



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Atención Domiciliaria y Calidad de vida en Pacientes
Oncológicos Terminales del Hospital Nacional Edgardo
Rebagliati Martins, 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Br. Jenny Isabel Purizaca Arizola

ASESOR:

Dr. Carlos W. Sotelo Estacio

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Dirección

PERÚ - 2018

Mgr. Lauro Marco Rivera
Presidente

Dr. Juan Carlos Durand Porras
Secretario

Dr. Carlos W. Sotelo Estacio
Vocal

Dedicatoria

A mi querido esposo e hijos por el apoyo incondicional que me otorgan cada día para cumplir mis metas.

Agradecimiento

A esta digna Universidad Cesar Vallejo, a sus docentes por compartir desinteresadamente sus conocimientos con quienes tenemos la suerte de aprender y forjarnos un mejor futuro en esta etapa de formación profesional.

Al asesor Carlos Sotelo Estacio DBA. por su deseo de ayudarnos a convertirnos en mejores profesionales.

DECLARACIÓN JURADA

Jenny Isabel Purizaca Arizola, identificada con DNI N°. 07461866, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad César Vallejo, con la tesis titulada: Atención Domiciliaria y Calidad de vida en Pacientes Oncológicos Terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La presente tesis es de mi autoría personal.
- 2) He actuado respetando las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La presente tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las sanciones y consecuencias de mi acción, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, Febrero de 2016.

Br. Jenny Isabel Purizaca Arizola

DNI N° 07461866

Presentación

A este digno Jurado:

Ante ustedes, presento la Tesis titulada “Atención Domiciliaria y Calidad de vida en Pacientes Oncológicos Terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, de acuerdo a lo ordenado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para adquirir el Grado Académico de Magíster en Gestión Pública.

La presente investigación presenta los siguientes capítulos:

Primer capítulo, contiene los antecedentes, marco teórico, que engloba las distintas teorías de las variables en estudio, justificación, planteamiento y formulación del problema. Hipótesis y objetivos.

Segundo Capítulo, aborda el marco metodológico, que presenta las variables, metodología del estudio, la población y la muestra, los instrumentos empleados y el método requerido para el análisis de los datos.

Tercer Capítulo, presenta los resultados: descriptivos y la contrastación de la hipótesis.

La discusión, las Conclusiones inferidas del análisis estadístico de los datos obtenidos, junto con las Sugerencias y los Aportes que permitirán argumentar la presente investigación.

A ustedes, señores miembros del jurado, recibo con beneplácito vuestros aportes y sugerencias para progresar, a la vez deseo pueda servir de aporte a aquellos quienes deseen continuar un estudio con la misma temática.

Esperando cumplir con los requisitos para la aprobación.

La autora.

LISTA DE CONTENIDOS

| | |
|---|------|
| Página del Jurado | ii |
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimiento | iv |
| Declaratoria jurada | v |
| Presentación | vi |
| Lista de contenidos | vii |
| Lista de tablas | ix |
| Resumen | xii |
| Abstract | xiii |
| | |
| I INTRODUCCION | |
| 1.1 Realidad problemática | 15 |
| 1.2 Trabajos previos | 16 |
| 1.3 Teorías relacionadas al tema | 19 |
| 1.4 Formulación del problema | 41 |
| 1.5 Justificación del estudio | 42 |
| 1.6 Hipótesis | 43 |
| 1.7 Objetivos | 44 |
| | |
| II. METODO | |
| 2.1 Diseño de investigación | 46 |
| 2.2 Variables, operacionalización | 48 |
| 2.3. Población, y muestra | 49 |
| 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad | 51 |
| 2.5. Métodos de análisis de datos | 55 |
| | |
| III: RESULTADOS | |
| 3.1. Descripción de resultados | 57 |
| 3.2. Contrastación de hipótesis | 60 |
| IV: DISCUSION | 65 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| V: CONCLUSIONES | 70 |
| VI: RECOMENDACIONES | 72 |
| VII: REFERENCIAS | 74 |
| ANEXO | 78 |
| Anexo 1: Matriz de consistencia | |
| Anexo 2: Validez de los instrumentos | |
| Anexo 3: Base de datos | |

Lista de tablas

| | | |
|----------|---|----|
| Tabla 1 | Operacionalización de la variable atención domiciliaria | 48 |
| Tabla 2 | Operacionalización de la variable calidad de vida | 49 |
| Tabla 3 | Pacientes oncológicos que pertenecen al programa de COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2015. | 49 |
| Tabla 4 | Análisis de consistencia interna de las variables | 52 |
| Tabla 5 | Validación de instrumento Atención domiciliaria y Calidad de vida por juicio de expertos | 53 |
| Tabla 6 | Análisis de ítems-test entre las variables Atención domiciliaria y Calidad de vida | 54 |
| Tabla 7 | Nivel de atención domiciliaria en pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015 | 57 |
| Tabla 8 | Nivel de calidad vida de pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015. | 58 |
| Tabla 9 | Tabla cruzada entre nivel de cruzada Atención domiciliaria y Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015 | 59 |
| Tabla 10 | Correlación entre atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en el paciente oncológico terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus Familiares | 60 |
| Tabla 11 | Correlación entre Atención Domiciliaria y bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares. | 61 |
| Tabla 12 | Correlación entre Atención Domiciliaria y bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares. | 62 |

| | | |
|----------|---|----|
| Tabla 13 | Correlación entre Atención Domiciliaria y relaciones interpersonales del paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares | 63 |
|----------|---|----|

Lista de figuras

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Nivel de atención domiciliaria en pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015 | 57 |
| Figura 2 | Nivel calidad vida de pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015. | 58 |
| Figura 3 | Cruce de atención domiciliaria y calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015. | 59 |

Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación existente entre la atención domiciliaria y la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

La investigación es de tipo correlacional. La investigación tiene un diseño de tipo no experimental: De corte transversal. Para el periodo 2015, la población está conformada por todos los pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que recibieron atención domiciliaria durante el año 2015, conformado por 318 familiares. Técnica: aplicación de encuesta, instrumento: Cuestionario de percepción de atención domiciliaria y la calidad de vida. Con la información conseguida se pudo obtener la validez y la fiabilidad del instrumento, utilizándose el Software Estadístico (SPSS) versión 23 para el análisis de los datos. Se adjunta tabla de confiabilidad y la validez de constructo del instrumento; Se empleo la prueba no paramétrica Rho de Spearman en las variables cualitativas categóricas. Aplicando un nivel de significancia de 0,05.

Entre los resultados obtenidos se estableció que existe relación directa y estadísticamente significativa entre las variables atención domiciliaria y calidad de vida en pacientes oncológicos terminales. Con un valor de: $p= 0,00$. tomando $P < 0,05$ para establecer significancia. Junto con las demás dimensiones.

Palabras clave: atención domiciliaria y calidad de vida en pacientes oncológicos terminales

Abstract

The objective of this research is to determine the relationship between home care and quality of life in terminal oncological patients of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital.

The investigation is of correlational type. The research has a non-experimental type design: Cross-sectional. For the period 2015, the population is made up of all the terminal oncological patients of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital who received home care during 2015, made up of 318 relatives. Technique: survey application, instrument: Questionnaire on perception of home care and quality of life. With the information obtained, the validity and reliability of the instrument could be obtained, using the Statistical Software (SPSS) version 23 for the analysis of the data. Attached table of reliability and the construct validity of the instrument; The Spearman Rho nonparametric test was used in the categorical qualitative variables. Applying a level of significance of 0.05.

Among the results obtained, it was established that there is a direct and statistically significant relationship between the home care and quality of life variables in terminal oncological patients. With a value of: $p = 0.00$. taking $P < 0.05$ to establish significance. Together with the other dimensions.

Keywords: home care and the quality of life in terminally ill cancer patients

I. Introducción

1.1 Realidad problemática

Huatuco. (2008). El Cáncer, con el pasar de los años, se ha ido convirtiendo en una de las principales causas de muerte en el mundo. El cáncer en su estado terminal es una enfermedad progresiva e irreversible que ya no responde a ningún tratamiento médico, acompañado de un malestar que llega a afectar biológico-psico-socialmente al paciente, también llega a afectar en gran medida a los miembros de familia del paciente que conllevaran a alteraciones en la calidad de vida. El diagnóstico de Cáncer en su estadio Terminal impacta de variadas formas a quien lo padece y a su vez produce alteraciones en el núcleo familiar. Siendo muchas veces una sola persona quien se encarga de asumir el cuidado del paciente.

Durante las últimas décadas, se ha venido trabajando vigorosamente en el concepto de Calidad de Vida, el cual se entiende como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y valores en los que él vive y en relación con su proyecto de vida, sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Dentro del plan Estratégico del Seguro Social de Salud EsSalud, del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, se encuentra el programa COPHOES, cuya finalidad es otorgar cuidados paliativos, de esta forma se pretende conocer la percepción de la atención domiciliaria y la calidad de vida de los pacientes oncológicos terminales a través de la percepción de sus familiares.

Con relación a la calidad de vida, es variada la utilización del concepto en los diferentes temas de investigación, relacionados con condiciones estructurales y culturales de las diferentes sociedades y los cambios que derivan del periodo vital; englobando, estudios en familias, en la persona de la tercera edad, en pacientes y la salud adolescente. Respecto al concepto de calidad de vida, Ardila llega a definirla como un estado de satisfacción general, como una sensación subjetiva de un bienestar físico, social y psicológico.

El cáncer actualmente constituye un problema de salud pública a nivel mundial, como lo demuestran las altas tasas de incidencia y mortalidad. Esto se evidencia de los antecedentes vinculados con al menos una de las variables de investigación que creemos fue importante para la comprensión, desarrollo y

discusión de la presente investigación fundamentalmente de la investigación realizada por:

1.2 Trabajos previos

Antecedentes internacionales

Pedierna, Fernández y González (2012) elaboraron un trabajo de investigación denominada Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, aplicando el QL-CA-AFEX". En dicho estudio se analizó la calidad de vida en pacientes oncológicos quienes estaban bajo cuidados paliativos, a partir del QL-CA-AFex, se estudiaron 91 pacientes en donde se encontró que los elementos más asociados a la calidad de vida eran los síntomas, y aspectos psicológicos tales como la ansiedad y depresión. El QL-CA-AFex mostró tener una consistencia interna satisfactoria (α de Cronbach total: 0.83; α de Cronbach para las subescalas: 0.75-0.94). La confiabilidad test-retest fue mostrada por las correlaciones comprendidas entre 0.32 y 0.55. En el análisis factorial se obtuvieron factores como aspectos físicos, emocionales y recursos familiares respectivamente. Se comprobó la capacidad del QL-CA-AFex para discriminar entre grupos de pacientes realizados en función de diversas variables sociodemográficas y clínicas. La cv no se deteriora necesariamente con la progresión de la enfermedad. El QL-CA-AFex posee adecuadas propiedades psicométricas para medir cv en pacientes oncológicos en situación paliativa, aunque su utilidad en la práctica clínica es una cuestión aún no resuelta.

Carrera y González (2012) en su tesis de nombre "Calidad de vida al egreso en pacientes con cáncer paliativo y terminal". Buscaron evaluar la calidad de vida de los pacientes que se atendieron en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Provincial Oncológico "Conrado Benítez" de Santiago de Cuba en el trienio 1996-1998 en el momento de su egreso, para esto llevaron a cabo una investigación de tipo descriptiva, de corte longitudinal y prospectivo. En los hallazgos se derivó que la validez física encontrada contrastaba con lo esperado, con el predominio del índice de Karnofski por debajo de 70 y 50, junto con el grado significativo de aceptación de la analgesia. El instrumento que se empleó para la medición interfirió en la evaluación del aspecto social de la calidad de vida, pues se observó afección

en la capacidad de los pacientes para recrearse, su bienestar mental, el nivel de independencia y la actividad sexual; aspectos deficitarios que se tiene por objetivo su mejoría a través del mejoramiento de la intervención domiciliaria.

Agra, Sacristán, Pelayo y Fernández (2013) desarrollaron una tesis titulada “Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales de un área sanitaria de Madrid”. Esta investigación busca determinar la existencia de efectividad en los cuidados paliativos brindados a domicilio para así poder establecer si los pacientes oncológicos en estadio terminal que se tratan por Equipos multidisciplinares capacitados en soporte de Atención Domiciliaria tienen un mejor nivel de calidad de vida que los que son tratados por Equipos de Atención Primaria. Este fue un estudio de tipo prospectivo, cuasi experimental que se realizó en el Área 4 de Imsalud de Madrid, con enfermos que se refirieron del hospital a Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria o a Equipos de Atención Primaria. La variable de interés fue “la calidad de vida” que se midió en base del Rotterdam Symptom Check List y el Hospital Anxiety and Depression Scale. En el análisis estadístico se empleó pruebas como MANOVA, ANOVA de medidas repetidas, junto con el test de Friedman. Las muestras estuvieron conformadas por: 165 enfermos, los cuales fueron tratados por Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria; mientras que 56 pacientes se trataron por Equipos de Atención Primaria. Entre los hallazgos, el primer grupo presentó puntuaciones más altas en las escalas global (diferencia de medias: 9,5; IC 95%: 2,3-16,67) y dolor (diferencia de medias: 6,4; IC 9%: 1,14-11,43) del Rotterdam Symptom Check List en la semana uno del estudio. Se concluyó que existe un mejor impacto en el grupo Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria. Existieron diferencias como: prescripción de fármacos y el lugar de la muerte. Al inicio de la investigación los enfermos tratados por Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria tenían una mejor percepción del estado de salud que los pacientes tratados por Equipos de Atención Primaria.

Fernández, Padierna, Amigo, Pérez, Gracia, Fernández y Peláez. (2012). Elaboraron una tesis titulada “Calidad de vida informada por pacientes oncológicos paliativos. Relaciones con el informe médico y estado emocional”. La muestra de esta investigación estuvo conformada por 107 pacientes oncológicos que pertenecían al Servicio de Oncología del Hospital de Cabueñes de Gijón de

España, se les aplicó cuestionarios como el QL-CA-AFex, HAD y Duke-UNC y un protocolo clínico. La muestra se obtuvo aleatoriamente según los variados grupos de seguimiento sea uno, dos, tres o seis meses. Se emplearon coeficientes de correlación para el análisis de la asociación entre la QL, la situación clínica del paciente, su estado emocional y el apoyo social que recibía. Se aplicó la prueba ANOVA para establecer las diferencias en la QL en función de las variables estudiadas. Se halló que la QL no presentaba deterioro respecto a la evolución de la enfermedad en el tiempo. Lo más asociado con la QL fue los síntomas presentes, seguido de los aspectos psicológicos. A través de este estudio se pudo comprobar la capacidad del cuestionario QL-CA-AFex para diferenciar entre grupos de pacientes respecto a diversas variables clínicas.

Dulce, Cepero, Pérez y Robinson (2007). Desarrollaron una tesis titulada "Caracterización de los Pacientes Terminales y su Atención Domiciliaria por parte de Un Equipo Básico de Salud" Entre los resultados se obtuvo que en el 100% de los Pacientes en estadio Terminal que intervinieron en el estudio eran adultos mayores de 60 años, el sexo predominante fue el masculino, de raza blanca. Existió predominio por el Cáncer de Pulmón en un 44,4% seguido del de páncreas en un 22,2%. De los pacientes en el estudio, el 55.6% desconocía el curso de la enfermedad, encontrándose que el sexo femenino eran las únicas informadas. Es necesario contar con un equipo multidisciplinario, capaz de suministrar los cuidados necesarios para el paciente, y dudas para la familia, formar interés en los familiares respecto al tratamiento y curso de la enfermedad. De forma que exista un soporte constante para que el tratamiento domiciliario se lleve a cabo de forma efectiva. Se determina que el objetivo de la atención debe ser la preservación de la calidad de vida a través de un manejo adecuado sintomático, junto al soporte emocional tanto para el paciente como para los familiares.

Antecedentes nacionales

Caqueo, Segovia, Urrutia, Miranda y Navarro (2013) elaboraron una tesis titulada "Impacto de la Relación de ayuda de Cuidadores Primarios en la Calidad de Vida de Pacientes con Cáncer Avanzado". Esta investigación fue de tipo exploratoria, descriptiva correlacional y el muestreo no probabilístico por conveniencia, con un error de estimación no superior al 5%. Esta investigación estimó el efecto del cuidador principal en la calidad de vida de pacientes oncológicos en estadio

avanzado. Su muestra estuvo conformada por 34 pacientes oncológicos estadio avanzado con sus respectivos cuidadores primarios, los cuales pertenecían a institución hospitalaria común donde se brindaba tratamiento paliativo. Se aplicaron instrumentos como el FACT-G, SF-36 junto con la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Los resultados que se hallaron indicaron que la Calidad de Vida de los pacientes oncológicos no es la más benéfica, lo que nos indica que los problemas en la salud física y emocional del paciente conllevan al deterioro físico-social del mismo.

Alberca (2011) en su investigación titulada “Calidad de vida y afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes con cáncer del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen” Buscó determinar el nivel de la calidad de vida del paciente oncológico y que medios utilizaban para afrontar su enfermedad y tratamiento y de esta forma establecer el tipo de relación entre las variables en estudio en el servicio de quimioterapia del Hospital Nacional Guillermo Almenara ubicado en Lima. Este fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, tomando una muestra de 150 pacientes con diagnóstico de cáncer de diferentes tipos del servicio de quimioterapia, los cuales se obtuvieron por muestreo aleatorio. Se obtuvo que el 70% de ellos percibían como no saludable su calidad de vida, de ellos el 38% tuvo un afrontamiento inadecuado; por otro lado, el 30% percibió su calidad de vida como saludable, y de ellos el 24% presentaba un afrontamiento adecuado. Concluyendo que existe asociación entre el nivel de calidad de vida y el afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento. Respecto a la escala que cuantifica el dolor, existió un predominio del 58% en el momento del tratamiento.

Salas (2014) en su proyecto de investigación que tiene por nombre “Calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una Unidad de Terapia Especializada”, tuvo como objetivo determinar la calidad de vida del paciente Oncológico en estadio Terminal perteneciente a la Unidad de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen ubicado en el departamento de Lima. Esta investigación fue de tipo cuantitativo, con un diseño descriptivo y de corte transversal, que se llevó a cabo en una muestra de 51 pacientes que tenían el diagnóstico de cáncer en estadio terminal. Se aplicó un cuestionario, con una entrevista en la visita domiciliaria en el primer trimestre del año 2011. Se empleó una estadística para estudio descriptivo. Los hallazgos del

estudio determinaron una calidad de vida de nivel medio en un 41.2%(21); sin embargo, de las dimensiones de la calidad de vida, se halló que la más afectada fue la Psicológica en un 47.1% (24), siguiéndole la dimensión social en un 33.3%.

1.3 Teorías relacionadas al tema

Variable Atención Domiciliaria

Definición

Atención Domiciliaria: Es un servicio sanitario encargado de brindar asistencia continua para la resolución de problemas de salud a nivel domiciliario que no necesiten del servicio de hospitalización, que se dirige a pacientes que no son capaces de desplazarse a un centro de salud por impedimentos principalmente de tipo físicos. (Murillo y Royo, 2015).

Allende, Flores y Castañeda (2000). Definen la atención domiciliaria como:

El conjunto de actividades que brinda seguridad social y de marco comunitario, que se llevan a cabo en el domicilio de la persona y que tiene por objetivo detectar, valorar, brindar soporte y seguimiento a los problemas sanitarios del paciente o sus familiares, magnificando la autonomía y a su vez progresando en la calidad de vida en los pacientes en estadios terminales a través de un equipo multidisciplinario capacitado, (p.46)

EsSalud (2014). Es el vínculo que se constituye en el lugar de domicilio de la persona asegurada, con los que conforman el equipo de salud y los integrantes de la familia, que se lleva a cabo por el problema de salud de uno de los individuos (caso índice), por la prioridad de establecer un conocimiento más profundo con los familiares a su ingreso o por necesidad de algunos de sus integrantes. Se caracteriza por abordar temas de salud de interés para la familia además del problema principal, y por hacer partícipe a la familia de un plan de trabajo sea preventivo y/o promocional, o del tratamiento.

Al respecto, Caldas: refiere que “Es una herramienta de intervención, caracterizada por ser cercana, que ingresa a la intimidad de una familia; que tiene

por fin, ser reparadora, que acompaña procesos, que orienta, que da contención y que vigila”. (2014, p. 98)

Las visitas a domicilio es una herramienta exitosa verificada en diferentes estudios y países, des este modo la OMS en el año 2003 afirma “Las visitas domiciliarias mejoran los cambios intrafamiliares para regenerar situaciones de salud y de desarrollo de los niños y en la familia, que además va a impactar en el progreso comunal. (p.76)

Bases teóricas

Las visitas domiciliarias, es un importante medio para apoyar familias en estado vulnerable, posibilitando que padres y madres puedan identificar los factores que ponen en peligro a su familia, de este modo pueda intervenirse precozmente y atenúa consecuencias a largo plazo que se puedan llevar a cabo.

