

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería



**Influencia de la capacidad funcional en la calidad de vida de pacientes
oncológicos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo,
Essalud. Arequipa, 2025.**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Hernandez Lopez, Deborah Nikole

ORCID: 0009-0008-9587-5212

Ramos Calderon, Camila Belinda

ORCID: 0009-0006-3065-1666

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesora:

Mg. Delgado del Carpio, Milna Marjorie

ORCID: 0000- 0002-4298-0954

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 01 de Julio del 2025

Dictamen: 015004-C-FENFER-2025

Visto el borrador del expediente 015004, presentado por:

2020801482 - HERNANDEZ LOPEZ DEBORAH NIKOLE

2020836202 - RAMOS CALDERON CAMILA BELINDA

Titulado:

**INFLUENCIA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO, ESSALUD.
AREQUIPA, 2025.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**29524150 - ZAPANA BEGAZO ROSEMARY
DICTAMINADOR**



**42232864 - ESPINOZA HUASHUA ANGELICA MARIA
DICTAMINADOR**



**29217246 - RIMACHI JACOBO SONIA FERNANDINA
DICTAMINADOR**



Influencia de la capacidad funcional en la calidad de vida de pacientes oncológicos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Essalud. Arequipa, 2025.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	7%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.usil.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	1library.co Fuente de Internet	1%
10	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
11	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía en la oscuridad y mi paz en la tormenta.

A mi padre Gustavo y mi madre Yesika, por su amor que me sostiene y su fe que me impulsa.

A mis hermanos Angelo y Nadhia, por ser parte de mi fuerza y alegría.

A mis abuelitos María Luisa y Adolfo, por su apoyo incondicional y ternura infinita.

A mis abuelos Olinda y Rigoberto, que desde el cielo han sido mi aliento silencioso.

Y a mi querida Pekhe, por acompañarme con su amor leal en cada paso.

A mi familia, por su amor incondicional, son mi fuerza y mi refugio en cada paso de este camino.

Deborah Hernandez Lopez

Con fe y gratitud, dedico este logro a Dios, por ser mi guía y fortaleza en todo momento.

A mi madre, Angélica, por su amor, valentía y por creer siempre en mí.

A mis abuelitos, Juan y Hermelinda, por su sabiduría y ternura, que han sido luz en mi camino.

Y a mi familia, especialmente a mi hermano Rodrigo, por su apoyo y cariño constante.

Camila Ramos Calderon

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios por guiarnos, fortalecernos y llenarnos de esperanza a lo largo de este proceso. Sin Su luz, este camino no habría sido posible.

A todas las personas que hicieron posible la realización de esta tesis, nuestro más sincero agradecimiento.

A la Mag. Milda Delgado del Carpio, por su guía, paciencia y valiosos aportes durante la investigación.

A la Mag. Rosmery Zapana Begazo, por su apoyo constante y orientación tanto académica como personal.

A la Decana Mirtha Cardeña Valverde, por su compromiso con la formación profesional y su ejemplo de liderazgo.

A la señora María Lourdes Ponce Carbajal, por su generosidad, apoyo y palabras de aliento que marcaron este camino.

Y a los pacientes oncológicos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, por compartirnos su fortaleza, su humanidad y enseñarnos, con su ejemplo, el verdadero valor de la vida.

A todos, nuestro más profundo agradecimiento.

RESUMEN

Influencia de la capacidad funcional en la calidad de vida de pacientes oncológicos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Essalud. Arequipa, 2025.

El estudio realizado tuvo como objetivo determinar la influencia de la capacidad funcional en la calidad de vida de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud. El tipo de estudio fue de campo, relacional y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 220 pacientes oncológicos que cumplieron los criterios de inclusión. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumentos se aplicó la Cédula de preguntas, en la cual se incluyeron las siguientes secciones: La ficha de recolección de datos para evaluar los datos sociodemográficos el Índice de Barthel para evaluar la capacidad funcional de los pacientes y para evaluar la calidad de vida se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida EORT QLQ - 30®. En los resultados se encontró que, la capacidad funcional de los pacientes oncológicos es de dependencia moderada en el 31,36%; la calidad de vida de los pacientes oncológicos es regular en el 88,18%. Se ha podido determinar que la capacidad funcional influye de forma altamente significativa en la calidad de los pacientes, por cuanto, en los pacientes que conservan su nivel de independencia predomina la calidad de vida regular y buena, mientras que, en los pacientes con el mayor porcentaje de mala calidad de vida, predomina la dependencia total, resultados que han permitido comprobar la hipótesis de estudio.

Palabras clave: capacidad funcional, calidad de vida, cáncer.

ABSTRACT

Influence of functional capacity on the quality of life of cancer patients at the Carlos Alberto Seguín Escobedo National Hospital, Essalud. Arequipa, 2025.

The study aimed to determine the influence of functional capacity on the quality of life of cancer patients treated at the Carlos Alberto Seguín Escobedo National Hospital (EsSalud). The study was a field-based, relational, and cross-sectional study. The study population consisted of 220 cancer patients who met the inclusion criteria. The survey technique used was used, and the Question Sheet was used as instruments, which included the following sections: a data collection form to evaluate sociodemographic data; the Barthel Index to evaluate the functional capacity of patients; and the EORT QLQ-30® Quality of Life Questionnaire to evaluate quality of life. The results showed that the functional capacity of cancer patients was moderately dependent in 31.36% of cases; and the quality of life of cancer patients was fair in 88.18%. It has been determined that functional capacity plays a highly significant role in patient quality of life. Patients who maintain their independence have a fair and good quality of life, while those with the highest percentage of poor quality of life are predominantly dependent. These results have allowed us to verify the study hypothesis.

Keywords: capacity functional, quality of life, cancer.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 4

1.1. Enunciado del problema 4

1.2. Descripción del problema 4

1.2.1. Operacionalización de Variables 4

1.2.2. Interrogantes Básicas 8

1.2.3. Tipo de problema 8

1.3. Justificación..... 8

2.MARCO TEÓRICO 9

2.1. Capacidad funcional 9

2.1.1. Concepto..... 9

2.1.2. Evaluación de la capacidad funcional 10

2.1.3. Impacto del cáncer en la capacidad funcional 12

2.1.4. Mecanismos que impulsan el deterioro de la capacidad funcional..... 15

2.2. Calidad de vida. 17

2.2.1. Concepto..... 17

2.2.2. Impacto del cáncer en la calidad de vida 19

2.3. Rol de enfermería en la capacidad funcional y calidad de vida. 20

2.4. El Modelo del Cuidado Humanizado de Jean Watson 21

3.ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS 26

3.1. Internacionales..... 26

3.2. Nacionales. 27

3.3. Locales. 27

4. OBJETIVOS 28

5. HIPÓTESIS..... 28

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL 29

1. TÉCNICA..... 30

2. INSTRUMENTOS:	30
2.1. Ficha de recolección de datos.....	30
2.2. Índice de Barthel (IB)	30
2.3. Cuestionario de Calidad de Vida EORT QLQ - 30®.....	31
3. CAMPO DE VERIFICACIÓN	32
3.1. Ubicación espacial.....	32
3.2. Ubicación temporal.....	32
3.3. Unidad de estudio	32
3.3.1. Universo	32
3.3.2. Muestra.....	32
3.3.3. Criterios de inclusión	33
3.3.4. Criterios de exclusión.....	33
4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
4.1. Organización	33
4.2. Recursos.....	34
CAPÍTULO III RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	35
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Edad de pacientes oncológicos	36
TABLA 2. Edad de pacientes oncológicos.	37
TABLA 3. Datos sociodemográficos en los pacientes oncológicos	38
TABLA 4. Tipo de cáncer según estadio en los pacientes oncológicos	40
TABLA 5. Tiempo de enfermedad en los pacientes oncológicos	42
TABLA 6. Tratamiento en los pacientes oncológicos	43
TABLA 7. Capacidad funcional en los en los pacientes oncológicos	45
TABLA 8. Capacidad funcional global en los pacientes oncológicos.....	47
TABLA 9. Área de funcionamiento en los pacientes oncológicos	49
TABLA 10. Estado de salud global en los pacientes	51
TABLA 11. Área de síntomas en los pacientes oncológicos	52
TABLA 12. Calidad de vida global en los pacientes oncológicos	54
TABLA 13. Relación entre la capacidad funcional y calidad de vida	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL.....	48
GRÁFICO 2 CALIDAD DE VIDA GLOBAL.....	55



ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	66
ANEXO 2 CÉDULA DE PREGUNTAS	68
ANEXO 3 ÍNDICE DE BARTHEL (IB)	69
ANEXO 4 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EORT QLQ – 30.....	70
ANEXO 5 APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA GRAAR-ESSALUD.....	71
ANEXO 6 APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN UCSM	74



INTRODUCCIÓN

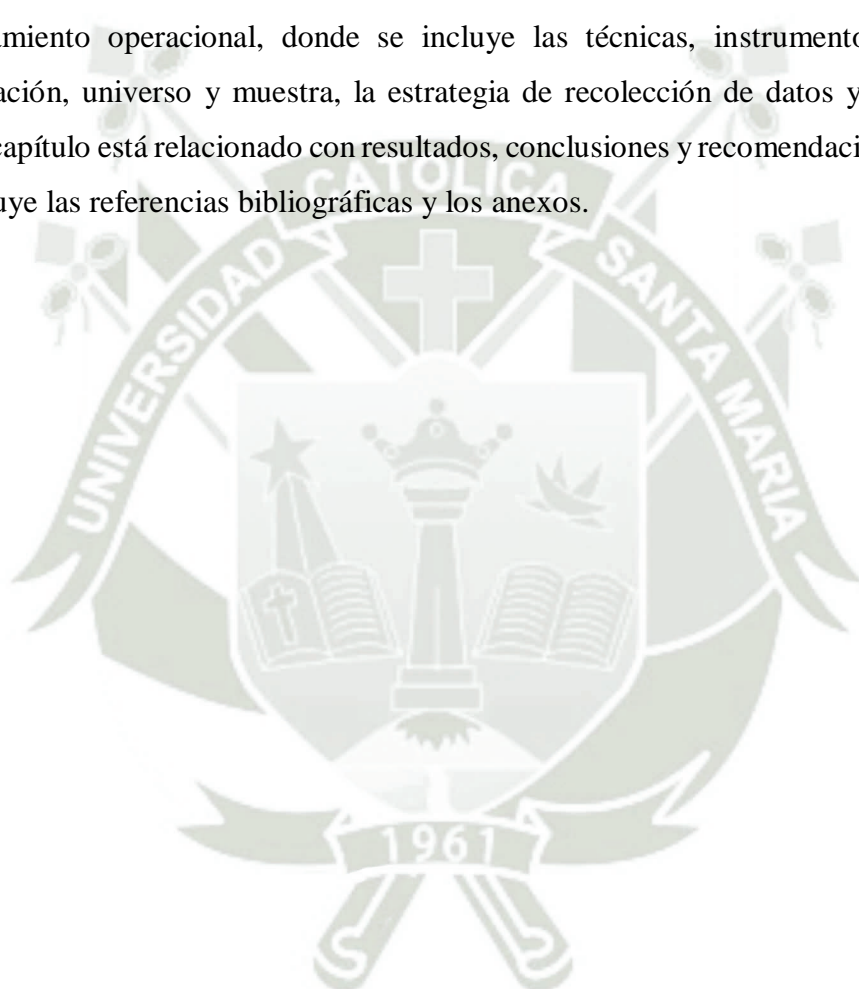
El cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo: en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones, siendo los cánceres más comunes, el cáncer de mama (2,26 millones de casos nuevos); de pulmón (2,21 millones de casos nuevos); colorrectal (1,93 millones de casos nuevos); de próstata (1,41 millones de casos nuevos); de piel (distinto del melanoma) (1,20 millones de casos nuevos); y gástrico (1,09 millones de casos nuevos) (1). Por lo que estas cifras demuestran que varios millones de personas en todo el mundo viven con cáncer, debido a lo cual, no sólo deben afrontar altas tasas de hospitalización, tratamientos agresivos y extenuantes, alta mortalidad y profundos cambios a nivel personal, laboral, familiar y social, sino que también experimentan limitaciones sustanciales en su capacidad funcional y calidad de vida en general (1).

En Perú, en el año 2024, el Ministerio de Salud (Minsa) reportó más de 4917 nuevos casos de cáncer en Perú, solo en los establecimientos de salud que se encuentran bajo su jurisdicción, siendo la tasa de incidencia acumulada de 14,4%, entre los tipos de cánceres más frecuentes destacan el de cuello uterino, mama, piel, colorrectal, estómago, próstata y linfomas, entre otros (2). Por su parte un informe de EsSalud reveló que durante el 2024 en los hospitales del Seguro Social de Salud a nivel nacional se brindaron atención especializada a un total de 180,991 asegurados con diagnósticos oncológicos, además de que se enfrentan también al incremento en la incidencia de estas patologías (3).

En el Servicio de Oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud, se ha podido observar que existe una gran demanda de pacientes que son atendidos debido a los diferentes tipos de cánceres, siendo estos pacientes, afectados no sólo por la gravedad del diagnóstico que enfrentan, el cual, en muchos casos se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que ensombrece su pronóstico sino también por las graves repercusiones que el cáncer acarrea en su capacidad funcional, calidad de vida, salud mental, desempeño familiar y social, entre otros (1). Siendo estas las razones que han motivado el interés de las investigadoras para llevar a cabo el presente estudio, el mismo que será realizado mediante la aplicación de instrumentos validados a una muestra de pacientes oncológicos que son atendidos en el citado hospital, los mismos que debido al proceso patológico que presentan, el tratamiento del mismo y el impacto a nivel mental y

psicoemocional, puede tener deterioro funcional más acelerado en comparación a otro tipo de pacientes que no padecen cáncer (4), por lo cual es vital mitigar el riesgo de deterioro funcional dado su impacto en la calidad de vida y mortalidad.

El estudio está organizado en capítulos, el primer capítulo es el planteamiento teórico, donde se describe el problema, las variables, interrogantes, justificación, objetivos, marco teórico, antecedentes investigativos e hipótesis de investigación. El segundo capítulo es el planteamiento operacional, donde se incluye las técnicas, instrumentos, el campo de verificación, universo y muestra, la estrategia de recolección de datos y los recursos. El tercer capítulo está relacionado con resultados, conclusiones y recomendaciones, finalmente se incluye las referencias bibliográficas y los anexos.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

Influencia de la capacidad funcional en la calidad de vida de pacientes oncológicos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud. Arequipa, 2025.

1.2. Descripción del problema

CAMPO: Ciencias de la Salud.

ÁREA: Enfermería.

LÍNEA: Salud del adulto.

