



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA**

**TEMA:**

“RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA PERIODO 2020”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciado en Terapia Física Médica

**AUTOR:** León Clerque Erika Mishell

**DIRECTOR:** Lcdo. Juan Carlos Vásquez Cazar MSc.

IBARRA-ECUADOR

2021

## **CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE EL DIRECTOR DE TESIS**

Yo, Lcdo. Juan Carlos Vásquez MSc, en calidad de tutor de tesis titulada **“RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA PERIODO 2020”**, de autoría de: **Erika Mishell León Clerque**. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que esta apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 02 días del mes de julio de 2021.

**Lo certifico**



Lcdo. Juan Carlos Vásquez Cazar MSc.

C.I.: 100175761-4

**DIRECTOR DE TESIS**



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

### AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACION A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

#### 1.- IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento al Art. 144 de la ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que se publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información.

DATOS DE CONTACTO			
<b>CEDULA DE CIUDADANIA:</b>	1003864277		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	León Clerque Erika Mishell		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Mojanda 6-68 y Pimán		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:emleonc@utn.edu.ec">emleonc@utn.edu.ec</a>		
<b>TELEFONO FIJO:</b>	2580-524	<b>TELF. MOVIL:</b>	0960894648
DATOS DE LA OBRA			
<b>TITULO:</b>	“RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA PERIODO 2020”		
<b>AUTOR (A):</b>	León Clerque Erika Mishell		
<b>FECHA:</b>	02/07/2021		
SOLO PARA TRABAJO DE GRADO			
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSTGRADO		
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Terapia Física Médica		
<b>ASESOR (A)/ DIRECTOR (A):</b>	Lcdo. Juan Carlos Vásquez Cazar MSc.		

## **2.- CONSTANCIA**

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrollo, sin violar derechos de autor de tercero, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de septiembre de 2021.

### **EL AUTOR:**



Erika Mishell León Clerque

C.C: 1003864277

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

**Guía:** FCS-UTN

**Fecha:** Ibarra, 02 de julio de 2021

**Erika Mishell León Clerque.** “RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA PERIODO 2020”. Trabajo de Grado. Licenciatura en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

**DIRECTOR:** Lcdo. Juan Carlos Vásquez Cazar MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue determinar la capacidad funcional y su repercusión en la calidad de vida de las personas que cuidan de ellos, es decir el cuidador primario informal en la Unidad Oncológica SOLCA Imbabura. Entre los objetivos específicos, constan: Caracterizar socio demográficamente según edad, género a la población de estudio, identificar la capacidad funcional del paciente con cáncer, identificar la calidad de vida del cuidador informal primario, y relacionar la capacidad funcional del paciente con cáncer y la calidad de vida del cuidador primario informal.

**Fecha:** Ibarra, 02 de julio de 2021.



MSc. Juan Carlos Vásquez Cazar MSc.

**DIRECTOR DE TESIS**



Erika Mishell León Clerque

**AUTOR/A**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de titulación lo dedico en primer lugar a Dios, quién me ha dado la fuerza, salud, paciencia y determinación para terminar esta etapa de mi vida.

A mis padres y hermanos, por siempre estar en los momentos difíciles, por confiar en mí y brindarme su apoyo moral y económico.

A mis mejores amigos, que han sido parte importantísimo en este proceso de aprendizaje, con quienes he conseguido momentos divertidos, de tristeza, viajes y cuatro años llenos de anécdotas.

A mis familiares y amigos que han pasado por procesos oncológicos y sus familiares quienes han estado junto a ellos en todo momento.

*Erika Mishell León Clerque*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por ponerme en el camino de esta maravillosa y gratificante carrera, Terapia Física Médica, por la salud, la vida y el amor que me rodea.

A mi Mami, que le encanta que le diga de este modo, a mi Padre y mis queridos hermanos, por estar conmigo siempre, por inyectarme amor en cada día de mi vida, por procurar mi felicidad, y consentirme.

