intermedias y una menor concentración en los extremos de la escala.

3.4. Prueba de hipótesis

Para conocer la correlación que hay entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte, se realizó la prueba de hipótesis con las siguientes condiciones:

- Si el valor obtenido (valor P) < 0.05, hipótesis planteada es aceptada
- Si el valor obtenido (valor P) > 0.05, la hipótesis planteada es rechazada

3.4.1. Pruebas de normalidad

Tabla 11

Prueba de normalidad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Cuidado paliativo domiciliario	0.861	50	0.000
Comunicación con el equipo de salud	0.889	50	0.000
Asistencia prestada por el equipo de salud	0.884	50	0.000
Calidad de muerte	0.791	50	0.000
Síntomas y control personal	0.838	50	0.000
Preparación para la muerte	0.886	50	0.000
Momento de la muerte	0.713	50	0.000
Llevarse bien con los miembros de la familia	0.829	50	0.000
Preferencias de tratamiento	0.808	50	0.000
Preocupación por toda la persona:	0.895	50	0.000

- El valor de significancia para todas las variables es 0.000 lo que indica que se rechaza la hipótesis nula de normalidad en todos los casos.
- Los valores del estadístico de Shapiro Wilk, todos inferiores a 0.90 refuerzan esta conclusión, mostrando desviaciones importantes respecto a la curva normal.
- Dado que los datos no cumplen con el supuesto de normalidad, el análisis estadístico debe considerar técnicas no paramétricas para evaluar relaciones diferencias o asociaciones entre variables esto incluye el uso del coeficiente como Rho de Spearman para las correlaciones.

3.4.2. Resultados respecto a los objetivos específicos

Tabla 12

Correlación las dimensiones del cuidado paliativo domiciliario con la calidad de muerte

			Calidad de muerte
Rho de	Comunicación	Coefficiente de correlación	,639**
	con el equipo	Sig. (bilateral)	0.000
	de salud	N	50
Spearman	Asistencia	Coefficiente de correlación	,487**
	prestada por el	Sig. (bilateral)	0.000
	equipo de salud	N	50

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se puede observar la tabla 12 el coeficiente Rho de Spearman=-0.639 con una significancia de 0.000 lo que indica una correlación positiva moderada a alta y estadísticamente significativa, esto significa que, en la muestra analizada, a medida que mejora la percepción sobre la comunicación con el equipo de salud, también tiende a mejorar la percepción sobre la calidad de muerte.

En cuanto a la dimensión asistencia prestada por el equipo de salud y la variable calidad de muerte, el coeficiente de Rho de Spearman=0.487 con significancia de 0.000 lo que indica una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa, observándose que una mejor percepción sobre la asistencia brindada por el equipo de salud se asocia con una mejor valoración de la calidad de muerte.

3.4.3. Resultados respecto al objetivo general

Tabla 13

Correlación las variables del cuidado paliativo domiciliario con la calidad de muerte

			Calidad de muerte
Rho de Spearman	Cuidado	Coeficiente de correlación	.563
	paliativo	Sig. (bilateral)	.000
	domiciliario	N	50

Cómo se observa en la tabla 13, existe una correlación de Rho de Spearman=0.563 con una significancia de 0.000 lo que pone en evidencia una correlación positiva moderada y significativa. Este resultado muestra que, en esta muestra, la percepción del cuidado paliativo domiciliario se relaciona de manera directa con la percepción de calidad de muerte. Ambos constructos están vinculados conceptualmente y los datos evidencian una asociación estadísticamente fuerte entre ellos.

IV. DISCUSIÓN

4.1. Comparación crítica con la literatura y los antecedentes de estudio

En el marco del presente estudio se establece como fundamento teórico para el cuidado paliativo domiciliario el enfoque planteado por Barros et al. (2021). Este enfoque reconoce al paciente en fase terminal como sujeto de derechos, y propone una atención integral que abarca dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales, desarrollada en el entorno familiar y orientada a preservar la calidad de vida en sus últimos momentos. Desde esta perspectiva teórica, el cuidado paliativo domiciliario no se limita a la administración de tratamientos médicos, sino que implica la interacción ética, afectiva y contextual entre el equipo de salud, el paciente y su familia. La teoría enfatiza la centralidad del entorno familiar como espacio de contención, la necesidad de una comunicación clara y empática, y respeto por los valores y decisiones del paciente en el proceder de morir.

Al contrastar esta propuesta teórica con los resultados empíricos obtenidos en el estudio realizado en el hospital de Cusco, se evidencian tanto coincidencias conceptuales como divergencias en la percepción práctica. Por un lado, los datos muestran que el cuidado paliativo domiciliario fue valorado mayoritariamente en niveles intermedios, esta distribución revela una experiencia heterogénea, con predominancia de valoraciones moderadas y una menor concentración en los extremos de la escala. Desde una perspectiva crítica, esta diferencia entre el ideal teórico y la percepción empírica permite identificar que, si bien el modelo de Barros et al. propone una atención integral y humanizada, su implementación en el contexto cusqueño presenta limitaciones estructurales operativas y contextuales que afectan la vivencia del cuidado.