1.2.1. Operacionalización de Variables

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad	18 – 59 60 a más
	Sexo	Masculino Femenino
	Nivel de instrucción	Ninguno Primaria Secundaria Superior
	Situación conyugal	Soltero Casado

		Conviviente Separado Viudo
	Ocupación	Empleado Independiente Comerciante Jubilado Ama de casa Estudiante
	Tipo de cáncer	Colorrectal Estómago Pulmón Linfoma Mama Otros
	Estadio	III IV
	Tiempo de enfermedad	Meses transcurridos desde el diagnóstico
	Tratamiento recibido	Cirugía Quimioterapia Radioterapia Inmunoterapia

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>CAPACIDAD FUNCIONAL</p> <p><i>Variable Independiente</i></p>	Aseo personal	<p>Incapaz de hacerlo</p> <p>Intenta, pero inseguro</p> <p>Cierta ayuda necesaria</p> <p>Mínima ayuda necesaria</p> <p>Totalmente independiente</p>
	Bañarse	<p>Incapaz de hacerlo</p> <p>Intenta, pero inseguro</p> <p>Cierta ayuda necesaria</p> <p>Mínima ayuda necesaria</p> <p>Totalmente independiente</p>
	Comer	<p>Incapaz de hacerlo</p> <p>Intenta, pero inseguro</p> <p>Cierta ayuda necesaria</p> <p>Mínima ayuda necesaria</p> <p>Totalmente independiente</p>
	Uso del retrete	<p>Incapaz de hacerlo</p> <p>Intenta, pero inseguro</p> <p>Cierta ayuda necesaria</p> <p>Mínima ayuda necesaria</p> <p>Totalmente independiente</p>
	Subir y bajar escaleras	<p>Incapaz de hacerlo</p> <p>Intenta, pero inseguro</p> <p>Cierta ayuda necesaria</p> <p>Mínima ayuda necesaria</p> <p>Totalmente independiente</p>
	Vestirse y desvestirse	<p>Incapaz de hacerlo</p> <p>Intenta, pero inseguro</p> <p>Cierta ayuda necesaria</p> <p>Mínima ayuda necesaria</p> <p>Totalmente independiente</p>

	Control de heces	<p>Incapaz de hacerlo</p> <p>Intenta, pero inseguro</p> <p>Cierta ayuda necesaria</p> <p>Mínima ayuda necesaria</p> <p>Totalmente independiente</p>
	Control de orina	<p>Incapaz de hacerlo</p> <p>Intenta, pero inseguro</p> <p>Cierta ayuda necesaria</p> <p>Mínima ayuda necesaria</p> <p>Totalmente independiente</p>
	Desplazarse	<p>Incapaz de hacerlo</p> <p>Intenta, pero inseguro</p> <p>Cierta ayuda necesaria</p> <p>Mínima ayuda necesaria</p> <p>Totalmente independiente</p>
	Traslado silla /cama	<p>Incapaz de hacerlo</p> <p>Intenta, pero inseguro</p> <p>Cierta ayuda necesaria</p> <p>Mínima ayuda necesaria</p> <p>Totalmente independiente</p>
CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS <i>Variable Dependiente</i>	Estado global de salud	Estado global de salud
	Área de funcionamiento	<p>Función física</p> <p>Actividad cotidiana</p> <p>Rol emocional</p> <p>Función Cognitiva</p> <p>Función Social</p>
	Área de síntomas	<p>Fatiga</p> <p>Dolor</p> <p>Náuseas y vómitos</p> <p>Disnea</p> <p>Insomnio</p> <p>Anorexia</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Diarrea</p> <p>Impacto económico</p>

1.2.2. Interrogantes Básicas

- 1) ¿Cuál es la capacidad funcional de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud?
- 2) ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud?
- 3) ¿Cómo influye la capacidad funcional en la calidad de vida de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud?

1.2.3. Tipo de problema

- Tipo: De Campo
- Nivel: Relacional de corte transversal.

1.3. Justificación

La relevancia científica del estudio, se basa en que el deterioro funcional en pacientes con cáncer es un tema amplio y complejo que presenta una interacción entre varios factores clave, entre ellos la edad, la función cognitiva, las comorbilidades, la carga de síntomas y los tratamientos recibidos. Por lo tanto, en el presente estudio se va realizar una minuciosa revisión bibliográfica que permita explorar la evidencia actual que vincula el cáncer, la capacidad funcional y la calidad de vida, de manera que se puedan mejorar las estrategias de atención de salud que se brinda a los pacientes. El estudio también servirá de antecedente para el desarrollo de futuras investigaciones.

La relevancia social del estudio, se basa en que el deterioro funcional se acelera en las personas que tienen cáncer de manera rápida después del diagnóstico y durante o después del tratamiento, en comparación con sus contrapartes libres de cáncer. Este deterioro de la capacidad funcional no solo afecta la calidad de vida, sino que también conlleva a una mayor carga de comorbilidad, mayor

dependencia de los cuidadores, institucionalización y mayor mortalidad temprana (4).

El trabajo presenta relevancia contemporánea, porque a nivel nacional se está incrementando de manera sostenida los diagnósticos de cáncer, los cuales, en muchos casos son detectados en etapas avanzadas de la enfermedad, situación que conlleva necesidad de tratamientos más agresivos y se asocia a un mal pronóstico. Asimismo, siendo el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, el establecimiento de referencia de la red EsSalud para los pacientes oncológicos, es preciso considerar la evaluación rutinaria de la capacidad funcional y calidad de vida, para que, mediante el uso de intervenciones basadas en evidencia, el riesgo de deterioro funcional en los sobrevivientes de cáncer puede mitigarse al menos en parte.

El estudio tiene viabilidad porque se cuenta con la autorización de la institución para el desarrollo del estudio, y también tiene factibilidad porque se dispone de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para su ejecución.

El interés personal para el desarrollo de la investigación es que se realizarán sugerencias basadas en los resultados de manera que se contribuya a mejorar la atención integral y humanizada que se brinda a los pacientes resaltando los cuidados basados en las Teorías de Enfermería y sustentadas en preceptos de la Psicooncología; además, nos motiva el deseo de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería a través del desarrollo de la presente investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Capacidad funcional

2.1.1. Concepto.

La capacidad funcional se define como la habilidad que tiene la persona para realizar las diferentes actividades que de manera normal realiza en su vida cotidiana. Según Segovia, citado por Guzmán y Mendoza, la capacidad funcional es el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten que las personas puedan realizar las actividades que exige su medio

y/o entorno para poder mantener sus funciones biológicas y sociales (5). Cabe precisar que la capacidad funcional con el paso de los años, va sufriendo una degradación, pero este nivel de degradación se presenta de forma diferente en cada persona sobre todo entre los 60 a 79 años en un 5%, en personas de 80 años a más se observa en un 50% de incidencia. Asimismo, la presencia de enfermedades sistémicas puede afectar la capacidad funcional en mayor o menor medida dependiendo de la gravedad de la enfermedad, por lo que resulta importante el diagnóstico oportuno de las enfermedades para tratar y prevenir la disminución agresiva de capacidades funcionales con una intervención oportuna (22).

2.1.2. Evaluación de la capacidad funcional

El deterioro de la capacidad funcional en pacientes con cáncer es un tema amplio y complejo que presenta una interacción entre varios factores clave, entre ellos la edad, la función cognitiva, las comorbilidades, la carga de síntomas y los medicamentos. El deterioro de la capacidad funcional se evalúa típicamente a través de una medida directa de la capacidad de un individuo para realizar de manera independiente sus actividades de la vida diaria (AVD). Las AVD se clasifican típicamente como básicas (tareas necesarias para el funcionamiento diario normal) o instrumentales (tareas que no son necesariamente esenciales pero que permiten a uno vivir de manera independiente). Las AVD básicas incluyen tareas como caminar, comer, vestirse, ir al baño e higiene personal. Las AVD instrumentales son típicamente más complejas e incluyen la gestión de las finanzas, las compras, el transporte, el mantenimiento del hogar, la comunicación y la gestión de medicamentos (4).

Existe controversia en cuanto a si el deterioro de la capacidad funcional es lo mismo que la fragilidad, la cual es definida típicamente como un “estado de reserva fisiológica reducida”, no es sinónimo de deterioro funcional, aunque ambos miden frecuentemente dominios que se superponen. La fragilidad es un concepto más amplio que el deterioro funcional y mide la vulnerabilidad al deterioro funcional en oposición al deterioro funcional en sí mismo; por lo

tanto, su utilidad clínica radica en su capacidad para predecir la susceptibilidad a la discapacidad. Si bien el deterioro de la capacidad funcional se puede observar a través de la evaluación de las AVD, la fragilidad a menudo es clínicamente asintomática al principio. En cambio, su desarrollo se puede identificar a través de marcadores como el estado nutricional, la actividad física, la movilidad, la energía, la fuerza, la cognición, el estado de ánimo y el apoyo social. En este sentido, la evaluación de la fragilidad requiere una “evaluación clínica” más integral más allá de la evaluación de las AVD (4). El fenotipo de fragilidad de Fried se considera típicamente la definición estándar de oro para la medición de la fragilidad y lo define como la presencia de tres o más de los siguientes: pérdida de peso involuntaria (al menos 10 libras/4,5 kg en el último año), debilidad (fuerza de agarre en el quintil más bajo ajustado por sexo e índice de masa corporal), lentitud (tiempo de caminata en el quintil más bajo ajustado por sexo y altura), un bajo nivel de actividad física y agotamiento autoinformado. La fragilidad ciertamente se observa en tasas mayores en pacientes con cáncer (7).

Existen varias medidas de la capacidad funcional que se pueden utilizar en pacientes con cáncer; estas herramientas incluyen instrumentos como el índice de Barthel, el estado funcional del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), el índice de independencia de Katz en la escala de actividades de la vida diaria (ADL), la Escala de actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), la escala de salud de Rosow-Breslau y la escala de estado funcional de Karnofsky (KPS) (8, 9). El estado funcional, medido mediante una evaluación de las puntuaciones ECOG (0-4), es particularmente relevante en oncología y a menudo se utiliza para medir la idoneidad para el tratamiento contra el cáncer. Las medidas de rendimiento físico, como la prueba Timed Up and Go (TUG), la fuerza de agarre, la prueba de caminata de 6 minutos (6MWT) y la velocidad de la marcha se pueden utilizar como marcadores sustitutos del estado funcional, ya que la fuerza física a menudo es necesaria para realizar las AVD (p. ej., se requiere una fuerza de agarre adecuada para el cuidado personal), aunque este no siempre es el caso, dado que se puede mantener cierto nivel de función en presencia de un rendimiento

físico deficiente. Sin embargo, el beneficio de las medidas de rendimiento físico radica en que su medición requiere observación directa en lugar de autoinforme, lo que proporciona una medida más objetiva de la función de un paciente (8).

2.1.3. Impacto del cáncer en la capacidad funcional

Hay evidencia sustancial que vincula el cáncer con la reducción de las actividades de la vida diaria en adultos y adultos mayores, aunque estos estudios tienden a ser pequeños, dado que la mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en los resultados relacionados con la enfermedad, como la supervivencia general o la supervivencia libre de progresión, en lugar de los resultados relacionados con el envejecimiento, como el deterioro funcional. Cabe destacar que menos estudios evalúan un deterioro longitudinal del estado funcional, probablemente debido a la dificultad logística de capturar el cambio en el estado funcional a lo largo del tiempo. Los que lo hacen suelen centrarse en el deterioro funcional posterior al tratamiento, y pocos estudios ajustan el impacto del tratamiento contra el cáncer y, por lo tanto, evalúan la influencia del tumor en sí mismo en el estado funcional. Además, la mayoría de los estudios capturan los deterioros funcionales que ocurren durante la fase aguda de un cáncer, durante el tratamiento activo o inmediatamente después del tratamiento. Por el contrario, hay una escasez de literatura que investigue el deterioro continuo de la función en los sobrevivientes del cáncer mucho después de que se haya realizado el tratamiento curativo (4).

Neo et al., citado por Guida et al., proporciona una descripción general de las AVD en su revisión sistemática y metaanálisis de 43 estudios que comprenden 19.246 adultos mayores con cáncer. Informaron que la prevalencia media de AVD deterioradas fue del 36,7% en la cohorte general, y que las AVD básicas afectadas con mayor frecuencia fueron la higiene personal, la deambulación y los traslados. Además, observaron que las AVD instrumentales afectadas con mayor frecuencia fueron las tareas domésticas, las compras y el transporte. Si bien los estudios dentro del metaanálisis no

hacen comparaciones con controles libres de cáncer, rastrean los cambios en la función a lo largo del tiempo o abordan si el deterioro de las AVD se produjo como resultado del cáncer y/o el tratamiento del cáncer, no obstante, ofrece un panorama amplio de la discapacidad en el paciente mayor con cáncer (8). Blackwood et al., citado por Guida et al., proporciona una instantánea similar del estado funcional en sobrevivientes de cáncer mayores utilizando el registro nacional de cáncer de vigilancia, epidemiología y resultados finales (SEER) y la Encuesta de resultados de salud de Medicare. En los mayores de 85 años, los cánceres de mama y próstata conferían el mayor riesgo de deterioro del estado funcional. El deterioro funcional generalmente aumentaba proporcionalmente al estadio en los cánceres de mama, colorrectal, pulmón y próstata. Al igual que en el estudio anterior, este análisis no comparó la cohorte de cáncer con un grupo de control; sin embargo, proporcionó una descripción general del impacto variable del tipo y estadio del cáncer en el estado funcional (8).

Varios estudios demuestran disminuciones longitudinales en el estado funcional en adultos con cáncer (4). Reeve et al., citados por Muhandiramge (4) demostraron una mayor disminución en la función física en pacientes con cáncer de próstata, mama, vejiga, colorrectal, riñón y pulmón, siendo este último el que mostró el mayor deterioro, aunque el estudio no ajustó las variables del tratamiento. Se han encontrado disminuciones funcionales en pacientes con cáncer de pulmón, próstata, mama y colorrectal dentro de un año del diagnóstico en comparación con un grupo libre de cáncer. Estos déficits no habían regresado a los niveles iniciales después de un año en los grupos con cáncer de pulmón o colorrectal, un hallazgo que los autores atribuyen a la muerte temprana debido al aumento de la mortalidad en estos tipos de cáncer o disminuciones relacionadas con la enfermedad en la función física (4). Estos hallazgos se han replicado en pacientes con linfoma; La Carpia et al. informaron puntuaciones de estado funcional estadísticamente significativamente peores en los sobrevivientes de cáncer en comparación con los controles sin cáncer (10).

El deterioro funcional en pacientes con cáncer de pulmón es un fenómeno particularmente bien documentado. Granger et al., citado por Muhandiramge demostraron puntuaciones más bajas en varios resultados funcionales en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas en comparación con controles libres de cáncer de la misma edad, y el cáncer se asoció con puntuaciones bajas en la prueba 6MWT (84 % de la distancia prevista) y fuerza del cuádriceps (diferencia media de 4,8 kg, IC del 95 % 1,6–8,1) al inicio. La cohorte del estudio también tuvo un desempeño deficiente en los componentes funcionales de las mediciones de calidad de vida, incluido el SF-36 y el cuestionario de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento (EORTC). Además, estos pacientes experimentaron una regresión en la actividad física autoinformada, la prueba 6MWT (84% de la distancia prevista al 69%, $p = 0,02$), la fuerza del cuádriceps (-3,9 kg, IC del 95%: -5,2, -2,6) y la fuerza de agarre (-2,7 kg, IC del 95%: -4,6, -1,4) en el transcurso de seis meses. Los pacientes con cáncer de pulmón también demostraron resultados basales por debajo del promedio en la prueba 6MWT y la fuerza de agarre, lo que sugiere un impacto intrínseco del cáncer en oposición al tratamiento del cáncer. Este fenómeno puede estar al menos en parte relacionado con la pérdida física de la capacidad pulmonar del paciente que afecta la tolerancia al ejercicio y, por extensión, la capacidad funcional. Es probable que el impacto de la radiación torácica agrave esto dado el vínculo entre dicha radiación y la función cardiorrespiratoria (4).

El impacto de varias modalidades de tratamiento del cáncer en el deterioro funcional es igualmente evidente. En pacientes mayores que recibieron quimioterapia de primera línea, el 16,7% experimentó un deterioro funcional medido a través de una evaluación geriátrica integral antes y después del tratamiento. Se ha demostrado disminuciones en la función física después de la quimioterapia adyuvante en pacientes mayores con cáncer de mama. Mientras que casi la mitad se había recuperado a los 12 meses, casi un tercio tenía un deterioro continuo después de este período. Los factores asociados con la resiliencia al deterioro funcional después de 12 meses incluyeron un

fuerte apoyo social y una menor carga ganglionar, mientras que la disnea basal y la falta de apetito predijeron un deterioro persistente. Los autores también sugieren que las intervenciones tempranas destinadas a mejorar el estado funcional pueden desempeñar un papel en la capacidad de un paciente para "recuperarse". También observaron disminuciones en el componente de función física del SF-36 a lo largo del estudio en el grupo con cáncer, mientras que encontraron aumentos en el grupo de control (11).