Agradezco a la Universidad Técnica del Norte, que me recibió y me dio la oportunidad de estudiar la carrera de Terapia Física, siendo la mejor y la que mayor gratificación brinda.

Al MSc. Juan Carlos Vásquez quien, con su tiempo, experiencia, dirección y arduo trabajo, pude terminar mi trabajo de tesis.

Agradezco a cada una de las personas que apostaron por mí, y me guiaron, ¡MUCHAS GRACIAS!

*Erika Mishell León Clerque*

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE EL DIRECTOR DE TESIS .....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACION A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la investigación.....	1
1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Formulación del Problema .....	3
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivos .....	5
1.4.1. Objetivo General .....	5
1.4.2. Objetivos Específicos .....	5
1.5. Preguntas de Investigación.....	5
CAPÍTULO II .....	6
2. Marco teórico .....	6
2.1. Oncología.....	6
2.2. Cáncer .....	6
2.2.1. Epidemiología y etiología del cáncer en el Ecuador .....	7
2.2.2. Factores de riesgo .....	7
2.2.3. Tipos de cáncer.....	8
2.2.4. Fisiopatología del cáncer .....	11
2.2.5. Tratamiento.....	12
2.2.5.1. Tratamiento médico.....	12
2.2.5.2. Tratamiento fisioterapéutico .....	14
2.3. Paciente oncológico .....	15



2.4. Capacidad funcional.....	15
2.4.1. Capacidad funcional en el paciente con cáncer .....	16
2.4.2. Clasificación de las actividades de la vida diaria .....	17
2.4.2.1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) .....	18
2.4.2.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) .....	18
2.5. Calidad de vida .....	18
2.5.1. Calidad de vida de Cuidadores .....	19
2.6. Cuidador.....	19
2.6.1. Cuidador informal primario.....	20
2.6.2. Tipos de Cuidadores .....	20
2.6.2.1 El esposo o la esposa como cuidador .....	20
2.6.2.2. Las hijas y los hijos como cuidadores .....	21
2.6.2.3. Los padres como cuidadores .....	21
2.6.3. Papel del cuidador .....	21
2.6.4. Sobrecarga del cuidador .....	22
2.6.5. Síndrome del cuidador.....	22
2.7. Instrumentos de evaluación.....	22
2.7.1. Escala de estado funcional de Karnofsky .....	22
2.7.1.1. Validez y confiabilidad.....	24
2.7.2. Cuestionario de Calidad de Vida SF- 12 .....	25
2.7.2.1 Validez y confiabilidad.....	28
2.8. Marco Legal y Ético.....	28
2.8.1. Constitución Política de la República del Ecuador 2008 .....	28
2.8.2. Ley Orgánica de Salud.....	29
2.8.3. Plan Nacional del Desarrollo – Toda una vida .....	30
CAPÍTULO III.....	31
3. Metodología de la Investigación.....	31
3.1. Diseño de la investigación .....	31
3.2. Tipo de la investigación .....	31
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	32
3.4. Población de estudio .....	32
3.4.1. Muestra .....	32

3.4.2. Criterios de inclusión.....	32
3.4.3. Criterios de exclusión .....	33
3.4.4. Criterios de salida .....	33
3.5. Operacionalización de variables .....	34
3.5.1. Variables de Caracterización .....	34
3.5.2. Variables de interés .....	35
3.6. Métodos y técnicas de recolección de información .....	38
3.6.1. Métodos de recolección de datos.....	38
3.6.2. Técnicas e instrumentos.....	38
3.7. Validación de instrumentos.....	38
3.8. Análisis de datos .....	41
CAPÍTULO IV.....	42
4. Resultados .....	42
4.1. Análisis y discusión de resultados .....	42
4.2. Respuesta de las preguntas de investigación.....	54
CAPÍTULO V .....	56
5. Conclusiones y Recomendaciones .....	56
5.1. Conclusiones.....	56
5.2. Recomendaciones .....	57
Bibliografía .....	58
ANEXOS.....	69
Anexo 1: Oficio de Aprobación.....	69
Anexo 2: Oficio de autorización .....	70
Anexo 3: Autorización de Unidad Oncológica SOLCA Imbabura (UOSI).....	71
Anexo 4: Consentimiento Informado.....	72
Anexo 5: Ficha Sociodemográfica.....	73
Anexo 6: Índice de Karnofsky (KPS) evaluación de capacidad funcional.....	73
Anexo 7: SF 12 evaluación de calidad de vida .....	74
Anexo 8: Urkund.....	75
Anexo 9: Certificación de Abstract.....	76
Anexo 10: Evidencia fotográfica .....	77