La predominancia de valoraciones regulares indica que los cuidadores reconocen la presencia de ciertos elementos del cuidado paliativo, pero también perciben carencias que impiden alcanzar los estándares propuestos por la teoría. Estas carencias pueden estar relacionadas con la disponibilidad de recursos, la formación del personal, la frecuencia de visitas, la comunicación con el equipo de salud, o la capacidad de respuesta ante necesidades emocionales y espirituales.

En este sentido, la comparación crítica entre teoría y resultados permite afirmar que el modelo holístico propuesto por Barros et al., encuentra respaldo

empírico en la mayoría de casos analizados, pero también plantea interrogantes sobre su implementación práctica en contextos específicos como el hospitalario y domiciliario en la ciudad del Cusco. La atención paliativa, aunque concebida como integral, puede enfrentar limitaciones operativas que afectan su percepción y efectividad, lo que se refleja en la diversidad de respuestas obtenidas.

En la comparación con la variable calidad de muerte, la cual desde lo propuesto por Yen-Hwa et al. (2021) debe entenderse como el resultado de la experiencia del paciente en sus últimos días de vida, evaluada por sus cuidadores familiares. Este concepto abarca dimensiones físicas, emocionales, espirituales y relacionales, y plantea que una buena muerte implica ausencia de sufrimiento evitable, respeto por los deseos del paciente y coherencia con estándares clínicos, éticos y culturales. En este sentido, la teoría establece un ideal normativo que busca garantizar que el proceso de morir se viva con dignidad, alivio y acompañamiento.

Al contrastar este marco conceptual con los resultados obtenidos en Cusco, se observa una diferencia significativa entre el ideal y la percepción práctica. La distribución obtenida evidencia que la mayoría de los cuidadores reconocen una experiencia regular, con presencia de ciertos elementos de acompañamiento y alivio, pero, sin alcanzar estándares de una buena muerte tal como lo plantea Yen-Hwa et al.

En síntesis, esta comparación crítica, revela que la teoría de la calidad de muerte plantea un horizonte integral y humanizado que, en la práctica cusqueña, se alcanzó solo parcialmente. La predominancia de valoraciones intermedias y bajas evidencia una brecha entre el modelo conceptual y la experiencia vivida, lo que permite comprender la calidad de muerte como un fenómeno complejo, condicionado por factores clínicos, emocionales, familiares y culturales que limitan la plena realización del ideal teórico.

Así mismo se realiza una comparación crítica entre los antecedentes revisados y los resultados obtenidos teniendo el antecedente de Olaya et al (2025) quién evidenció que los pacientes presentan una alta afectación en patrones funcionales básicos, siendo los más comprometidos de eliminación 93% el estado nutricional metabólico 83% el cognitivo perceptual 80%. Frente a estas necesidades, las enfermeras implementan intervenciones prioritarias en el campo

fisiológico básico, como el control intestinal, eliminación urinaria y el manejo de dolor crónico, todas con frecuencias superiores al 80%. Al contrastar estos hallazgos con los resultados obtenidos en el hospital de Cusco, se observan similitudes y diferencias significativas. En primer lugar, en ambos estudios coinciden en reconocer la importancia del cuidado paliativo domiciliario como un recurso fundamental para atender a pacientes oncológicos en fase terminal. En cuanto a las percepciones, en Cusco la distribución heterogénea de los resultados del cuidado paliativo muestra que, aunque la atención fue reconocida en niveles intermedios y positivos, no alcanzo una valoración uniforme ni plenamente satisfactoria. En cuanto a la calidad de muerte se evidencia que la experiencia del final de vida fue vivida mayoritariamente en términos intermedios, con percepciones diversas que reflejan tanto logros como limitaciones en el proceso de atención. La similitud entre ambos estudios radica en que ambos reconocen la relevancia del cuidado paliativo domiciliario y su impacto en la experiencia del paciente.

El antecedente realizado en Lima por Pacheco-Feijoó et al. (2023) muestra que el 66.8% de los encuestados reportaron una calidad de vida baja el 24.5% indicó que era alta y el 8.7% indicó un nivel medio. Además, se evidenció una correlación significativa entre el estadio avanzado de la enfermedad y la baja calidad de vida lo que confirma que el proceso clínico impacta directamente en el estado físico y emocional del paciente. Al contrastar estos hallazgos con los resultados obtenidos en Cusco se observan similitudes importantes. En ambos estudios, se reconoce que el avance de la enfermedad y el contexto paliativo genera una afectación significativa en la experiencia del paciente y su entorno. En el caso cusqueño, aunque la variable evaluada fue la calidad de muerte y no la calidad de vida los resultados muestran una distribución amplia y heterogénea. Esta diversidad de percepciones guarda relación con lo señalado por Pacheco-Feijoó et al. en tanto que la vivencia del final de vida también se encuentra condicionada por el estado clínico y emocional del paciente, así como por las circunstancias de atención. Así también se identifican diferencias relevantes. Mientras el estudio en Lima concluye que la mayoría de los pacientes presenta una calidad de vida baja, en Cusco los cuidadores reportan que el cuidado paliativo domiciliario fue percibido mayoritariamente en niveles regulares y altos, existiendo una correlación positiva moderada y