La radioterapia parece tener un impacto similar en el estado funcional. Se ha informado que la radioterapia fue un predictor estadísticamente significativo del deterioro, se observa una disminución en la puntuación mínima de ADL del conjunto de datos desde el comienzo de la radiación hasta 3 meses después, y luego nuevamente desde 3 meses hasta 6 meses después del tratamiento, dado el impacto de la radiación torácica en la función cardiorrespiratoria, puede ser que el deterioro funcional posterior a la radioterapia varía dependiendo de dónde se administra la radiación (4).

El impacto de la cirugía en la discapacidad de las AVD después de la cirugía es menos claro. Se ha informado una disminución transitoria en el estado funcional al mes de la operación para el cáncer esofágico o colorrectal, con recuperación de casi todos los pacientes a los 6 meses después de la operación. Van Egmond et al. informan hallazgos similares en un grupo de sobrevivientes de cáncer esofágico después de una esofagectomía, con un alto número de complicaciones postoperatorias, pero un retorno general del estado funcional a la línea base después de 3 meses. También se ha demostrado una tasa de disminución funcional del 56-60% entre los sobrevivientes de cáncer de mama a 1 año después de la cirugía, aunque esta cohorte comprendía residentes de hogares de ancianos que probablemente tenían un estado funcional inicial más pobre que la población general (12).

2.1.4. Mecanismos que impulsan el deterioro de la capacidad funcional.

El desarrollo del deterioro funcional en pacientes con cáncer es probablemente multifactorial, con factores de riesgo compartidos, factores

sociales, comorbilidades, factores relacionados con el tumor y el tratamiento, todos ellos desempeñando un papel. En los adultos mayores, es probable que el deterioro funcional ya se esté produciendo como una consecuencia normal del envejecimiento, independientemente de un diagnóstico de cáncer, y la tasa de deterioro funcional generalmente se acentúa con el aumento de la edad. Los pacientes pierden lentamente la función a medida que envejecen, con malos hábitos de vida y agresiones agudas, como el cáncer y el tratamiento contra el cáncer, que aceleran este proceso. Este deterioro se puede tolerar mientras el paciente tenga "reserva fisiológica", la capacidad de un individuo para tolerar los factores estresantes, hasta que llegue a un punto en el que se produzca la discapacidad funcional. Este modelo reconoce el lento deterioro de la función a lo largo de la vida y admite que las agresiones agudas, como el cáncer, no son los únicos impulsores del deterioro funcional en pacientes mayores con cáncer, sino que aceleran un deterioro preexistente. Si bien algunos de estos representan factores relacionados con el cáncer y el tratamiento, debe reconocerse el papel de los factores de riesgo compartidos en el deterioro funcional en pacientes mayores con cáncer. Por ejemplo, fumar es un fuerte factor de riesgo para el deterioro de la función pulmonar y tiene un impacto adverso en el estado funcional independientemente del estado del cáncer. Dado que fumar está fuertemente asociado con varios tipos de cáncer, con casi el 80% de los cánceres de pulmón causados por fumar, los pacientes mayores con cáncer con antecedentes de tabaquismo pueden haber experimentado un deterioro funcional relacionado con el tabaquismo, independientemente de su diagnóstico o tratamiento del cáncer. Estos pacientes también pueden tener una enfermedad pulmonar concomitante relacionada con el tabaquismo, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una afección vinculada independientemente con un peor estado funcional. La obesidad, otro factor de riesgo significativo para el cáncer, particularmente en mujeres mayores postmenopáusicas, puede acelerar independientemente el deterioro funcional (13).

Varios factores relacionados con el tumor pueden contribuir al deterioro funcional, aunque esto varía entre los tipos de cáncer. En pacientes con cáncer

de pulmón primario o metástasis pulmonares múltiples, por ejemplo, la reposición del volumen pulmonar y la consiguiente reducción de la función pulmonar pueden afectar negativamente al estado funcional. Los pacientes con neoplasias cerebrales primarias o secundarias pueden experimentar discapacidad funcional debido a déficits motores o sensoriales. De manera similar, los pacientes con compresión metastásica de la médula espinal a menudo sufren déficits funcionales. En los cánceres que no afectan a las estructuras orgánicas, es probable que los síntomas relacionados con el tumor, como el dolor, la fatiga y los síntomas depresivos, sean el principal mecanismo impulsor del deterioro funcional. Esto puede ser particularmente común en las neoplasias hematológicas, considerando la prevalencia de la anemia y su impacto posterior en los niveles de energía del paciente. Dado que hasta un 38% de los pacientes con cáncer informan dolor moderado a severo, y que la fatiga y los síntomas depresivos son igualmente comunes, reconocer el impacto de dichos síntomas juega un papel importante en cualquier evaluación integral del estado funcional (14).

2.2. Calidad de vida.

2.2.1. Concepto.

La calidad de vida se introduce en la investigación clínica mediante un denominado constructo operativo, que reconoce que la vida de un individuo y la calidad de vida que la acompaña no se pueden cuantificar de forma objetiva (15). En cambio, y de forma bastante pragmática, la calidad de vida de un paciente se cuantifica utilizando mediciones obtenidas a partir de un conjunto de dimensiones cuantificables y definidas de forma sensata (15). Los principales puntos de acuerdo entre los investigadores de la calidad de vida sobre este constructo se pueden resumir en las afirmaciones de que la calidad de vida es:

1. Multidimensional: abarca elementos importantes del bienestar emocional, social y físico del paciente;
2. Subjetivo: depende principalmente del propio juicio del paciente; y

3. No estático: y sujeto a transiciones a lo largo de la vida del paciente (15).

El punto 1 lleva al requisito de que la calidad de vida debe diseccionarse en sus aspectos principales, cada uno de los cuales puede concretarse lo suficiente para una evaluación en pacientes. Un instrumento de medición adecuado debe dar cuenta de la multidimensionalidad de la calidad de vida al abarcar satisfactoriamente todas las dimensiones principales (15). El segundo punto del constructo de la calidad de vida parece bastante obvio, pero ha llevado algún tiempo establecerse que, siempre que sea posible, el paciente individual es la principal autoridad a la que se le debe preguntar sobre su calidad de vida. La evaluación del médico de la calidad de vida de los pacientes, a la que se recurrió ampliamente cuando se introdujo la metodología de la calidad de vida, ha demostrado ser menos confiable cuando se usa exclusivamente (15).

Es irrefutable que una entrevista detallada es el enfoque más adecuado para evaluar de manera inclusiva el bienestar de un individuo. Sin embargo, la forma más viable de un instrumento de medición en el contexto de los ensayos multicéntricos es el cuestionario autoadministrado. Un buen cuestionario se distingue por tener en él ciertos estándares denominados “psicométricos”, como validez (medir lo que se pretende medir), confiabilidad (medir con suficiente precisión) y sensibilidad (capacidad para detectar cambios). Esto último es importante especialmente a la luz del punto 3 del constructo de la calidad de vida. La calidad de vida de una persona está sujeta a transiciones a lo largo del tiempo, lo que demuestra, por ejemplo, la competencia del paciente para hacer frente a la enfermedad o las experiencias con diversas modalidades de tratamiento. Por lo tanto, es imperativo realizar una evaluación obligatoria de la calidad de vida para poder evaluar los efectos de los tratamientos tanto a corto como a largo plazo. Debido a la necesidad de establecer y utilizar instrumentos de medición válidos y confiables, se debe optar por la aprobación de cualquier cuestionario validado preexistente en lugar del desarrollo de nuevos cuestionarios ad hoc. Si se considera que faltan aspectos específicos

importantes en un cuestionario específico, en la mayoría de los casos es posible agregar componentes auxiliares al instrumento de medición existente sin alterar su estructura original (15).

El término calidad de vida (CdV) se utiliza para evaluar el bienestar general de una persona y de la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida (CdV) se ha definido como una percepción individual de la vida, valores, objetivos, estándares e intereses en el marco de la cultura (16). Es la evaluación subjetiva de la vida en su conjunto o la valoración y satisfacción del paciente con su nivel actual de funcionamiento en comparación con lo que percibe como posible o ideal. La calidad de vida (CdV) es un constructo multidimensional que captura el bienestar subjetivo (tanto los aspectos positivos como los negativos) de los pacientes en los dominios (o dimensiones) físicos, emocionales, funcionales y sociales. Existen varios factores relacionados con la enfermedad que pueden afectar la CdV. El grado de síntomas de angustia experimentados por una persona se ha relacionado con la CdV en muchas personas con cáncer. La CdV se utiliza cada vez más como medida de resultados esencial en los estudios para decidir la eficacia del tratamiento (16).

2.2.2. Impacto del cáncer en la calidad de vida

Todos los aspectos de la calidad de vida de un individuo pueden verse afectados por una enfermedad maligna. El deterioro de la calidad de vida comienza tras el diagnóstico de la enfermedad y persiste debido a la naturaleza enérgica del tratamiento. Los pacientes con cáncer reciben quimioterapia para luchar contra la enfermedad. Del 65% de la población con cáncer, la quimioterapia se utiliza como primera línea de tratamiento en el 25% de los pacientes. Los fármacos contra el cáncer se dirigen a las células anormales que se dividen rápidamente, ayudando así a combatir el cáncer y promoviendo la supervivencia de los pacientes. A pesar de que la quimioterapia tiene un efecto terapéutico, se asocia con el desarrollo de reacciones adversas graves a los fármacos que pueden tener efectos adversos sobre la calidad de vida de un individuo. Además, la terapia contra el cáncer

requiere una duración prolongada de la administración para obtener el efecto requerido. Las hospitalizaciones frecuentes suponen una carga indebida para los pacientes con cáncer. Por tanto, la terapia contra el cáncer genera una angustia personal, mental y emocional colosal entre los individuos con cáncer, lo que afecta a su calidad de vida general. Los resultados de las investigaciones sobre la calidad de vida brindan información sobre el efecto de la enfermedad y su tratamiento en el funcionamiento y el bienestar, lo que permite reconocer problemas comunes y diseñar enfoques adecuados para resolverlos (15).

2.3. Rol de enfermería en la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes oncológicos.

La atención de enfermería rutinaria a los pacientes oncológicos abarca tres áreas clave: apoyo psicológico, educación para la salud y cuidados enfermeros durante periodos de hospitalización, cirugías o sesiones de las diferentes modalidades de tratamiento. En primer lugar, el personal de enfermería se comunica abiertamente con los pacientes para comprender y abordar cualquier emoción negativa, ofreciéndoles orientación en técnicas como la respiración profunda y la atención plena para aliviarlas. Se esfuerzan por crear un entorno de apoyo, escuchando atentamente las inquietudes de los pacientes y ofreciéndoles consuelo emocional según sea necesario. En segundo lugar, las enfermeras brindan educación integral a los pacientes sobre la enfermedad, el tratamiento de la misma y las afecciones relacionadas a los tratamientos o eventos adversos de los mismos. Esto incluye asegurar que los pacientes comprendan claramente su afección, sus implicaciones y la justificación de los enfoques de tratamiento recomendados. En tercer lugar, el personal de enfermería instruye a los pacientes respecto a los cuidados que se les va brindar en función de la etapa de tratamiento en la que se encuentren (16).

A pesar de estos esfuerzos, la atención de enfermería a menudo implica numerosas y variadas actividades de atención, con falta de especificidad y eficacia para abordar muchas de las emociones negativas. En tal sentido,

recientemente se ha propuesto el desarrollo de la atención de enfermería incentivada (CIN) que representa un novedoso modelo de intervención en la práctica clínica, diseñado para abordar de forma coherente las necesidades genuinas de los pacientes, fomentando sentimientos de valor y respeto, y brindándoles un gran apoyo para empoderarlos y ayudarlos a afrontar el cáncer con valentía. La CIN se encuentra en una posición privilegiada para abordar los desafíos psicológicos que enfrentan los pacientes oncológicos durante todo el proceso de la enfermedad, estimulando su potencial interior y mejorando su resiliencia psicológica mediante apoyo continuo. Esta modalidad utiliza principalmente un proceso de intervención psicológica cuyo objetivo es motivar a los pacientes y fomentar la perseverancia a lo largo de su tratamiento. La comunicación estrecha entre enfermeras y pacientes, así como con sus familias, es crucial en este proceso, ya que ayuda a mejorar el cumplimiento del paciente con el plan de tratamiento y, en última instancia, a mejorar su pronóstico (17).

2.4. El Modelo del Cuidado Humanizado de Jean Watson en la atención de enfermería a pacientes oncológicos.

La transformación de los modelos médicos ha enriquecido la connotación del trabajo de enfermería, impulsando los servicios de enfermería hacia un desarrollo más humanizado y de alta calidad. El cuidado es el núcleo de la enfermería. No solo se manifiesta en comportamientos específicos, sino que también encarna una profunda compasión y actitud. Los comportamientos de cuidado positivos pueden promover eficazmente la recuperación del paciente, mejorar la satisfacción del paciente y mejorar la calidad de la atención de enfermería (18). El “Plan Nacional de Desarrollo de Enfermería (2021-2025)” enfatiza explícitamente la importancia de fortalecer el cuidado humanista en enfermería e implementar un sistema de responsabilidad integral para la enfermería holística (19).

La Teoría del Cuidado de Watson se basa principalmente en los valores morales individuales de las enfermeras, descuidando el papel de los factores organizacionales en la configuración de los comportamientos de cuidado.

Actualmente, existe una contradicción en la práctica de enfermería entre el trabajo emocional excesivo que se requiere de las enfermeras y las crecientes necesidades humanistas de los pacientes. El sistema de evaluación dentro de las instituciones médicas sigue centrado predominantemente en indicadores técnicos, careciendo de estándares de evaluación cuantitativos para el cuidado humanista (19). Una encuesta realizada en 188 instituciones médicas sobre el estado actual de las prácticas de enfermería humanística indica que dichas prácticas son generalmente de un nivel moderadamente alto; sin embargo, presentan características fragmentadas (20).

A medida que el concepto de atención humanística se arraiga cada vez más, los investigadores han desarrollado numerosas iniciativas basadas en la práctica clínica para explorar modelos fundamentales de atención humanística. Estos esfuerzos han producido resultados positivos en la mejora de las experiencias de atención médica de los pacientes y la mejora de los resultados del tratamiento (21). Dingman et al., citados por Ly et al., basándose en la teoría del cuidado de Watson, ha desarrollado un modelo de atención al paciente centrado en cinco comportamientos de cuidado básicos. Estos comportamientos abarcan: presentarse al paciente y elucidar claramente el rol de uno; dirigirse al paciente por su forma preferida de tratamiento; dedicar al menos 5 minutos al lado de la cama del paciente durante cada cambio de turno para revisar y desarrollar el plan de atención; transmitir la atención a través de gestos no verbales como apretones de manos o toques suaves en el brazo; e incorporar la misión, la visión y los valores de la organización en la formulación de planes de enfermería. El objetivo general de este modelo es mejorar la satisfacción del paciente (18). El modelo de práctica de atención humanística basado en la teoría del cuidado de Watson, enfatiza la interacción entre enfermeras y pacientes, guiado por 10 elementos esenciales de la atención y los procedimientos de cuidado. Al establecer relaciones interpersonales de cuidado, conexiones auténticas y momentos o escenarios de cuidado entre enfermeras y pacientes, fomenta un entorno de sanación a través de la tolerancia, la compasión y el amor para lograr una atención centrada en el paciente. El modelo mencionado presenta una doble

deficiencia caracterizada por un énfasis en "los pacientes sobre las enfermeras" y "los conceptos sobre los sistemas" (18).

Debido al incremento de la carga de las enfermedades oncológicas a nivel mundial, la atención humanizada se vuelve esencial en este contexto. Identificar las necesidades de las personas vulnerables representa un desafío para los profesionales, esto enfatiza la urgente necesidad de una práctica de proximidad, entendida como un enfoque de atención que fomenta interacciones cercanas, empáticas y personalizadas con las personas, respaldada por sistemas de atención médica que adoptan políticas para promover una cultura de atención humanizada (22). Si bien los avances en los enfoques terapéuticos y diagnósticos están directamente relacionados con mayores tasas de supervivencia a las enfermedades, su gestión se ha vuelto cada vez más fragmentada y materializada, lo que lleva a los profesionales de la salud a un enfoque más centrado en el modelo biomédico (23). La profundización del conocimiento y los avances tecnológicos han dado lugar a prácticas cada vez más sofisticadas, lo que contrasta con la creciente desconexión entre los profesionales de la salud y las personas, lo que hace que estas últimas sean más vulnerables al tratar con profesionales excesivamente técnicos y menos humanistas (24).