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Caracterización del paciente oncológico según edad.....	42
<b>Tabla 2.</b> Caracterización de la muestra de estudio de pacientes oncológicos según género.....	43
<b>Tabla 3.</b> Caracterización del paciente oncológico según etnia.....	44
<b>Tabla 4.</b> <i>Caracterización del cuidador primario informal según edad.</i> .....	45
<b>Tabla 5.</b> <i>Caracterización del cuidador primario informal según género.</i> .....	46
<b>Tabla 6.</b> <i>Caracterización del cuidador primario informal según etnia.</i> .....	47
<b>Tabla 7.</b> Identificación de la capacidad funcional del paciente con cáncer .....	48
<b>Tabla 8.</b> Calidad de vida del cuidador primario informal .....	49
<b>Tabla 9</b> Relación de la capacidad funcional con la calidad de vida del cuidador primario informal. ....	51

## RESUMEN

### RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DE LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMABURA PERIODO 2020.

**Autora:** Erika Mishell León Clerque

**Correo:** [emleonc@utn.edu.ec](mailto:emleonc@utn.edu.ec)

El cáncer es una enfermedad crónica, que se caracteriza como el incremento excesivo y una descontrolada propagación de células anormales, que durante el tratamiento disminuye la capacidad funcional del paciente oncológico, y la calidad de vida de quienes se encargan de cuidar al paciente con cáncer. El objetivo principal de esta investigación fue determinar la relación entre la capacidad funcional en pacientes con cáncer y la calidad de vida del cuidador primario informal en la Unidad Oncológica SOLCA Imbabura. La metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, utilizando el método bibliográfico y estadístico; con una muestra de 30 pacientes oncológicos y 30 cuidadores, se aplicó como instrumentos el Índice de Karnofsky (KPS) y el cuestionario de salud SF-12 (Short Form). En cuanto al análisis de resultados, el género femenino predomina la población tanto en pacientes y cuidadores en el 100% y 60% respectivamente, y también coincide la edad de entre 36 a 64 años, se identificó que la capacidad funcional refleja el requerimiento de asistencia ocasional con un 73,3 % y en el cuidador, la calidad de vida es menor, en las escalas de Función Social con 45,83 ( $\pm 33,53$ ), Rol emocional con 26,67 ( $\pm 38,80$ ) y vitalidad con 23,33 ( $\pm 20,39$ ), en conclusión existe relación entre la Función Social, Función Física y la capacidad funcional del paciente oncológico.

**Palabras claves:** Cáncer, pacientes con cáncer, capacidad funcional, cuidador informal, calidad de vida.

## ABSTRACT

### RELATIONSHIP BETWEEN THE FUNCTIONAL CAPACITY OF THE CANCER PATIENT AND THE QUALITY OF LIFE OF THE CAREGIVER OF THE SOLCA IMABURA ONCOLOGY UNIT, 2020.