significativa (Rho de Spearman= 0.563 pvalor= 0.000) entre cuidado paliativo domiciliario y la calidad de muerte. Esta diferencia refleja que, aunque la enfermedad impacta negativamente en la calidad de vida en contextos ambulatorios, la percepción del cuidado domiciliario puede ser más favorable especialmente cuando se asocia directamente con la vivencia de una muerte digna y acompañada. En síntesis, la comparación crítica revela que ambos estudios coinciden en reconocer la influencia del estado clínico y del contexto paliativo en la experiencia del paciente, pero difieren en la forma en que se manifiestan los resultados, en Lima predomina la percepción negativa de la calidad de vida asociada al avance de la enfermedad mientras que en Cusco se observa una valoración intermedia y positiva del cuidado paliativo domiciliario, con una correlación significativa con la calidad de muerte. Estas similitudes y diferencias permiten comprender que la atención paliativa ya sea ambulatoria o domiciliaria, se configura como un proceso complejo en el que intervienen tanto factores clínicos como percepciones subjetivas, generando resultados distintos según el contexto y la variable estudiada.

4.2. Limitaciones de estudio

Una de las principales restricciones estuvo relacionada con el nivel educativo de los cuidadores. En varios casos, los participantes presentaban dificultades para comprender el lenguaje técnico del cuestionario (quechuahablantes), lo que obligó a realizar explicaciones adicionales o adaptaciones verbales durante la aplicación.

Así mismo, el nivel socio económico y cultural de los cuidadores influyó en la disposición para participar en el estudio. Algunos cuidadores provenían de zonas rurales o periurbanas con acceso limitado a servicios de salud, lo que condicionó su experiencia con los cuidados paliativos domiciliarios.

Otro factor relevante fue la distancia geográfica entre el hospital y los domicilios de los pacientes. En varios casos, el equipo de investigación tuvo que desplazarse a zonas alejadas para localizar a los cuidadores, lo que implicó un esfuerzo logístico considerable para recoger la información.

Durante la aplicación del instrumento, se evidenciaron sentimientos encontrados por parte de los cuidadores, quienes se encontraban en procesos de duelo o conmemoración reciente. La evocación del proceso de muerte del paciente

generó respuestas cargadas de emoción, lo que pudo haber influido en la valoración de ciertas dimensiones. En algunos casos los cuidadores expresaron tristeza, culpa o resignación.

4.3. Implicancias prácticas

De acuerdo a los resultados obtenidos y la baja correlación entre las dimensiones y variables se recomienda que futuras investigaciones puedan explorar con mayor profundidad los componentes específicos de estas dimensiones como la claridad del lenguaje médico, la disponibilidad emocional del personal, y la capacidad de respuesta ante necesidades cambiantes, para comprender cómo influyen en la experiencia integral del cuidado.

Asimismo, se sugiere que futuros estudios puedan adicionar aspectos como el acompañamiento espiritual, el impacto del entorno físico y familiar, a fin de construir modelos explicativos más integrales.

V. CONCLUSIONES

Primera: El análisis estadístico realizado mediante la prueba de correlación de Rho de Spearman se evidenció que la relación entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos fue positiva moderada y significativa (Rho= 0.563; pvalor = 0.000). Este hallazgo permite afirmar que el cuidado paliativo domiciliario, entendido como un conjunto de acciones clínicas, emocionales, sociales y espirituales desarrolladas en el entorno familiar, incide directamente en la experiencia de final de vida. La atención brindada en el hogar cuando es valorada como adecuada por los cuidadores, como se asocia con una vivencia más digna, acompañada y humanizada del proceso de morir.

Segunda: En relación con la comunicación con el equipo de salud y calidad de muerte, los resultados muestran un coeficiente de correlación positiva moderada a fuerte (Rho = 0.639) y significativa (p = 0.000). Este hallazgo permite afirmar que la calidad del diálogo, como la claridad en la información proporcionada, la empatía en el trato y la capacidad de escucha del equipo de salud son elementos que inciden directamente en cómo los cuidadores valoran el proceso de morir del paciente. La comunicación efectiva no sólo facilita la toma de decisiones informadas, sino que también contribuye a generar un entorno emocionalmente más estable, lo que repercute en una experiencia de muerte más digna y acompaña.

Tercera: En cuanto a la atención y asistencia prestada por el equipo de salud calidad de muerte, se obtuvo un coeficiente de correlación positiva moderada (Rho= 0.487) y significativo (p = 0.000). La asistencia prestada incluye aspectos clínicos, emocionales, sociales y espirituales, y su adecuada implementación parece influir en la vivencia del final de vida. Aunque la intensidad de la correlación es menor que en el caso de la comunicación, sigue siendo relevante ya que evidencia que el acompañamiento activo, la atención oportuna y el cuidado integral por parte del equipo de salud son factores que contribuyen a una experiencia de muerte más positiva desde la perspectiva de los cuidadores.