Se han desarrollado diversas teorías en el ámbito de la enfermería que contrarrestan los tratamientos estandarizados e impersonales que se pueden implementar en entornos de atención médica. Destaca la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, que enfatiza la inclusión de valores como la esperanza, la confianza y el apoyo espiritual en la atención médica. En la búsqueda de la excelencia en la práctica clínica de las personas con enfermedades oncológicas, es imperativo implementar un paradigma humanizado, fomentando una relación de respeto y compasión entre los profesionales de la salud y las personas, con actitudes y comportamientos sensibles a los valores, la cultura y la dignidad humana. Sin embargo, el concepto de humanización de la atención sanitaria a menudo se solapa con otros, como la atención centrada en la persona. Mientras que la atención centrada en la persona parece centrarse principalmente en comprender las características de cada persona y su relación con el entorno dinámico, la humanización la abarca, extendiendo su alcance a las actitudes y

comportamientos adoptados por todo el sistema sanitario y sus actores clave (25).

Por lo tanto, la atención humanizada en oncología va más allá de la competencia clínica, enfatizando actitudes y comportamientos específicos que fomentan una conexión más profunda entre los profesionales de la salud y las personas. Algunos estudios consideran que la atención humanizada implica, por ejemplo, que los profesionales acojan a las personas con empatía, permitiéndoles expresar sus sentimientos, identificando áreas que puedan resultar problemáticas y definiendo sus fuentes de apoyo. En este sentido, la atención humanizada se ejemplifica cuando los profesionales se presentan a la persona, presentan el entorno de tratamiento y proporcionan un número de contacto para consultas de seguimiento, lo que demuestra un claro interés en fomentar un modelo colaborativo entre paciente y profesional (25, 26).

A pesar de su importancia y rol prominente en la práctica clínica, la naturaleza y los límites del cuidado humanístico representan un desafío para los profesionales de la salud. También se requieren suficientes recursos materiales y humanos combinados con una carga de trabajo equilibrada, para que se pueda establecer una relación significativa entre los profesionales de la salud y las personas. En un esfuerzo por hacer este concepto más operativo, Taghinezhad et al. realizaron otro análisis conceptual. Con base en sus hallazgos, "el cuidado humanístico es un proceso multifacético y dinámico que requiere la 'disposición y aceptación' y la 'necesidad' de cuidado del paciente, así como la formación académica y los rasgos morales y de personalidad de las enfermeras". Las enfermeras pueden ofrecer una atención humanizada de mejor manera si cuentan con una formación específica, así como con una personalidad y características morales y espirituales adecuadas. La investigación sobre la humanización de la atención no solo debe centrarse en generar consenso sobre la literatura existente, sino también en diseñar directrices de enfoque humanista adaptadas a las diferentes áreas de atención (27).

Para apoyar el humanismo en la atención médica, la Fundación Arnold P. Gold aúna esfuerzos para empoderar a todos los actores clave y crear sistemas más humanizados. Define el humanismo en la atención médica como una relación entre profesionales y personas, basada en el respeto y la compasión. Esto refleja actitudes y comportamientos sensibles a los valores y los trasfondos culturales. Proporciona un marco para el humanismo basado en siete atributos: integridad, excelencia, compasión y colaboración, altruismo, respeto y resiliencia, empatía y servicio (marco IECARES). Se asume que el concepto de humanismo se incorpora como un conjunto de actitudes y comportamientos que constituyen los valores fundamentales de los profesionales de la salud (28). En este sentido, para comprender plenamente la capacidad de atención humanizada, es fundamental clarificar las actitudes y comportamientos que la caracterizan. Para estructurar la atención humanizada, los profesionales de la salud deben comprenderse a sí mismos y a los demás, traduciendo este conocimiento en acción, siendo conscientes de los valores y principios que guían dicha acción (29).

Las acciones de las personas en su vida diaria implican juicios sobre los objetos, sobre sí mismas y sobre quienes las rodean. Una actitud es un proceso mental desarrollado por un individuo que desencadena una respuesta más o menos rápida, favorable o desfavorable, ante una situación, un acontecimiento o una persona. Las actitudes revelan una predisposición organizada a percibir, comprender, pensar, sentir y comportarse de una determinada manera. Son evaluaciones resumidas de un objeto compuestas por componentes cognitivos, afectivos y conductuales. El componente cognitivo se refiere a las creencias, los pensamientos, el conocimiento y los atributos positivos y negativos con respecto a un objeto; a su vez, el componente afectivo se relaciona con los sentimientos o emociones asociados a ese objeto; finalmente, el componente conductual se refiere a cómo las actitudes influyen en nuestras acciones o comportamientos. Individualmente, cada uno de estos componentes es fundamental para construir y transformar las actitudes, así como las actitudes ejercen un impacto recíproco en las creencias, las emociones y los comportamientos. Para algunos autores, la atención oncológica humanizada se basa en una actitud de aceptación y escucha, así como en la creación y el mantenimiento de entornos terapéuticos. En la

práctica clínica, las decisiones a menudo se toman en equipos multidisciplinares sin involucrar a los pacientes; sin embargo, enfatizan la necesidad de estudiar las actitudes de los profesionales de la salud con respecto a la representación del paciente (30).

También se debe enfatizar en la necesidad de reflexionar sobre las actitudes de las enfermeras durante la prestación de cuidados con base en un enfoque humanizado. Los profesionales de la salud también se preocupan por optimizar la gestión del tiempo y la participación del paciente durante los tratamientos como una forma de humanizar la atención. En contextos de práctica clínica que involucran hospitalizaciones prolongadas, la persona puede valorar comportamientos humanísticos simples, mientras que, en contextos como los cuidados paliativos, la humanización de la atención a menudo involucra aspectos más complejos y multidimensionales, como brindar apoyo espiritual. Por lo tanto, es relevante incluir los diferentes contextos en los que se brinda atención a las personas con cáncer, así como las diferentes fases de la enfermedad, incluida la asistencia paliativa, con el objetivo de lograr una gama de resultados más amplia y representativa. La atención humanizada a las personas con enfermedades oncológicas es una necesidad actual que exige a los profesionales de la salud analizar su actuar en cualquier circunstancia, independientemente de su complejidad (25).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Internacionales

- El estudio de Retroz C, Retroz I, Marques A, titulado: Factores biopsicosociales en el dolor por cáncer: una evaluación multidimensional de la calidad de vida, la salud mental y la mortalidad, (2025, Portugal), concluyen que la pérdida de autonomía individual empeora significativamente la depresión, aunque no tiene un efecto comparable sobre la ansiedad. Se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la depresión y la ansiedad con la mortalidad (31).

- El estudio de Lima L. et al., titulado: Correlación entre capacidad funcional y calidad de vida en pacientes oncológicos en cuidados paliativos, (2023, Brasil), concluyen, que existe una correlación significativa entre la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes oncológicos en cuidados paliativos (32).

3.2. Nacionales.

- El estudio de Flores L, Vidal D., titulado: Estrés y calidad de vida en pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción – 2022”, (2024, Huancayo), concluyen que se encontró que existe relación negativa alta entre estrés y calidad de vida (33).
- El estudio de Lopez L, Gonzáles S., titulado: Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor que asiste al servicio de geriatría en un hospital peruano, (2023, Lima), concluye que el 55% presentan la capacidad funcional de dependencia y el 45%, independencia. El 45% tienen una calidad de vida regular; el 30%, mala, y el 25%, buena. El 30% de los adultos mayores que presentan una capacidad funcional de dependencia manifiestan una calidad de vida regular. Según la prueba de correlación de Spearman, existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y la calidad de vida del adulto mayor que asiste al Servicio de Geriatría en un hospital nacional de Lima ($Rho=0,880$, $p=0,019<$ (34).

3.3. Locales.

- El estudio de Gómez M, Zuel D., titulado: Calidad de vida y adherencia al tratamiento de quimioterapia en pacientes del IREN – Sur Arequipa, 2021, (2022, Arequipa), concluyen que el 67% de los pacientes tenía una buena calidad de vida, el 79% de los pacientes tenían una alta tasa de adherencia a la medicación, se halló relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de quimioterapia (35).

4. OBJETIVOS

- Identificar la capacidad funcional de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.
- Evaluar la calidad de vida de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.
- Determinar la influencia de la capacidad funcional en la calidad de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.

5. HIPÓTESIS

Dado que, la capacidad funcional es la habilidad que tienen las personas para realizar diferentes actividades cotidianas de manera normal e independiente se refleja en una buena calidad de vida, la misma que puede afectarse debido a situaciones de enfermedades como el cáncer;

Es probable que, la capacidad funcional influya de forma significativa en la calidad de vida de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud, Arequipa, 2025.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA

La técnica empleada en el desarrollo de la presente investigación para la variable independiente capacidad funcional y variable dependiente calidad de vida de pacientes oncológicos, se aplicó la técnica de la encuesta en la modalidad de cuestionario.

2. INSTRUMENTOS

El instrumento que se aplicó es la cédula de preguntas, la misma que contenía las siguientes secciones

2.1. Ficha de recolección de datos

Este instrumento fue elaborado por las investigadoras para recabar la información referida a los datos sociodemográficos de los pacientes.

2.2. Índice de Barthel (IB)

Para evaluar la capacidad funcional de los pacientes se aplicó el Índice de Barthel, que fue publicado por Mahoney y Barthel, en el presente estudio se aplicó la versión adaptada por Shah S., Vanclay F. y Cooper B., este instrumento mantiene las 10 actividades originales, pero incrementa el número de niveles por cada actividad hasta 5, pretende aumentar la sensibilidad de la medida, siendo el rango de puntuación entre 0 y 100 puntos. Las actividades evaluadas son: Aseo personal, bañarse, comer, usar el retrete, subir escaleras, vestirse, control de heces, control de orina, desplazarse (o silla de ruedas) y traslado silla/cama. Las categorías de puntuación son: Incapaz de hacerlo, intenta, pero inseguro, cierta ayuda necesaria, mínima ayuda necesaria, totalmente independiente. Los puntos de corte de la puntuación sugerida por Shah S., Vanclay F. y Cooper B., determina grados de dependencia. La puntuación total de máxima independencia es de 100 (90 en silla de ruedas) y la de máxima dependencia de 0. Para Los criterios de puntuación son:

- Independiente: 100 puntos.
- Dependiente escasa: 91-99 puntos.
- Dependiente moderada: 61-90 puntos.
- Dependiente severa: 21-60 puntos.
- Dependiente total: 0-20 puntos (36).

El Índice de Barthel, es un instrumento que ha sido validado en numerosos estudios a nivel internacional, nacional y local, en el presente estudio se aplicó la versión validada y aplicada en el estudio de Guzmán y Mendoza quienes informaron que, en cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,90-0,92 para la versión propuesta por Shah et al (5).

2.3. Cuestionario de Calidad de Vida EORT QLQ - 30®

Se aplicó para evaluar la calidad de vida de los pacientes, este es un cuestionario diseñado por la Organización Europea, esta herramienta tiene el objetivo de valorar la calidad de vida de personas con cáncer. El EORT QLQ-30, tiene 30 preguntas y 3 dimensiones, las cuales son las siguientes: estado global de salud, área de funcionamiento y área de síntomas, para la calificación se suma el puntaje de cada ítem (37). La dimensión funcional consta de 15 ítems los cuales involucran el funcionamiento físico, roles, cognitivo, emocional, y social. Algunos ítems no están asociados específicamente con el cáncer sino en actividades cotidianas que podrían afectarse a causa de la enfermedad. La dimensión de síntomas consta de 13 ítems refiriendo a diversos síntomas físicos que el paciente oncológico puede percibir durante y/o después del tratamiento como fatiga, dolor, náuseas/vómitos, disnea, insomnio, pérdida del apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras. La dimensión de estado de salud global/CV está compuesta por 2 ítems la cual es valorada de forma subjetiva por el paciente relacionado a cómo percibe su calidad de vida desde un enfoque afectivo lo cual indicaría una sensibilidad ante los cambios clínicos que se presentan (38). Los puntajes obtenidos en cada dimensión se suman y luego se consideran los valores finales que se van a clasificar en tres categorías: buena: 30 – 55 puntos, regular: 56 – 81 puntos y mala de 82 – 105 puntos (37). La validez del instrumento se realizó en el estudio de Arenas mediante un grupo de 5 expertos, quienes evaluaron la validez de contenido dando una valoración promedio de 87% que se traduce en una validez buena. La confiabilidad, obtenida a través de la prueba de alfa de Cronbach, arrojó un valor de 0,925 que se traduce en una alta confiabilidad del instrumento (39).

3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

3.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud, el mismo que está ubicado en la esquina de la calle Peral y El Filtro s/n en el distrito, provincia y departamento de Arequipa.

3.2. Ubicación temporal

El estudio se realizó durante los meses de marzo a julio del 2025.

3.3. Unidad de estudio

Las unidades de estudio fueron los pacientes oncológicos del el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, EsSalud y cumplan con los criterios de inclusión.

3.3.1. Universo

Estuvo conformado por los pacientes oncológicos que son atendidos en el Servicio de Oncología del hospital, los mismos que suman alrededor de 347 pacientes por mes, los cuales se distribuyen en el servicio de hospitalización, consultorio externo y los que reciben quimioterapia ambulatoria. Se trabajó con la totalidad de pacientes que aceptaron participar en el estudio y que cumplieron los criterios de inclusión.

3.3.2. Muestra

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población (347)

Z α = Nivel de confianza o seguridad=1.96

p = Proporción esperada=0.5

q = 1-p

E = Error de estimación (0.05)

$$n = \frac{(1.96)^2 * 347 * 0.5 * 0.5}{(347 - 1) * 0.05^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5} = 220$$

Se determinó que el tamaño mínimo de la muestra es de **220 pacientes oncológicos**.

Cabe señalar que el error permitido se ajustó a 5.88% en lugar del tradicional 5%, con el fin de optimizar el tamaño de muestra a las condiciones de factibilidad del estudio, sin comprometer el nivel de confianza ni la representatividad de los datos obtenidos.

3.3.3. Criterios de inclusión

- Pacientes con edades comprendidas desde los 18 años a más, de ambos sexos que tenían diagnóstico de cáncer.
- Pacientes que fueron atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, EsSalud que aceptaron participar en el estudio mediante el consentimiento informado.
- Pacientes que presentaban alguno de los tipos de cánceres, los más comunes son: pulmón, estómago, colorrectal, hígado, páncreas, próstata que se encontraban en estadio III o IV.
- Pacientes que presentaban diagnóstico mínimo de tres meses.

3.3.4. Criterios de exclusión

- Pacientes que se encontraban en etapa terminal de la enfermedad.
- Pacientes en mal estado general.
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes que presentaban alteraciones mentales o sensoriales que afecten su capacidad para resolver los instrumentos.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Organización

- El proyecto fue presentado a la Facultad de Enfermería para su revisión y posterior evaluación y aprobación por el Jurado Dictaminador.

- Una vez que el Proyecto de Tesis fue aprobado, solicitaremos a la Decana de la Facultad una carta de presentación dirigida a la dirección del hospital, con la cual las investigadoras pudieron solicitar la autorización de ejecución del estudio ante el Comité de Investigación Científica de EsSalud.
- Se coordinó con el médico y enfermera jefe del Servicio de Oncología para que nos brindaran las facilidades necesarias para la aplicación de los instrumentos.
- Se identificó a las unidades de estudio, previa explicación del propósito de la investigación y firma del consentimiento informado, se procedió a la aplicación de los instrumentos, en forma individual hasta completar.
- Una vez que se concluyó la etapa de recolección de datos se realizó una base de datos en el Programa SPSS v. 26.0, en la misma que se tabuló la información y luego se realizó el análisis estadístico. Para establecer la significancia de las variables de estudio se aplicó la Prueba de Chi cuadrado (40). Los resultados son presentados en tablas.