Múltiples factores de tipo clínicos, emocionales y financieros conllevan a la disminución en los tiempos de estancia hospitalaria requerida, otorgando absoluta importancia el servicio que se brinda en la atención domiciliaria, ya que este permite que se continúe el plan terapéutico y se termine la recuperación en un lugar más favorable, potenciando el autocuidado y la afinidad de los cuidadores. Este tipo de atención permitirá el manejo de pacientes de diferentes grupos etarios, incluso pudiéndose brindar soporte ventilatorio en casos de requerirlo.

Las visitas domiciliarias, han servido de instrumento para que los profesionales de salud se vinculen con las familias de sus pacientes, observándose que el hogar, lugar de residencia del enfermo, sea considerado un ambiente favorable para observar las interacciones familiares, patrones de adaptación, prácticas de crianza y los estilos de vida que se llevan a cabo. Las familias adoptan sus posturas más naturales en este ambiente.

Minsal (2009).Establece modelos teóricos respecto a la visita domiciliaria: “La visita domiciliaria, es una táctica para brindar servicios a la comunidad, se ha visto influenciada por diferentes teorías que la confrontan como un apoyo al desarrollo del individuo”. (p.112)

Dos de las teorías más significativas que la validan son:

Teoría de la auto eficacia individual de Bandura:

La auto eficacia, en el plano de la visita a domicilio, destaca el papel primario que llevada a cabo por el equipo multidisciplinario que se encarga de enfatizar las habilidades de los integrantes de la familia, logrando promover confianza en sus tareas y promoviendo la trascendencia de su gesticulación para cumplir los objetivos propuestos. (Minsal, 2009).

Modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner:

Este modelo admite la importancia del impacto por parte de la familia, los amigos y la comunidad en la vida del ser humano, y pone en práctica este conocimiento para ejecutar el plan terapéutico continuado en el tiempo. (Minsal, 2009). Conjuntamente propone la competencia de medidas intervencionistas que no se emplean de forma directa a los niños o a la familia, sino que se lleva a cabo en otros miembros de su comunidad y propone la importancia de la relación establecida entre ellos y la familia.

La mayoría de los modelos respecto a las visitas domiciliarias son de carácter ecléctico y conjugan diferentes aspectos de teorías sobre la contribución al desarrollo benéfico del individuo. De este modo es factible establecer modelos de intervención que se preocupen en particularidades del sistema padre y madre – hijo o hija. Algunos de estos son:

Modelos basados en el servicio:

Tienen como objetivo identificar y disminuir posibles estresores intrafamiliares y optimizar el adecuado desarrollo de los niños, mediante el vínculo con recursos y servicios de la comunidad que sean requeridos para cumplir las necesidades. La aplicación de este modelo puede conllevar a beneficiar el estado familiar, ayudando a resolver sus carencias, y de esta forma acercarlos a los recursos indispensables; sin embargo puede crear dependencia en padres que

no han aprendido a solucionar por sus propios medios sus conflictos. (Minsal, 2009).

Modelos basados en la información:

Este modelo brinda conocimientos y habilidades a las madres, en relación con tópicos de interés como cuidado del infante y desarrollo tanto físico, social, emocional, cognitivo y lingüístico de los niños. Los conocimientos en desarrollo también se conocen como habilidades parentales, estimulación infantil o guía para el desarrollo. Estos arquetipos tienen como fundamento que el cuidado de los niños y la interacción padre-hijo son consecuencia de lo aprendido. A partir de ello, el otorgo de información por diferentes medios, ofrecería un impacto benéfico en los padres, siempre que estos estén motivados y tengan la disposición para la obtención de conocimientos.

Modelo basado en el comportamiento:

Por otro lado, este modelo está diseñado para buscar la mejoría en la relación padres-hijos mediante la observación, seguido de la interpretación de la conducta del niño para luego dirigir a la mamá en las respuestas más acordes según el comportamiento.

Es por eso por lo que en este modelo las medidas intervencionistas son establecidas individualmente según el tipo de familia, según las necesidades y características de cada una. Solicitando visitadores a domicilio, equipo de profesionales entrenados que lleguen a establecer relaciones con las familias de forma rápida. Estos modelos se han visto empleados de forma exitosa en intervenciones a corto plazo, con familias que tienen objetivos específicos. Se ha certificado eficacia en familias reacias al cambio, padres jóvenes o que presenten limitaciones intelectuales.

Equipo de cuidados paliativos

Allende, Ortega, Verástegui y Ascencio (2011). Los profesionales encargados de la visita domiciliaria se encuentran conformados por: un médico residente del Programa de Cuidados Paliativos, un psicólogo, un trabajador social y una

enfermera, los cuales están liderados por un médico especializado en el manejo de situaciones complejas y dolor.

Todos ellos proporcionan indicaciones tanto médicas, uso de fármacos y cuidados generales en el paciente, les otorgan conocimientos en el control de situaciones de emergencia en el proceso de agonía. Así mismo, el equipo médico puede dar apoyo psicológico, contención, abordar y tomar medidas preventivas de la claudicación familiar; también es capaz de brindar conserjería familiar en los aspectos organizacionales y administrativos del paciente y familia; incluso capacita al cuidador primario para que tenga la capacidad de identificar, evaluar y consignar la presencia de síntomas de forma diaria en el paciente. (Allende et al, 2011, p. 43)

Estos equipos tienen la función de evaluar las diferencias sociodemográficas, diagnósticas, características médicas de los diferentes pacientes en estadio paliativo, referencia al programa, sitio de atención médica, el tiempo de estancia hospitalaria, elección del sitio de fallecimiento, control farmacológico e intervención de procedimientos invasivos, sobrevida, número de visitas domiciliarias realizadas y encuesta para calificar el nivel de la calidad del servicio brindado hacia los familiares, el cual es aplicado en el momento de dirigirse al Servicio de Cuidados Paliativos para su terapia de duelo. (Allende et al. 2011).

Aabom, Kragstrup, Vondeling, Bakketeig y Stovring (2006). Con el pasar del tiempo se ha visto mayor importancia en el desarrollo de los cuidados paliativos. Disponiendo de diferentes modelos que contribuyen al mejor conocimiento de las verdaderas necesidades de los pacientes y sus familias, asumiendo un mejor rol en la forma en cómo abordarlas. Pero interfiere la variada distribución de los recursos. Por ello se debe buscar que estos se repartan de forma equitativa, empleándose de forma efectiva, ética y eficiente. Para poder mejorar cada vez más los cuidados paliativos se debe tener en cuenta los avances científicos, la evaluación sistemática y continua del proceso de atención. Llegando a impartirse un modelo de tipo

colaborativo, interdisciplinario, que se base en una coordinación entre los diferentes niveles de asistencia, incluyendo recursos convencionales y limitados a los cuidados paliativos. Por ellos se debe buscar la mejoría en la formación de estos niveles de asistencia. Una característica importante es la implementación de un sistema de calificación que se base en diferentes indicadores e informes cualitativos para hacer un seguimiento continuo de lo realizado y así poder seguir optimizándolo de forma progresiva en el tiempo (OMS, 2013),

Dimensiones de atención domiciliaria

Dimensión Humanística:

Es el trato cordial, Información completa y Veracidad. Sin importar el progreso de los hallazgos médicos en las últimas décadas, sigue siendo un problema de salud pública la óptima atención a personas de la tercera edad, pacientes que presentan enfermedades crónico-degenerativas y pacientes oncológicos. La mayoría de ellos evolucionarán a un estadio terminal de su enfermedad, donde tendrán un sufrimiento intenso y requerirán de cuidados asistenciales, por ello se han desarrollado diferentes programas de cuidados paliativos para poder ayudar al alivio del sufrimiento, ayudando a facilitar la obtención de fármacos opiáceos para calmar el dolor que se pueda presentar. Se debe buscar una excelente formación en el personal de salud capacitados en los cuidados paliativos.

Se debe hacer una buena valoración del sistema familiar del paciente, poniendo énfasis en el cuidador principal, brindándole apoyo y disminuyéndole la carga emocional de su rol, ayudando a promover el autocuidado y determinando la atención que requieran. (Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria, 2015)

Dimensión Personal Capacitado:

Es la asistencia, Puntualidad y Empatía. Los pacientes en estadio terminal y avanzado requieren de necesidades y grandes demandas asistenciales que implican todos los niveles del sistema de salud. Se ha visto que un cuarto del total de hospitalizaciones es producto de

pacientes en las últimas fases de su vida, lo que implica gastos económicos elevados.

Por diferentes motivos, en especial la visión curativa de la medicina en estos tiempos con una formación incompleta respecto a los cuidados paliativos, no permiten el desarrollo adecuado en los pacientes en estadios terminales. Se ha visto que existen situaciones conjuntas de encarnizamiento y de renuncia terapéutica.

El poner en marcha una atención integral conlleva a que se cubran todas las necesidades del paciente, donde se incluyen aspectos de salud, psicológicos, el entorno social, y espiritual. Haciendo énfasis en un abordaje multidimensional, el cual sería el ideal.

Actualmente, se busca una atención que se base en el individuo de forma integral, que sea de calidad, y aun costo razonable y asequible, que otorgue una vida y muerte digna.

Entre las preponderancias de los individuos con afecciones está el manejo de los síntomas, para que estos se resuelvan, evitar o interrumpir una situación inapropiada que se pueda extender, que sientan y tengan la capacidad de tomar sus propias decisiones respecto a su salud, y que se mantengan cercanos a sus familias. (Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria, 2015)

Dimensión Eficaz:

Objetivo: seguridad, Comunicación. Esta dimensión hace referencia a la calidad de ser eficiente, ser competente, y en especial el tener respeto hacia el paciente y su familia. Calidad se puede definir como “hacer lo correcto en forma correcta y de manera oportuna”. La definición de Calidad también implica puntualidad, y también se debe buscar la innovación, emplear un vocabulario apropiado, y así poder otorgar a los pacientes confianza en el servicio brindado y dirigido hacia ellos. Se debe priorizar servicios sanitarios que cumplan los estándares requeridos y necesarios que permitan brindar el mejor nivel de bienestar físico, emocional, social y espiritual para los

pacientes oncológicos en fase terminal y sus seres queridos, sin importar el lugar donde vivan. (Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria, 2015).

Variable calidad de vida en pacientes oncológicos terminales

Definición

OMS (2013), Esta definición hace referencia a la percepción de la persona en cuanto a su situación de vida, respecto al contexto cultural y el sistema de valores propios, todo en relación con sus propios objetivos, expectativas de vida, estándares y preocupaciones.

OMS (2013):

Es una definición extensa sistematizada que se ha instrumentalizado en diferentes áreas y dominios que comprenden la salud física, psicológica, evalúa también el nivel de independencia, las relaciones con el entorno social, el credo personal y su asociación con las características más predominantes de su entorno ambiental. (p. 37).

Ardila (2013) la conceptualiza “una situación que el individuo percibe de satisfacción amplia que se derivan de las capacidades del ser humano, similar a una sensación subjetiva un estado físico, psicológico y social de confort”

Él mismo incluye a este concepto características subjetivas, tales como intimidad, manifestación emocional, rendimiento personal, seguridad, y salud; también añade aspectos de carácter objetivo, como el confort material y las relaciones de paz con el entorno físico y social (Ardila, 2013).

Felce y Perry (2005) la definen como la calidad de la situación de vida de un individuo; nivel de satisfacción que es vivenciada por la persona con tales condiciones; conjugación de características objetivas y subjetivas, y la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal evaluadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas de vida de cada persona.

Garduño (2004) reitera la asociación existente entre el bienestar de un ser humano, su nivel de satisfacción con su vida y su dicha o su desdicha, conceptualizándola como una construcción compleja integrada por diversas dimensiones de vida que el individuo delimita en cuanto a sus intereses y sus propios valores, en relación con el entorno social.

Bases teóricas

A pesar de que gran parte de las personas entienden intuitivamente los significados que otorga la expresión:

El concepto de Calidad de vida no ha sido fácil definirla por los profesionales de salud, ya sea aplicado en el ámbito social y/o sanitario.

Muchas veces la definición de calidad de vida:

“Es empleado por el equipo científico sin ninguna definición clara, tomando componentes muy dispares con objetivo de poder cuantificarlo, por ejemplo, desde la pérdida de peso, incluso medidas estandarizadas psicológicas del distrés emocional”. (Ganz, 2000, p.56)

Navarro (2004): Propiciamente existe un mayor consenso sobre la definición más acertada e integral de «calidad de vida».

Los conceptos más acertados son:

«Calidad de vida es la valoración subjetiva de la vida que se entiende como algo absoluto.»

«La calidad de vida hace referencia a la valoración por parte de los pacientes en relación con la satisfacción con su nivel de independencia en comparación con lo que ellos pensaban que era factible o ideal.»

La definición número uno pone énfasis en la subjetividad de la evaluación y la trascendencia de una valoración de forma absoluta. La segunda definición también pone de manifiesto la subjetividad de la valoración e incluye la preferencia o valor

otorgado al estado normal de ausencia de enfermedad o estado ideal de salud para el paciente.

Podemos indicar que la definición de calidad de vida, como criterio de las ciencias en salud, pone hincapié al estado fisiológico normal como al estado de salud y calidad de vida en relación con la salud.

Estos componentes incluyen primordialmente:

Funcionamiento físico. El estado funcional, la morbilidad, y la actividad física, entre otros.

La patología y síntomas asociados con el tratamiento de la enfermedad. Síntomas propios de la patología o efectos adversos productos de la terapia, los cuales pueden ser náuseas, vómitos, etc.

Funcionamiento psicológico. Presencia de ansiedad o depresión que puedan ser producto de a la enfermedad y/o del tratamiento.

Funcionamiento social. Presencia de alteraciones en la actividad social normal del individuo.

A estos componentes se suelen agregar otros componentes, tales como los que se relacionan al estado espiritual o existencial, al funcionamiento a nivel sexual e imagen corporal del mismo, así como a la satisfacción con los cuidados de salud brindados.

Ferriols y Ferriols. (2005). El manejo de la enfermedad oncológica es hoy en día uno de los principales objetivos en salud pública, por su gran impacto en la morbi-mortalidad producto de esta, incluyendo los altos costos económicos que produce, añadiendo el personal de salud que implica la enfermedad al igual que su manejo.

El restablecimiento tras una enfermedad oncológica no siempre es efectivo, por ello durante los últimos años las investigaciones en neoplasias tenían como objetivo el conocimiento de la naturaleza del proceso oncológico, permitiendo a los pacientes que la padecen una supervivencia que se agiganta cada vez más.

Estas investigaciones tenían el objetivo de establecer técnicas quirúrgicas más afinadas, búsqueda de fármacos más eficientes y con menos efectos

secundarios, etc. Sin embargo, ya finalizados los estudios, se ha visto necesario reconducir los datos conseguidos producto del elevado gasto económico producto de estos tratamientos y a las escasas diferencias de supervivencia obtenidas. Actualmente se discute el incremento del tiempo libre de enfermedad, ya que prolongar el tiempo de supervivencia con un deterioro significativo, iatrogenia, medicación continua y atención no parece ser una estrategia terapéutica efectiva. Esto ha conllevado a la implementación de innovaciones metodológicas en estas investigaciones, como puede ser la determinación mediante valoraciones el nivel de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad oncológica como un parámetro significativo.

La variación en la perspectiva del clínico especialista en oncología con relación a las alternativas terapéuticas de diferentes neoplasias ha favorecido el mayor interés por materias asociadas con la calidad de vida de los pacientes. Ya que los tratamientos no se encuentran en la capacidad de prolongar el tiempo de supervivencia de los pacientes con enfermedad oncológica trascendentalmente, toman importancia los criterios relacionados con el bienestar físico y mental del paciente. Es por ello por lo que se concluye que es más benéfico buscar la mejoría en la calidad de vida de los pacientes que alargar el tiempo de supervivencia, muchas veces asociados a incomodidad e incomfort por el paciente y la familia

Por otro lado, las terapias oncológicas se relacionan a elevados gastos económicos producto de los aspectos específicos de los fármacos suministrados y de los recursos humanos y materiales utilizados en orden del enfoque multidisciplinario del proceso oncológico. La progresiva restricción de los requerimientos ha desarrollado el apego por saber la verdadera eficiencia de las intervenciones de salud, en especial en terrenos como: oncología clínica, donde los costos son considerablemente elevados. (Ferriols y Ferriols, 2005).

En esta investigación se revisará la definición de calidad de vida, plantear cómo se puede estimar y valorar, junto con las situaciones en las que se puede

acuñar este concepto. También se buscará valorar las implicancias a nivel de salud que se consiguen a partir de la calidad de vida del paciente oncológico. Luego se integrará esta definición en las investigaciones fármaco-económicas llevadas a cabo en pacientes oncológicos.

Pacientes oncológicos

Gómez y Ojeda (2005). En la actualidad, los cuidados brindados al paciente que padece una enfermedad oncológica están pasando por cambios importantes. Esto condiciona que se implementen de forma continua estos cuidados a través del Sistema de salud, y que se lleven a cabo con responsabilidad, participando oncólogos, a través de intervenciones coordinadas sobre el cuidado del paciente en todos los estadios de la enfermedad.

Necesidades básicas de los pacientes oncológicos

Para llevar a cabo cuidados que sean de calidad, se debe tener conocimiento de lo requerido por los pacientes oncológicos, por ello según estudios se ha visto que son:

Cuidado de carácter holístico, el cual se amplía más allá del fundamento y aspecto clínico de la terapéutica, y así poder dirigirse en torno más extenso al requerimiento y deseos por parte del paciente oncológico.

Cuidado concentrado en el individuo, el manejo terapéutico debe dirigirse en torno de las necesidades y deseos del paciente oncológico. En segundo plano se consideran las conveniencias del hospital y de los profesionales de salud.

El tratamiento terapéutico puesto en marcha debe ser de calidad, con los cuidados brindados por el personal de salud que sean los requeridos. El papel por parte de los Servicios Oncológicos, deben ser de importancia, considerándose imprescindible implicar a cada CC.AA. para conseguir un apoyo asistencial con un adecuado equipo de personal y que la distribución de recursos presupuestarios específicos para atender estas demandas sean las correctas.

Los pacientes oncológicos para que se consideren de estadio avanzado de la enfermedad, deben tener criterios que los definen a esta situación. En Oncología existen diversos parámetros y criterios que caracterizan y definen esta fase “avanzada”, y que se definen como:

Existencia de una patología avanzada, que es progresiva e incurable, que presenta diagnóstico histológico confirmado, después de haber recibido tratamiento estándar eficiente. (Gómez y Ojeda, 2005).

Estrategia en cuidados paliativos (Gómez y Ojeda (2005).

La atención en cuidados paliativos tiene como meta principal el poder aliviar el sufrimiento y mejorar en la medida posible la calidad de vida de estos pacientes. La asistencia médica en cualquier nivel por parte del equipo de salud y los pacientes oncológicos debe manejar los síntomas físicos, alteraciones emocionales, sociales y espirituales, incluyendo aspectos como la localización del lugar ideal de la atención. Asimismo, se necesitará de una atención especializada durante el periodo agónico y de una disponibilidad absoluta para poder acompañar a la familia a través del proceso de duelo cuando lo requieran.

El objetivo principal del tratamiento paliativo es mantener o progresar la calidad de vida del paciente con patología incurable. Estos cuidados deben fundamentarse en las necesidades, y en especial dirigirse al alivio del padecimiento.

En casos de carencia o posibilidad nula de responder de forma adecuada al tratamiento activo, específico para la enfermedad primaria, se debe optar por recursos que se consideran específicos tales como: quimioterapia oral, radioterapia, hormonoterapia, bifosfonatos, moléculas en 3.^a y 4.^a línea. etc., ya que se ha demostrado tienen un impacto favorable sobre la calidad de vida de los pacientes.

Aparición de alteraciones o síntomas potentes, diversos, originados por diversos factores e inestables.

Con gran impacto a nivel emocional en el paciente, su familia y equipo terapéutico, que estén relacionados con el suceso de muerte.

Evolución limitada según la perspectiva y criterios a considerar por el especialista conveniente.

La determinación de los especialistas de salud para clasificar a un paciente en estadio avanzado/terminal de su enfermedad debe ser llevada a cabo por clínicos calificados y con experiencia en el tema, y debe estar en constante revisión, pues con el desarrollo de la medicina, y avances en tecnología, farmacoterapia, se puede considerar el empleo de nuevos tratamientos que tengan un objetivo curativo y/o terapia con propósito paliativo logrando que estos conceptos se aproximen, y puedan desarrollarse.

Gómez y Ojeda (2005). La atención médica de forma integral en Oncología incluye el estudio de las alteraciones que dificultan y siguen el curso clínico de las enfermedades oncológicas, sean o no dependientes del tumor, del paciente o de la terapéutica. Sus propósitos son: prevenir, erradicar o paliar situaciones que puedan destruir la calidad de vida, impidiendo un correcto empleo de los tratamientos, buscando prosperar de forma continua las condiciones de vida del paciente.

Por otro lado, no se debe desconocer que los tratamientos curativos y paliativos no son correlativamente excluyentes, sino que comprenden un aspecto de énfasis. Así, emplearemos progresivamente una mayor cantidad y proporción de disposiciones de soporte-paliación a medida que avanza la enfermedad y el paciente ya no responde de forma adecuada al tratamiento específico.