VI. REFERENCIAS

- Abu-Odah, H., Molassiotis, A., & Liu, J. (2020). Brant J, Silbermann M. Global perspectives on palliative care for cancer patients: Not all countries are the same. *Current Oncology Reports*. 2021; 23(60). *BMC Palliative Care*, 19(55), 1-16. doi:10.1186/s12904-020-00558-5
- Asociación Médica Mundial. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. Obtenido de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barros, V., Bassi, D., Pontes, A., Linhares, L., Sousa, A., Gomes, A., & Diba, V. (2021). Short-form quality care questionnaire palliative care has acceptable measurement properties in Brazilian cancer patients. *BMC Palliative Care*, 1-11. doi:10.1186/s12904-021-00745-y
- Brant, J., & Silbermann, M. (2021). Global perspectives on palliative care for cancer patients: Not all countries are the same. *Current Oncology Reports*, 23(60). doi:10.1007/s11912-021-01044-8
- Carrasco-Díaz, S. (2019). *Metodología de la investigación científica* (Segunda ed.). San Marcos.
- Cerron, T., & Dueñas, Y. (2023). Nivel de sobrecarga y estrategias de afrontamiento en el cuidador primario de pacientes oncológicos con tratamiento paliativo en el instituto regional de enfermedades neoplásicas del centro 2023. *Universidad Nacional del Callao*. Obtenido de <https://repositorio.unac.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/5d564017-124e-4924-8726-e44672e62d29/content>
- Chumpitaz, Ó. (marzo de 2025). Cuidados paliativos: pese a que son un derecho, menos del 6.5% los recibe. *La República*, pág. 25. Obtenido de <https://larepublica.pe/sociedad/2025/03/25/cuidados-paliativos-pese-a-que-son-un-derecho-menos-del-65-los-recibe-ministerio-de-salud-hnews-2431575>
- Colegio de Psicólogos del Perú (CPsP). (2018). *Código de Ética y Deontología*. Obtenido de <https://cpspancash.org.pe/documentos/CODIGO%20DE%20ETICA%20Y%20DEONTOLOGIA%20CPsP.pdf>
- Congreso de la República. (2018). *Ley N° 30846. Plan Nacional de Cuidados Paliativos*

para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas. Obtenido de https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/ADLP/Texto_Consolidado/30846-TXM.pdf

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC). (2019). *Código Nacional de la Integridad Científica*. Obtenido de <https://portal.concytec.gob.pe/images/publicaciones/Codigo-integridad-cientifica.pdf>

Fuentes, D., Toscano, E., Malvaceda, E., Díaz, L., & Díaz, L. (2020). *Metodología de la investigación: Conceptos, herramientas y ejercicios prácticos en las ciencias administrativas y contables* (Primera ed.). Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Garaycochea, A. (2023). Cuidados paliativos y la importancia del buen morir. Una reflexión en Perú. *Ética, historia y filosofía*, 66(2), 99-102. doi:10.20453/ah.v66i2.4998

Gonzalez, C. (2025). Relación entre la calidad de la atención y la calidad de la muerte en un programa de cuidados paliativos de ámbito domiciliario perteneciente a un Centro de primer nivel en el Caribe colombiano. *Tesis de especialización*. Universidad de Cartagena. Obtenido de <https://repositorio.unicartagena.edu.co/server/api/core/bitstreams/a14df9f6-6481-4bac-8a18-0f87829d42e9/content>

Gutiérrez-Sánchez, D., López-Leiva, I., & Cuesta-Vargas, A. (2020). The quality of death perceived by caregivers of patients in palliative care. *Enfermería Global*, 19(60), 463-472. doi:10.6018/eglobal.412211

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, P. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (Segunda ed.). McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Maetens, A., Beernaert, K., De Schreye, R., Faes, K., Annemans, L., Pardon, K., . . . Cohen, J. (2019). Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. *BMJ Open*, 9(1), 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2018-025180

Martínez, A., & Campos, W. (2015). *Correlación entre Actividades de Interacción Social Registradas con Nuevas Tecnologías y el grado de Aislamiento Social en los*

Adultos Mayores. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-95322015000300004

Ministerio de Salud de Chile - Subsecretaría de salud. (2022). *Orientación técnica cuidados paliativos universales*. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. Obtenido de <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf>

Miranda-Chavez, B., Cruz-Chagua, R., & Taype-Rondan, A. (2023). Cuidados paliativos: definición, importancia y avances en Perú. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 16(2), 1-9. doi:10.35434/rcmhnaaa.2023.162.1839

Miranda-Chavez, B., Cruz-Chagua, R., & Taype-Rondan, A. (2023). Cuidados paliativos: definición, importancia y avances en Perú. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*, 16(2), 1-14. doi:10.35434/rcmhnaaa.2023.162.1839

Ñaupas, H., Mejía, E., Trujillo, R., Romero, H., Medina, W., & Novoa, E. (2023). *Metodología de la investigación. Cuantitativa - cualitativa y redacción de la tesis* (Sexta ed.). Ediciones de la U.

Olaya, M., Canga, P., Macías, G., & Lozano, M. (2025). Intervenciones de enfermería en cuidados paliativos domiciliarios a pacientes oncológicos. *RECIMUNDO*, 4-15.