**Author:** Erika Mishell León Clerque

**Email:** [emleonc@utn.edu.ec](mailto:emleonc@utn.edu.ec)

Cancer is a chronic disease, characterized by the excessive increase and uncontrolled spread of abnormal cells, which during treatment decreases the functional capacity and the quality of life of those who take care of the cancer patient. The main objective of this research was to determine the relationship between functional capacity in cancer patients and the quality of life of the informal primary caregiver at the SOLCA Imbabura Oncology Unit. The methodology used was a quantitative approach, non-experimental cross-sectional design, using the bibliographic and statistical method; with a population of 32 patients and caregivers, and through inclusion and exclusion criteria, the sample of 30 cancer patients and caregivers was determined, the Karnofsky Index (KPS) and the SF-12 (Short Form) health questionnaire were applied. Regarding the analysis of results, within the most important data that were obtained were: that the female gender dominates the population in both patients and caregivers in 100% and 60% respectively, and the age also coincides between 36 and 64 years, it was identified that functional capacity reflects the requirement of occasional assistance with 73,3 % and in the caregiver, the quality of life is lower in the Social Function scales with 45.83 ( $\pm 33,53$ ), Emotional role with 26.67 ( $\pm 38,80$ ) and vitality with 23.33 ( $\pm 20,39$ ). In conclusion, there is a relationship between Social Function, Physic Function and the functional capacity of the cancer patient.

**Keywords:** Cancer, cancer patients, functional capacity, informal caregiver, quality of life.

**TEMA:**

“RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DE LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMABURA PERIODO 2020”

# CAPÍTULO I

## 1. Problema de la investigación

### 1.1. Planteamiento del problema

La sociedad americana de cáncer, define al cáncer como un grupo de enfermedades caracterizadas por un crecimiento descontrolado y de propagación de células anormales, si la propagación no se controla, puede resultar en la muerte o dejar alguna secuela parcial o permanente; el cáncer es una enfermedad agresiva que genera alguna forma de discapacidad permanente o parcial en el paciente, esta condición produce dependencia, y crea la necesidad de un cuidador para cumplir con sus actividades diarias (1).

El cáncer fue la segunda causa principal de muerte en América Latina y el Caribe en el año 2018, se diagnosticaron unos 3,8 millones de casos y 1,4 millones de personas murieron por esta enfermedad, los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia en los hombres son: de próstata (21,7%), pulmón (9,5%), y colorrectal (8,0%), mientras que, en las mujeres, el cáncer de mama (25,2%), pulmón (8,5%), y colorrectal (8,2%) (2).

En España (2018), un estudio indica que los cánceres son procesos de duración media que genera incapacidad funcional temporal situados en una horquilla de 280 días a 365 días, e incapacidad permanente, el 90% de los procesos de cáncer superan los 6 meses de incapacidad funcional parcial y no más del 50 % de los pacientes con cáncer pasarán a incapacidad permanente, alrededor de 25.000 personas con cáncer en España entran en una situación de clara vulnerabilidad (3).

En los últimos años, el cáncer ha sido considerado como un enfermedad crónica, que genera dependencia total, es decir, una pérdida total de la autonomía, y dependencia parcial, si tiene control sobre su autocuidado pero necesita apoyo para desarrollar otras actividades, y en consecuencia, es necesario un individuo que le brinde compañía en el proceso de la enfermedad y asistencia en los servicios de salud, este es el rol del cuidador, pero, a medida que avanza el tiempo, la enfermedad demanda mayor cuidado

y por ende aumenta la carga del cuidador, y tal demanda repercute en la calidad de vida del cuidador (4).

En Dinamarca (2018), se concluyó que los cuidadores perciben una mayor carga en relación a los síntomas del paciente y la progresión de la enfermedad, y su principal hallazgo fue, que la frustración, tristeza y constante preocupación por la seguridad y protección del paciente disminuye la capacidad del cuidador para desarrollar las actividades de la vida diaria, además que la trayectoria de la enfermedad es diferente y cada etapa establece un desafío para el cuidador (5).

En la Habana, (2008) en este estudio se evidenció que la labor de proporcionar cuidados constantes al enfermo con cáncer por un tiempo prolongado, produce con frecuencia en el responsable de la asistencia, astenia, fatiga, sensación de fracaso, deshumanización de la asistencia, insomnio, síntomas somáticos, pérdida del sentido de la prioridad, estado depresivo, aislamiento social, mayor automedicación, irritabilidad, falta de organización, pobre concentración y rendimiento. Pérdida de autoestima, desgaste emocional severo y otros trastornos, que se conocen como el síndrome del quemado (6).