4.2. Recursos

Humanos:

Las investigadoras:

Srta. Hernandez Lopez Deborah Nikole

Srta. Ramos Calderon Camila Belinda

Asesora:

Mg. Delgado del Carpio, Milna Marjorie

Institucionales:

Universidad Católica de Santa María: Facultad de Enfermería.

Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.

Materiales:

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, impresora, archivadores.

Financieros:

Recursos propios.



CAPÍTULO III RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

TABLA 1
EDAD DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

EDAD (años)	Nº	%
18 – 29	4	1,82
30 – 59	89	40,45
60 a más	127	57,73
TOTAL	220	100

Se observa en la tabla 1 que, el 1,82% de pacientes tenían edades comprendidas entre los 18 a 29 años, el 40,45% entre 30 a 59 años y el 57,73% tenían entre 60 años a más.

Se puede deducir que, más del 50% de pacientes oncológicos encuestados son adultos mayores. Esto indica que el mayor porcentaje de enfermedades oncológicas en general alcanzan un pico de incidencia entre los 50 y 60 años dependiendo del tipo de cáncer, siendo el grupo etario de la juventud el menos afectado y los adultos mayores son los que manifiestan mayor incidencia y prevalencia de cáncer.

TABLA 2
SEXO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

SEXO	Nº	%
Femenino	135	61,36
Masculino	85	38,64
TOTAL	220	100

Se observa en la tabla 2 que, el 61,36% de pacientes eran de sexo femenino y el 38,64% de sexo masculino.

Se infiere que, más de la mitad de los pacientes oncológicos son del sexo femenino, esto se puede vincular con que uno de los tipos de cáncer más frecuentes es el de mama, este en la mayoría de casos afecta más a las mujeres. Se puede contemplar que la mayoría de pacientes son del sexo femenino, esto se atribuye a la mayor longevidad femenina y a una tasa de supervivencia más alta aun con un diagnóstico de cáncer.

TABLA 3
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Datos Sociodemográficos	N°	%
Instrucción		
Primaria	27	12.3
Secundaria	107	48.6
Superior	86	39.1
Situación conyugal		
Soltero	10	4.5
Casado	147	66.8
Conviviente	15	6.8
Separado	13	5.9
Viudo	35	15.9
Ocupación		
Empleado	65	29.5
Ama de casa	60	27.3
Jubilado	45	20.5
Independiente	32	14.5
Comerciante	17	7.7
Estudiante	1	0.5
Total	220	100

La tabla 3 muestra que, el nivel de instrucción del 12,3% de pacientes era instrucción primaria, el 48,6% instrucción secundaria y el 39,1% instrucción superior, es decir, que casi la mitad de pacientes tenían nivel de instrucción secundaria. El nivel poblacional adscritas a Essalud resaltan dos grupos principales; los titulares del servicio, quienes la mayoría presenta instrucción superior y el segundo grupo están los derechohabientes que gran porcentaje son cónyuges de los titulares, siendo en este grupo el nivel de instrucción de prevalencia el nivel secundario, más aún si se habla de personas de la tercera edad.

En cuanto a la situación conyugal, se observó en la tabla que, el 4,5% de pacientes eran solteros, el 66,8% casados, el 6,8% eran convivientes, el 5,9% separados y el 15,9% viudos, esto demuestra que casi tres cuartos de los pacientes eran casados; indicando que este estado civil es prevalente en los pacientes atendidos en el servicio de oncología.

La ocupación de prevalencia en los pacientes fue empleada en 29,5%, el 27,3% son amas de casa, el 20,6% jubilados, 14,5%, trabajadores independientes, 7,73% comerciantes y estudiante en 0,45%. Esto nos indica que la gran parte de los pacientes oncológicos son empleados.

Esto demuestra que las ocupaciones que caracterizan a los pacientes oncológicos asegurados son empleados, siendo el menor grupo el estudiante, seguido del comerciante. lo que refiere que los pacientes con parte de la Población Económicamente Activa.

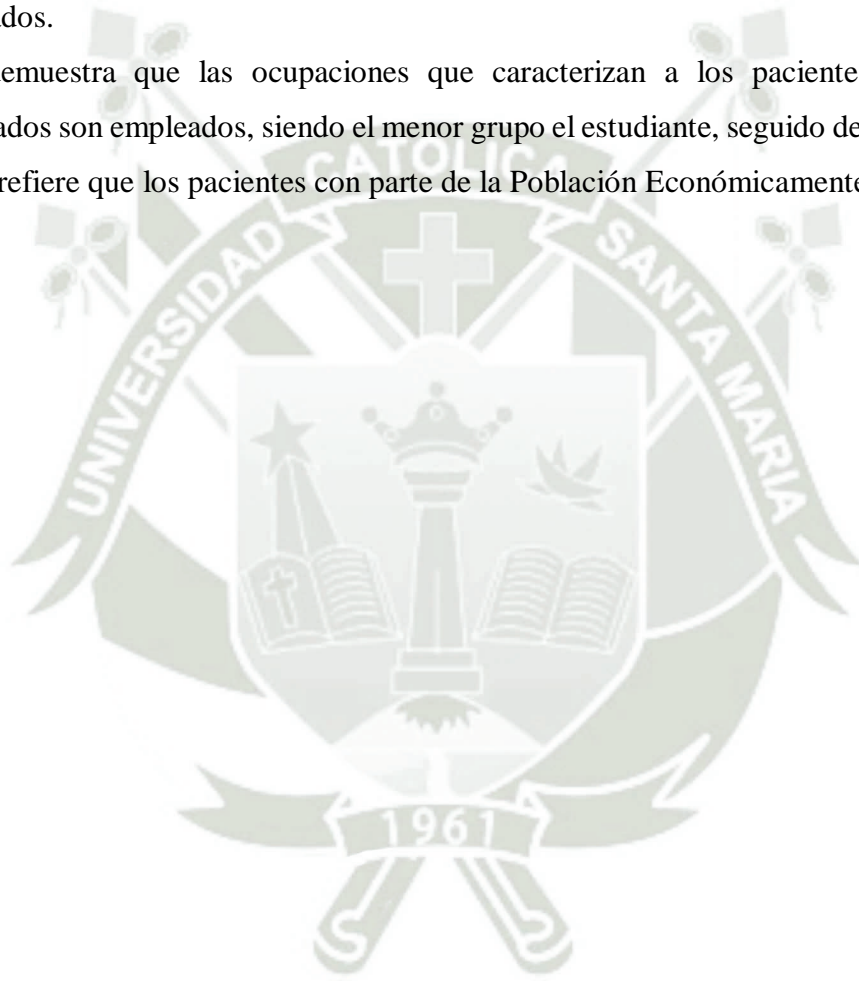


TABLA 4
TIPO DE CÁNCER SEGÚN ESTADIO

TIPO DE CÁNCER	ESTADIO			
	3		4	
	N°	%	N°	%
Cerebro	1	0.8	2	2.0
Cérvix	5	3.8	3	2.2
Colorrectal	18	13.7	10	11.2
Estómago	22	16.8	9	10.1
Hígado	0	0.0	5	5.6
Huesos	2	1.5	0	0.0
Leucemia	6	4.6	5	5.6
Linfoma	8	6.1	10	11.2
Mama	19	14.5	14	15.7
Melanoma	3	2.3	4	4.5
Ovario	2	1.5	2	2.2
páncreas	3	2.3	5	5.6
próstata	4	3.1	1	1.1
Pulmón	10	7.6	4	4.5
Riñón	2	1.5	2	2.2
Tiroides	1	0.8	2	2.2
Otros	25	19.1	11	12.4
Total	131	100	89	100

La tabla 4 muestra que el 16.8% de los pacientes de oncología presentaron cáncer de estómago en el tercer estadio frente al 15.7% de los pacientes que presentaron cáncer en la mama en estadio cuatro.

Asimismo, el 0.8% de los pacientes presentaron cáncer en el cerebro y tiroides en estadio tres y el 1.1% en pulmón en estadio cuatro.

Por lo tanto, se ha encontrado que los cánceres más recurrentes son el de mama, estómago, colorrectal y otros, lo cual coincide con los reportes del Ministerio de Salud y EsSalud en cuanto a los diez tipos de cánceres que son más frecuentes a nivel nacional.

Por otra parte, el cáncer de mama y colorrectal, presentan una alta prevalencia tanto en estadios avanzados como en metastásicos, los cuales se atribuyen al diagnóstico tardío o al rápido avance de la enfermedad. También se evidencia mayor variedad en tipos de cáncer en estadio III, en comparación a los de estadio IV quienes pertenecen al grupo de tipos de cáncer con mal pronóstico como es el caso de cáncer de hígado, páncreas y pulmón.

Siendo esto que afecta de manera directa la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes asociando el tipo con el estadio de cáncer.

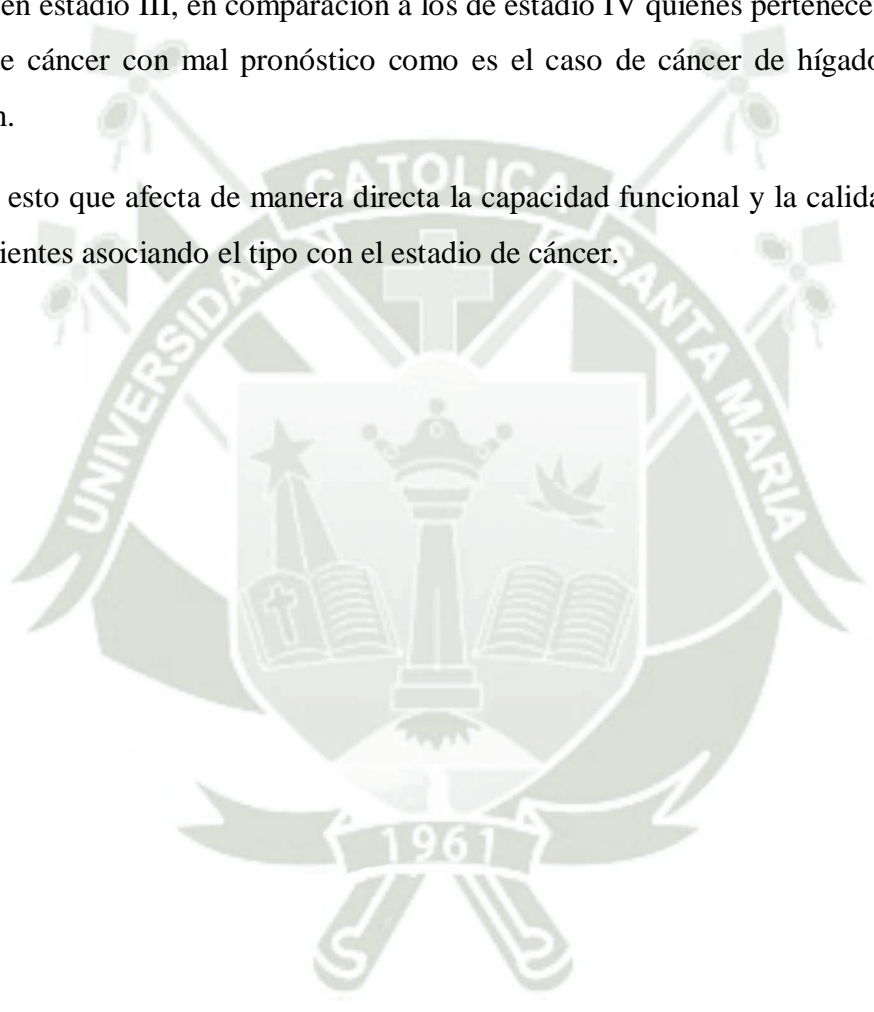


TABLA 5
TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

TIEMPO DE ENFERMEDAD	N°	%
Menos 12 meses	186	84.6
12-24 meses	29	13.1
25 a más	0.5	2.2
Total	220	100

La Tabla 5 muestra que el 84.6% de los pacientes oncológicos tuvieron menos de 12 meses y el 2.2% tuvieron más de 25 meses en el tiempo de enfermedad.

Es decir que, más de las tres cuartas partes de pacientes tenían tiempos de enfermedad menores de 12 meses, siendo pocos los pacientes con tiempos mayores a 25 meses, lo que se puede explicar porque debido a que varios pacientes se encontraban en estadio IV, el tiempo de sobrevida no suele ser mayor a dos años dependiendo del tipo de cáncer. Un hecho que se debe considerar, es que debido a desconocimiento o falta de información del riesgo de cáncer que tienen las personas, muchos pacientes no acuden a la consulta médica cuando presentan signos o síntomas que podrían sugerir una enfermedad oncológica y esto propicia que la enfermedad progrese y tenga mayor estadio cuando es diagnosticada.

TABLA 6
TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

TRATAMIENTO	Nº	%
Quimioterapia (QT)	74	33.6
Cirugía – Quimioterapia	36	16.4
Cirugía- Quimioterapia- Radioterapia	21	9.5
Cirugía- Quimioterapia- Radioterapia- Inmunoterapia	18	8.2
Quimioterapia – Inmunoterapia	15	6.8
Cirugía- Radioterapia	13	5.9
Inmunoterapia	12	5.5
Radioterapia	11	5
Quimioterapia- Radioterapia	10	4.5
Cirugía- Quimioterapia - Inmunoterapia	5	2.3
Cirugía - Inmunoterapia	2	0.9
Quimioterapia- Radioterapia- Inmunoterapia	2	9.0
Cirugía	1	0.5
Total	220	100

La Tabla 6 muestra que el 33.6% de los pacientes oncológicos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo tuvieron tratamiento en quimioterapia y el 0.5% tuvieron cirugía.

Cabe precisar que, más de los dos tercios de pacientes reciben tratamientos combinados, siendo los más frecuentes, cirugía + quimioterapia 16,4% , cirugía + quimioterapia + radioterapia 9,5%, entre otros. El Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, es a nivel regional un centro de referencia para pacientes asegurados en cuanto a la detección y tratamiento del cáncer, el mismo que cuenta modalidades de tratamiento más contemporáneas como es la terapia biológica e inmunoterapia para los tipos de cánceres, así también, cuenta con personal altamente capacitado para la realización de complejos procedimientos quirúrgicos que permiten prolongar la vida de numerosos pacientes, la

participación de enfermeras capacitadas para un adecuado manejo del tratamiento que se les administra. Asimismo, debido a la complejidad fisiopatológica de los diferentes tipos de cánceres es preciso que los tratamientos que se administran a cada paciente sean combinados para abordar la enfermedad de manera más radical y esto contribuye a obtener mejores resultados, lo que explica que la mayoría de los pacientes participantes reciben diferentes modalidades de tratamientos.



TABLA 7
CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Actividades básicas de la vida diaria	Incapaz de hacerlo		Intenta, pero inseguro		Cierta ayuda necesaria		Mínima ayuda necesaria		Totalmente independiente	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Aseo personal	44	20.0	24	10.9	35	15.9	44	20.0	73	33.2
Bañarse	50	22.7	23	10.5	32	14.5	40	18.2	75	34.1
Comer	32	14.5	23	10.5	28	12.7	20	9.1	117	53.2
Uso de retrete	49	22.3	21	9.5	19	8.7	25	11.4	106	48.2
Subir y bajar escaleras	59	26.8	36	16.4	41	18.6	54	24.5	30	13.6
Vestirse y desvestirse	41	18.6	22	10.0	31	14.1	48	21.8	78	35.5
Control heces	49	22.3	8	3.6	10	4.5	12	5.5	141	64.1
Control de orina	49	22.3	7	3.2	10	4.5	14	6.4	140	63.6
Desplazarse	49	22.3	28	12.7	27	12.3	64	29.1	52	23.6
Traslado silla a cama	47	21.4	28	12.7	27	12.3	40	18.2	78	35.5

La Tabla 7 evidencia que, gran parte de pacientes oncológicos presenta dificultades en la capacidad funcional, requiere apoyo en actividades que realizan diariamente. Al analizar los datos, se observa que más del 50% de los pacientes no son totalmente independientes en actividades como:

- Aseo personal: el 66,8% presenta algún grado de dependencia.
- Bañarse: el 63,2% requiere ayuda o tiene limitaciones.
- Vestirse y desvestirse: el 64,5% necesita apoyo.
- Traslado de la silla a la cama: el 64,5% tiene dificultades.
- Subir y bajar escaleras: el 71,8% necesita asistencia.
- Desplazarse: el 76,4% presenta dependencia funcional.