Ordóñez, A., & Monroy, Z. (2021). Cuidados paliativos: un estudio sobre la experiencia de familiares de enfermos de cáncer en fase terminal. *Apuntes de bioética*, 4(1), 66-87. doi:10.35383/apuntes.v4i1.609

Pacheco-Feijoó, G., Podestá-Gavilano, L., Quevedo-Porras, K., & Amado-Tineo, J. (2023). Factores asociados a la calidad de vida en pacientes con cáncer en una unidad de terapia del dolor de la seguridad social. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(2), 318-325. doi:10.25176/rfmh.v23i2.5649

Pastrana, T., De Lima, L., M, S.-C., Van Steijn, D., E, G., JJ, P., & C, C. (2021). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020* (Segunda ed.). Houston: IAHP Press. Obtenido de <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>

Requejo, N., & Silva, E. (2022). Protocolo de cuidados paliativos para mejorar la calidad

de vida a pacientes terminales hospital público 2020. *Tesis de pregrado*. Universidad Señor de Sipan. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9746/Requejo%20Ama%20Nadia%20%26%20Silva%20Gonzales%20Erika.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Yen-Hwa, C., Takemura, N., Wang, S.-Y., & Lin, C.-C. (2021). Validation of the Taiwanese version of the quality of dying and death questionnaire (QODD-T) for family caregivers of cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1-11. doi:10.1186/s12904-021-00736-7

VII. ANEXOS

Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables / Dimensiones	Metodología
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Cuidado paliativo domiciliario	Alcance: Correlacional
¿Cuál es la relación que existe entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025?	Determinar la relación que existe entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025.	Existe relación significativa entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025.	- Comunicación con el equipo de salud - Atención y asistencia prestadas por el equipo de salud Calidad de muerte - Síntomas y control personal - Preparación para la muerte - Momento de la muerte - Llevarse bien con los miembros de la familia - Preferencias de tratamiento - Preocupación por toda la persona	Enfoque: Cuantitativo Diseño: No experimental transversal Población: 50 cuidadores Muestra: No se halló Técnicas -Encuestas Instrumentos: - Cuestionario
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		
¿Cuál es la relación que existe entre la comunicación con el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025?	Determinar la relación que existe entre la comunicación con el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025.	Existe relación significativa entre la comunicación con el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025.		
¿Cuál es la relación que existe entre la atención y asistencia prestadas por el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025?	Determinar la relación que existe entre la atención y asistencia prestadas por el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025.	Existe relación significativa entre la atención y asistencia prestadas por el equipo de salud y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025.		

Matriz del instrumento

➤ Variable cuidado paliativo domiciliario

Var.	Dimensiones	Ítems/reactivo	Peso	Nº de ítems	Valoración
Cuidado paliativo domiciliario*	Comunicación con el equipo de salud	1. Estoy satisfecho con la forma de comunicarse del equipo de salud.	50%	6	1=Muy en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=De acuerdo 4=Totalmente de acuerdo
		2. He escuchado y comprendido la descripción precisa de la evolución de la enfermedad.			
		3. El equipo de salud me explicó los términos médicos sobre lo que tenía curiosidad.			
		4. He escuchado y comprendido la descripción precisa del plan de tratamiento.			
		5. He podido hablar con el equipo de salud sobre el valor de la vida del paciente.			
		6. Recibimos información útil sobre el tratamiento.			
	Atención y asistencia prestadas por el equipo de salud	7. Los planes de tratamiento incluían las cosas que podía hacer.	50%	6	1=Muy en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=De acuerdo 4=Totalmente de acuerdo
		8. Pude modificar el plan de tratamiento cuando cambiaron mis necesidades.			
		9. El equipo de salud nos ayudó a resolver problemas espirituales.			
		10. El equipo de salud nos ayudó a resolver problemas sociales.			
		11. El equipo de salud sabía lo que queríamos para el paciente.			
		12. Recibí asistencia de los profesionales sanitarios en los lugares que deseaba.			
Total		100%	12		

➤ Variable calidad de muerte

Var	Dimensiones	Ítems/reactivo	Peso	Nº de ítems	Valoración
Calidad de muerte	Síntomas y control personal	1.X*.... tenía su dolor bajo control.	20.69%	6	1=Nunca 2=Casi nunca 3=A veces 4=Casi siempre 5=Siempre
		2.X.... tuvo control sobre lo que estaba ocurriendo en su estado de salud.			
		3.X.... tuvo la capacidad de alimentarse por sí mismo/a.			
		4.X.... mantuvo el control de la vejiga e intestinos.			
		5.X.... se sentía cómodo/a al respirar.			
		6.X.... tenía suficiente energía para realizar sus actividades.			
	Preparación para la muerte	7.X.... estuvo en paz con el hecho de morir.	34.48%	10	1=Si 2=A veces 3=No
		8.X.... estuvo sin miedo a morir.			
		9.X.... no tuvo preocupación por la carga emocional en sus seres queridos.			
		10.....X.... tenía los costos de atención médica cubiertos.			
		11.....X.... recibió visitas de asesor espiritual.			
		12.....X.... contó con una ceremonia espiritual antes de morir.			
		13.....X.... tuvo en orden sus arreglos funerarios.			
		14.....X.... realizó su despedida.			
		15.....X.... pudo asistir a eventos importantes.			
		16.....X.... resolvió conflictos o sentimientos negativos pendientes.			
	Momento de la muerte	17.....X.... falleció en el lugar deseado.	10.34%	3	1) Si 2) No
		18.....X.... estuvo acompañado/a por otras personas en el momento de su muerte.			
		19.....X.... mantuvo un estado de conciencia en el instante previo al fallecimiento.			
	Llevarse bien con los miembros de la familia	20.....X.... pasó tiempo con sus hijos.	10.34%	3	1=Nunca 2=Casi nunca 3=A veces 4=Casi siempre 5=Siempre
		21.....X.... pasó tiempo con otros familiares o amigos.			
		22.....X.... pasó tiempo a solas.			
	Preferencias de tratamiento	23.....X.... sostuvo conversaciones con el médico sobre los cuidados al final de la vida.	10.34%	3	1=Nunca 2=Casi nunca 3=A veces 4=Casi siempre 5=Siempre
		24.....X.... tenía los medios para acelerar su muerte, si lo consideraba necesario.			
		25.....X.... decidió sobre el uso o la evitación de soporte vital.			