En el papel de paciente oncológico es trascendental diferenciar

Medidas de Soporte: Buscan mejorar el confort y brindar un apoyo funcional y social, tanto a los pacientes como a sus familiares, sin importar el estadio de la patología. Esta extensión del cuidado del paciente oncológico destaca el rol del

oncólogo en la mejoría de la calidad de vida para todos los pacientes, incorporados los curables.

Cuidados Paliativos: Busca optimizar los fundamentos y recursos para llegar al confort, y poder brindar un soporte funcional y social a los pacientes y sus familiares, cuando la cura de la neoplasia no es factible. Esta extensión de cuidados resalta los requerimientos especiales dirigidos al manejo de los síntomas físicos y psico-sociales, educación y mejora de los bienes de la comunidad en una base de atención distribuida.

Cuidados al final de la vida: Se denominan a los cuidados paliativos empleados en situaciones donde la muerte es inevitable. Los pacientes y familiares, que se confrontan a esta situación tienen necesidades intensas y especiales que muchas veces requerirán de cuidados individualizados y capaz de brindarse en cualquier lugar y situación. (Gómez y Ojeda, 2005).

Nivel de atención al paciente portador de una enfermedad oncológica

Se conceptualizan:

Flores, Centeno, Sanz y Hernansan. (2005). Etapa de baja dificultad con gran apoyo familiar. Paciente que puede ser atendido en casa sea por Atención Primaria y/o unidades de soporte.

Fase de baja dificultad y bajo apoyo familiar. Se puede atender con recursos y/o en centros socio-sanitarios, las cuales son instituciones de media-larga estancia, y si se requiere, en unidades de cuidados paliativos.

Fase de alta complejidad. Requiere muchas veces de la colaboración de unidades o equipos especializados, capaces de resolver y eliminar la aparición de síntomas complejos.

El nivel de complejidad clínica en el paciente con una neoplasia y resulta propio del mismo, se define por: la naturaleza, el tipo, la diseminación y la evolución del tumor, empleo de tratamientos

específicos de carácter paliativo como: Radioterapia convencional, Radioterapia alta tasa, Bifosfonatos, Quimioterapia paliativa, terapias biológicas, radiocirugía, endoscopia, etc, circunstancias urgentes con empleo de exploraciones específicas en AE, por la relación médico-paciente y por situaciones familiares complicadas. (Flores et al., 2005).

La aparición de síntomas y su intensidad no dependen del pronóstico de vida que se espera, con excepción del performance, del status, presencia del síndrome anorexia-caquexia, disnea y delirium, y del tipo de neoplasia, todo esto tiene un rol significativo al momento de planificar los cuidados en relación con el paciente oncológico.

Cuidados paliativos del paciente oncológico: Está enfocado en buscar la optimización de la calidad de vida de pacientes, familias que se confrontan a problemas producto de enfermedades que ponen en peligro la vida, lográndose a través de medidas preventivas y aliviando el padecimiento por medio de la identificación precoz y una evaluación exhaustiva, juntamente con un tratamiento del dolor y otras alteraciones, físicas, psicológicas y religiosas. (Flores et al., 2005).

Equipo multidisciplinario de cuidados paliativos: Su acción principal se restringe a los cuidados paliativos. Se suelen dedicar a la atención de pacientes con requerimientos asistenciales más difíciles e intensivos y por lo tanto se necesita de una formación especial, cantidad de personal y medios. Estos equipos se conforman por profesionales de salud como médicos y enfermeras, psicólogo y trabajador social, junto a la participación de otros profesionales. La composición de los equipos se encontrará de acuerdo de los aspectos demográficos y geográficos, y de los grados de requerimientos de las estructuras territoriales de salud en referencia.

También realizan tareas docentes e investigadoras en diferentes niveles.

Equipo de apoyo domiciliario: Es un equipo de cuidados paliativos que interviene a nivel domiciliario posterior a interconsulta del personal de salud responsable.

Puede desarrollar roles de asesoramiento o intervención directa.

Equipo de apoyo hospitalario: Es el equipo de cuidados paliativos que actúa a nivel intra-hospital, luego de interconsulta de los profesionales de salud responsables. También es capaz de realizar tareas de asesoramiento o intervención directa.

Niveles de los cuidados paliativos:

“El grado en los cuidados paliativos básicos, sean primarios, generales o “enfoque paliativo” hace alusión a los cuidados que deben brindarse a todos los pacientes que lo necesiten, sea en atención primaria como especializada”. (Flores et al., 2005).

El grado de cuidados paliativos específicos, secundarios, especializados o avanzados precisa de diversos tipos de intervenciones de los equipos de salud especializados en cuidados paliativos en presencia de situaciones de complejidad.

Algunos autores suelen definir como tercer nivel a la atención hospitalaria en calidad de Unidades de Cuidados Paliativos.

Población blanco de la táctica: La estrategia o táctica está orientada a pacientes portadores de una neoplasia y enfermedades crónicas de carácter evolutivo, independientemente de la edad, que están en fase avanzada/terminal. Las medidas de cuidados paliativos se basan principalmente, en los requerimientos del paciente y su familia, sin considerar el tiempo de supervivencia que se espera.

Condición de enfermedad en fase avanzada-terminal: Los parámetros propuestos para clasificar al paciente con enfermedad en fase avanzada/terminal son:

Presencia de una enfermedad incurable, en estado avanzado y de evolución progresiva.

Pronóstico de supervivencia limitado.

Escasa o nula posibilidad de respuesta a medidas terapéuticas específicas.

Evolución del paciente oscilante, con presencia de frecuentes crisis de necesidades.

Alto impacto emocional y familiar.

Efecto en la estructura cuidadora.

Alto requerimiento y empleo de recursos.

Unidad de cuidados paliativos: Hace referencia a unidades de hospitalización especializadas en el ámbito de los cuidados paliativos, que son atendidas por un equipo interdisciplinar de profesionales de salud preparados.

Pueden encontrarse en hospitales de agudos o de tipo sociosanitario. Muchas veces estas unidades llevan a cabo tareas específicas de equipo de soporte hospitalario, como de consulta externa.

Aun con el desarrollo tecnológico de las últimas décadas, los datos epidemiológicos obtenidos determinan que la incidencia y mortalidad por cáncer se han incrementado. Agra, Rodea, Pelayo y Fernández (2009). En la actualidad el 50% de los pacientes con diagnóstico de cáncer mueren producto del progreso de su enfermedad.

Una alta tasa de los pacientes con neoplasia llegará a un “estadio terminal” que requerirá de cuidados paliativos orientados en el manejo de síntomas y la conservación de la calidad de vida. Actualmente existe la tendencia en el ámbito político sanitario en algunos países del continente europeo de estructurar la asistencia a los pacientes terminales en su domicilio y diferir los cuidados paliativos al ámbito de la atención primaria, siempre que se den las condiciones asistenciales necesarias para ello, lo que conllevaría en una optimización de la calidad de vida para los pacientes y menor gastos económicos para el sistema de salud. Sin embargo, no se establece de forma efectiva la atención en cuidados paliativos a nivel domiciliario.

Investigaciones han expuesto algún tipo de beneficio en el manejo de síntomas mediante unidades especializadas en cuidados paliativos, sin embargo, estos datos no son determinantes, no mostrando evidencia científica sobre la efectividad del tipo de asistencia hacia estos pacientes sea la más acertada. Es por ello que se propuso como hipótesis de que la calidad de los cuidados paliativos difería de acuerdo al grado de especialización del personal que los lleven a cabo. (Agra et al. 2009).

Síntomas presentes en el estadio avanzado/terminal de la enfermedad oncológica

Belderrain, García y Castañón (2009). Diferentes investigaciones llevadas a cabo en nuestro medio han revelado la existencia de diversos síntomas, originados por diferentes factores e inestables en el estadio avanzado y terminal, muchas veces con una estimación y manejo inadecuado.

De acuerdo con el concepto típico, el enfermo que se encuentra en fase terminal de la enfermedad oncológica presenta numerosas alteraciones o síntomas intensos, diversos, originados por diversos factores e inestables. Por lo general se ha visto que la astenia suele ser el síntoma que más se presenta, mientras que el dolor se considera un paradigma, el promedio de presencia de síntomas en enfermos en estadio terminal va de 8 a 10.

Diferentes investigaciones llevadas a cabo en nuestro medio han concluido la presencia de estos síntomas en el estadio avanzado y terminal, algunas veces con un manejo inadecuado. Es fundamental establecer que la frecuencia con la que se presentan estos síntomas descritos en diversas investigaciones depende, en medida, del lugar intervenido sea este: un hospital, una comunidad, algún tipo de servicio específico donde se brindan cuidados paliativos; también dependerá de la fase evolutiva en que se valoran sea inicial, o agónica y de la persona que los valora, pudiendo ser: el paciente, su cuidador o el profesional de salud. Todos estos componentes hacen difícil generalizar los resultados concluyentes. (Belderrain et al; 2009).

Arraras, Martínez, Manterota y Laínez (2004). La valoración de la eficacia de los tratamientos terapéuticos dirigidos al cáncer tiene como base fundamental evaluar el tipo de respuesta frente a la

neoplasia, el tiempo con ausencia de enfermedad o el tiempo de supervivencia. Mientras que a partir de la década de los noventa hubo un interés incrementado por abrirse más allá de los parámetros y poder estimar de manera adecuada el impacto que trae consigo esta patología y las medidas terapéuticas sobre la calidad de vida. (CV).

Arraras et al. (2004), piensan que, entre algunos motivos, se ha otorgado una importancia considerable a lo referente a calidad de vida desde que se propuso que los recursos económicos se relacionaran en torno a tres variables: supervivencia, morbilidad y calidad de vida, lo cual fue recomendado en la reunión de los Institutos Nacionales de Cáncer recomendó. Esta inclinación se ha incrementado en las enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, mentales o infecciosas.

Coexisten diversas definiciones acerca del concepto de Calidad de Vida. Se ha propuesto como fundamento acertado para llegar a definir el término de calidad de vida lo dicho por la OMS respecto al concepto de Salud, la que se define como el bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad, y que en el ámbito de la especialidad de Oncología deben considerarse las consecuencias de la patología junto con los tratamientos terapéuticos. Actualmente existe un acuerdo sobre los aspectos relacionados con la calidad de vida que son trascendentales, tales como la subjetividad con la que se evalúa, la multidimensionalidad, la temporalidad y la relación con el estado de salud.

En las primeras investigaciones, la calidad de vida de los pacientes se valoraba mediante escalas que determinaban áreas individuales, tales como el performance estatus, dado por el nivel de funcionamiento general, o el bienestar. Ahora existe un consenso en que la definición de calidad de vida es un concepto de carácter multidimensional. Osoba (2001). En el que considera:

Que las herramientas de carácter unidimensional, como los que pueden valorar el estado de ánimo, presencia de síntomas u otros ámbitos, y que suelen utilizarse como parámetros de la calidad de vida de forma general, no deberían considerarse así. Actualmente no existe un acuerdo acerca de los valores que constituyen la calidad de vida, pero si hay cierto consenso en el que proponen que se deberían añadir áreas de salud dañadas producto de la enfermedad y los tratamientos: los componentes de los síntomas y efectos adversos

producto de la enfermedad como de las medidas terapéuticas, el funcionamiento físico comprendido como la capacidad de poder llevar a cabo diversas responsabilidades, el funcionamiento psicológico, considerando primordialmente el estado de ánimo, y en tercera postura el funcionamiento social, que se basa en la relación con los otros individuos de su entorno. (p. 34)

En las primeras investigaciones, los profesionales eran quienes calificaban la situación del paciente, se realizaba mediante una valoración de su intervención o de una estimación general sobre su calidad de vida. En la actualidad existe un consenso entre los profesionales en donde es el paciente quien debe medir y valorar su calidad de vida.

La CV tiene una estimación subjetiva, por ellos el que mejor puede medirla es el propio paciente. Son variables y diversas las perspectivas del paciente acerca de su enfermedad y de su situación, y el componente psicológico puede afectar en la evaluación sobre su calidad de vida.

Aplicaciones de la medición sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos

Arraras *et al.* (2004) una característica fundamental para realizarse las valoraciones sobre la calidad de vida es tener ciertos instrumentos ya estandarizados, que nos permitan valorar de forma adecuada y certera la calidad de vida, que cuenten con buen funcionamiento psicométrico, y que sean aprobados extensamente. Por otro lado, se ha visto que las investigaciones y estudios aplicados en oncología se han redireccionado gradualmente hacia una contribución internacional más estrecha que nos permita un cambio de forma rápida de conocimientos, minimizando esfuerzos y acelerando la incorporación de pacientes en diversos ensayos clínicos. Es por esto que es fundamental poder contar con herramientas de medición sobre la calidad de vida, que sean válidos para su aplicación en investigaciones transculturales y, que en su constitución se hayan tenido en consideración diferentes características de diversos países.

La valoración sobre la calidad de vida de los pacientes con enfermedad oncológica empezó en puntos de investigación en los que se llevaban a cabo diversos estudios sobre neoplasias específicas. En la actualidad, las investigaciones sobre calidad de vida se realizan en diversas áreas, estas pueden

ser en la práctica clínica, la evaluación y valoración de medidas terapéuticas o en los ensayos económicos. En todas estas áreas, la calidad de vida se admite como uno de los términos con mayor trascendencia de las investigaciones y en algunos países como es Canadá, es de carácter obligatorio cuando se realizan ensayos clínicos. La competencia fundamental de la capacidad de poder valorar la calidad de vida en la enfermedad oncológica es la de poder colaborar a ofreciendo intervenciones óptimas a los pacientes oncológicos. (Arraras et al; 2004).

Aplicaciones más específicas se presentan:

Al valorar el funcionamiento del paciente oncológico en los diversos ámbitos implicados en la calidad de vida: sean psicológicos, físicos, sociales, a su vez realizándose a través de la perspectiva del enfermo. Asistir en la toma de decisiones de las medidas terapéuticas que deberían de brindarse a cada uno de los enfermos, mejorando la participación dada.

Nos permite poder valorar las prioridades de los pacientes, ya que ellos mismos pueden valorar directamente las secuelas en su calidad de vida de los diferentes tratamientos se les podría brindar.

Auxiliar en la práctica clínica a obtener una estimación más extensa de aquellas áreas que generalmente no intervienen, o no suficientemente. Dirigir la actuación ofrecida por los profesionales hacia sus pacientes oncológicos, ya que esas participaciones pueden optimizar su nivel de calidad de vida.

Favorecer la predicción sobre la evolución natural de la enfermedad oncológica, ya que, según diversas investigaciones, la obtención de puntuaciones bajas al inicio sobre la calidad de vida se puede asociar con una evolución perjudicial de la neoplasia.

Si esos indicadores de la calidad de vida que se aplican tienen buena sensibilidad, nos permitirán una detección precoz de minúsculas modificaciones que se lleven a cabo en el estado físico y/o psíquico en el enfermo.

Dimensiones de calidad de vida pacientes oncológicos terminales

Los fundamentos que dirigen el empleo del modelo conceptual en calidad de vida están compuestos de cuatro principios.

Estos fundamentos que rigen la calidad de vida son: (a) es de carácter multidimensional y presentará los mismos elementos para las personas en general; (b) se ve influenciada por componentes de tipo personal y ambiental; (c) se optimiza con la autodeterminación, los recursos, el objetivo de vida y un sentido de pertenencia; y (d) su empleo debe estar basado en las evidencias obtenidas (Brown et al., 2004; Schalock et al., 2007).

Para efectos de la presente investigación se utilizaron las dimensiones de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003).

Dimensión de bienestar físico: Hace referencia a la salud física, la realización de actividades cotidianas, Atención sanitaria y actividades de recreación también incluye la atención médica, movilidad, bienestar, ejercicio, nutrición.

Dimensión de bienestar emocional: Esta dada por el aumento del nivel de seguridad, la presencia de ambientes estables, presentar un feedback positivo, previsibilidad, presencia de mecanismos de autoidentificación como son: espejos, etiquetas con el nombre, etc.

Dimensión de relaciones interpersonales: Llevada a cabo por el fomento de relaciones sociales, protección de lo íntimo, soporte de las familias y relaciones e interacciones comunitarias saludables con el paciente.

Asimismo, de estos fundamentos, destrezas y estándares, la decisión y empleo de los resultados individuales que se relacionan con calidad de vida requiere un medio de información que se base en la organización y se gestione de forma interna, proporcionando datos para aplicar las medidas estratégicas de optimización de la calidad que se presentan a continuación:

Este mandato reclama que los abastecedores de servicios acepten la tarea de tomar y analizar datos, y que tengan un compromiso entre el personal encargado de la organización para así poder asegurarse de

que los resultados personales se encuentran claramente establecidos y organizados, conllevando a que todos los comprometidos desplieguen un método generalizado para su evaluación y valoración, y apliquen el plan acordado (Keith y Bonham, 2005; Schalock et al., 2007).

Los criterios considerados para la selección de resultados individuales concretos son los que una vez seleccionados reflejaran lo que las personas desean para sus vidas, se asocian con leyes y fundamentos contemporáneos y posteriores, en donde los suministradores de servicios tienen algún manejo en base a estos, y se pueden emplear con la finalidad de informar y dar a conocer sobre la calidad y así poder optimizarla.

1.4 Formulación del problema

1.4.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la Atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en pacientes Oncológicos Terminales del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, Según la percepción de los familiares?

1.4.1 Problema específico.

Problema específico 1:

¿Cuál es la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico en el Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según percepción de sus Familiares?

Problema específico 2:

¿Cuál es la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar emocional en el Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según percepción de sus Familiares?

Problema específico 3:

¿Cuál es la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión relación interpersonal en el Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus Familiares?

1.5 Justificación del estudio

La realización de la presente investigación busca describir el nivel de calidad de vida de los pacientes Oncológicos Terminales pertenecientes al programa COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliatti tanto en las dimensiones Bienestar Físico, Bienestar Emocional y Relaciones Interpersonales.

Aun con el desarrollo tecnológico obtenidos en estos años, los antecedentes epidemiológicos utilizables indican que tanto la incidencia como la mortalidad por enfermedades oncológicas se han visto incrementadas. Hoy en día aproximadamente el 50% de los pacientes con diagnóstico de una neoplasia fallecen producto de la evolución a estadios avanzados de su enfermedad. Una tasa elevada de ellos evolucionará a un «estadio terminal» que requerirá de diversos cuidados, entre ellos, los de cuidados paliativos, que se basan en el manejo de síntomas y la conservación de una calidad de vida adecuada.

La atención que se brinda a domicilio nos permite evitar traslados incómodos y de alto costo al centro de salud, disminuye las admisiones hospitalarias y las visitas a los Servicios de Urgencias, logrando mejorar la calidad del último tiempo de vida, al igual que manteniendo la dignidad y el deseo del enfermo de fallecer en su hogar y, por último, apoyando en el proceso de duelo.

El otorgar una atención domiciliaria se ha definido como una necesidad esencial para los pacientes con enfermedad oncológica que pertenecen al Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, los cuales pidieron

pasar los finales de sus días en un entorno cómodo y con independencia. Se implementó la atención domiciliaria con cuidados paliativos a pacientes pertenecientes al tercer nivel, juntamente con el primer nivel de atención para dar seguimiento, cuidados domiciliarios y la preparación de certificado de defunción en casa.

El modelo actual de salud complica el poder otorgar este nivel de servicio, por lo que en el primer nivel de atención es complicado controlar a enfermos en estadio terminal de su enfermedad por la complejidad para el control de síntomas y la ausencia de relación entre los distintos niveles de atención al paciente.

Esta investigación tiene como finalidad poder determinar si los pacientes oncológicos en fase terminal que comprenden el programa COPHOES de cuidados paliativos del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins muestran un nivel de calidad de vida más óptimo cuando son atendidos en su domicilio y el impacto que puede traer consigo esta medida.

El Personal de salud que forma parte y se desempeña en el área de COPHOES, Cuidados Paliativos, tiene como tarea fundamental otorgar un cuidado de carácter íntegro al paciente portador de una enfermedad oncológica, mediante adecuados cuidados paliativos, fomentando de esta forma la cooperación de la Familia, considerando características éticas, legales y la influencia que produce en el paciente.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis general

Existe una relación significativa entre la atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en el paciente oncológico terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según la percepción de sus Familiares.

1.6.2 Hipótesis Específicas

Hipótesis específica 1

H1: Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

Hipótesis específica 2

H2: Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

Hipótesis específica 3

H3: Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

1.7 Objetivos de la Investigación

1.7.1 Objetivo general

Determinar la Relación entre la Atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos Terminal del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, Según la Percepción de los Familiares.

1.7.2 Objetivos específicos.

Objetivo específico 1:

Identificar la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según percepción de sus Familiares.

Objetivo específico 2:

Describir la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según percepción de sus Familiares.

Objetivo específico 3:

Indicar la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según la percepción de sus Familiares.

II. Método

2.1. Diseño del estudio

Esta investigación presenta un diseño de tipo no experimental: siendo de corte transversal, correlacional, ya que no existió manipulación ni sumisión a prueba las variables del estudio.