Estas cifras nos indican que la capacidad funcional está comprometida, los pacientes afrontan limitaciones significativas en funciones cotidianas, lo que aumenta la carga del cuidador

Analizando, se observa niveles relativamente mayores de independencia en actividades como:

- Comer: el 53,2% se alimenta sin ayuda.
- Control de heces: el 64,1% es independiente.
- Control de orina: el 63,6% es independiente.
- Uso de retrete: el 48,2% puede hacerlo sin apoyo.

Esto nos indica que, se presenta cierto nivel de independencia en funciones fisiológicas y alimentación, pero que también hay alto nivel de dependencia en actividades físicas y de movilidad, lo que refleja que existe capacidad funcional limitada en gran parte de la población encuestada

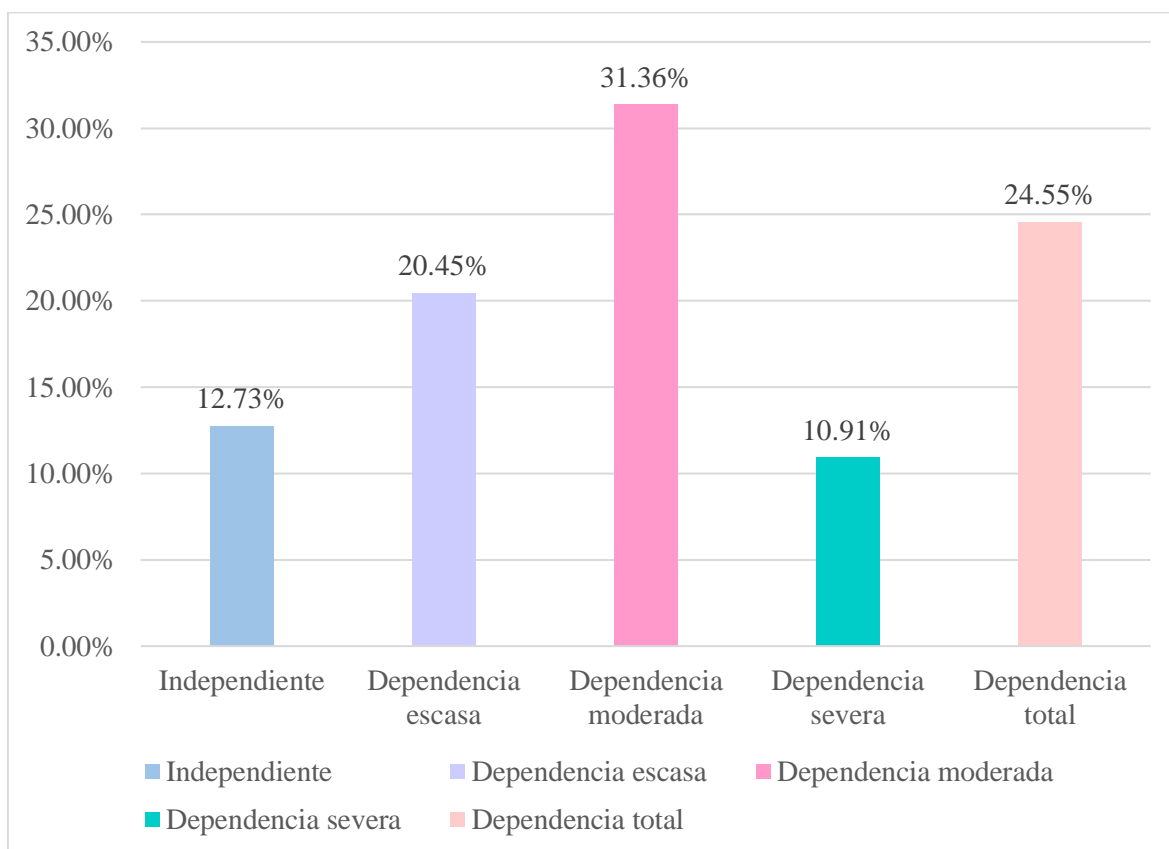
TABLA 8
CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

CAPACIDAD FUNCIONAL	Nº	%
Independiente	28	12,73
Dependencia escasa	45	20,45
Dependencia moderada	69	31,36
Dependencia severa	24	10,91
Dependencia total	54	24,55
TOTAL	220	100

Se observa en la tabla 8 que, la capacidad funcional de los pacientes es independiente en 12,73%, dependencia escasa en 20,45%, dependencia moderada en 31,36%, dependencia severa en 10,91% y dependencia total en 24,55%.

Según los resultados, la tercera parte de los pacientes oncológicos presentan dependencia moderada y una cuarta parte presenta dependencia total, resultados que se pueden explicar porque dependiendo del tipo de cáncer del que se trate la afectación a nivel del funcionamiento general del organismo puede verse mayor o menormente afectada, la capacidad funcional está sumamente comprometida, esto significa que muchos pacientes necesitan ayuda parcial para el cuidado o realización de sus actividades básicas, como el aseo, la movilidad, el desplazamiento, el subir y bajar gradas o alimentación, etc. Estas circunstancias se pueden deber a los tratamientos oncológicos agresivos, los procedimientos quirúrgicos que afectan la capacidad funcional, además algunos cánceres causan de manera más rápida el denominado síndrome consuntivo, es decir, que los pacientes presentan caquexia, en la cual destaca la pérdida significativa de peso, sobre todo de la masa muscular, fatiga, el dolor, lo cual es más frecuente en pacientes con cáncer avanzado, dicha pérdida de peso no solo se debe a la falta de apetito que causa la misma enfermedad, los tratamientos empleados como la quimioterapia y radioterapia principalmente, además de un proceso metabólico complejo que afecta la masa corporal y la función muscular, sino que también obedecen al estado ansioso o depresivo que desarrollan la mayoría de pacientes generando la pérdida o disminución de la capacidad funcional para el desarrollo autónomo de las actividades de la vida diaria.

GRÁFICO 1
CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS



Se aprecia que el mayor porcentaje corresponde a pacientes con **dependencia moderada**.

TABLA 9
ÁREA DE FUNCIONAMIENTO EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

ÁREA DE FUNCIONAMIENTO		NO		SI					
		N°	%	N°	%				
FUNCIÓN FÍSICA	¿Tiene problemas para hacer actividades de esfuerzo?	28	12,7	192	87,3				
	¿Tiene problemas para caminar tramos largos?	31	14,1	189	85,9				
	¿Tiene dificultades para caminar tramos cortos?	142	64,5	78	35,5				
	¿Está en cama o sentado todo el día?	77	35,0	143	65,0				
ACTIVIDADES COTIDIANAS	¿Necesita apoyo para sus cuidados personales?	92	41,8	128	58,2				
	¿Tiene problemas para hacer sus actividades?	72	32,7	148	67,3				
	¿Es incapaz realizar su trabajo o tareas de casa?	108	49,1	112	50,9				
ÁREA DE FUNCIONAMIENTO		NADA		POCO		BASTANTE		MUCHO	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ROL EMOCIONAL	¿Sintió nervios?	9	4,1	69	31,4	123	55,9	19	8,6
	¿Sintió preocupación?	8	3,6	46	20,9	143	65	23	10,5
	¿Estuvo irritable?	63	28,6	104	47,3	42	19,1	11	5
	¿Estuvo deprimido?	8	3,6	68	30,9	123	55,9	21	9,5
FUNCIÓN COGNITIVA	¿Tuvo problemas para concentrarse?	44	20	104	47,3	64	29,1	8	3,6
	¿Tuvo dificultad para recordar cosas?	68	30,9	81	36,8	66	30	5	2,3
FUNCIÓN SOCIAL	¿Su salud física afectó su vida familiar?	5	2,13	23	10,5	141	64,1	51	23,2
	¿Su salud física afectó su vida social?	3	1,4	51	23,2	131	59,5	35	15,9

La tabla 9 se muestra en el área de función física un 87,3% tiene problemas para hacer actividades de esfuerzo, 85,9% tiene problemas de caminar tramos largos, 64,5% puede caminar tramos cortos, 65% está sentado o echado en cama todo el día. Se interpreta del más del 50% presentan limitaciones físicas para realizar actividades de la vida diaria.

Área de actividades cotidianas el 58,2% necesitan apoyo para sus cuidados personales, el 67,3% tiene problemas para hacer sus actividades y el 50,9% es incapaz de realizar su trabajo o tareas de casa. Se deduce que hay una elevada dependencia en poder realizar sus actividades cotidianas, lo que incrementa la necesidad de apoyo de los cuidadores.

Rol emocional observamos 55,9% se sintió bastante nervioso, el 65% sintió bastante preocupación, el 47,3% se sintió poco preocupado y el 55,9% se sintió bastante deprimido, nos indica que existe un impacto psicológico muy significativo, afectando el estado de ánimo o el bienestar emocional de los pacientes con cáncer.

Funcionamiento cognitivo el 47,3% tuvieron un poco de problemas al concentrarse y el 36,8% tuvieron poca dificultad para recordar las cosas, se deduce que, más de 50% tiene un funcionamiento cognitivo regular.

Función social el 64,1% afecto bastante su vida familiar y el 59,5% afecto bastante su vida social, se deduce que el cáncer afecta negativamente la integración con su entorno y la integración social.

Se interpreta que gran parte de los pacientes oncológicos afronta distintos obstáculos en todas las áreas conformadas por el funcionamiento, donde prima los niveles regulares y la necesidad de ayuda, particularmente en el área física, emocional y social perjudicando las actividades de la vida diaria.

TABLA 10
ESTADO DE SALUD GLOBAL EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Estado global de salud	PESIMO		EXCELENTE	
	N°	%	N°	%
¿Cómo califica su salud física durante la semana pasada?	131	59,5	89	40,5
¿Cómo evalúa su CV durante la semana pasada?	133	60,5	87	39,5

La tabla 10 muestra que gran parte de los pacientes calificó su estado de salud de forma negativa. Un 59.5% calificó su salud física como pésima y un 60.5% consideró su calidad de vida (CV) en el mismo nivel, lo que nos indica un deterioro tanto físico como emocional.

Se observa que, la percepción negativa vinculada a los síntomas; se relaciona tanto como con la enfermedad como al tratamiento, además de las limitaciones en la capacidad funcional. Los resultados indican la necesidad de implementar estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su capacidad funcional.

TABLA 11

ÁREA DE SÍNTOMAS EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

ÁREA DE SÍNTOMAS		NADA		POCO		BASTANTE		MUCHO	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FATIGA	¿Necesitó descansar?	1	0,5	60	27,3	143	65	16	7,3
	¿Se ha sentido débil?	3	1,4	39	17,7	139	63,2	39	17,7
	¿Tuvo cansancio?	6	2,6	40	18,2	158	71,8	16	7,3
DOLOR	¿Tuvo dolor?	4	1,8	54	24,5	133	60,5	29	13,2
	¿El dolor afectó sus actividades?	3	1,4	95	43,2	102	46,4	20	9,1
NÁUSEAS Y VÓMITOS	¿Tuvo náuseas?	40	18,2	58	26,4	115	52,3	7	3,2
	¿Ha vomitado?	61	27,7	80	36,4	76	34,5	3	1,4
DISNEA	¿Tuvo asfixia?	126	57,3	61	27,7	32	14,5	1	0,5
INSOMNIO	¿Tuvo problemas para dormir?	7	3,2	110	50	91	41,4	12	5,5
ANOREXIA	¿Le faltó el apetito?	26	11,8	79	35,9	99	45	16	7,3
ESTREÑIMIENTO	¿Estuvo estreñado/a?	67	30,5	61	27,7	80	36,4	12	5,5
DIARREA	¿Tuvo diarrea?	78	35,5	57	25,9	77	35	8	3,6
IMPACTO ECÓNOMICO	¿Tuvo problemas económicos para su tratamiento?	133	60,5	77	35	4	1,8	6	2,7

Tabla 11, en el área de síntomas-fatiga, muestra que el 65% necesitó descansar bastante, el 63,2% se sintió bastante débil y el 71,8% tuvo bastante cansancio, por lo que se deduce que la fatiga es un síntoma recurrente, frecuente y limitante en los pacientes oncológicos, afectando la realización de actividades cotidianas, disminuyendo la motivación e igualmente la interacción social.

En cuanto al dolor, el 60,5% tuvo bastante dolor y el 46,4% afectó bastante sus actividades diarias; se interpreta que el dolor es común en los pacientes, afectando su bienestar físico, influyendo en su estado emocional y disminuyendo la calidad de vida. Debido a su continua presencia, este síntoma puede limitar su desplazamiento y alterar el sueño.

Respecto a las náuseas, el 52,3% tuvo bastante y el 36,4% pocos vómitos; se infiere que un número significativo de pacientes con náuseas y vómitos puede dificultar una correcta alimentación, lo que contribuye a la pérdida de peso y posiblemente derive en anorexia.

Sobre la disnea, el 57,3% manifestó nada de dificultad para respirar; se deduce que este síntoma tiene una frecuencia menor en los pacientes. En relación al insomnio, el 50% tuvo pocos problemas para dormir; esta baja dificultad para conciliar el sueño puede deberse al incremento de otros síntomas como la fatiga y el dolor.

En cuanto a la anorexia, el 45% presentó falta de apetito; esta alteración puede afectar la capacidad física, el ánimo y la recuperación del paciente. Sobre el estreñimiento, el 36,4% lo presentó bastante, mientras que el 35,5% no tuvo diarrea y el 35% la tuvo bastante; estos síntomas afectan a casi la mitad de los pacientes y están relacionados mayormente con los tratamientos agresivos, la falta de alimento y la reducción de las actividades físicas.

Con respecto al impacto económico, el 60,5% no tuvo problemas para costear su tratamiento; se deduce que más de la mitad de los pacientes cuentan con solvencia económica, además de que el seguro cubre gran parte del tratamiento.

Se deduce que una gran parte de los pacientes oncológicos experimenta distintos y variados síntomas físicos, siendo la fatiga, el dolor y la anorexia los más recurrentes y con mayor dificultad. La aparición simultánea de estos síntomas afecta la calidad de vida y la capacidad funcional.