Var	Dimensiones	Ítems/reactivo	Peso	Nº de ítems	Valoración
	Preocupación por toda la persona	26.....X.... tenía la capacidad de reír y sonreír.	13.79%	4	1=Nunca 2=Casi nunca 3=A veces 4=Casi siempre 5=Siempre
		27.....X.... mostraba expresiones físicas de afecto.			
		28.....X.... encontró sentido y propósito en la vida.			
		29.....X.... mantuvo su dignidad y respeto propio.			
Total			100%	29	

* Para el caso de X se considera a la persona de quien se está hablando

Carta de aprobación del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 10 de noviembre del 2025.

Autor Responsable:

MILUVSKA JHAKELINNE HOLGUIN CURI

Exp. N°: 2984-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y APROBÓ el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025"

Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 01/11/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:

MILUVSKA JHAKELINNE HOLGUIN CURI

La APROBACIÓN otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una vigencia de veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC no garantiza la aceptación por parte de las instituciones en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una enmienda, entendida como una modificación menor que no altera de manera sustantiva el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angélica Karina Milroya Colarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Consentimiento informado

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025

Investigador: Holguin Curi, Miluvska Jhakelinne

El propósito de esta ficha de consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la misma, así como de su rol de participante.

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025”. Cuyo objetivo es: Determinar la relación que existe entre los cuidados paliativos domiciliarios y la calidad de muerte en pacientes oncológicos de un hospital en la ciudad del Cusco - 2025. Estudio aprobado por la autoridad correspondiente a la Universidad Norbert Wiener. Si Ud. accede a participar de este estudio se le pedirá responder un cuestionario de 41 ítems. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial siendo codificados mediante un número de identificación por lo que será de forma anónima, la información, solo será utilizada para los propósitos de esta investigación. Una vez transcritas las respuestas, los cuestionarios se destruirán. Si tiene alguna duda de la investigación puede hacer las preguntas que requiera en cualquier momento durante su participación. Igualmente puede dejar de responder el cuestionario sin que esto le perjudique. De tener preguntas sobre su participación en este estudio puede contactar a Miluvska Jhakelinne Holguin Curi al teléfono 913067022.

Agradecido desde ya por su valioso aporte.

Atentamente

Atte: Miluvska Jhakelinne Holguin Curi

Después de haber leído los propósitos de la investigación acepto participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellido : _____

Edad : _____

Género del paciente: _____

Dx. Oncológico : _____

Relación con el paciente: _____

Fecha y hora: _____

Firma del participante

Validación por experto para la variable cuidados paliativos domiciliarios

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO

1. DATOS GENERALES

1.1. Título del trabajo de investigación

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025.

1.2. Tesista

Miluvska Jhakelinne Holguin Curi

2. DATOS DEL EXPERTO

2.1. Nombres y Apellidos: Carlos Richard Chacaliza Uribe

2.2. Profesión: Psicólogo

2.3. Lugar y Fecha: 11/10/2025

2.4. Cargo e institución donde labora: Docente- Universidad Tecnológica del Perú

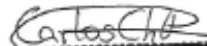
COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	REGULAR 2	BUENO 3	MUY BUENO 4	EXCELENTE 5
FORMA	1.- REDACCIÓN	Los indicadores están redactados considerando los elementos necesarios.					X
	2.- CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.					X
	3.- OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observable.					X
CONTENIDO	4.- ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia.					X
	5.- SUFICIENCIA	Los indicadores son adecuados en cantidad y claridad.					X
	6.- INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente la variable de investigación.					X
ESTRUCTURA	7.- ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
	8.- CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos de la investigación.					X
	9.- COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores, dimensiones y variables.					X
	10.- METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					x

3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable

4. PORCENTAJE DE VALORACIÓN: 100%

5. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede a su aplicación (X) Debe corregirse ()


 Carlos Richard Chacaliza Uribe
 PSICÓLOGO
 C.Pa.P. N°38613

Firma del Experto.
 DNI: 71775513

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO

1. DATOS GENERALES

1.1. Título del trabajo de investigación

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025.