En relación con la aplicación de este modelo de investigación, indica que la utilidad fundamental es dar a conocer cómo actúa el concepto de atención domiciliaria y de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del HNERM. Si en el análisis de dos variables, estas están correlacionadas, y se puede determinar la proporción de su asociación, será permisible predecir el valor aproximado de una variable, al conocer qué valor presenta la otra, todo llevado en un universo definido. Si no se llegara a establecer una correlación, esto indicaría que entre las variables en estudio oscilan sin llegar a tener una conducta sistematizada entre estas. Este estudio es de carácter transversal ya que la finalidad de la investigación es poder caracterizar las variables y poder estudiar su incidencia y las relaciones entre estas en una situación determinada. Podría definirse como al tomar una fotografía de una situación en un momento dado. (Hernández et al., 2010). Se expresa gráficamente:

Donde:

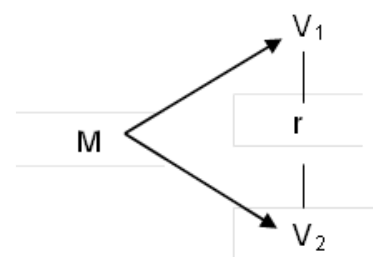
V_1 : Atención domiciliaria

V_2 : Calidad de vida

M: Muestra de los participantes.

r: relación

2.6. Población, muestra y muestreo



Metodología

De acuerdo con la condición de los datos, se ha observado que la perspectiva desde un enfoque cuantitativo permite la oportunidad de emplear a las Ciencias Sociales una metodología en investigación de las Ciencias Físico-Naturales. Comprende el propósito de estudio como algo "externo" en una tentativa de llegar a obtener la mayor objetividad posible. En esta investigación que busca determinar la relación existente entre las variables atención domiciliaria y calidad de vida, se

someterán los datos obtenido a procesos estadísticos, y los resultados que se obtengan se expresarán en frecuencias, y porcentajes.

Son modelos los diversos métodos, sean: experimentales, cuasi experimentales, correlacionales, encuestas, etc. En toma de datos se suelen emplear diferentes test, algunas pruebas objetivas, entre otros instrumentos, herramientas de medidas sistematizadas. Es trascendental el empleo de un análisis estadístico en los datos obtenidos para así poder establecer conclusiones” (Bisquerra, 1989, p. 63).

Asimismo, el marco en el que se realizará será aplicando el método deductivo, el que se basa en que, tras estudiar un evento particular, se puedan establecer conclusiones generales derivadas de esta. Este método en particular se caracteriza por el estudio de diversos postulados, teoremas, principios, leyes, etcétera, que son de utilidad universal y que presentan una validez confirmada para poder extrapolarse a soluciones o situaciones particulares. Para llevar a cabo el curso de la investigación se ha aplicado el método científico según el diseño de investigación propuesto en la tesis a desarrollar, para ello se ha empleado un procedimiento implacable, propuesto de forma lógica para obtención del conocimiento de carácter científico, Por otro lado, también se han empleado métodos de observación, correlación, tipo inductivo – deductivo, de análisis y síntesis, todo ello en contrastación con el método estadístico. Son métodos que nos han consentido obrar y observar el objeto en estudio, al igual que las unidades de análisis en el trabajo de campo y que tras la tabulación y proceso de la información obtenida, se han aplicado los métodos estadísticos en base al programa SPSS-22. Todo ello nos ha permitido contrastar la hipótesis planteada según la correlación de variables hallada, posterior a esto se realizó la discusión respectiva, planteando las conclusiones y sugerencias según sea el caso.

(Polit y Hungler, 2000).

Tipo de estudio

El tipo de estudio en la investigación nos posibilita la observación y medición de la variable atención domiciliaria y calidad de vida en pacientes oncológicos terminales

del HNERM. De igual forma, esta investigación corresponde a un tipo correlacional ya que su finalidad es medir el grado existente de relación o asociación de tipo no causal presente entre dos o más variables, siendo las variables motivo de estudio: atención domiciliaria y calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del HNERM. Se suelen identificar porque en primer lugar se miden las variables del estudio y posteriormente, a través de pruebas de hipótesis buscan comparar, y tras ellos, se emplean según sea el caso, las técnicas estadísticas específicas requeridas, luego se evalúa la existencia de la correlación y se cuantifica según escala determinada.

2.2. Operacionalización de las variables

Variable 1: Atención domiciliaria

Esta variable puede conceptualizarse como un servicio de predominio sanitario a través del cual se suministra asistencia de forma continua para resolver problemas de índole sanitario a nivel domiciliario, aquellos que no requieren hospitalización, que se dirige a personas que no tienen la capacidad de movilizarse a un centro de salud por diversas limitaciones, siendo los más frecuentes los físicos. (Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria, 2015)

Variable 2: Calidad de vida

El término Calidad de vida hace referencia a un grupo de condiciones que colaboran a optimizar y hacer más grata la vida o el nivel de bienestar o satisfacción desde la perspectiva del propio individuo, considerada especialmente en el ámbito de salud y sus áreas. Actualmente el concepto de calidad de vida es el que hace referencia al de bienestar pero de forma subjetiva, que considera un juicio cognitivo y un estado de ánimo tanto positivo como negativo. (Sheloch y Verdugo 2003).

Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable atención domiciliaria

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Categoría | Medida |
|-------------|-----------------------|--------------|------------|---------|
| Humanística | -Trato cordial | 3,8 | Nunca | Ordinal |
| | -Información completa | 4,9 | Casi Nunca | |
| | -Veracidad | 11 | A veces | |
| | | Casi Siempre | | |
| | | Siempre | | |
| Oportuna | -Asistencia | 8 | | |
| | -Puntualidad | 9,10 | | |
| | -Empatía | 6 | | |
| Eficaz | Personal Capacitado | 1,5 | | |
| | Seguridad | 2,7 | | |
| | Comunicación | 10 | | |

Fuente: Guía de buenas práctica clínica en atención domiciliaria adaptada por el investigador

Tabla 2

Operacionalización de la variable calidad de vida

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Categoría | Medida |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------|---------|
| Bienestar físico | Salud | 1, 2,3 y 4 | Nunca | Ordinal |
| | Actividad de la vida diaria | | Casi Nunca | |
| | Atención sanitaria | | A Veces | |
| | Ocio | | Casi Siempre | |
| | Siempre | | | |
| Bienestar emocioanl | Alegría | 5, 6, 7 y 8 | | |
| | Auto concepto | | | |
| | Ausencia de estrés | | | |
| Relaciones interpersonales | Vínculo Familiar | 9, 10, 11, 12 y 13 | | |
| | Iterrelaciones | | | |
| | Relaciones | | | |
| | Apoyo | | | |

Fuente: Guía de buenas prácticas clínica en atención domiciliaria adaptada por el investigador

2.3 Población y muestra

La población tomada para esta investigación consiste en los pacientes oncológicos que pertenecen al programa de COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliati Martins que cuenta con 318 pacientes oncológicos terminales.

Tabla 3

Pacientes oncológicos que pertenecen al programa de COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2015.

| programa de COPHOES | Población | | Total | % |
|-----------------------|-----------|---------|-------|--------|
| | Hombres | Mujeres | | |
| Atención domiciliaria | 212 | 106 | 318 | 100,00 |
| Total | 212 | 116 | 318 | 100,00 |

Muestra

El estudio cuenta con una población de 318 pacientes oncológicos terminales de los cuales se pasará a estimar la proporción para nuestra muestra que es de tipo probabilística, llevándose a cabo un muestreo aleatorio sistemático de donde se obtuvo como tamaño de muestra:

$$Z= 1.96$$

$$P=0.5$$

$$E=0.05$$

$$n= \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times (1-0.5) \times 300}{0.05^2 \times (300-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times (1-0.5)} = 168.69 = 169$$

Muestreo

En los proyectos de investigaciones científicas por lo general, y es a la vez más recomendable, es el empleo del muestreo tipo probabilístico, ya que permite que la muestra sea más representativa y así se puedan generalizar las conclusiones

extraídas de ellas. Entre los tipos más utilizados tenemos el muestreo aleatorio simple, el sorteo, el muestreo sistemático y el muestreo estratificado. (Mejía, 2005)

Para el muestreo de esta investigación se realizó el de tipo probabilístico, no intencionado. Siendo la unidad de análisis los Pacientes oncológicos que pertenecen al programa de COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2015. Cabe mencionar que la muestra final se constituyó por 153 pacientes a razón, que 16 encuestados viciaron los formatos.

Criterios de Inclusión

Pacientes oncológicos terminales que pertenecen al programa COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Pacientes que acepten llevar a cabo la encuesta.

Criterios de Exclusión

Pacientes quieran pertenecer al estudio.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica empleada: encuesta

Instrumentos:

Instrumento 1: Atención domiciliaria; aplicará la escala tipo Lickert

Autor: Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria, (2015)

Adaptado por Purizaca, J. (2015)

Validada por el Dr. Carlos Sotelo Estacio (2015)

Significación: la escala atención domiciliaria. La versión adaptada presenta 3 dimensiones, las cuales son: Humanística, Oportuna y Eficaz.

Extensión: La escala consta de 18 preguntas y el adaptado consta de 11 preguntas.

Administración del instrumento: Forma Individual

Ámbito de administración: parientes o acompañantes de los pacientes oncológicos terminales que pertenecen al programa COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Duración de la aplicación del instrumento: el tiempo aproximado para la resolución de la escala modificada es de 10 minutos aproximadamente.

Puntuación: La escala atención domiciliaria emplea la escala de Likert.

1= Nunca

2= Casi nunca

3= A veces

4= Casi siempre

5= Siempre

Interpretación del puntaje

De 53 hasta 55 puntos = buen nivel de visita domiciliaria

De 41 hasta 52 puntos = Regular nivel de visita domiciliaria

De 11 hasta 40 puntos = Mala nivel de visita domiciliaria

Instrumento 2: Calidad de vida; aplicará la escala tipo Lickert

Autor: (Shaloch y Verdugo, 2012).

Adaptado por Purizaca, J. (2015)

Validado por el Dr. Carlos Sotelo Estacio (2015)

Significación: la escala calidad de vida. Esta versión adaptada posee 3 dimensiones, las cuales son: bienestar físico, bienestar emocional y relaciones interpersonales.

Extensión: Esta escala de Calidad de vida está compuesta de 19 preguntas y la versión adaptada consta de 12 preguntas.

Administración del instrumento: Forma Individual

Ámbito de utilización: parientes o acompañantes de los pacientes oncológicos terminales que pertenecen al programa COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Duración: el tiempo aproximado para resolver la escala es de 10 minutos

Puntuación: La escala atención domiciliaria utiliza la escala de Likert.

1= Nunca

2= Casi nunca

3= A veces

4= Casi siempre

5= Siempre

Interpretación del puntaje

De 42 hasta 60 puntos = Alto nivel de calidad de vida

De 32 hasta 41 puntos = Moderado nivel de calidad de vida

De 12 hasta 31 puntos = Escaso nivel de calidad de vida

Confiabilidad de los instrumentos:

Tabla 4.

Análisis de consistencia interna de las variables

| Variables | Nº de ítems | Alfa de Cronbach |
|-----------------------|-------------|------------------|
| Atención domiciliaria | 11 | 0.789 |
| Calidad de vida | 12 | 0.813 |

En el análisis de la Tabla 4 se ha representado el estadístico de confiabilidad, en donde se obtuvo que para la variable de Atención domiciliaria con un total de 11 ítems corresponde un valor del coeficiente Alfa de Cronbach de 0.789; mientras que para la variable Calidad de vida corresponde un coeficiente de 0.813. Estos resultados nos expresen una confiabilidad es alta para las dos variables del estudio.

Validez

Validez de contenido

Se empleó la validez de contenido compuesta por los 11 ítems que conforman el instrumento de Atención domiciliaria y los 13 ítems que componen el instrumento de Calidad de vida, mediante el juicio de expertos. Los cuales estuvieron conformados por los catedráticos pertenecientes a la Escuela de Postgrado de la UCV.

Tabla 5.

Validación del instrumento Atención domiciliaria y Calidad de vida por juicio de expertos

| Indicador | Experto 1 | Experto 2 | Experto 3 | Total |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Coherencia | SI | SI | SI | 03 |
| Pertinencia | SI | SI | SI | 03 |
| Relevancia | SI | SI | SI | 03 |

Validez de constructo:

La validez de constructo hace referencia al grado de correspondencia o coherencia que existe en los resultados obtenidos de una prueba y las definiciones teóricas en las que se fundamentan los asuntos que se desean valorar. La validez de constructo tiene la finalidad de instaurar en qué medida la prueba considera las características que se encuentran estipulados en los conceptos teóricos del asunto a valorarse. (Kellingner (2009).

En la Tabla 6 se pueden observar los resultados del análisis estadístico sobre la correlación test-ítems correspondientes a las dos variables en estudio: Atención domiciliaria y Calidad de vida. Con los resultados obtenidos se pudo determinar que todos los ítems presentan un coeficiente de correlación por encima del valor de 0,32, concluyendo que el total de ítems son válidos para formar parte del instrumento final.

Tabla 6.

Análisis de ítems-test entre las variables Atención domiciliaria y Calidad de vida

| Atención domiciliaria | | Calidad de vida | |
|-----------------------|-----------|-----------------|-----------|
| Items | R Pearson | Items | R Pearson |
| 1 | 0,343 | 1 | 0,361 |
| 2 | 0,460 | 2 | 0,362 |
| 3 | 0,548 | 3 | 0,376 |
| 4 | 0,611 | 4 | 0,476 |
| 5 | 0,353 | 5 | 0,366 |
| 6 | 0,644 | 6 | 0,357 |
| 7 | 0,657 | 7 | 0,402 |
| 8 | 0,729 | 8 | 0,362 |
| 9 | 0,684 | 9 | 0,395 |
| 10 | 0,731 | 10 | 0,495 |

| | | | |
|----|-------|----|-------|
| 11 | 0,661 | 11 | 0,503 |
| | | 12 | 0,398 |
| | | 13 | 0,550 |

Técnica de la toma de información:

Asimismo, se han aplicado diversas técnicas para recoger la información, como son: el fichaje, el documental, la consulta al diccionario y el análisis estadístico.

El Análisis tipo Documental ya que permite seleccionar las ideas fundamentales de un escrito con la finalidad de poder reflejar su contenido sin confusiones para así poder recuperar la información en el contenido. Otro motivo es que permite determinar los documentos más importantes según nuestro índice de temas, sumario, índice alfabético de asuntos o códigos sistematizados.

El Análisis tipo Estadístico que se aplica en dos niveles; en primera instancia para llevar a cabo los análisis descriptivos de cada uno variable en estudio; en segunda instancia para realizar el análisis inferencial con la finalidad de encontrar significancia en los resultados respecto al valor porcentual y así poder establecer las conclusiones.

El análisis estadístico tiene la finalidad de procesar los datos que se obtuvieron tras el estudio, que fueron tomados de la muestra poblacional. Todos los datos tomados a través de la aplicación de los cuestionarios en relación con las variables de Atención domiciliaria y Calidad de vida fueron capaces de describirse, analizarse e interpretarse según los objetivos e hipótesis planteadas en la presente tesis.

2.5. Método de análisis de datos

El método aplicado en el análisis de datos fue de tipo estadístico, llevado a cabo en sus dos niveles correspondientes, el Descriptivo e Inferencial. Llevando a cabo el siguiendo el protocolo:

Se realizó una tabulación y organización de los datos en torno a una matriz de datos de donde se establecieron los resultados obtenidos en base a

tablas y figuras para su mejor interpretación, de las cuales se pueden interpretar en base a frecuencias y porcentajes obtenidos de las variables en estudio.

Posteriormente se contrastaron las hipótesis planteadas a través de la prueba no paramétrica denominada Rho de Spearman para así poder establecer el nivel de relación presente entre las variables y dimensiones establecidas; todo ello respecto a variables de magnitud cuantitativa ordinal y no requiriendo prueba de normalidad.

En última instancia se realizaron los gráficos de dispersión de puntos, los pueden confirmar la presencia de correlación entre las variables del estudio.

III. Resultados

3.1. Descripción de las variables

En el capítulo a continuación se pasa a describir los gráficos expuesto en forma de tablas y figuras tras la interpretación de la información tomada de los acompañantes de los pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015. Puede observarse que el 53,6% manifiesta una regular atención domiciliaria, el 27,5% mala y solo el 19,0% una buena atención domiciliaria. Ver figura 1.

Tabla 7.

Nivel de atención domiciliaria en pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|---------|------------|------------|
| Válido | Mala | 42 | 27.5% |
| | Regular | 82 | 53.6% |
| | Buena | 29 | 19.0% |
| | Total | 153 | 100.0% |

Fuente: elaboración propia

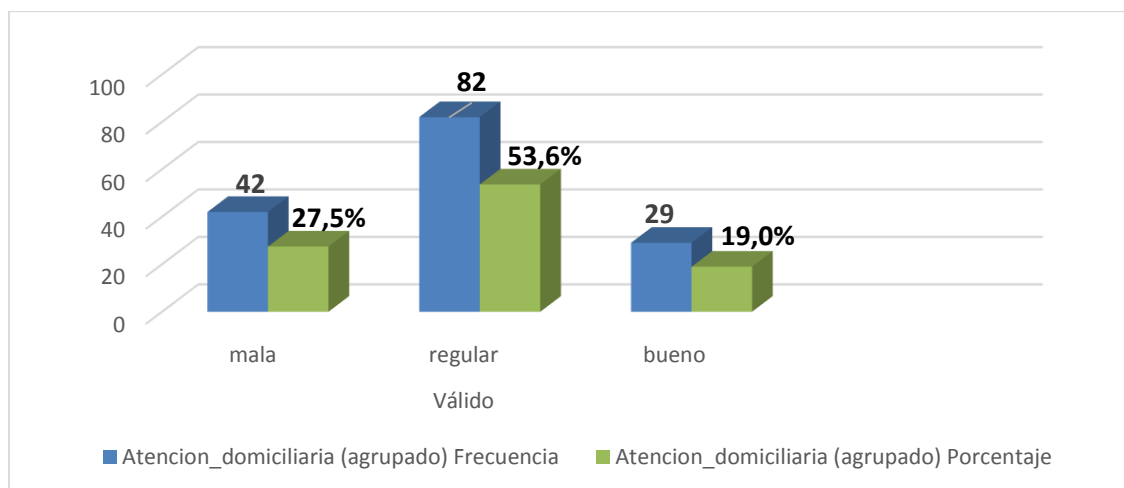


Figura 1. Nivel de atención domiciliaria en pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015.

En la siguiente tabla que se expone a continuación, puede apreciarse, que un 57,5% del total de los acompañantes de los pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, manifiestan una moderada calidad de vida; mientras que el 22,2% refieren una escasa calidad de vida; asimismo, solo

un 20,3% refieren una alta calidad de vida. Tal como puede evidenciarse en la figura 2.

Tabla 8.

Nivel de calidad vida de pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015.

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|----------|------------|------------|
| Válido | Escasa | 34 | 22.2% |
| | Moderada | 88 | 57.5% |
| | Alta | 31 | 20.3% |
| | Total | 153 | 100.0% |

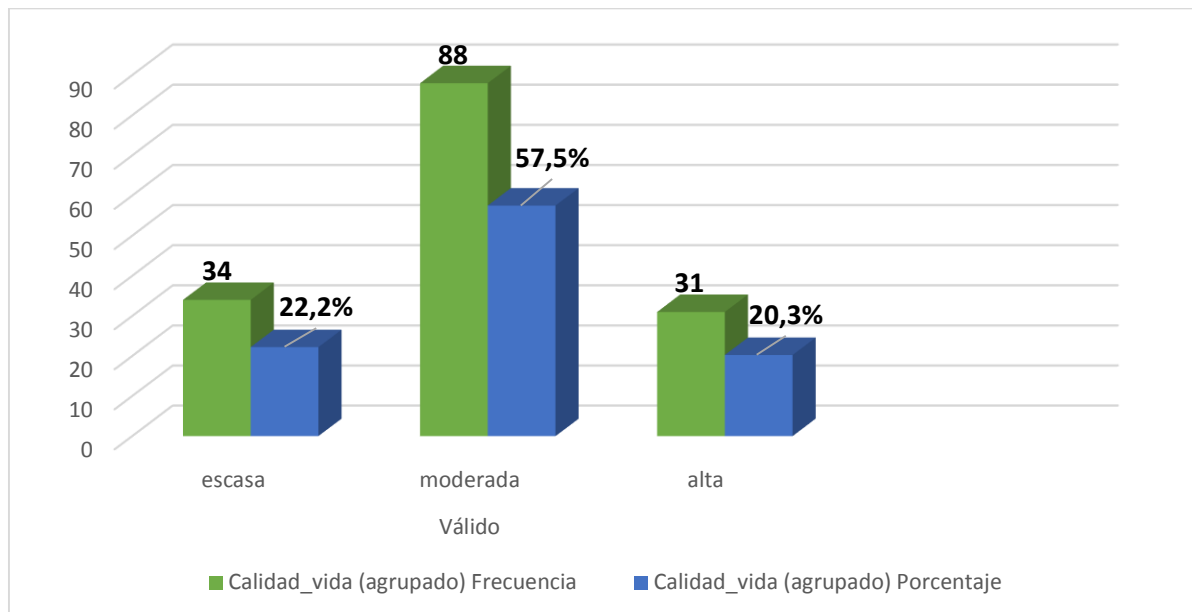


Figura 2. Nivel calidad vida de pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015.