TABLA 12

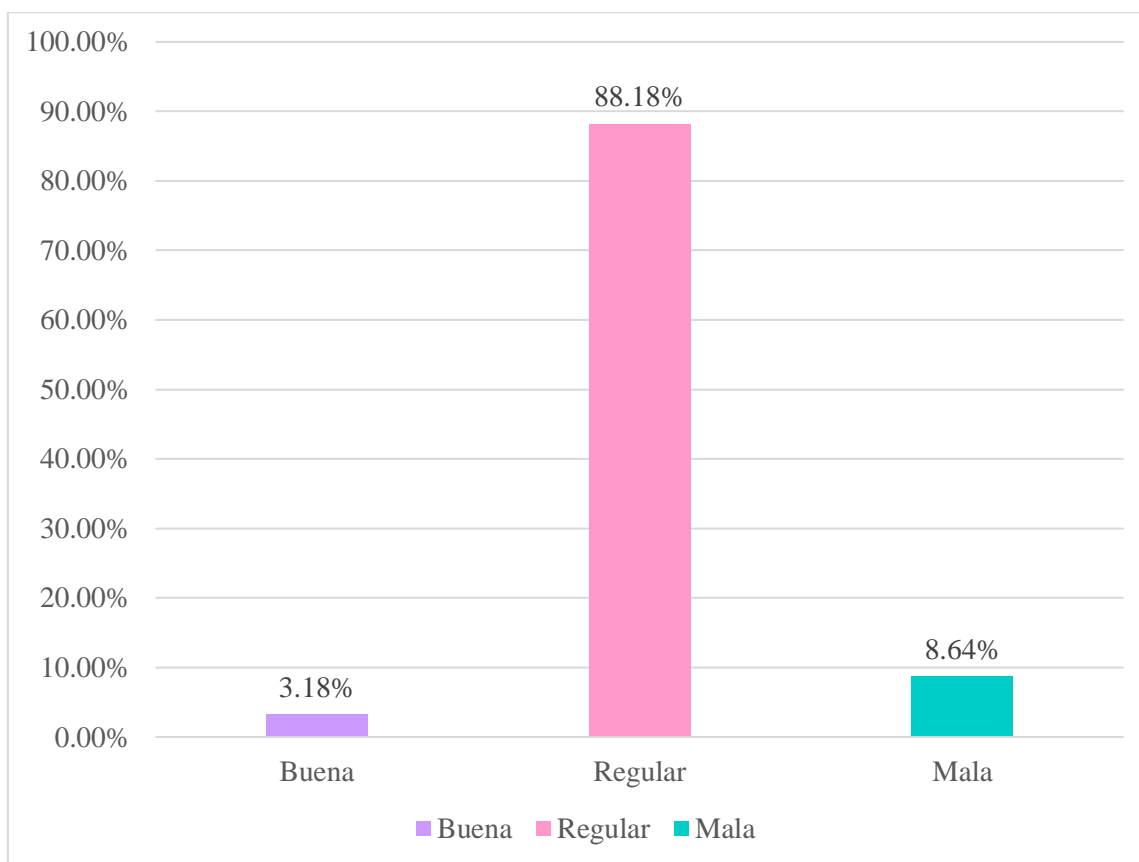
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

CALIDAD DE VIDA	N°	%
Buena	7	3.2
Regular	194	88.2
Mala	19	8.6
Total	220	100

Se observa en la tabla 12 que, la calidad de vida de los pacientes oncológicos es regular en 88,18%, mala en 8,64% y buena en 3,18%.

Es decir, que en relación con las tablas anteriores, los pacientes en su mayoría consideran que la calidad de vida es regular porque presentan afectación importante tanto en la dimensión del área de funcionamiento como en el área de síntomas, en especial, esta última dimensión es la que determina mayor impacto en la calidad de vida analizada de manera global porque presenta mayor número de reactivos y porque la presencia de síntomas frecuentes como dolor, fatiga, debilidad, pérdida de apetito, náuseas, cansancio, nerviosismo, preocupación, y efectos negativos en su vida familiar y social, sin lugar a duda evitan que los pacientes perciban una buena calidad de vida.

GRÁFICO 2
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS



Se aprecia que el mayor porcentaje de pacientes presenta **calidad de vida regular**.

TABLA 13

**RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE
LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**

CAPACIDAD FUNCIONAL	CALIDAD DE VIDA						TOTAL	
	Buena (N = 7)		Regular (N = 194)		Mala (N = 19)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independiente	3	10,71	25	89,29	0	0,00	28	100
Dependencia escasa	2	4,44	43	95,56	0	0,00	45	100
Dependencia moderada	2	2,90	66	95,65	1	1,45	69	100
Dependencia severa	0	0,00	22	91,67	2	8,33	24	100
Dependencia total	0	0,00	38	70,37	16	29,63	54	100

$X^2=48.402$ $P=0.000$ $P<0.05$

Se observa en la tabla que, en los pacientes con independencia funcional, el 10,71% tienen buena calidad de vida y el 89,29% regular calidad de vida; en los pacientes con dependencia escasa, el 4,44% tiene buena calidad de vida y el 95,56% regular calidad de vida; en los pacientes con dependencia moderada, se halló que el 2,90% tienen buena calidad de vida, el 95,65% regular y el 1,45% mala calidad de vida; en los pacientes con dependencia severa, el 91,67% tenía calidad de vida regular y el 8,33% mala, mientras que en los pacientes con dependencia total, el 70,37% tenían dependencia total y el 29,63% mala calidad de vida. La Prueba de Chi cuadrado encuentra que existe influencia altamente significativa de la capacidad funcional en la calidad de vida de los pacientes oncológicos, es decir, que los pacientes que conservan la independencia funcional se encuentran en la mayoría de casos calidad de vida buena y regular, mientras que conforme

va aumentando el grado de dependencia, la calidad de vida va disminuyendo, hasta el caso de los pacientes con dependencia total que representan el mayor porcentaje de mala calidad de vida.

Estos resultados permiten afirmar que, la disminución de la capacidad funcional que desarrollan los pacientes oncológicos disminuye significativamente su calidad de vida, resultado que ha permitido comprobar la hipótesis del estudio.



CONCLUSIONES

PRIMERA

La capacidad funcional de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud, es de dependencia moderada en el 31,36%. Aunque algunos pacientes logran realizar de manera independiente las actividades diarias como el control de heces y el comer, una parte importante enfrenta dificultades de realizar tareas como el aseo personas, el bañarse, el traslado, la movilidad, el control de orina y heces y el uso de subir/bajar escaleras, se observa diversos aspectos de las actividades de la vida diarias afectados, demostrando la necesidad de fortalecer el acompañamiento y las tácticas del cuidado, con el fin de preservar la independencia.

SEGUNDA

La calidad de vida de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud, es regular en el 88,18%. Al evaluar las dimensiones de la variable se encontró que la dimensión de mayor afectación es la del área de síntomas, los que fueron calificados con una intensidad de bastante o mucho en la mayoría de casos, de igual manera, la calificación que los pacientes dieron de su salud física y calidad de vida, obtuvo un puntaje medio, lo que marca la transición entre la pésima calidad de vida.

TERCERA

Mediante la Prueba de Chi cuadrado se ha podido determinar que la capacidad funcional incluye de forma altamente significativa en la calidad de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud, por cuanto, en los pacientes que conservan su nivel de independencia predomina la calidad de vida regular y buena, luego está progresivamente declina conforme aumenta el nivel de dependencia, para finalmente encontrar el mayor porcentaje de mala calidad de vida en los pacientes con dependencia total, resultados que han permitido comprobar la hipótesis de estudio.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

A la Jefatura médica y de enfermería del Servicio de Oncología se sugiere que en base a los resultados de la presente investigación, se instaure que de forma periódica durante las consultas de control a los pacientes, se realice la evaluación de su capacidad funcional para poder identificar la disminución de la misma y poder brindar consejería médica y de enfermería tanto al paciente como a los cuidadores familiares a efectos de poder sugerir mejoras en los cuidados para tratar de preservar la capacidad funcional y prevenir lesiones por caídas, accidentes, déficit de autocuidado, deficiencias en la alimentación entre otras.

SEGUNDA

A las enfermeras que atienden a los pacientes, se les sugiere que realicen programas de educación sanitaria, dirigidos al cuidado de la capacidad funcional y de la calidad de vida de los pacientes. También sería de utilidad realizar intervenciones dirigidas a la prevención y el manejo del deterioro funcional en los supervivientes de cáncer, implementado programas multifacéticos de prehabilitación y rehabilitación, los que podrían ser aplicados de forma rutinaria en la práctica clínica.

TERCERA

A los enfermeros y/o estudiantes de enfermería, se sugiere realizar nuevos estudios sobre el tema, considerando que, el deterioro funcional es una parte inevitable del envejecimiento, pero puede acelerarse en pacientes mayores con cáncer, debido tanto al propio tumor como a los síntomas y la toxicidad relacionados con el tratamiento anticancerígeno. Por ende, se sugiere realizar investigaciones prospectivas para el reconocimiento del deterioro funcional en pacientes mayores con cáncer y su asociación con la calidad de vida, la mortalidad, la carga para el cuidador y la idoneidad para otros tratamientos médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

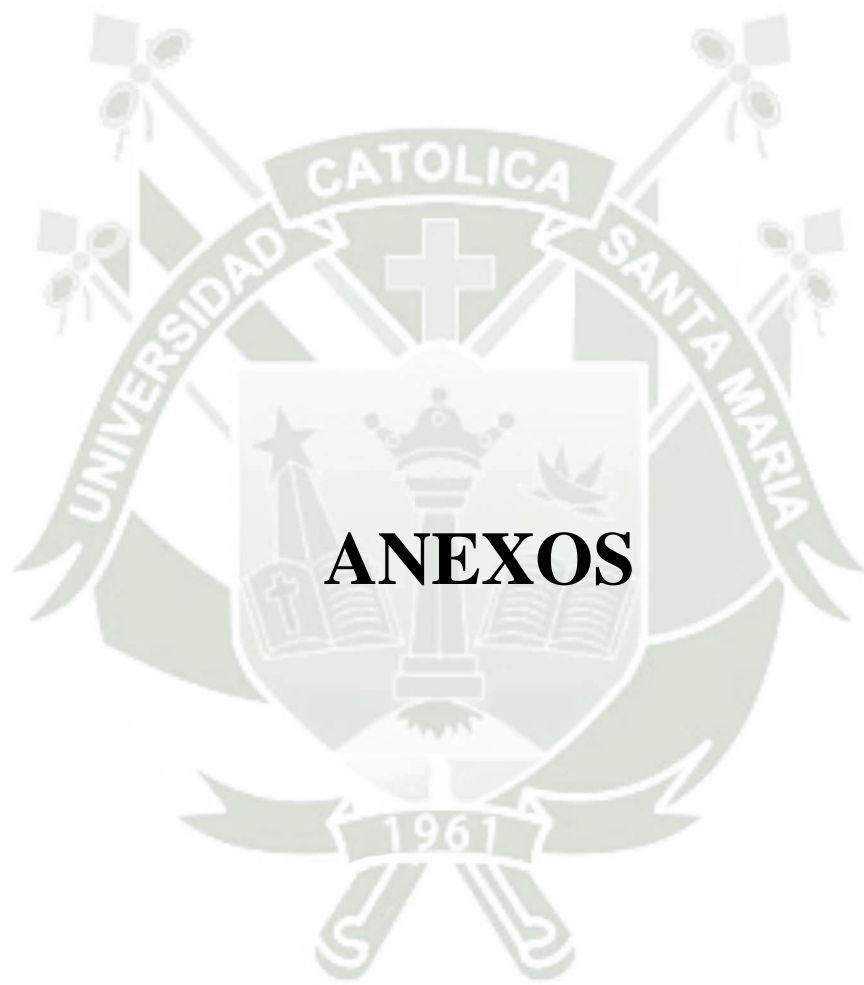
1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer: Datos y cifras. Ginebra, 2022. [Consultado: 12 febrero, 2025] doi: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>
2. Ministerio de Salud. Sala Situacional del Cáncer en Perú. Lima, 2024. [Consultado: 12 febrero 2025] doi: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE24/cáncer.pdf>
3. Seguro Social de Salud. EsSalud. En los hospitales de EsSalud a nivel nacional se atendieron más de 180 mil pacientes con cáncer durante el 2024. Nota de prensa. [Consultado: 12 febrero 2025] doi: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/1102777->
4. Muhandiramge J, Orchard G, Warner T, van Londen J, Zalcborg JR. Functional Decline in the Cáncer Patient: A Review. *Cancers (Basel)*. 2022; 8, 14(6):1368. [Consultado: 12 febrero 2025] doi: 10.3390/cancers14061368.
5. Guzmán C, Mendoza L. “Locus de control de salud y capacidad funcional en clubes de adultos mayores del distrito de Paucarpata, Arequipa – 2019”. [Tesis para optar el Título Profesional de Enfermera] Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, 2020. [Consultado: 13 febrero, 2025]. doi: repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a76c8695-e9d4-4945-8767-17879c069962/content
6. Rivera F. La capacidad funcional y su relación con el riesgo de caída en los adultos mayores albergados en el Centro Geriátrico de la beneficencia pública “San Vicente de Paul” Lima 2022. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Norbert Wiener. [Consultado: 10 febrero, 2025]. doi: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1f12c83e-8df2-44c3-bfea-4cd35ed362af/content>
7. Garcia V, Agar R, Soo K, To T, Phillips L. Screening Tools for Identifying Older Adults with Cancer Who May Benefit from a Geriatric Assessment: A Systematic Review. *JAMA Oncol*. 2021, 7, 616–627. [Consultado: 12 febrero, 2025]. doi: 10.1001/jamaoncol.2020.6736.
8. Guida L, Ahles A, Belsky D, Campisi J, Cohen J, DeGregori J, Fuldner R, Ferrucci L, Gallicchio L, Gavrillov L, et al. Measuring Aging and Identifying

- Aging Phenotypes in Cancer Survivors. *J. Natl. Cancer Inst.* 2019, 111, 1245–1254. [Consultado: 12 febrero, 2025]. doi: 10.1093/jnci/djz136.
9. Geriatric Assessment Healthcare Professional Tool: Cancer and Aging Research Group. 2023. [Consultado: 12 febrero, 2025]. doi: https://www.mycarg.org/?page_id=1936
 10. La Carpia D, Liperoti R, Guglielmo M, Di Capua B, Devizzi F, Matteucci P, Farina L, Fusco D, Colloca G, Di Pede P, et al. Cognitive decline in older long-term survivors from Non-Hodgkin Lymphoma: A multicenter cross-sectional study. *J. Geriatr. Oncol.* 2020, 11, 790–795. [Consultado: 12 febrero, 2025]. doi: 10.1016/j.jgo.2020.01.007.
 11. Hurria A, Soto E, Cohen J, Arsenyan A, Ballman K, Le-Rademacher J, Jatoi A, Filo J, Mandelblatt J, et al. Functional Decline and Resilience in Older Women Receiving Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2019, 67, 920–927. [Consultado: 13 febrero, 2025]. doi: 10.1111/jgs.15493.
 12. Van Egmond A, van der Schaaf M, Klinkenbijn H, Twisk W, Engelbert H, Henegouwen B. The pre- and postoperative course of functional status in patients undergoing esophageal cancer surgery. *Eur. J. Surg. Oncol.* 2020, 46, 173–179. [Consultado: 13 febrero, 2025] doi:
 13. Edbrooke L, Granger L, Denehy L. Physical activity for people with lung cancer. *Aust. J. Gen. Pract.* 2020;49:175–181. [Consultado: 13 febrero, 2025]. doi: 10.31128/AJGP-09-19-5060.
 14. Amjad T, Chidharla A, Kasi A. StatPearls Publishing; Treasure Island, FL, USA: 2023. Cancer Chemotherapy. [Consultado: 15 febrero, 2025]. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564367/>
 15. Ramasubbu K, Pasricha K, Nath K, Rawat S, Das B. Quality of life and factors affecting it in adult cancer patients undergoing cancer chemotherapy in a tertiary care hospital. *Cancer Reports.* 2021; 4:e1312. [Consultado: 15 febrero, 2025]. doi: <https://doi.org/10.1002/cnr2.1312>
 16. Ying C, Yi L, Lian Z. Effect of incentive nursing care on perioperative depression and anxiety in thyroid cancer: A systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2025; 104(3): e41334. [Consultado: 8 marzo, 2025]. doi: 10.1097/MD.0000000000041334