1.2. Tesista

Miluvska Jhakelinne Holguin Curi

2. DATOS DEL EXPERTO

2.1. Nombres y Apellidos: Gabriel Terrones Vilela

2.2. Profesión: Lic. En psicología

2.3. Lugar y Fecha: Cajamarca - 13/10/2025

2.4. Cargo e institución donde labora: Psicólogo en la clínica "Liga Contra el Cáncer" filial Cajamarca

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	REGULAR 2	BUENO 3	MUY BUENO 4	EXCELENTE 5
FORMA	1.- REDACCIÓN	Los indicadores están redactados considerando los elementos necesarios.				X	
	2.- CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.			X		
	3.- OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observable.				X	
CONTENIDO	4.- ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia.				X	
	5.- SUFICIENCIA	Los indicadores son adecuados en cantidad y claridad.			X		
	6.- INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente la variable de investigación.					X
ESTRUCTURA	7.- ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
	8.- CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos de la investigación.					X
	9.- COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores, dimensiones y variables.					X
	10.- METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	

3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** Es aplicable por ende logra evaluar el propósito que desea el investigador.

4. **PORCENTAJE DE VALORACIÓN:** 95 %

5. **LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:**
Procede a su aplicación (X) Debe corregirse ()


Mg. Gabriel Terrones Vilela
 PSICÓLOGO
 C.P. P N° 31931

Firma del Experto.
DNI: 26729227

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO**

1. DATOS GENERALES

1.1. Título del trabajo de investigación

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025.

1.2. Tesista

Miluvska Jhakelinne Holguin Curi

2. DATOS DEL EXPERTO

2.1. Nombres y Apellidos: Anzu Gitit Zevallos Arias

2.2. Profesión: Psicóloga

2.3. Lugar y Fecha: 15-10-2025

2.4. Cargo e institución donde labora: Docente – Pontificia Universidad Católica del Perú

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	REGULAR 2	BUENO 3	MUY BUENO 4	EXCELENTE 5
FORMA	1.- REDACCIÓN	Los indicadores están redactados considerando los elementos necesarios.				X	
	2.- CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.				X	
	3.- OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observable.					X
CONTENIDO	4.- ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia.					X
	5.- SUFICIENCIA	Los indicadores son adecuados en cantidad y claridad.				X	
	6.- INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente la variable de investigación.					X
ESTRUCTURA	7.- ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
	8.- CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos de la investigación.				X	
	9.- COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores, dimensiones y variables.					X
	10.- METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					X

3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**Aplicable

4. **PORCENTAJE DE VALORACIÓN:**90%.....

5. **LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:**

Procede a su aplicación (X) Debe corregirse ()

.....
Firma del Experto.
DNI: 70261654

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO

1. DATOS GENERALES

1.1. Título del trabajo de investigación

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025.

1.2. Tesista

Miluvska Jhakelinne Holguin Curi

2. DATOS DEL EXPERTO

2.1. Nombres y Apellidos: Carmen Alicia Tello Torres

2.2. Profesión: Psicóloga

2.3. Lugar y Fecha: Cusco 10 de octubre del 2025

2.4. Cargo e institución donde labora: Psicóloga independiente

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	REGULAR 2	BUENO 3	MUY BUENO 4	EXCELENTE 5
FORMA	1.- REDACCIÓN	Los indicadores están redactados considerando los elementos necesarios.				X	
	2.- CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.				X	
	3.- OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observable.					X
CONTENIDO	4.- ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia.				X	
	5.- SUFICIENCIA	Los indicadores son adecuados en cantidad y claridad.			X		
	6.- INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente la variable de investigación.			X	X	
ESTRUCTURA	7.- ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
	8.- CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos de la investigación.					X
	9.- COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores, dimensiones y variables.					X
	10.- METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	

3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:Aplicable.....

4. PORCENTAJE DE VALORACIÓN:90%.....

5. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede a su aplicación (X) Debe corregirse ()



 Carmen Alicia Tello Torres
 PSICÓLOGA
 Firma del Experto.
 DNI: 40124213

Validación por experto para la variable calidad de muerte

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

CALIDAD DE MUERTE

6. DATOS GENERALES

6.1. Título del trabajo de investigación

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025.

6.2. Tesista

Miluvska Jhakelinne Holguin Curi

7. DATOS DEL EXPERTO

7.1. Nombres y Apellidos: Carlos Richard Chacaliza Uribe

7.2. Profesión: Psicólogo

7.3. Lugar y Fecha: 11/10/2025

7.4. Cargo e institución donde labora: Docente- Universidad Tecnológica del Perú

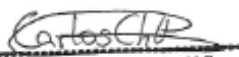
COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	REGULAR 2	BUENO 3	MUY BUENO 4	EXCELENTE 5
FORMA	1.- REDACCIÓN	Los indicadores están redactados considerando los elementos necesarios.					X
	2.- CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.					X
	3.- OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observable.					X
CONTENIDO	4.- ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia.					X
	5.- SUFICIENCIA	Los indicadores son adecuados en cantidad y claridad.					X
	6.- INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente la variable de investigación.					X
ESTRUCTURA	7.- ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
	8.- CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos de la investigación.					X
	9.- COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores, dimensiones y variables.					X
	10.- METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					x

8. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: **Aplicable**

9. PORCENTAJE DE VALORACIÓN: **100%**

10. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede a su aplicación (X) Debe corregirse ()


 Carlos Richard Chacaliza Uribe
 PSICÓLOGO
 C.Pa.P. N°38613

Firma del Experto.
 DNI: 71775513

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CALIDAD DE MUERTE

6. DATOS GENERALES

6.1. Título del trabajo de investigación

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025.