En la tabla siguiente, puede apreciarse que el 52,9% de los pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015, que manifiestan una escasa calidad de vida, percibe una mala atención domiciliaria (según acompañantes). El 44,1% regular atención domiciliaria, y solo el 2,9% manifiesta una buena atención domiciliaria. En cuanto a quienes manifiestan una moderada calidad de vida, el 22,7% percibe una mala atención domiciliaria, el 60,2% una regular atención domiciliaria y solo el 17,0% buena atención domiciliaria; y por último, en cuanto a los que manifestaron gozar de una alta calidad de vida, el

12,9% perciben, una mala atención domiciliaria, el 45,2% una regular atención domiciliaria y un considerable 41,9% perciben una buena atención domiciliaria

Tabla 9

Tabla cruzada entre nivel de cruzada Atención domiciliaria y Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015

| | | | Calidad_vida | | | |
|-----------------------|---------|----------------|--------------|----------|--------|--------|
| | | | Escasa | Moderada | Alta | Total |
| Atención domiciliaria | Mala | Recuento | 18 | 20 | 4 | 42 |
| | | %Calidad_vida | 52,9% | 22,7% | 12,9% | 27,5% |
| | | % del total | 11,8% | 13,1% | 2,6% | 27,5% |
| | Regular | Recuento | 15 | 53 | 14 | 82 |
| | | % Calidad_vida | 44,1% | 60,2% | 45,2% | 53,6% |
| | | % del total | 9,8% | 34,6% | 9,2% | 53,6% |
| | Bueno | Recuento | 1 | 15 | 13 | 29 |
| | | % Calidad_vida | 2,9% | 17,0% | 41,9% | 19,0% |
| | | % del total | 0,7% | 9,8% | 8,5% | 19,0% |
| Total | | Recuento | 34 | 88 | 31 | 153 |
| | | % Calidad_vida | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % del total | 22,2% | 57,5% | 20,3% | 100,0% |

Fuente: elaborada por el investigador

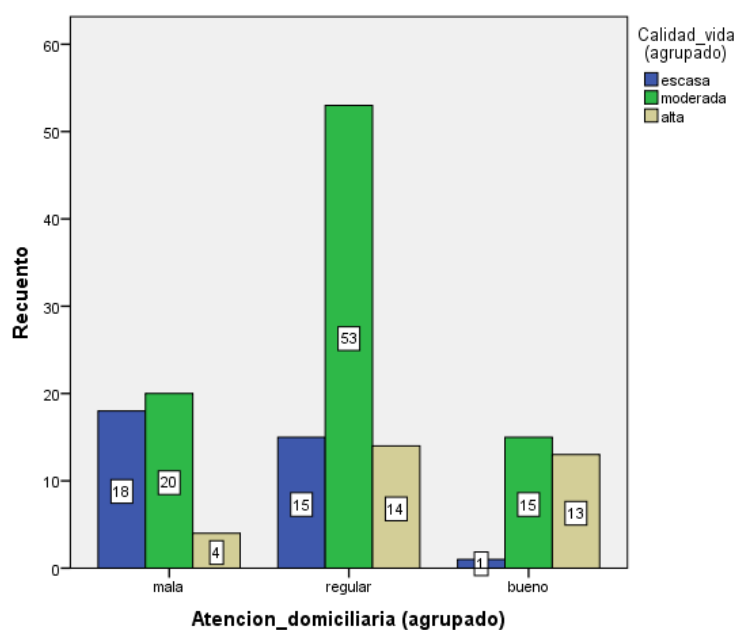


Figura 3. Cruce de Atención domiciliaria y Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015.

3.2. Contrastación de hipótesis

Contrastación de la Hipótesis general

H₀: No Existe una relación significativa entre la atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en el paciente oncológico terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus Familiares.

H₁: Existe una relación significativa entre la atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en el paciente oncológico terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus Familiares.

- a) **Nivel de Significancia:** Se considera como nivel de significancia un valor del 5%; correspondiendo al 0.05.
- b) **Zona de rechazo:** Considerando cualquier valor de probabilidad con un valor por encima de 0,05, se acepta H₀ y se rechaza H₁.
- c) **Estadístico de prueba:** Rho de Spearman

Tabla 10.

Correlación entre atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en el paciente oncológico terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus Familiares.

| | | | Atención domiciliari a | Calidad de vida |
|--------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Rho de Spearman | Atención domiciliaria | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,380** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,000 |
| | | N | 153 | 153 |
| | Calidad de vida | Coeficiente de correlación | ,380** | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,000 | . |
| | | N | 153 | 153 |

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

Interpretación: En esta tabla se puede identificar la existencia de una correlación positiva y débil, tomando un valor de 0,380, también se observa que la

significancia asintótica brindada por SPSS tiene un valor de 0.000, siendo menor al valor de 0.05, concluyendo decisión de tener que rechazar la Hipótesis nula (Ho) considerándose un nivel de confianza del 95%, y aceptando la Hipótesis Alternativa (H1); en otras palabras: Identificamos que existe una relación significativa entre la atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en el paciente oncológico terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus Familiares.

Contrastación de Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Ho: No existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

H1: Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

- a. **Nivel de Significancia:** Se considera como nivel de significancia un valor del 5%; correspondiendo al 0.05.
- b. **Zona de rechazo:** Considerando cualquier valor de probabilidad con un valor por encima de 0,05, se acepta Ho y se rechaza H1.
- c. **Estadístico de prueba:** Rho de Spearman

Tabla 11.

Correlación entre Atención Domiciliaria y bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

| | | | Atención domiciliaria | bienestar físico |
|-----------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|
| Rho de Spearman | Atención domiciliaria | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,290** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,000 |
| | | N | 153 | 153 |
| | Bienestar físico | Coeficiente de correlación | ,290** | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,000 | . |
| | | N | 153 | 153 |

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

Interpretación: En esta tabla se pudo identificar la presencia de una correlación positiva y débil con un valor de 0,290, se observa que la significancia asintótica obtenida tras el análisis estadístico por SPSS es de un valor de 0.000, el cual es menor a 0.05, concluyendo que se toma la decisión de rechazar la Hipótesis nula (Ho) con un nivel de confianza del 95%, y aceptar la Hipótesis Alterna (H1); en otros términos, se concluye que existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

Hipótesis específica 2

Ho: No existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión Bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

H3: Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión Bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

- a. **Nivel de Significancia:** Se considera como nivel de significancia un valor del 5%; correspondiendo al 0.05.
- b. **Zona de rechazo:** Considerando cualquier valor de probabilidad con un valor por encima de 0,05, se acepta Ho y se rechaza H1.
- c. **Estadístico de prueba:** Rho de Spearman

Tabla 12.

Correlación entre Atención Domiciliaria y Bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

| | | Atención domiciliaria | Bienestar emocional |
|-----------------|-----------------------|--|-------------------------------|
| Rho de Spearman | Atención domiciliaria | Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) | 1,000 .,295** .,000 |
| | | N | 153 153 |
| | Bienestar emocional | Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) | ,295** .,000 1,000 . |

Fuente: elaborada por el investigador

Interpretación: En la tabla presentada se pudo identificar una correlación positiva y débil tomada por un valor de **0,295**, asimismo se observa que la significancia asintótica obtenida por el software estadístico SPSS toma un valor de 0.000 menor al que se considera de 0.05, por lo tanto tomamos la decisión de rechazar la Hipótesis nula (H_0) considerando un nivel de confianza del 95%, y por otro lado, aceptamos la Hipótesis Alternativa (H_1); interpretándose como la existencia de una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión Bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

Hipótesis específica 3:

H_0 : No Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión Relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

H_1 : Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión Relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

- a. **Nivel de Significancia:** Se considera como nivel de significancia un valor del 5%; correspondiendo al 0.05.
- b. **Zona de rechazo:** Considerando cualquier valor de probabilidad con un valor por encima de 0,05, se acepta H_0 y se rechaza H_1 .
- c. **Estadístico de prueba:** Rho de Spearman

Tabla 13.

Correlación entre Atención Domiciliaria y Relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

| | Atención domiciliari a | Relaciones interpersonale s |
|--|------------------------------|-----------------------------------|
|--|------------------------------|-----------------------------------|

| | | | | |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------|--------|
| Rho de Spearman | Atención domiciliaria | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,289** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,000 |
| | | N | 153 | 153 |
| | Relaciones interpersonales | Coeficiente de correlación | ,289** | 1,000 |
| | | N | 153 | 153 |

Fuente: elaborada por el investigador

Interpretación: Tras el análisis estadístico se encontró una correlación positiva y débil con un valor de 0,289, asimismo se observa que la significancia asintótica obtenida toma un valor de 0.000, el cual es menor al valor de 0.05, finalizando con la decisión de rechazar la Hipótesis nula (Ho) con un nivel de confianza del 95%, y aceptando la Hipótesis Alternativa (H1); concluyendo la Existencia de una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión Relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares.

IV. Discusión

En el capítulo a continuación, posterior a la adquisición de los resultados tomados de los familiares, tras la confrontación con los antecedentes ya mencionados, los nos permitieron confirmar las hipótesis ya planteadas, podemos exponer lo siguiente:

La existencia de una correlación positiva y débil con un valor de 0,380, determinando que la Significancia es menor al valor de referencia de 0.05, por lo que se debe tomar la decisión de negar la Hipótesis nula (H_0) y aprobar la Hipótesis Alterna (H_1): Lo que indicaría la existencia de una relación significativa entre la atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en el paciente oncológico terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus Familiares. Con respecto a ello, el autor Pardierna et al. (2012) hace referencia a la capacidad del test QL-CA-AFex para diferenciar entre grupos de pacientes en relación con variables sociodemográficas y clínicas diversas. Manifiesta también que la calidad de vida no se menoscabada necesariamente con la progresión de la enfermedad, sino que se ve influenciada por otros factores. La aplicación del QL-CA-AFex es de gran utilidad ya que presenta propiedades psicométricas efectivas capaces de valorar la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica que se encuentran con la necesidad de cuidados paliativos; sin embargo, su aplicación en la práctica clínica no ha sido resuelta. En contraste Carrera et al. (2012) Menciona que el la herramienta de valoración utilizada no permitió estimar de forma adecuada el ámbito social de la calidad de vida, pues llegaron a identificarse afecciones en la capacidad de los pacientes en sus actividades de ocio, su bienestar mental, nivel de independencia y la actividad sexual; caracteres deficitarios que serán la finalidad de las investigaciones futuras que busquen la optimización de los cuidados paliativos.

Se determinó una correlación positiva y débil con un valor de 0,290, identificando que el nivel de significancia tiene un valor menor al considerado de 0.05, por lo tanto se toma la decisión de negar la Hipótesis nula (H_0) y aprobar la Hipótesis Alterna (H_1) Estableciendo la existencia de una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la

percepción de sus familiares. Al respecto; Zanier et al. (2013). Se mostraron las asociaciones existentes entre las tácticas empleada tomadas por los enfermos como medidas de afrontamiento de su enfermedad y sobre la percepción que tenían sobre el nivel de su calidad de vida. Se establecieron asociaciones de gran peso entre las tácticas de elución y la presencia de deterioro en gran parte de las dimensiones que componen la calidad de vida. Agra et al. (2013) El impacto de las consecuencias fue superior en el grupo constituido por los Equipos de Soporte Atención Domiciliaria. Factores como la prescripción de medicamentos, y el lugar de fallecimiento fueron diversos en los grupos. Al inicio de la investigación, los pacientes que eran asistidos por Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria documentaron una percepción más óptima del estado de salud que los pacientes tratados por Equipos de Atención Primaria. Sin embargo, el gran número de muertes a lo largo del mismo hace que estos resultados se tomen con precaución. Padierna et al. (2014) se concluye que según el estadio o fase de la enfermedad se consideren diversos criterios específicos que son trascendentales para la valoración de la calidad de vida del paciente.

Se evidencia una correlación positiva y débil otorgada por un valor de 0,295, donde se observa que la significancia es menor al valor de 0.05, producto de ello se toma la decisión de negar la Hipótesis nula (Ho) y aprobar la Hipótesis Alternativa (H1); en otras palabras, establecer la existencia de una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares. Al respecto; Fernández et al. (2012). En este estudio de evidencio que la QL no presentó deterioro a medida que la enfermedad progresaba. Los aspectos que están mayormente asociados con la QL fue los síntomas en primer lugar, mientras que en segundo plano constituían los aspectos psicológicos. Asimismo, se corroboró el valor del QL-CA-AFex para diferenciar entre los grupos de pacientes en base de las diferentes variables clínicas en estudio. Dulce et al. (2007). Tener el apoyo de un equipo coordinado, capaz de administrar los cuidados paliativos, que capaciten al paciente como a su familia, y que estos se interesen en el tratamiento, junto al apoyo continuo y capaces de brindarle recursos para el paciente y su familia, son los componentes fundamentales de las medidas brindadas a domicilio a pacientes que presentan una

enfermedad terminal. Con todo esto se concluye que el fin de la atención debe estar direccionada a conseguir la preservación de la Calidad de vida a través del manejo correcto de la sintomatología, la complacencia de las necesidades, y del soporte emocional que requiera el paciente y su familia.

Se estableció una correlación positiva y débil que toma un valor de 0,289 estableciendo que la significancia es menor al valor de 0.05, por ello se toma la decisión de negar la Hipótesis nula (H_0) y aprobar la Hipótesis Alternativa (H_1), por lo tanto se determina la existencia de una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares. Al respecto; Ojeda et al. (2009). Este proyecto de investigación llevado a cabo en un grupo compuesto por 130 enfermos que se atendían en un hospital universitario nos muestra cómo aumentan o se preservan doce de las trece dimensiones que conforman la calidad de vida y el nivel de satisfacción al finalizar un mes de intervención. Mediante un modelo matemático, se llega a una dimensión única de cambio y se pueden determinar las dimensiones que de alguna manera conllevan a ese cambio a nivel global. Posterior al respectivo análisis estadístico nos muestra que la variable que presenta influencia con gran impacto en esa transformación es la misma intervención en cuidados paliativos. Alberca (2011). Se obtuvo como resultados que en el 70% de pacientes tenían una percepción de su calidad de vida como no saludable, de ellos, el 38% tuvo un afrontamiento inadecuado; sin embargo, solo el 30%, su calidad de vida fue saludable, de ellos el 24% presentaba un afrontamiento adecuado. Tomando como conclusión que la calidad de vida se correlaciona directamente la forma de afrontamiento frente a la enfermedad y el tratamiento. Con respecto a la valoración en base a la escala de síntomas del dolor, hubo un predominio de un 58% al momento del tratamiento. Salas (2014). Los pacientes con enfermedad oncológica que se encuentran en fase terminal mostraron una calidad de vida media en un 41.2%(21); de acuerdo con las dimensiones que componen la calidad de vida, la dimensión Psicológica fue la que se vio más afectada en un 47.1%(24), siguiéndole la dimensión social con un 33.3%(17) seguido de la dimensión funcional con un 27.5%(14%).

Se establece una correlación positiva y débil con un valor de 0,339, tomando un valor menor al de 0.05, por lo tanto, se toma la decisión de negar la Hipótesis nula (H_0) y aprobar la Hipótesis Alterna (H_1); lo que indica que Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión inclusión social del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares. Al respecto; Fonseca et al. (2013) En donde se obtuvo como resultados que el bienestar físico fue valorado con un puntaje de 21,22 de un total de 28 puntos; por otro lado, el bienestar Social/Familiar se valoró con 12,57 de 28 puntos; mientras que el bienestar emocional obtuvo 16 sobre 24; el bienestar funcional puntuó con 17,33 sobre 28. El puntaje final, que es obtenido de la suma de los cuatro parámetros ya mencionados, que van de una escala de 0 a 108, se obtuvo 67, lo que expresa el 62% de la valoración máxima. De esto se concluye que es posible la implementación de encuestas sobre la calidad de vida en pacientes que presentan enfermedad oncológica, estas nos permitirán llevar a cabo intervenciones específicas en el paciente y sus familiares que conlleven a la mejoría de su calidad de vida. Caqueo et al. (2013). El conjunto de resultados obtenidos nos indica que la calidad de vida de los pacientes con enfermedad oncológica es percibida de forma negativa, lo que nos insinúa que las alteraciones físicas y emocionales conllevan a un deterioro en el funcionamiento físico, junto con las actividades sociales del mismo.

Las investigaciones consultadas concuerdan con los resultados obtenidos del proyecto de investigación presente debido a que son situaciones en contextos similares, sin embargo, el presente trabajo se considera de importancia ya que la relación es especialmente con la visita domiciliaria y calidad de vida de los pacientes oncológicos. Igualmente, el presente proyecto de investigación enfatiza la teoría que se relaciona al suministro de servicios de calidad en salud, que se brinda a través de profesionales calificados, especializados y comprometidos como los que conforman parte del hospital en el cual se llevó a cabo la investigación.

V. Conclusiones

Primera conclusión: Tras la contrastación de la hipótesis general se pudo determinar la existencia de una relación significativa entre la atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en el paciente oncológico terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus Familiares. RHO: 0,380, $P < 0.05$.

Segunda conclusión: Luego de constatar la primera hipótesis específica, se estableció que existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares. RHO: 0,29, $P < 0.05$.

Tercera conclusión: Después de confrontar la segunda hipótesis específica, se pudo instaurar la existencia de una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares. RHO: 0,380, $P < 0.05$.

Cuarta conclusión: Posterior a la contrastación de la tercera hipótesis específica, se encuentra una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la percepción de sus familiares. RHO: 0,295, $P < 0.05$.

VI. Recomendaciones

-PRIMERA: Que esta investigación sirva de sustento para el Ministerio de Salud y Essalud, y así puedan establecer medidas para la población con el objetivo de mejorar la participación de los profesionales de salud en las visitas domiciliarias.

A su vez, que el personal de salud se encuentre capacitado para la detección precoz del cáncer y así disminuir la incidencia de estadios avanzados, para poder intervenir de la forma correcta y mejorar la calidad de vida de los pacientes como de sus familiares.

-SEGUNDA: Que le permita a los Gerentes de Línea adaptar al Plan Estratégico Institucional, actividades multidisciplinarias en las visitas domiciliarias, considerando que hoy en día la población con edad mayor a los 60 años va aumentando, actualmente esto es conocido por muchos autores como “geriatrización”, lo que conlleva a una transición epidemiológica, originando el predominio de ciertas enfermedades crónicas no transmisibles en los diagnósticos de los pacientes atendidos en las diferentes instituciones.

TERCERA: Que los jefes de área puedan coordinar y establecer visitas domiciliarias con un fin preventivo, valorando la calidad de vida de los pacientes oncológicos, tema de interés en el ámbito oncológico.

De esta forma crear y elaborar nuevas escalas que permitan una valoración más exacta y confiable de la calidad de vida en aquellos que padecen esta enfermedad en nuestro país. Una calidad de vida baja está asociada en mayor medida a aspectos psicosociales. La calidad de vida es variable e independiente de cada sujeto, por ello debemos considerar todos estos aspectos.