17. Yang N. Clinical effects of motivational nursing on quality of life and psychological status in thyroid cancer patients. *Int J Nurs*. 2021;40:3057–60. [Consultado: 8 marzo, 2025]. doi: 10.1097/MD.00000000000041334
18. Lv J, Su Y, Tang H, Jiang X and Chen X. Humanistic nursing care management strategies: from formulation to implementation. *Front. Public Health* 13:1591077. [Consultado: 15 junio, 2025]. doi: 10.3389/fpubh.2025.1591077
19. National Health Commission. Notice on the Issuance of the “National Nursing Development Plan (2021-2025)”. [Consultado: 15 junio, 2025]. doi: <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653pd/202205/441f75ad347b4ed68a7d2f2972f78e67.shtml>
20. Li HM, Li YL, Xu CR, Deng CH, Li ML, Xu XQ. An investigation and research on the current status of humanistic nursing practices in 188 medical institutions. *Chinese J Nurs Educ*. 2024; 21:1237–43. [Consultado: 15 junio, 2025]. doi: 10.3761/j.issn.1672-9234.2024.10.014
21. Gao M, Wang Y, Lei Y, Zhang L, Li L, Wang C, et al. Applying the Carolina care model to improve nurses' humanistic care abilities. *Am J Transl Res*. 2021; 13:3591–9.
22. Diaz KA, Spiess PE, García Perdomo HA. Humanization in oncology care: a necessary change. *Urol Oncol*. 2023;41 (2):58–61. [Consultado: 15 junio, 2025]. doi: 10.1016/j.urolonc.2022.11.012.
23. Atashzadeh Shoorideh F, Mohtashami J, Farhadzadeh M, Sanaie N, Zadeh EF, Beykmirza R, et al. Humanitarian care: facilitator of communication between the patients with cancer and nurses. *Nurs Prac Today*. 2021;8(1):70–8. [Consultado: 15 junio, 2025]. doi: <https://doi.org/10.18502/npt.v8i1.4493>
24. Lopes A, Ribeiro A, Lamas B, Santos D, Fernández D, Silva R, Marqués P. Humanización de la atención oncológica en adultos: un protocolo de revisión exploratoria. *Síntesis de evidencia del JBI*. 2025. [Consultado: 15 junio, 2025]. doi: 10.11124/JBIES-24-00295, 28 10.11124/JBIES-24-00295
25. Gutiérrez LM, Fernández Conde MG. Humanized care in oncology patient care. *Cultura de los cuidados: Rev Enferm Humanidades*. 2022;64:267–76. [Consultado: 16 junio, 2025]. doi: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8710349>
26. Vega T, Díaz J, Cervera M, Rodríguez L, Muñoz S, Guerrero E. Friendliness, comfort and spirituality in oncological palliative care: contribution to

- humanization in health. *Cultur Cuidad*. 2020;(58):44–55. [Consultado: 16 junio, 2025]. doi: 10.14198/cuid.2020.58.05
27. Taghinezhad F, Mohammadi E, Khademi M, Kazemnejad A. Humanistic care in nursing: concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2022;27(2):83–91. [Consultado: 16 junio, 2025]. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_156_21.
28. Arnold P. Gold Foundation. FAQs > What is humanism in healthcare? Arnold P. Gold Foundation; 2020. [Consultado: 16 junio, 2025]. doi: <https://www.goldfoundation.org/about-us/faqs/>.
29. Jian S, Qian M, Meihua X, Cao X, Rosa RD. Research progress on humanistic care ability and influencing factors of intern nursing students. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;26:8237–643. [Consultado: 16 junio, 2025]. doi: 10.26355/eurrev_202212_30534.
30. Pinker I, Pilleron S. Attitudes of healthcare professionals in treatment decision-making for older adults with cancer: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2023;13(10). [Consultado: 16 junio, 2025]. doi: 10.1136/bmjopen-2023-077628.
31. Retroz C, Retroz I, Marques A. Biopsychosocial factors in cancer pain: A multidimensional evaluation of quality of life, mental health, and mortality. *J Clin Basic Psychosom*. 2025; 10 (10): 1 – 11. [Consultado: 26 febrero, 2025]. doi: 10.36922/jcbp.4097
32. Lima L. et al. Correlación entre Capacidad Funcional y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos en Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2023; 69(3): e-203912. [Consultado: 4 marzo, 2025]. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3912>
33. Flores L, Vidal D. Estrés y calidad de vida en pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción – 2022. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Universidad Continental. Huancayo, 2024. [Consultado: 6 marzo, 2025]. doi: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14363/2/IV_FCS_504_TE_Flores_Vidal_2024.pdf
34. Lopez L, Gonzáles S. Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor que asiste al servicio de geriatría en un hospital peruano. *Investigación e Innovación*.

- 2023; 3 (3): 44-55. [Consultado: 4 marzo, 2025]. doi: <https://doi.org/10.33326/27905543.2023.3.1858>
35. Gómez M, Zuel D. “Calidad de vida y adherencia al tratamiento de quimioterapia en pacientes del IREN Sur Arequipa, 2021”. [Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Enfermería, con mención en: Oncología] Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, 2022. [Consultado: 6 marzo, 2025]. doi: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/2f1dcf4e-4b09-4649-ad58-f3fa8bf9b8d6/content>
36. Apaza R. Capacidad funcional y autoestima del adulto mayor asistente al hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro 2017. Tesis. Puno –Perú: Universidad Nacional del Altiplano. [Consultado: 6 marzo, 2025]. doi: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11218>
37. Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez N, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQC30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993; 85(5): 1-2. [Consultado: 5 marzo, 2025] doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8433390/>
38. Ramírez A, Rúa A. Propiedades psicométricas del Cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 en pacientes oncológicos. [Trabajo de Investigación para optar el Grado Académico de Bachiller en Psicología]. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, 2019. [Consultado: 01 julio, 2025] doi: <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7d93ed35-4ad4-434e-b215-f7be8e357bc9/content>
39. Arenas N. Calidad de vida en pacientes oncológicos de un Instituto Especializado de lima, 2022. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería] Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, 2022. [Fecha de acceso: 5 agosto, 2024] doi: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/916/ TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. Hernandez R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 7ma ed. México D. F.: Mac Graw Hill. 2017.



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

El presente documento contiene la información necesaria para que usted pueda entender lo que comprende su participación en esta investigación.

SECCIÓN I: Sobre la investigación

- **Título del proyecto:** Influencia de la capacidad funcional en la calidad de vida de pacientes oncológicos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Essalud. Arequipa, 2025.

- **Nombre de las investigadoras principales:**

Hernandez Lopez Deborah Nikole

Ramos Calderon Camila Belinda

- **Objetivo del estudio:** Determinar la influencia del nivel de capacidad funcional en la calidad de vida en el área de funcionamiento, área de síntomas y global de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.

SECCIÓN II: Sobre su participación

- **Beneficios por participar:** Luego de su participación mediante el llenado de los instrumentos se podrán sugerir la realización de actividades dirigidas a la mejora de la atención integral de los pacientes oncológicos.

- **Inconvenientes y riesgos:** Debido a la naturaleza del estudio cuya participación de los encuestados consiste en la resolución de instrumentos de encuesta, no atañe ningún tipo de riesgo físico, mental o social para los participantes.

- **Costo por participar:** La participación en el estudio no representa ningún tipo de costo para los participantes.

- **Confidencialidad:** La información que se obtenga a partir de la información proporcionada por los participantes será manejada de forma estrictamente confidencial, siendo obligación de las investigadoras mantener en reserva la identidad de la persona, así como la información obtenida.

- **Renuncia:** Usted podrá revocar la autorización para participar en cualquier momento si así lo considera necesario.
- **Participación voluntaria:** Todas las personas que acepten participar en la investigación, lo harán de forma totalmente voluntaria y luego de haber firmado el consentimiento informado.

SECCIÓN III: Información de contacto

Investigadoras-autoras

- **Nombre:** Hernandez Lopez Deborah Nikole
- **Teléfono:** 932619840
- **Nombre:** Ramos Calderon Camila Belinda
- **Teléfono:** 949057754

SECCIÓN IV: Consentimiento de participación

- He leído y entendido todo lo que comprende mi participación en esta investigación
- Estoy participando de forma voluntaria.
- Conozco mis deberes y derechos en esta investigación.

FIRMA

NOMBRE

DNI

He leído (o alguien me ha leído) la información provista arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. He recibido una copia de este consentimiento, además de una copia de los Derechos de los Participantes en la Investigación.

AL FIRMAR ESTE FORMATO, ESTOY DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN FORMA VOLUNTARIA EN LA INVESTIGACION QUE AQUÍ SE DESCRIBE

ANEXO 2

CÉDULA DE PREGUNTAS

2.1. Ficha de recolección de datos (Elaborada por las investigadoras)

Características generales

1. Edad:.....años
2. Sexo: Masculino Femenino
3. Nivel de instrucción: Ninguno Primaria Secundaria Superior
4. Situación conyugal: Soltero Casado Conviviente Separado
 Viudo
5. Ocupación: Empleado Independiente Comerciante Jubilado
 Ama de casa Estudiante
6. Tipo de cáncer: Colorrectal Estómago Pulmón Linfoma Mama
 Otros
7. Estadio: III IV
8. Tiempo de enfermedad:meses
9. Tratamiento recibido: Cirugía Quimioterapia Radioterapia
 Inmunoterapia

ANEXO 3

ÍNDICE DE BARTHEL (IB)

2.2. Índice de Barthel (IB) (versión adaptada por Shah S., Vanclay F. y Cooper B)

A continuación, por favor contesté las preguntas referidas a un grupo de situaciones que se plantean, elija sólo una de las siguientes alternativas:

Actividades Básicas de la Vida Diaria	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete (inodoro)	0	2	5	8	10
Subir y bajar escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse y desvestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Traslado silla /cama	0	3	8	12	15

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EORT QLQ – 30

2.3. Cuestionario de calidad de vida EORT QLQ – 30 (Elaborado por la Organización Europea y validado por Arenas).

Por favor marque la respuesta que considere:

AREA DE FUNCIONAMIENTO -FUNCION FISICA								
1	¿Tiene problemas para hacer actividades de esfuerzo?	No				Si		
2	¿Tiene problemas para caminar tramos largos?	No				Si		
3	¿Tiene dificultades para caminar tramos cortos?	No				Si		
4	¿Está en cama o sentado todo el día?	No				Si		
AREA DE FUNCIONAMIENTO-ACTIVIDADES COTIDIANAS								
5	¿Necesita apoyo para sus cuidados personales?	No				Si		
6	¿Tiene problemas para hacer sus actividades?	No				Si		
7	¿Es incapaz realizar su trabajo o tareas de casa?	No				Si		
	Durante la semana pasada	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
AREA DE SINTOMAS								
8.	¿Tuvo asfixia?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
9.	¿Tuvo dolor?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
10	¿Necesitó descansar?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
11.	¿Tuvo problemas para dormir?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
12.	¿Se ha sentido débil?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
13.	¿Le faltó el apetito?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
14.	¿Tuvo nauseas?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
15.	¿Ha vomitado?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
16.	¿Estuvo estreñido/a?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
17.	¿Tuvo diarrea?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
18.	¿Tuvo cansancio?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
19.	¿El dolor afectó sus actividades?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
AREA FUNCIONAMIENTO-FUNCION COGNITIVA								
20.	¿Tuvo problemas para concentrarse?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
AREA FUNCIONAMIENTO-ROL EMOCIONAL								
21.	¿Sintió nervios?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
22.	¿Sintió preocupación?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
23.	¿Estuvo irritable?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
24.	¿Estuvo deprimido?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
AREA FUNCIONAMIENTO-FUNCION COGNITIVA								
25.	¿Tuvo dificultad para recordar cosas?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
AREA FUNCIONAMIENTO-FUNCION SOCIAL								
26.	¿Su salud física afectó su vida familiar?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
27.	¿Su salud física afectó su vida social?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
AREA DE SINTOMAS -IMPACTO ECONOMICO								
28.	¿Tuvo problemas económicos para su tratamiento?	Nada	Un poco	Bastante	Mucho			
ESTADO GLOBAL DE SALUD								
		Pésima				Excelente		
29.	¿Cómo califica su salud física durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
30.	¿Cómo evalúa su CV durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 5

APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN GRAAR-ESSALUD



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
EsSalud



EsSalud



Firmado digitalmente por
ZUÑIGA RODRIGUEZ Juan PAU
2019.05.27 09:56:56
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 26.05.2025 11:49:23-0500

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CARTA N° 000055-UCIYD-GRAAR-ESSALUD-2025

Arequipa, 26 de Mayo del 2025

Expediente: 0343020250011866.

Señoritas

DEBORAH NIKOLE HERNANDEZ LOPEZ
CAMILA BELINDA RAMOS CALDERÓN

Estudiantes de la Facultad de Enfermería-Universidad Católica de Santa María

Investigador principal

Presente. -

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Reciba un saludo cordial y en atención al asunto, comunicarle que de acuerdo a la Directiva N° 03-IETSI-ESSALUD-2019, Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud – EsSalud, el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud, ha evaluado y aprobado el Proyecto de Investigación:

INFLUENCIA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO, ESSALUD. AREQUIPA, 2025.

El autor se compromete a respetar la confidencialidad de la información, a presentar un informe final de su trabajo en el servicio o departamento donde realizó el estudio de investigación; asimismo, deberá dejar en la Oficina de Capacitación Investigación y Docencia, una copia de la tesis aprobada, para la biblioteca del HNCASE.

Por lo expuesto, se autoriza el inicio del estudio, teniendo una vigencia de 12 meses a partir de la fecha de aprobación del CIEI.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Firmado digitalmente por

JUAN ZUÑIGA RODRIGUEZ

JEFE DE UNIDAD

UNIDAD DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA - GRAAR

cc.:

JZR/gmvmcdc

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: FRS89HJ.

www.gob.pe/essalud | Jr. Domingo Cueto N.° 120
Jesús María
Lima 11 – Perú
Tel : +51 1 676 0000 / 0001 - 0000





Firmado digitalmente por
FLORES VELAZCO Ramiro Ronald FAU
20121257750 hard
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 22.05.2025 08:27:19-0500

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

NOTA N° 000052-CIEI-UCIYD-GRAAR-ESSALUD-2025

Arequipa, 22 de Mayo del 2025

Expediente: 0343020250011866.

Señor

JUAN ZUÑIGA RODRIGUEZ

JEFE DE UNIDAD DE UNIDAD DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA - GRAAR

Presente. –

ASUNTO : APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted, con un saludo cordial y en atención al asunto comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud, ha evaluado y APROBADO, el siguiente Proyecto de Investigación titulado:

INFLUENCIA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO, ESSALUD. AREQUIPA, 2025.

Presentado por **DEBORAH NIKOLE HERNANDEZ LOPEZ** y **CAMILA BELINDA RAMOS CALDERÓN**, estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, como **investigador principal**. La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- Toda enmienda o adenda se deberá presentar al CIEI-RAAR y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
- Se compromete a respetar la CONFIDENCIALIDAD de la información.
- La vigencia de la aprobación es de un año (12 meses) a partir de la emisión de este documento.
- Si aplica, la Renovación de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.
- Todo trabajo de investigación debe contar con la filiación de ESSALUD, para efectos de publicación.

El proyecto mencionado, califica para evaluación expedita, por cumplir los requisitos según el Manual de Procedimientos del CIEI. Para la ejecución del proyecto, deberá contar con la carta de aprobación de la Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia.

Sin otro particular, quedo de usted.

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.

Esquina Peral – Ayacucho s/n
Cercado-Arequipa-Perú
Tel.:(054) 370380 - anexo 80953
Correo: cieiraar@gmail.com





Atentamente,

Firmado digitalmente por
REMMY RONALD FLORES VELARDE
PRESIDENTE
Red Asistencial Arequipa – ESSALUD

RRFV/gmvmdc

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 D.S. 070-2013- PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.

Esquina Peral – Ayacucho s/n
Cercado-Arequipa-Perú
Tel.:(054) 370380 - anexo 80953
Correo: cieiraar@gmail.com



ANEXO 6

APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN UCSM

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 18 de junio de 2025

Investigadoras Hernandez Lopez Deborah Nikole
 Ramos Calderon Camila Belinda

Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: “Influencia de la capacidad funcional en la calidad de vida de pacientes oncológicos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Essalud. Arequipa, 2025”.

Investigadoras: Hernandez Lopez Deborah Nikole y Ramos Calderon Camila Belinda.

TIPO Y DISEÑO: De campo, relacional, de corte transversal.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Identificar la capacidad funcional de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, EsSalud.

PROCEDIMIENTOS: Encuesta.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes oncológicos que son atendidos en el Servicio de Oncología del hospital, desde los 18 años a más, de ambos sexos que tengan diagnóstico de cáncer.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

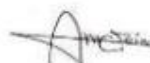
DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 205 – 2025 CIEI-UCSM



VIGENCIA:

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 18 de junio del 2026.



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com