6.2. Tesista

Miluvska Jhakelinne Holguin Curi

7. DATOS DEL EXPERTO

7.1. **Nombres y Apellidos:** Gabriel Terrones Vilela

7.2. **Profesión:** Lic. En psicología

7.3. **Lugar y Fecha:** Cajamarca - 13/10/2025

7.4. **Cargo e institución donde labora:** Psicólogo en la clínica "Liga Contra el Cáncer" filial Cajamarca

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	REGULAR 2	BUENO 3	MUY BUENO 4	EXCELENTE 5
FORMA	1.- REDACCIÓN	Los indicadores están redactados considerando los elementos necesarios.					X
	2.- CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.					X
	3.- OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observable.					X
CONTENIDO	4.- ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia.				X	
	5.- SUFICIENCIA	Los indicadores son adecuados en cantidad y claridad.				X	
	6.- INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente la variable de investigación.					X
ESTRUCTURA	7.- ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
	8.- CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos de la investigación.					X
	9.- COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores, dimensiones y variables.					X
	10.- METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	

8. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** Es aplicable por ser entendible y logra el objetivo a evaluar

9. **PORCENTAJE DE VALORACIÓN:** 98 %

10. **LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:**
Procede a su aplicación (x) Debe corregirse ()


Mg. Gabriel Terrones Vilela
 PSICÓLOGO
 C.Pa. P N° 31931

Firma del Experto.
DNI: 26729227

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

CALIDAD DE MUERTE

6. DATOS GENERALES

6.1. Título del trabajo de investigación

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025.

6.2. Tesista

Miluvska Jhakelinne Holguin Curi

7. DATOS DEL EXPERTO

7.1. Nombres y Apellidos: Anzu Gitit Zevallos Arias

7.2. Profesión: Psicóloga

7.3. Lugar y Fecha: 15-10-2025

7.4. Cargo e institución donde labora: Docente – Pontificia Universidad Católica del Perú

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	REGULAR 2	BUENO 3	MUY BUENO 4	EXCELENTE 5
FORMA	1.- REDACCIÓN	Los indicadores están redactados considerando los elementos necesarios.					X
	2.- CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.					X
	3.- OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observable.				X	
CONTENIDO	4.- ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia.				X	
	5.- SUFICIENCIA	Los indicadores son adecuados en cantidad y claridad.				X	
	6.- INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente la variable de investigación.				X	
ESTRUCTURA	7.- ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
	8.- CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos de la investigación.				X	
	9.- COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores, dimensiones y variables.					X
	10.- METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	

8. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:Aplicable.....

9. PORCENTAJE DE VALORACIÓN:88%.....

10. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede a su aplicación (X) Debe corregirse ()

.....
Firma del Experto.
DNI: 70261654

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CALIDAD DE MUERTE

1. DATOS GENERALES

1.1. Título del trabajo de investigación

Cuidados paliativos domiciliarios y calidad de muerte en pacientes de un hospital en la ciudad del Cusco- 2025.

1.2. Tesista

Miluvska Jhakelinne Holguin Curi

2. DATOS DEL EXPERTO

2.1. Nombres y Apellidos: Carmen Alicia Tello Torres

2.2. Profesión: Psicóloga

2.3. Lugar y Fecha: Cusco 10 de octubre del 2025

2.4. Cargo e institución donde labora: Psicóloga independiente

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	REGULAR 2	BUENO 3	MUY BUENO 4	EXCELENTE 5
FORMA	1.- REDACCIÓN	Los indicadores están redactados considerando los elementos necesarios.					X
	2.- CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.					X
	3.- OBJETIVIDAD	Esta expresado en conducta observable.				X	
CONTENIDO	4.- ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia.			X		
	5.- SUFICIENCIA	Los indicadores son adecuados en cantidad y claridad.				X	
	6.- INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente la variable de investigación.				X	
ESTRUCTURA	7.- ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.			X		
	8.- CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos de la investigación.					X
	9.- COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores, dimensiones y variables.				X	
	10.- METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	

3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:Aplicable.....

4. PORCENTAJE DE VALORACIÓN:82%.....

5. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede a su aplicación (X) Debe corregirse ()



 PSICOLOGA
 Firma del Experto.
 DNI:40124213




16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 13% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.escuelakhipu.edu.pe	2%
2	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-03	1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-06-15	<1%
5	Internet	www.coursehero.com	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2025-11-18	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2023-07-14	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2025-04-01	<1%
9	Publicación	Ccallo Puma, Roger Santiago. "Roles gerenciales y la calidad de la gestión educati...	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad de Salamanca on 2024-03-07	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Inca Garcilaso de la Vega on 2018-05-23	<1%