VII. Referencias

- Aabom B., Kragstrup J, Vondeling H, Bakketeig LS, Stovring H. (2006). *Does persistent involvement by the GP improve palliative care at home for end-stage cancer patients?* Palliat Med 2006; 20: 507-12.
- Agra V. Y.; Rodea S.; Pelayo A. y Fernández J. (2009). *Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135->
- Alberca M. C. (2011). *Calidad de vida y afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes con cáncer del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen*. Recuperado a partir de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/324/1/Alberca_cd.pdf
- Allende S., Ortega O. Verástegui G, y Ascencio H. (2011). *La pieza perdida en la medicina actual: atención domiciliaria a pacientes paliativos oncológicos*. Recuperado de:
- Ardila R. (2013). *Calidad de vida: una definición integradora*. Revista Latinoamericana de Psicología. 2013;35:161-4.
- Belderrain P., García B., Castañón EC. (2009). *Atención sanitaria y comunicación con el enfermo oncológico en situación terminal y su familia en un área de salud*. Aten Primaria. 2008; 24: 285-288.
- Caldas D. R. (2014). *Manual de visitas domiciliarias*. Publicación financiada por: SAVE THE CHILDREN
- Caqueo A. Segovia P., Urrutia U.; Miranda C., Navarro E. (2013) *Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado*. Recuperado a partir de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41950>
- Carrera O., González J. (2012). *Calidad de vida al egreso en pacientes con cáncer paliativo y terminal - san02202.pdf* [Internet]. [citado 3 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol16_2_02/san02202.pdf
- Datos Epidemiológicos. (2015). Recuperado a partir de: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Dulce V.; Cepero R.; Pérez F.; Robinson A. (2007). *Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliaria* Revista Cubana de Medicina General Integral -. Recuperado a partir de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864->

- EsSalud (2014). *Cartera de servicios de salud de Complejidad creciente del seguro Social de salud Lima – Perú*
- Felce D., Perry J. (2005). *Quality of life: it's definition and measurement*. Res Develop Disab. 2005;16:51-74.
- Fernández C.; Padierna C.; Amigo I.; Pérez M.; Gracia JM.; Fernández R.; Peláez I. (2012). *Calidad de vida informada por pacientes oncológicos paliativos: Relaciones con el informe médico y estado emocional*. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100007
- Flores L., Centeno C., Sanz A., Hernansanz S. (2005). *Directorio de Cuidados Paliativos 2005 en España*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- Fonseca M.; Schlack C.; Mera E.; Muñoz O.; Peña J. (2013). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal*. Revista chilena de cirugía - . Recuperado a partir de: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07184026201300040000>
- Garduño E., Reig P., Garza V. (2004). *Desarrollo y validación de un instrumento para evaluar la calidad de vida*. México: Fundación Universidad de las Américas. Puebla. Recuperado de: http://catarina.es/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf.
- Gómez S. M. y Ojeda M. (2005). *Cuidados Paliativos: Control de Síntomas* (3.ª ed). Unidad de Medicina Paliativa. Hospital El Sabinal. Las Palmas de Gran Canaria: Asta Médica.
- Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria. (2015) GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf [Internet]. [citado 3 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
- Hernández, R.; Sampiere, R. y Batista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México: Editorial Mc Graw-Hill, pp. 706.
- Huatuco G. (2008). *La Calidad del Cuidado de Enfermería y el grado de Satisfacción según Percepción del Paciente Adulto Mayor en el Servicio de Geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen*. Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/303/1/Huatuco_gj.pdf

- Kelinger, F. (2009). *Metodología de la investigación*. Recuperado de caché de <http://metodologiaanahuac.blogspot.com/2009/02/tres-caracteristicas-segun->
- Martín D.; Zanier J.; García F. (2013). *Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer*. Microsoft Word - psico-9.doc - v8n2a09 [Internet]. [citado 3 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a09>
- Mejía M.; E. (2005). *Metodología de la investigación*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Minsal (2009). *Visita Domiciliaria Integral para el desarrollo biopsicosocial*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext
- Ñaupas, H.; Mejía, E.; y Villagómez, A. (2011). *Metodología de la investigación científica y asesoramiento de tesis*. Lima – Perú: Ed. Pirámide
- OMS (2001) *Visitas domiciliarias*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script>
- OMS, (2003). *Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Irrefutables*. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652007000300005&script=sci_arttext
- Osoba D. (2001). *Lessons learned from measuring health-related Quality of Life in oncology*. J Clin Oncol 2001; 12: 608-16.
- Padierna C; Fernández C; Amigo I; Gracia JM; Fernández R; Peláez I; Pérez M. (2014) *Estudio longitudinal de los parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos*. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120191A/16240>
- Pascual M. N. (2001). *Modelos de atención a pacientes oncológicos terminales en Andalucía: una mirada sociológica*. Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/19884990.pdf>
- Salas P. J. (2014). *Calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una Unidad de Terapia Especializada - 14-52-1-PB.pdf* [Internet]. [citado 3 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <file:///C:/Users/Ysbel/Downloads/14-52-1-PB.pdf>
- Shaloch R. y Verdugo M. (2003). *Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial. Recuperado de:

<https://cbarra.webs.ull.es/GRADO/07/Dimensiones%20e%20indicadores%20de%20calidad%20de%20vida.pdf>

Sotelo, C. (2013). *Estadística básica y Aplicación del programa SPSS*. Lima-Perú: Juan Gutemberg, Editores e Impresores.

Sotelo, C. (2015). *Fundamentos de investigación científica para estudiantes en educación superior*. Lima- Perú: Juan Gutemberg, Editores e Impresores.

Valentín V., Murillo T., Valentín M., Royo D. (2015). *Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico*. 6355. Recuperado a partir de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404110155A/16355>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Atención Domiciliaria y Calidad de vida en Pacientes Oncológicos Terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins.

Br. Jenny Isabel Purizaca Arizola

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES | | | | |
|--|---|--|--|--|----------------------------|---|---------|
| <p>Problema general: Cuál es la relación entre la Atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en pacientes Oncológicos Terminales del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, Según la percepción de los familiares? Problemas específicos. ¿Cuál es la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según percepción de sus Familiares? ¿Cuál es la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según percepción de sus Familiares. ¿Cuál es la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según la percepción de sus Familiares.</p> | <p>Objetivo general: Determinar la Relación entre la Atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos Terminal del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, Según la Percepción de los Familiares. Objetivos específicos. Identificar la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según percepción de sus Familiares. Describir la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar emocional del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según percepción de sus Familiares. Indicar la relación entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según la percepción de sus Familiares</p> | <p>Hipótesis general: Existe una relación significativa entre la atención Domiciliaria y la Calidad de Vida en el paciente oncológico terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según la percepción de sus Familiares. Hipótesis Específicas H1: Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar físico del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según la percepción de sus familiares. H2: Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión bienestar emocional del Paciente Oncológico Termina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según la percepción de sus familiares. H3: Existe una relación significativa entre la Atención Domiciliaria y la Dimensión relaciones interpersonales del Paciente Oncológico Terminal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, según la percepción de sus familiares.</p> | Variable 1: Atención domiciliaria | | | | |
| | | | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Categoría | |
| | | | Humanística | -Trato cordial -Información completa -Veracidad | 3,8 4,9 11 | Nunca Casi Nunca A veces Casi Siempre Siempre | Ordinal |
| | | | Oportuna | -Asistencia -Puntualidad -Empatía | 8 9,10 6 | | |
| | | | Eficaz | Personal Capacitado Seguridad Comunicación | 1,5 2,7 10 | | |
| | | | Variable 2: Calidad de vida paciente oncológico | | | | |
| | | | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Categoría | |
| | | | Bienestar físico | Salud Actividad de la vida diaria Atención, sanitaria, Ocio | 1 2 | Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre | Ordinal |
| | | | Bienestar emocional | Alegría, Auto concepto, Aa de estrés | 6,7 8, 13 | | |
| | | | Relaciones interpersonales | Vínculo Familiar Interrelaciones Relaciones Apoyo Amigos/Vecinos | 4 5 12 9,10 11 | | |

| TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | POBLACIÓN Y MUESTRA | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | ESTADÍSTICA A UTILIZAR | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------|------------------------|--|--|---------|---------|-----------------------|-----|-----|-------|-----|-----|--|---|
| <p>TIPO:</p> <p>De acuerdo con Bernal (2000, p. 19), es una investigación básica en la medida que el objetivo del estudio es analizar las variables Atención Domiciliaria y Calidad de vida en Pacientes Oncológicos Terminales en su misma condición sin buscar modificarla, en este tipo de estudio se “busca establecer una realidad en concordancia con el marco teórico” en ese mismo sentido.</p> <p>Descriptivo correlacional</p> <p>Diseño de estudio:</p> <p>El diseño es no experimental, correlacional de corte transversal. Respecto a la utilidad de este tipo de investigación, señala que la utilidad principal es conocer cómo se puede comportar el concepto de Atención Domiciliaria y Calidad de vida en Pacientes Oncológicos Terminales Si dos variables están correlacionadas, y se conoce la magnitud de su asociación. Investigación básica.</p>  | <p>POBLACIÓN: La población de este estudio son los pacientes oncológicos que pertenecen al programa de COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliati Martins que cuenta aproximadamente con 318 pacientes oncológicos terminales.</p> <table border="1" data-bbox="448 454 996 678"> <thead> <tr> <th>programa de COPHOES</th> <th colspan="2">Población</th> </tr> <tr> <td></td> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Atención domiciliaria</td> <td>212</td> <td>106</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>212</td> <td>116</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente; Archivo COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>TIPO DE MUESTRA:</p> <p>El tipo de muestra no probabilístico (intencionado dirigido). El estudio cuenta con una población de 318 pacientes oncológicos terminales de los cuales se pasará a estimar la proporción para nuestra muestra que es de tipo probabilística, llevándose a cabo un muestreo aleatorio sistemático de donde se obtuvo como tamaño de muestra:</p> | programa de COPHOES | Población | | | Hombres | Mujeres | Atención domiciliaria | 212 | 106 | Total | 212 | 116 | <p>Para la medición de la calidad de vida del paciente oncológico y la atención domiciliaria se pasó a utilizar cuestionarios validados por el docente del curso.</p> <p>Variable 1: Atención Domiciliaria</p> <p>Variable 2: y Calidad de vida en Pacientes Oncológicos Terminales</p> <p>Total 318</p> <p>Técnicas: ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO Y DOCUMENTARIO. ENCUESTA. OBSERVACIÓN</p> <p>Instrumentos: GUÍAS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICO Y DOCUMENTARIO. CUESTIONARIO. GUÍA DE OBSERVACIÓN</p> | <p>DESCRIPTIVA:</p> <p>Utilizaremos la estadística descriptiva para realizar las tablas de frecuencia y gráficos con sus correspondientes análisis e interpretaciones. Que se procesara en SPSS22.</p> <p>Medidas de Coherencia Interna: Se utilizara el coeficiente de alfa Crombach para probar que los resultados obtenidos son FIABLES se realizará un estudio piloto con personas de la muestra.</p> <p>INFERENCIAL:</p> <p>Utilizaremos la estadística inferencial para realizarla prueba de hipótesis con el coeficiente de correlación <i>rho de Spearman</i> existente entre las variables que mostraran el grado de correlación y su significancia. Por lo que, se dará inicio con la utilización del SPSS22.</p> $rho = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2] [n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$ |
| programa de COPHOES | Población | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hombres | Mujeres | | | | | | | | | | | | | |
| Atención domiciliaria | 212 | 106 | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 212 | 116 | | | | | | | | | | | | | |



"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI N° 237-GRAR-ESSALUD-2015

Lima, 11 DIC. 2015

VISTA:

La Carta N° 4246 -OCID-GRAR-EsSalud-2015, mediante la cual se solicita a la Gerencia General de la Red Asistencial Rebagliati la aprobación y autorización para la ejecución del Proyecto de Investigación titulado: "ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES DEL HOSPITAL NACIONAL EDUARDO REBAGLIATI MARTINS", aprobado por el Comité de Investigación de la RAR.

CONSIDERANDO:

Que, la Oficina de Capacitación Investigación y Docencia de la Red Asistencial Rebagliati ha procedido a evaluar la pertinencia de la aprobación del Proyecto de Investigación, titulado: "ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES DEL HOSPITAL NACIONAL EDUARDO REBAGLIATI MARTINS", aprobado por el Comité de Investigación, presentado por la LIC. JENNY ISABEL PURIZACA ARZOLA, como Investigador Principal;

Que de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27096, Ley de la Creación del Seguro Social, EsSalud tiene la finalidad de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el numeral XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud;

Que, el literal d) del artículo 15° de la ley en mención, establece que toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos y tratamientos sin ser debidamente informada sobre las condiciones experimentales de éstos, de los riesgos que corre sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o si estuviere impedida de hacerlo;

Que, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 546-PE-EsSalud-2011 del 22 de julio del 2011, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Rebagliati y con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 341-PE-ESSALUD-2012, del 30 de marzo del 2012, se aprueba la modificación de la Estructura Orgánica de la Red Asistencial Rebagliati y la Micro Estructura Orgánica del Hospital Nacional "Eduardo Rebagliati Martins";

Que de conformidad con los incisos i) y j) del artículo 7°, Capítulo I, Unidad Orgánica de la Dirección, del Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Rebagliati, establece que la Gerencia Asistencial, tiene entre otras funciones la de conducir y gestionar la implementación y desarrollo de las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, Cautelar que las Guías de Práctica Clínica, Protocolos, Manuales, Guías de Procedimientos y demás instrumentos de gestión estén actualizados para su operatividad asistencial y administrativa, así como aprobar, autorizar, determinar los diversos procesos de responsabilidad de la Red Asistencial, según correspondan, y establecer los mecanismos de información, control, medición, evaluación que correspondan;





"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

RESOLUCION DE GERENCIA DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI N° 1237 GRAR-ESSALUD-2015

Que, con Resolución de Gerencia N° 757-GG-ESSALUD-2009, se aprueba la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2009, Directiva de los Comités de Ética en Investigación de los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – EsSalud;

Que, la Oficina de Capacitación Investigación y Docencia, de la Red Asistencial Rebagliati tiene como función de organizar, promover y evaluar el desarrollo de proyectos de investigación sobre los avances científicos-técnicos, de acuerdo a normatividad institucional vigente;

Que, con Resolución de Gerencia de la Red Asistencial Rebagliati N° 339-GRAR-EsSalud-2013, se reestructura el Comité de Investigación de la Red Asistencial Rebagliati, que tiene como función la de evaluar y aprobar los aspectos técnicos de los proyectos de investigación, de acuerdo a las prioridades sanitarias y objetivos estratégicos institucionales; así como establecer pautas para su autorización, facilitando la investigación científica, orientada a mejorar las condiciones de salud de la población asegurada;

Que, con Resolución de Gerencia de la Red Asistencial N° 703-GRAR-ESSALUD-2011, modifica la integrantes del Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, para el periodo 2011-2013, que tiene como función principal de evaluar los aspectos éticos, científicos-técnicos del proyecto, auditar la ejecución del estudio clínico según protocolo aprobado y hacer seguimiento y evaluación del desarrollo de las investigaciones con seres humanos a nivel nacional;

En mérito a la delegación de competencias dispuestas mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°906-PE-ESSALUD-2013 del 27 de diciembre del 2013, que renuevan el encargo de la dirección de la Red Asistencial Rebagliati a la Dra. Malú Lea Alicia Arias Schreiber Barba;

SE RESUELVE:

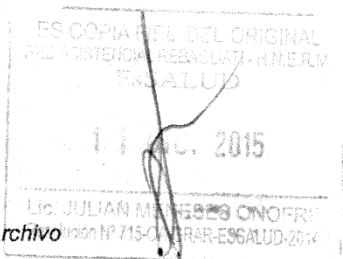
1° APROBAR Y AUTORIZAR, la Ejecución del Proyecto de Investigación titulado: "ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS", aprobado por el Comité de Investigación, presentado por la LIC. JENNY ISABEL PURIZACA ARIZOLA, como Investigador Principal;

2° DISPONER, que los Jefes de Departamentos y de Servicios concernientes, brinden las facilidades que requieran el(los) investigador(es) pueda(n) tener acceso a la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE



Handwritten signature of Dra. Malú Lea Alicia Arias Schreiber Barba over a stamp of the Red Asistencial Rebagliati - H.N.E.R.V. EsSalud.



C.c: Gerencia General, Oficina de Capacitación, Investigador Principal y Archivo NIT: 832-2015-1421

BASE DE DATOS

| | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| 1 | 3 4 35 | 4 4 2 | 3 4 2 | 2 3 | 3 19 | 2 14 | 2 20 | 3 53 | 3 5 | 3 9 | 3 9 | 3 12 |
| 2 | 3 2 13 | 4 2 16 | 3 2 46 | 4 4 4 | 4 4 12 | 4 4 7 | 3 4 7 | 4 1 30 | 3 3 2 | 2 3 1 | 3 1 | 2 17 |
| 3 | 5 4 17 | 5 4 22 | 5 4 62 | 4 4 7 | 4 4 12 | 4 4 11 | 5 4 9 | 5 3 39 | 5 3 3 | 3 3 2 | 4 3 3 | 3 23 |
| 4 | 4 3 9 | 4 3 16 | 4 4 38 | 3 4 6 | 3 4 12 | 3 4 10 | 2 4 8 | 2 3 36 | 1 3 1 | 3 2 2 | 3 2 2 | 3 13 |
| 5 | 1 3 13 | 1 3 9 | 3 1 39 | 3 4 5 | 1 4 10 | 2 3 8 | 3 3 9 | 4 3 32 | 4 3 1 | 3 3 2 | 3 3 3 | 2 17 |
| 6 | 3 3 10 | 4 5 15 | 4 5 39 | 3 4 6 | 3 4 11 | 3 4 12 | 2 3 7 | 2 2 36 | 2 4 1 | 3 1 2 | 3 3 3 | 3 14 |
| 7 | 4 2 13 | 2 2 16 | 4 2 46 | 3 4 5 | 3 4 12 | 3 4 9 | 4 4 10 | 4 3 36 | 3 3 2 | 3 4 2 | 3 3 3 | 3 17 |
| 8 | 3 3 13 | 4 3 18 | 4 3 48 | 3 4 6 | 3 4 11 | 3 4 9 | 4 3 10 | 3 2 36 | 3 4 2 | 4 4 2 | 4 2 2 | 3 17 |
| 9 | 4 4 11 | 4 2 18 | 4 2 45 | 3 4 6 | 4 4 12 | 2 4 10 | 4 4 11 | 2 3 39 | 5 3 2 | 2 5 2 | 2 4 4 | 2 16 |
| 10 | 4 3 14 | 4 3 19 | 3 3 50 | 3 4 7 | 4 2 10 | 3 3 9 | 4 5 10 | 4 2 36 | 4 4 2 | 3 4 2 | 3 4 2 | 4 17 |
| 11 | 5 2 16 | 5 4 22 | 4 3 57 | 4 3 5 | 4 3 10 | 4 4 9 | 4 3 8 | 4 4 32 | 4 2 3 | 4 2 2 | 3 3 3 | 3 19 |
| 12 | 4 4 13 | 4 3 18 | 4 4 50 | 4 4 7 | 4 5 14 | 3 5 11 | 3 4 10 | 3 4 42 | 4 3 2 | 3 3 3 | 4 3 3 | 3 19 |
| 13 | 5 1 17 | 4 3 22 | 4 5 60 | 4 3 5 | 4 4 12 | 4 3 11 | 5 5 13 | 5 5 41 | 4 4 3 | 4 4 2 | 4 3 4 | 4 21 |
| 14 | 4 4 14 | 4 2 18 | 4 1 50 | 4 5 7 | 3 3 11 | 3 5 9 | 3 3 12 | 4 5 39 | 3 3 2 | 4 4 2 | 3 3 3 | 3 18 |
| 15 | 3 4 13 | 2 2 15 | 4 3 43 | 4 4 7 | 3 3 9 | 4 4 11 | 3 2 11 | 2 4 38 | 3 3 2 | 4 4 2 | 2 4 4 | 3 15 |
| 16 | 4 3 13 | 4 2 18 | 4 1 49 | 3 1 5 | 3 3 7 | 3 2 6 | 4 2 5 | 4 1 23 | 3 2 2 | 3 2 1 | 4 4 4 | 2 18 |
| 17 | 4 4 11 | 3 3 15 | 1 3 41 | 4 5 8 | 2 5 11 | 2 4 11 | 3 2 11 | 3 3 41 | 3 4 1 | 3 4 2 | 3 4 3 | 4 15 |
| 18 | 3 3 11 | 2 3 13 | 2 1 38 | 3 5 5 | 2 5 12 | 3 4 9 | 3 3 9 | 1 3 35 | 4 2 1 | 3 4 2 | 4 3 4 | 2 14 |
| 19 | 5 4 12 | 5 3 18 | 4 2 49 | 4 4 7 | 3 4 11 | 4 4 9 | 3 4 11 | 3 4 38 | 3 3 2 | 2 4 2 | 5 3 3 | 3 19 |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 20 | 5 3 13 | 3 2 19 | 4 1 49 | 3 5 6 | 4 5 13 | 3 4 9 | 4 4 7 | 4 3 35 | 3 1 2 | 3 3 2 | 3 3 2 | 3 3 17 |
| 21 | 4 1 8 | 3 2 15 | 4 2 35 | 3 4 2 | 3 4 11 | 3 4 7 | 2 4 9 | 1 3 29 | 1 3 1 | 3 3 1 | 3 1 1 | 1 12 3 |
| 22 | 4 4 8 | 4 4 15 | 4 4 35 | 2 3 7 | 1 2 7 | 2 3 10 | 3 2 8 | 2 3 32 | 1 3 1 | 3 2 2 | 3 3 2 | 3 3 12 |
| 23 | 3 2 9 | 4 2 15 | 2 2 37 | 3 4 5 | 4 2 8 | 2 3 9 | 2 3 7 | 2 3 29 | 3 2 1 | 2 2 1 | 3 3 1 | 3 13 3 |
| 24 | 4 3 12 | 3 3 16 | 4 3 44 | 4 4 5 | 2 3 9 | 4 4 10 | 4 2 11 | 2 4 35 | 3 4 2 | 3 4 2 | 3 3 2 | 2 16 2 |
| 25 | 3 3 15 | 4 4 18 | 3 3 50 | 4 4 6 | 4 3 11 | 4 4 11 | 3 4 10 | 4 4 38 | 3 2 2 | 4 4 2 | 3 4 2 | 3 17 2 |
| 26 | 4 2 10 | 3 2 15 | 4 1 40 | 3 3 3 | 3 4 9 | 3 2 8 | 3 3 10 | 2 3 30 | 3 4 1 | 2 3 1 | 3 4 1 | 1 15 1 |
| 27 | 5 3 14 | 4 3 19 | 3 4 48 | 2 4 7 | 4 3 10 | 3 4 10 | 2 3 11 | 4 4 38 | 3 3 2 | 4 4 2 | 3 2 2 | 4 15 2 |
| 28 | 3 2 10 | 1 1 12 | 3 2 34 | 2 2 5 | 1 2 8 | 2 2 7 | 4 4 6 | 3 2 26 | 2 2 1 | 3 2 1 | 2 3 1 | 3 12 1 |
| 29 | 3 2 9 | 1 2 13 | 5 2 38 | 4 2 4 | 3 2 6 | 1 2 6 | 3 2 8 | 1 3 24 | 4 2 1 | 3 3 1 | 2 3 1 | 2 16 1 |
| 30 | 4 3 13 | 4 3 18 | 2 3 47 | 4 4 6 | 2 2 11 | 2 5 10 | 3 4 11 | 4 4 38 | 2 4 2 | 5 4 2 | 4 3 2 | 3 16 2 |
| 31 | 4 2 12 | 3 2 14 | 3 2 39 | 3 4 4 | 3 4 12 | 5 4 9 | 1 4 11 | 1 3 36 | 3 3 1 | 3 5 2 | 3 3 2 | 2 13 2 |
| 32 | 3 5 14 | 3 5 18 | 3 3 48 | 3 3 8 | 4 1 7 | 3 2 9 | 4 4 9 | 4 3 33 | 3 3 2 | 4 3 2 | 3 3 2 | 3 16 2 |
| 33 | 4 2 12 | 2 1 17 | 4 2 45 | 2 2 4 | 4 1 7 | 2 3 6 | 4 3 8 | 4 3 25 | 3 3 2 | 3 3 2 | 3 2 1 | 2 16 1 |
| 34 | 5 2 12 | 5 3 21 | 4 3 51 | 4 4 3 | 5 5 11 | 3 3 10 | 3 3 10 | 3 3 34 | 3 3 2 | 3 4 2 | 3 3 2 | 4 18 2 |
| 35 | 3 4 12 | 3 3 14 | 2 3 43 | 4 3 7 | 3 4 10 | 3 2 9 | 3 4 8 | 3 2 34 | 4 3 2 | 2 3 2 | 4 3 2 | 3 17 2 |
| 36 | 4 1 13 | 5 3 19 | 5 3 51 | 3 4 2 | 3 4 12 | 3 4 9 | 4 4 10 | 4 4 33 | 3 3 2 | 3 3 2 | 4 3 2 | 1 19 2 |
| 37 | 4 3 9 | 4 3 16 | 4 2 38 | 3 4 6 | 3 4 12 | 1 4 10 | 2 4 9 | 3 3 37 | 2 3 1 | 3 3 2 | 1 4 2 | 3 13 2 |
| 38 | 4 3 12 | 3 3 14 | 4 1 40 | 3 3 4 | 1 2 6 | 2 2 7 | 2 2 6 | 4 1 23 | 2 2 1 | 4 3 1 | 1 3 1 | 1 14 1 |
| 39 | 4 1 16 | 4 3 19 | 4 5 56 | 3 3 6 | 4 2 10 | 3 3 11 | 4 5 12 | 5 5 39 | 5 3 3 | 3 4 2 | 4 3 2 | 5 21 2 |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| 40 | 4 1 13 | 4 5 18 | 5 5 49 | 2 5 4 | 4 3 13 | 3 5 15 | 3 5 12 | 4 3 44 | 3 5 2 | 3 4 3 | 4 5 5 | 3 18 |
| 41 | 4 3 16 | 4 4 18 | 3 4 51 | 3 4 8 | 2 4 11 | 4 4 12 | 4 3 11 | 4 3 42 | 4 4 2 | 4 4 3 | 3 4 4 | 5 17 |
| 42 | 4 2 14 | 3 1 17 | 3 3 46 | 3 4 5 | 3 3 9 | 4 3 9 | 4 3 6 | 3 2 29 | 4 1 2 | 3 3 1 | 2 2 | 3 15 |
| 43 | 3 3 16 | 3 2 17 | 3 3 51 | 3 3 4 | 4 3 7 | 4 2 9 | 3 2 12 | 3 3 32 | 5 5 2 | 4 4 2 | 4 3 | 1 18 |
| 44 | 4 2 12 | 3 2 17 | 3 2 47 | 4 4 5 | 4 4 10 | 2 3 8 | 3 3 6 | 3 2 29 | 4 2 2 | 3 2 1 | 4 2 | 3 18 |
| 45 | 3 5 14 | 3 4 18 | 1 5 47 | 3 4 10 | 3 3 10 | 2 3 12 | 5 3 12 | 5 4 44 | 3 4 2 | 4 5 3 | 3 3 | 5 15 |
| 46 | 5 4 10 | 2 4 12 | 1 4 33 | 3 5 7 | 1 3 13 | 5 5 12 | 1 5 12 | 1 3 44 | 1 5 1 | 3 4 3 | 5 3 | 3 11 |
| 47 | 4 3 7 | 3 4 11 | 1 4 30 | 1 3 7 | 1 5 13 | 1 5 12 | 2 3 11 | 3 3 43 | 2 4 1 | 1 4 3 | 5 5 | 4 12 |
| 48 | 1 4 12 | 1 3 11 | 1 3 36 | 3 4 7 | 3 4 9 | 2 3 12 | 4 2 10 | 4 4 38 | 4 2 1 | 2 4 2 | 1 5 | 3 13 |
| 49 | 5 3 13 | 5 3 22 | 4 4 53 | 4 4 6 | 5 3 9 | 3 3 10 | 3 3 6 | 3 2 31 | 3 2 2 | 4 2 1 | 4 2 | 3 18 |
| 50 | 4 2 15 | 4 1 19 | 4 1 53 | 3 3 4 | 3 3 6 | 3 2 8 | 5 1 10 | 5 3 28 | 4 3 2 | 3 4 1 | 3 4 | 2 19 |
| 51 | 3 4 8 | 3 4 14 | 4 4 35 | 2 4 7 | 2 4 11 | 1 4 12 | 2 3 9 | 2 3 39 | 1 3 1 | 4 3 2 | 4 4 | 3 13 |
| 52 | 4 2 12 | 4 2 19 | 4 2 50 | 5 3 4 | 4 2 10 | 2 4 8 | 4 4 10 | 4 4 32 | 3 4 2 | 3 3 2 | 3 3 | 2 19 |
| 53 | 4 2 10 | 4 2 18 | 4 2 42 | 3 2 5 | 3 2 8 | 3 3 7 | 4 3 5 | 2 3 25 | 2 1 2 | 3 3 1 | 3 3 | 3 14 |
| 54 | 5 2 15 | 5 2 20 | 5 2 55 | 4 4 4 | 3 4 12 | 4 4 9 | 3 4 9 | 4 3 34 | 3 3 3 | 4 3 2 | 4 3 | 2 20 |
| 55 | 5 4 15 | 4 3 23 | 1 5 57 | 5 5 7 | 5 4 10 | 1 1 13 | 5 5 11 | 5 5 41 | 5 1 3 | 4 5 2 | 3 3 | 3 19 |
| 56 | 4 4 20 | 3 3 18 | 3 2 59 | 5 3 7 | 3 5 14 | 5 4 7 | 3 5 9 | 5 3 37 | 5 3 3 | 5 3 2 | 3 2 | 3 21 |
| 57 | 1 5 12 | 3 3 17 | 5 5 50 | 5 4 8 | 5 5 13 | 3 3 13 | 5 5 8 | 1 1 42 | 5 2 2 | 3 5 3 | 5 4 | 3 21 |
| 58 | 2 5 12 | 1 5 14 | 4 5 41 | 5 4 8 | 3 1 7 | 5 1 12 | 4 5 13 | 2 5 40 | 1 4 1 | 4 4 2 | 3 3 | 3 15 |
| 59 | 3 5 15 | 4 5 20 | 5 5 55 | 1 5 9 | 5 3 11 | 3 4 14 | 5 4 13 | 4 4 47 | 5 4 3 | 3 5 3 | 5 4 | 4 20 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| 60 | 4 5 12 | 3 5 19 | 3 5 49 | 5 3 10 | 4 5 14 | 4 4 13 | 5 5 13 | 1 3 50 | 4 5 2 | 3 5 3 | 5 5 3 | 5 5 5 | 5 18 |
| 61 | 4 5 16 | 3 4 21 | 2 3 54 | 5 2 7 | 4 3 12 | 4 4 10 | 5 5 10 | 4 2 39 | 3 3 3 | 5 5 2 | 3 5 5 | 3 5 5 | 2 17 |
| 62 | 5 2 13 | 4 4 21 | 3 5 50 | 4 4 6 | 5 4 12 | 4 5 14 | 4 3 10 | 4 3 42 | 2 3 2 | 3 4 3 | 3 5 5 | 3 4 5 | 4 16 |
| 63 | 2 2 12 | 3 1 13 | 5 3 42 | 4 3 3 | 3 2 7 | 5 2 9 | 3 3 9 | 3 3 28 | 2 2 2 | 2 4 1 | 3 3 3 | 1 17 | |
| 64 | 3 5 16 | 3 4 16 | 5 3 55 | 5 3 8 | 3 4 12 | 2 3 10 | 2 5 12 | 4 4 42 | 5 3 3 | 5 5 3 | 4 5 4 | 3 23 | |
| 65 | 3 3 11 | 4 3 16 | 3 3 42 | 3 3 7 | 2 3 10 | 3 4 9 | 4 3 11 | 3 3 37 | 2 3 2 | 3 5 2 | 4 3 4 | 4 15 | |
| 66 | 3 3 11 | 3 3 14 | 3 2 39 | 2 2 6 | 4 1 5 | 3 1 5 | 2 3 5 | 4 2 21 | 2 1 1 | 2 2 1 | 3 1 1 | 3 14 | |
| 67 | 4 1 14 | 3 2 16 | 4 4 50 | 4 5 4 | 3 4 12 | 3 4 11 | 3 4 9 | 4 4 36 | 4 2 2 | 4 3 2 | 3 2 4 | 4 20 | |
| 68 | 5 5 17 | 3 5 19 | 5 5 57 | 5 4 9 | 3 5 14 | 5 4 14 | 3 5 14 | 2 4 51 | 5 5 3 | 5 5 3 | 4 5 5 | 4 21 | |
| 69 | 3 5 12 | 4 3 18 | 3 4 45 | 5 5 7 | 3 3 11 | 3 5 13 | 5 3 9 | 2 3 40 | 4 3 2 | 3 3 2 | 1 4 4 | 2 15 | |
| 70 | 5 5 17 | 4 3 24 | 5 5 64 | 5 4 9 | 5 3 8 | 4 3 13 | 5 2 10 | 5 3 40 | 3 2 3 | 5 5 2 | 5 4 4 | 4 23 | |
| 71 | 3 5 14 | 3 5 20 | 5 5 53 | 5 5 10 | 5 5 10 | 5 1 13 | 4 4 9 | 1 3 42 | 3 3 2 | 5 3 3 | 5 3 3 | 5 19 | |
| 72 | 4 3 13 | 3 2 18 | 5 3 51 | 4 3 6 | 4 3 10 | 3 4 11 | 4 3 10 | 4 3 37 | 3 2 2 | 3 5 2 | 4 5 5 | 3 20 | |
| 73 | 4 5 17 | 3 5 18 | 3 2 56 | 3 5 9 | 3 4 14 | 2 5 11 | 3 5 9 | 5 3 43 | 5 3 3 | 5 3 3 | 5 4 4 | 4 21 | |
| 74 | 2 3 18 | 3 3 15 | 5 5 54 | 2 3 5 | 3 4 6 | 3 1 13 | 2 1 8 | 5 1 32 | 5 2 3 | 5 5 2 | 4 5 5 | 2 21 | |
| 75 | 4 4 16 | 5 4 22 | 4 4 58 | 5 5 6 | 4 4 12 | 5 4 13 | 5 4 12 | 4 4 43 | 3 4 3 | 4 4 3 | 4 4 4 | 2 20 | |
| 76 | 3 3 14 | 3 5 16 | 3 3 47 | 4 3 7 | 3 3 10 | 4 4 10 | 4 3 11 | 4 4 38 | 3 4 2 | 3 4 2 | 3 4 4 | 4 17 | |
| 77 | 3 3 10 | 3 3 14 | 2 3 36 | 3 2 6 | 2 2 7 | 2 2 8 | 3 3 8 | 2 2 29 | 3 3 1 | 3 3 1 | 2 3 3 | 3 12 | |
| 78 | 5 5 18 | 3 5 19 | 4 5 58 | 5 3 10 | 3 4 14 | 4 5 13 | 3 5 11 | 4 3 48 | 5 3 3 | 5 5 3 | 3 5 5 | 5 21 | |
| 79 | 3 1 12 | 4 1 16 | 2 1 43 | 2 2 4 | 3 2 8 | 2 2 5 | 3 4 7 | 3 2 24 | 4 2 2 | 3 3 1 | 4 2 4 | 3 15 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| 80 | 3 5 13 | 2 3 15 | 4 4 47 | 3 3 7 | 4 5 14 | 2 4 12 | 3 5 12 | 3 3 45 | 5 4 2 | 3 5 3 | 4 5 5 | 2 19 |
| 81 | 3 4 16 | 3 4 17 | 3 4 52 | 4 3 8 | 3 4 11 | 4 3 10 | 4 4 9 | 4 3 38 | 4 3 2 | 4 3 2 | 4 3 3 | 4 19 |
| 82 | 4 4 17 | 4 5 20 | 4 4 58 | 5 5 8 | 4 4 13 | 4 5 13 | 4 4 14 | 5 5 48 | 4 4 3 | 4 5 3 | 3 4 4 | 4 21 |
| 83 | 5 5 13 | 4 3 22 | 2 3 49 | 4 4 6 | 3 3 12 | 3 4 12 | 5 4 11 | 2 4 41 | 3 3 2 | 5 4 2 | 3 4 5 | 1 14 |
| 84 | 5 3 13 | 4 4 20 | 3 3 51 | 4 3 5 | 4 4 7 | 4 2 9 | 5 1 11 | 3 3 32 | 4 3 2 | 2 3 2 | 4 5 2 | 2 18 |
| 85 | 5 2 8 | 5 4 19 | 5 4 41 | 4 5 4 | 3 5 15 | 3 5 12 | 3 5 13 | 1 4 44 | 1 4 1 | 3 4 3 | 3 5 3 | 2 14 |
| 86 | 5 1 17 | 5 5 22 | 4 5 62 | 5 5 6 | 4 5 11 | 5 1 12 | 5 5 12 | 4 2 41 | 5 5 3 | 3 5 2 | 5 2 5 | 5 23 |
| 87 | 4 5 19 | 4 4 22 | 5 5 65 | 5 5 10 | 5 3 10 | 5 4 11 | 4 3 8 | 5 4 39 | 4 3 3 | 5 1 2 | 5 1 5 | 5 24 |
| 88 | 3 5 18 | 4 3 17 | 4 4 56 | 3 4 9 | 3 4 13 | 4 5 12 | 3 4 14 | 5 5 48 | 5 5 3 | 4 4 3 | 4 4 4 | 4 21 |
| 89 | 5 5 18 | 3 5 20 | 5 5 62 | 4 5 10 | 5 5 13 | 4 5 15 | 3 3 13 | 5 5 51 | 5 3 3 | 4 5 3 | 5 5 5 | 5 24 |
| 90 | 4 1 12 | 4 3 17 | 1 4 42 | 3 5 4 | 3 4 10 | 3 3 14 | 2 3 11 | 2 4 39 | 3 4 2 | 4 4 2 | 4 3 5 | 3 13 |
| 91 | 5 1 11 | 4 2 14 | 1 3 36 | 1 4 6 | 3 3 6 | 5 1 9 | 1 2 6 | 4 2 27 | 1 1 1 | 1 3 1 | 4 2 4 | 5 11 |
| 92 | 5 3 8 | 3 1 13 | 5 1 35 | 3 4 8 | 3 2 8 | 3 3 6 | 1 3 6 | 1 3 28 | 3 2 1 | 1 1 1 | 2 1 1 | 5 14 |
| 93 | 4 4 12 | 4 3 17 | 3 3 45 | 4 4 7 | 3 3 10 | 3 3 11 | 3 4 10 | 3 4 38 | 3 3 2 | 3 3 2 | 3 4 4 | 3 16 |
| 94 | 2 1 6 | 2 2 9 | 2 2 23 | 2 2 2 | 2 1 4 | 1 2 6 | 1 1 5 | 2 2 17 | 1 1 1 | 2 2 1 | 1 2 2 | 1 8 |
| 95 | 4 5 20 | 4 5 22 | 5 2 65 | 4 5 8 | 4 5 12 | 5 4 12 | 5 3 14 | 5 5 46 | 5 4 3 | 5 5 3 | 4 5 5 | 3 23 |
| 96 | 4 4 15 | 3 4 16 | 5 3 53 | 3 4 8 | 4 3 6 | 3 2 11 | 3 1 12 | 5 4 37 | 5 4 2 | 2 4 2 | 4 4 4 | 4 22 |
| 97 | 4 5 18 | 4 5 18 | 5 5 59 | 4 5 9 | 4 5 12 | 4 4 15 | 2 3 12 | 5 4 48 | 5 3 3 | 4 5 3 | 4 5 5 | 4 23 |
| 98 | 4 3 14 | 4 3 16 | 4 3 49 | 3 4 5 | 3 3 10 | 3 4 11 | 2 3 10 | 4 3 36 | 4 3 2 | 3 4 2 | 4 4 4 | 2 19 |
| 99 | 4 4 14 | 4 4 17 | 4 4 49 | 3 5 7 | 3 5 14 | 3 5 12 | 3 4 12 | 4 4 45 | 4 4 2 | 3 4 3 | 3 4 3 | 3 18 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| 100 | 4 3 12 | 4 4 18 | 3 4 46 | 3 4 6 | 4 4 12 | 3 4 11 | 3 4 14 | 3 5 43 | 3 5 2 | 3 4 3 | 4 3 3 | 3 16 |
| 101 | 5 5 12 | 5 5 20 | 4 5 48 | 4 4 10 | 4 3 9 | 4 3 12 | 4 3 9 | 3 3 40 | 3 3 2 | 2 3 2 | 2 3 3 | 5 16 |
| 102 | 5 3 12 | 5 3 22 | 5 3 51 | 4 3 6 | 4 4 11 | 4 3 9 | 4 4 8 | 2 3 34 | 2 3 2 | 2 3 2 | 4 2 3 | 3 17 |
| 103 | 4 2 10 | 3 2 16 | 3 2 42 | 4 3 4 | 4 3 9 | 1 3 9 | 1 3 10 | 3 3 32 | 2 3 2 | 4 3 2 | 4 4 2 | 2 16 |
| 104 | 5 1 12 | 4 3 18 | 4 3 47 | 4 3 2 | 3 3 7 | 3 2 8 | 2 2 9 | 2 3 26 | 3 3 2 | 4 3 1 | 4 2 1 | 1 17 |
| 105 | 3 1 12 | 3 3 15 | 3 3 40 | 1 3 2 | 2 2 8 | 3 4 7 | 3 2 5 | 3 2 22 | 2 2 1 | 4 1 1 | 4 1 1 | 1 13 |
| 106 | 4 1 13 | 2 4 16 | 3 2 44 | 3 4 2 | 4 2 8 | 5 2 8 | 3 4 8 | 1 4 26 | 4 1 2 | 3 3 1 | 4 2 1 | 1 15 |
| 107 | 4 1 17 | 4 1 19 | 4 1 59 | 5 5 2 | 4 5 14 | 4 5 9 | 4 4 11 | 5 4 36 | 5 3 3 | 3 4 2 | 4 3 3 | 1 23 |
| 108 | 5 2 11 | 5 3 18 | 5 3 44 | 3 4 4 | 3 4 11 | 3 4 10 | 2 3 8 | 3 3 33 | 2 3 2 | 3 2 2 | 2 3 2 | 2 15 |
| 109 | 4 3 16 | 4 5 22 | 5 1 58 | 3 1 6 | 5 3 8 | 5 3 3 | 5 2 6 | 4 2 23 | 3 2 3 | 4 2 1 | 5 1 1 | 3 20 |
| 110 | 4 2 11 | 4 3 16 | 4 3 44 | 4 4 4 | 3 4 12 | 3 4 11 | 3 4 10 | 4 3 37 | 2 3 2 | 2 4 2 | 3 4 4 | 2 17 |
| 111 | 5 4 13 | 4 3 19 | 5 5 49 | 2 5 9 | 3 3 10 | 1 3 14 | 2 4 11 | 4 3 44 | 3 3 2 | 5 5 3 | 3 4 4 | 5 17 |
| 112 | 5 3 9 | 3 3 14 | 1 4 33 | 3 3 6 | 2 5 10 | 4 3 12 | 1 2 11 | 1 3 39 | 1 5 1 | 3 3 2 | 4 5 5 | 3 10 |
| 113 | 5 5 20 | 5 2 23 | 5 1 66 | 3 5 9 | 3 3 13 | 5 5 11 | 5 5 14 | 5 5 47 | 5 4 3 | 5 5 3 | 5 5 5 | 4 23 |
| 114 | 1 3 12 | 1 3 12 | 2 4 36 | 3 5 6 | 3 3 9 | 2 4 14 | 3 2 11 | 3 4 40 | 3 5 1 | 4 2 2 | 1 5 5 | 3 12 |
| 115 | 5 3 14 | 3 3 18 | 2 3 47 | 1 5 6 | 4 5 13 | 3 4 12 | 3 4 14 | 3 5 45 | 5 5 2 | 3 4 3 | 4 4 4 | 3 15 |
| 116 | 5 2 15 | 4 2 20 | 4 2 52 | 2 4 5 | 3 2 8 | 3 2 8 | 4 4 9 | 4 5 30 | 4 2 2 | 4 2 1 | 4 2 2 | 3 17 |
| 117 | 5 4 8 | 2 2 16 | 3 1 41 | 5 3 7 | 5 5 13 | 3 4 9 | 3 4 8 | 1 2 37 | 3 1 1 | 1 5 2 | 5 5 5 | 3 17 |
| 118 | 3 5 18 | 3 4 20 | 5 5 58 | 4 3 10 | 4 4 14 | 5 5 13 | 5 5 7 | 4 1 44 | 4 1 3 | 5 5 3 | 3 5 3 | 5 20 |
| 119 | 3 2 6 | 3 5 16 | 1 5 33 | 4 5 6 | 5 5 15 | 1 5 13 | 2 5 11 | 1 4 45 | 1 4 1 | 3 3 3 | 4 3 4 | 4 11 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 120 | 4 4 15 | 3 1 19 | 3 4 46 | 1 4 9 | 3 4 12 | 4 5 12 | 5 3 8 | 3 3 41 | 4 2 2 | 4 3 2 | 1 4 4 | 5 12 2 |
| 121 | 3 3 10 | 4 5 15 | 4 5 39 | 3 4 6 | 3 4 11 | 3 4 12 | 2 3 7 | 2 2 36 | 2 4 1 | 2 3 2 | 3 1 3 | 3 14 2 |
| 122 | 4 2 13 | 2 2 16 | 4 2 46 | 3 4 5 | 3 4 12 | 3 4 9 | 4 4 10 | 4 3 36 | 3 3 2 | 3 4 2 | 3 3 3 | 3 17 2 |
| 123 | 3 3 13 | 4 3 18 | 4 3 48 | 3 4 6 | 3 4 11 | 3 4 9 | 4 3 10 | 3 2 36 | 3 4 2 | 3 4 2 | 4 4 2 | 3 17 2 |
| 124 | 4 4 11 | 4 2 18 | 4 2 45 | 3 4 6 | 4 4 12 | 2 4 10 | 4 4 11 | 2 3 39 | 5 3 2 | 2 3 2 | 2 5 2 | 2 16 2 |
| 125 | 4 3 14 | 4 3 19 | 3 3 50 | 3 4 7 | 4 2 10 | 3 3 9 | 4 5 10 | 4 2 36 | 4 4 2 | 4 4 2 | 3 4 2 | 3 17 2 |
| 126 | 5 2 16 | 5 4 22 | 4 3 57 | 4 3 5 | 4 3 10 | 4 4 9 | 4 3 8 | 4 4 32 | 4 2 3 | 4 2 2 | 4 3 3 | 3 19 2 |
| 127 | 4 4 13 | 4 3 18 | 4 4 50 | 4 4 7 | 4 5 14 | 3 5 11 | 3 4 10 | 3 4 42 | 4 3 2 | 3 3 3 | 4 3 3 | 3 19 3 |
| 128 | 5 1 17 | 4 3 22 | 4 5 60 | 4 3 5 | 4 4 12 | 4 3 11 | 5 5 13 | 5 5 41 | 4 4 3 | 4 4 2 | 4 3 3 | 4 21 2 |
| 129 | 4 4 14 | 4 2 18 | 4 1 50 | 4 5 7 | 3 3 11 | 3 5 9 | 3 3 12 | 4 5 39 | 3 3 2 | 4 4 2 | 3 3 3 | 3 18 2 |
| 130 | 3 4 13 | 2 2 15 | 4 3 43 | 4 4 7 | 3 3 9 | 4 4 11 | 3 2 11 | 2 4 38 | 3 3 2 | 4 4 2 | 2 4 4 | 3 15 2 |
| 131 | 4 3 13 | 4 2 18 | 4 1 49 | 3 1 5 | 3 3 7 | 3 2 6 | 4 2 5 | 4 1 23 | 3 2 2 | 3 2 1 | 3 4 4 | 2 18 1 |
| 132 | 4 4 11 | 3 3 15 | 1 3 41 | 4 5 8 | 2 5 11 | 2 4 11 | 3 2 11 | 3 3 41 | 3 4 1 | 3 4 2 | 4 3 3 | 4 15 2 |
| 133 | 3 3 11 | 2 3 13 | 2 1 38 | 3 5 5 | 2 5 12 | 3 4 9 | 3 3 9 | 1 3 35 | 4 2 1 | 3 4 2 | 4 3 3 | 2 14 2 |
| 134 | 5 4 12 | 5 3 18 | 4 2 49 | 4 4 7 | 3 4 11 | 4 4 9 | 3 4 11 | 3 4 38 | 3 3 2 | 2 4 2 | 5 3 3 | 3 19 2 |
| 135 | 5 3 13 | 3 2 19 | 4 1 49 | 3 5 6 | 4 5 13 | 3 4 9 | 4 4 7 | 4 3 35 | 4 1 2 | 3 3 2 | 3 3 3 | 3 17 2 |
| 136 | 4 1 8 | 3 2 15 | 4 2 35 | 3 4 2 | 3 4 11 | 3 4 7 | 2 4 9 | 1 3 29 | 1 3 1 | 3 3 1 | 3 1 3 | 1 12 1 |
| 137 | 4 4 8 | 4 4 15 | 4 4 35 | 2 3 7 | 1 2 7 | 2 3 10 | 3 2 8 | 2 3 32 | 1 3 1 | 3 2 2 | 3 3 3 | 3 12 2 |
| 138 | 3 2 9 | 4 2 15 | 2 2 37 | 3 4 5 | 4 2 8 | 2 3 9 | 2 3 7 | 2 3 29 | 3 2 1 | 2 2 1 | 3 3 3 | 3 13 1 |
| 139 | 4 3 12 | 3 3 16 | 4 3 44 | 4 4 5 | 2 3 9 | 4 4 10 | 4 2 11 | 2 4 35 | 3 4 2 | 3 3 2 | 3 3 3 | 2 16 2 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|----|----|----|----|---|---|---|----|
| 140 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 17 |
| | 15 | 18 | 50 | 6 | 11 | 11 | 10 | 38 | 2 | 2 | | |
| 141 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 |
| | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 15 |
| | 10 | 15 | 40 | 3 | 9 | 8 | 10 | 30 | 1 | 1 | | |
| 142 | 5 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 15 |
| | 14 | 19 | 48 | 7 | 10 | 10 | 11 | 38 | 2 | 2 | | |
| 143 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 12 |
| | 10 | 12 | 34 | 5 | 8 | 7 | 6 | 26 | 1 | 1 | | |
| 144 | 3 | 1 | 5 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 16 |
| | 9 | 13 | 38 | 4 | 6 | 6 | 8 | 24 | 1 | 1 | | |
| 145 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 5 | 4 | 3 |
| | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 16 |
| | 13 | 18 | 47 | 6 | 11 | 10 | 11 | 38 | 2 | 2 | | |
| 146 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 13 |
| | 12 | 14 | 39 | 4 | 12 | 9 | 11 | 36 | 1 | 2 | | |
| 147 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| | 5 | 5 | 3 | 3 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 16 |
| | 14 | 18 | 48 | 8 | 7 | 9 | 9 | 33 | 2 | 2 | | |
| 148 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 16 |
| | 12 | 17 | 45 | 4 | 7 | 6 | 8 | 25 | 2 | 1 | | |
| 149 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 |
| | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 18 |
| | 12 | 21 | 51 | 3 | 11 | 10 | 10 | 34 | 2 | 2 | | |
| 150 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 |
| | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 17 |
| | 12 | 14 | 43 | 7 | 10 | 9 | 8 | 34 | 2 | 2 | | |
| 151 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 1 |
| | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 19 |
| | 13 | 19 | 51 | 2 | 12 | 9 | 10 | 33 | 2 | 2 | | |
| 152 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 |
| | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 13 |
| | 9 | 16 | 38 | 6 | 12 | 10 | 9 | 37 | 1 | 2 | | |
| 153 | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 14 |
| | 12 | 14 | 40 | 4 | 6 | 7 | 6 | 23 | 1 | 1 | | |

CUESTIONARIO: Atención a Domicilio

A continuación se le presenta una serie de preguntas las cuales deberá usted responder, marcando con una (X) la respuesta que considere correcta:

I. Datos generales

1. Sexo:

Masculino

Femenino

2. Edad (años cumplidos)

:

| | Nunca | Casi nunca | A veces | Casi siempre | Siempre | | | | |
|----|--|------------|---------|--------------|---------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Nº | PREGUNTAS | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Cree Usted que el Personal de Salud se siente capacitado en la atención del Paciente? | | | | | | | | |
| 2 | ¿Cuándo Usted. Ha tenido dudas sobre la enfermedad del paciente el personal de salud se las ha resuelto? | | | | | | | | |
| 3 | ¿Conoce los nombres del personal de Salud que le atienden en su domicilio? | | | | | | | | |
| 4 | ¿Recibe información del personal de salud sobre la evolución de la enfermedad del paciente? | | | | | | | | |
| 5 | ¿Cree que su Paciente/Familia ha sido debidamente atendida por el personal de salud? | | | | | | | | |
| 6 | Durante la atención domiciliaria se sintió identificada con el personal de salud? | | | | | | | | |
| 7 | El Personal de salud ¿Le ha transmitido seguridad? | | | | | | | | |
| 8 | El Personal de Salud ¿Le ha brindado un trato cordial? | | | | | | | | |
| 9 | La atención domiciliaria que recibió su Paciente ¿cubrió sus expectativas o dudas? | | | | | | | | |
| 10 | ¿Hablaba con Usted el personal de salud sobre otros temas que no fuesen la enfermedad del paciente? | | | | | | | | |
| 11 | ¿Usted sintió que la información brindada por el personal de Salud fue veraz? | | | | | | | | |

Cuestionario: Calidad de Vida

A continuación se le presenta una serie de preguntas las cuales deberá usted responder, marcando con una (X) la respuesta que considere correcta:

I. Datos generales

1. Sexo:

Masculino

Femenino

2. Edad (años cumplidos)

 :

| | Nunca | Casi nunca | A veces | Casi siempre | Siempre | | | | | |
|----|--|------------|---------|--------------|---------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| Nº | PREGUNTAS | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | ¿Las funciones vitales del paciente se encuentran estables (temperatura, presión)? | | | | | | | | | |
| 2 | ¿El paciente se recrea con juegos de salón y otros? | | | | | | | | | |
| 3 | El paciente se encuentra satisfecho con la atención domiciliar que recibe? | | | | | | | | | |
| 4 | ¿El paciente se alimenta adecuadamente, de acuerdo a las indicaciones de la nutricionista? | | | | | | | | | |
| 5 | ¿El paciente se encuentra habitualmente de buen humor, hace bromas? | | | | | | | | | |
| 6 | ¿El paciente manifiesta tener una alta autoestima, y lo manifiesta con los demás? | | | | | | | | | |
| 7 | ¿El paciente manifiesta seguridad y no se le perciba preocupado? | | | | | | | | | |
| 8 | ¿El Paciente manifiesta preocuparse por su imagen personal (ropa, arreglo personal, útiles de aseo)? | | | | | | | | | |
| 9 | ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que recibe de sus amigos? | | | | | | | | | |
| 10 | Cuan satisfecho está con el acceso que tiene de los servicios de la comunidad? | | | | | | | | | |
| 11 | ¿El paciente, utiliza las redes sociales para estar en contacto con los parientes, amigos y otros? | | | | | | | | | |
| 12 | ¿Cuán satisfecho está de la atención que recibe por parte de su familiar u/o personal técnico? | | | | | | | | | |
| 13 | ¿El paciente participa de las reuniones familiares, comúnmente hace vida social? | | | | | | | | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito del presente documento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Lic. Jenny Isabel Purizaca Arizola, Asistente Social del programa COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins. Los objetivos de este estudio son: determinar la correlación entre la calidad de vida y la atención domiciliaria en los pacientes oncológicos terminales del programa COPHOES.

Si accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 7 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

Su participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones, y/o cuestionarios, éstos se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede negarse a participar o retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo(a) perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Lic. Jenny Isabel Purizaca Arizola, Asistente Social del programa COPHOES del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins. He sido informado (a) de que los objetivos de este estudio son determinar la correlación entre la calidad de vida y la atención domiciliaria en los pacientes oncológicos terminales del programa COPHOES.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 7 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Lic. Jenny I. Purizaca Arizola al teléfono 451-1685.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

.....

| | | |
|--|------------------------|-------|
| ... | | |
| Nombre del Participante (En letras de imprenta) | Firma del Participante | Fecha |

.....

| | | |
|--|------------------------|-------|
| ... | | |
| Nombre del Investigador (En letras de imprenta) | Firma del Investigador | Fecha |

ANEXO 4

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

| Nº | DIMENSIONES ITEMS Atención a Domicilio | Claridad1 | | Pertinencia 2 | | Relevancia3 | | Sugerencias |
|----|--|-----------|----|---------------|----|-------------|----|-------------|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| 1 | Cree Ud. Que el personal de salud se siente capacitado en la atención del Paciente. | | | | | | | |
| 2 | Cuando Ud. Ha tenido dudas sobre la enfermedad del paciente , el personal de salud se las ha resuelto. | X | | X | | X | | |
| 3 | Recibe información del personal de salud sobre la evolución de la enfermedad del Paciente | X | | X | | X | | |
| 4 | Cree que su Paciente/Familia ha sido debidamente atendida por el personal de salud. | X | | X | | X | | |
| 5 | Durante la atención domiciliaria se sintió identificada con el personal de salud. | X | | X | | X | | |
| 6 | El personal de salud le ha transmitido seguridad. | X | | X | | X | | |
| 7 | Ud. Sintió que la información del personal de salud fue veraz. | X | | X | | X | | |
| 8 | El personal de salud le ha brindado un trato cordial | X | | X | | X | | |
| 9 | La atención domiciliaria que recibió su Paciente ¿ cubrió sus expectativas o dudas? | X | | X | | X | | |
| 10 | Hablaba con Usted el personal de salud sobre otros temas que no fuesen la enfermedad del paciente | X | | X | | X | | |
| 11 | Conoce los nombres del personal de salud que le atienden en su domicilio | X | | X | | X | | |

Observaciones(precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) aplicable después de corregir ()Apellidos y Nombres del juez evaluador: Sotelo Estro, SM No aplicable () de del 20Especialidad del evaluador: Neurología DNI: 10/688/0

ANEXO 4

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

| Nº | DIMENSIONES ITEMS Calidad de Vida | Claridad1 | | Pertinencia 2 | | Relevancia3 | | Sugerencias |
|----|--|-----------|----|---------------|----|-------------|----|-------------|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| 1 | ¿Las Funciones vitales del paciente se encuentran estables (temperatura, Presión)? | X | | X | | X | | |
| 2 | ¿El paciente se recrea con juegos de salón y otros? | X | | X | | X | | |
| 3 | ¿El Paciente se encuentra satisfecho con la atención domiciliar que recibe? | X | | X | | X | | |
| 4 | ¿El paciente se alimenta adecuadamente, de acuerdo a las indicaciones de la Nutricionista? | X | | X | | X | | |
| 5 | ¿El Paciente se encuentra habitualmente de buen humor, hace bromas? | X | | X | | X | | |
| 6 | ¿El paciente manifiesta tener una alta autoestima, y lo manifiesta con los demás? | X | | X | | X | | |
| 7 | ¿El paciente manifiesta seguridad y no se le percibe preocupado? | X | | X | | X | | |
| 8 | ¿El paciente manifiesta preocuparse por su imagen personal (ropa, arreglo personal, útiles de aseo)? | X | | X | | X | | |
| 9 | ¿Cuán satisfecho está del apoyo que recibe de sus amigos? | X | | X | | X | | |
| 10 | ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene de los servicios de la comunidad? | X | | X | | X | | |
| 11 | ¿El paciente utiliza las redes sociales para estar en contacto con los parientes, amigos y otros? | X | | X | | X | | |
| 12 | ¿Cuán satisfecho está de la atención que recibe por parte de su familiar y/o personal técnico? | X | | X | | X | | |
| 13 | ¿El Paciente participa de las reuniones familiares, comúnmente hace vida social? | X | | X | | X | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable () de del 20.....

Apellidos y Nombres del juez evaluador: Santos, Aldo DNI: 15168816

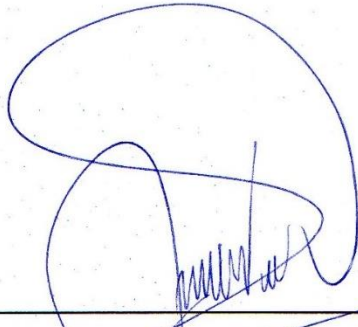
Especialidad del evaluador: Gerontología

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Dr. Vertiz Osos Jacinto Joaquin, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado “ **Atención Domiciliaria y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos Terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins,2015**”; de la estudiante **Purizaca Arizola Jenny Isabel** y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 25% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 02 de Agosto de 2018



Dr. Vértiz Osos Jacinto Joaquín
DNI: 16735482

Dr. Juan Carlos Duran Pomas

Dr. Carlos W. Soledad Estacio



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Atención Domiciliaria y Calidad de vida en Pacientes
Oncológicos Terminales del Hospital Nacional Edgardo
Rebagliati Martins, 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Br. Jenny Isabel Purizaca Arizola

ASESOR:

Dr. Carlos W. Sotelo Estacio

Resumen de coincidencias

25 %

Se están viendo fuentes estándar

[Ver fuentes en inglés \(Beta\)](#)

Coincidencias:

| | | | | |
|----|---|---|------|---|
| 25 | 1 | Entregado a Universida... Trabajo del estudiante | 8 % | > |
| | 2 | repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet | 7 % | > |
| | 3 | google.redalyc.org Fuente de Internet | 1 % | > |
| | 4 | scielo.isciii.es Fuente de Internet | 1 % | > |
| | 5 | repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet | 1 % | > |
| | 6 | entline.free.fr Fuente de Internet | <1 % | > |
| | 7 | www.researchgate.net Fuente de Internet | <1 % | > |
| | 8 | Entregado a Universida... Trabajo del estudiante | <1 % | > |
| | 9 | repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet | <1 % | > |



Atención Domiciliaria y Calidad de vida en Pacientes Oncológicos Terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTORA:
Br. Jenny Isabel Purizaca Arizola**

**ASESOR:
Dr. Carlos W. Sotelo Estacio**

Filtros y configuración

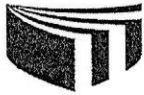
Filtros

- Excluir citas
- Excluir bibliografía
- Excluir fuentes que tengan menos de:
 - palabras
 - %
 - No excluir por tamaño

Configuración opcional

- Resaltado multicolor

Aplicar cambios Informe nuevo



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

PURIZACA ARIZOLA JENNY ISABEL

D.N.I. : 07461866

Domicilio : CA. U. LOS CERROS 112 J. N. S. PANDO J. K. RTA. SAN

Teléfono : Fijo : 4511685 Móvil : 920248026

E-mail : JENNY_101520@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :

Tesis de Post Grado

Maestría

Doctorado

Grado : MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE

Mención : LA SALUD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

PURIZACA ARIZOLA JENNY ISABEL

Título de la tesis:

ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES DEL HOSPITAL NACIONAL E. D. GARCIA PEDAGLIATI MARTINS, 2015

Año de publicación :

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma : [Signature]

Fecha : 07/08/2018

JOAQUIN
VERTIZ



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

[Handwritten signature and scribbles]

FORMATO DE SOLICITUD 02-05-2018

SOLICITA:

U^o B^o E. PASTA, P. A.

ESCUELA DE POSGRADO

JENNY ISABEL PURIZACA ARIZOLA con DNI N^o 07461866
(Nombres y apellidos del solicitante) *(Número de DNI)*
domiciliado (a) en CALLE LOS CEOROS 112 J LT. 5 PANDO LA ETAPA SAN MIGUEL
(Calle / Lote / Mz. / Urb. / Distrito / Provincia / Región)
ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: 2014-0 del programa: GESTION EN LOS
(Promoción) *(Nombre del programa)*
SERVICIOS DE SALUD identificado con el código de matrícula N^o 6000139248
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:



Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.

Lima, 27 de ABRIL de 2018

[Handwritten signature]
(Firma del solicitante)

Documentos que adjunto:

- a.
- b.
- c.
- d.

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:
Teléfonos: 920248026 / 4511685
Email: JENNY_101520@hotmail.com