En Ecuador la incidencia de cáncer es de 157,2 casos por 100.000 habitantes, según se desprende del informe dado a conocer por la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que reveló el aumento de los casos de cáncer a nivel mundial en el 2018 (7).

Existen estudios en Cuenca y Quito en donde se ha comparado y medido la calidad de vida en relación al cáncer y su cuidador, que indican que la sobrecarga es entre moderada e intensa y la calidad de vida disminuye en relación al estadio avanzado del cáncer. (8) (9)

En la ciudad de Ibarra no existen estudios que relacionen la capacidad funcional del paciente oncológico y la calidad de vida del cuidador, por ello se consideró estudiar estas dos variables con la finalidad de conocer la capacidad funcional del paciente y como está modifica la calidad de vida del cuidador primario informal.



## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional en pacientes con cáncer y la calidad de vida del cuidador primario informal?

### **1.3. Justificación**

El motivo de la presente investigación fue, conocer la relación entre la capacidad funcional del paciente con cáncer y la calidad de vida del cuidador primario informal de la Unidad Oncológica SOLCA Imbabura. Teniendo en cuenta que el cáncer es una enfermedad con alta incidencia, que genera algún tipo de incapacidad y modifica el estilo de vida de los pacientes y de quiénes les asisten, cuya importancia radica en que en Imbabura no hay registros de información sobre las variables ya mencionadas y la relación que existe entre ellas.

Es una investigación factible porque contó con los recursos técnicos, tecnológicos y bibliográficos que demuestran la relación entre las variables de estudio, cuenta con instrumentos validados en la población latinoamericana, y es pertinente a los conceptos que se manejan en la fisioterapia y es a fin de las líneas de investigación de la carrera.

Este proyecto fue viable debido a que se contó con autorización de la directora general de la unidad oncológica SOLCA Imbabura, para poder aplicar los cuestionarios de evaluación y calidad de vida a los pacientes y cuidadores que asisten a esta entidad de salud, los cuales decidieron participar en el estudio mediante su autorización por medio del consentimiento informado.

Los beneficiarios directos de la investigación fueron los pacientes oncológicos y los cuidadores de la unidad oncológica SOLCA Imbabura, y la estudiante que participo directamente en el proyecto, así también de forma indirecta la carrera de Terapia Física Médica, la Facultad Ciencias de la Salud y la Universidad Técnica del Norte, ya que esta investigación propuso un punto de referencia para futuros estudios.

La investigación tuvo un impacto social, porque nos permite conocer el estado funcional en la población de estudio oncológica y así también identificar la calidad de vida de las personas que ejercen el papel de cuidadores, la cual disminuye por la asistencia que brindan a quiénes padecen cáncer.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre la capacidad funcional en pacientes con cáncer y la calidad de vida del cuidador primario informal en la unidad oncológica Solca Imbabura, periodo 2020.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar la muestra de estudio según edad, género y etnia.
- Identificar la capacidad funcional de pacientes con cáncer de la Unidad Oncológica Imbabura.
- Establecer el nivel de calidad de vida del cuidador primario informal de los pacientes con cáncer de la Unidad Oncológica Imbabura.
- Relacionar la capacidad funcional de la persona con cáncer y la calidad de vida del cuidador primario informal.

## **1.5. Preguntas de Investigación**

- ¿Cuáles son las características de la población de estudio según edad, género y etnia?
- ¿Cuál es la capacidad funcional en pacientes con cáncer?
- ¿Cuál es la calidad de vida del cuidador primario informal del paciente con cáncer?
- ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida del cuidador primario informal?

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco teórico**

#### **2.1. Oncología**

La oncología es una disciplina joven, sus antecedentes modernos en la terapéutica datan de finales del siglo XIX, y como en muchos campos de la ciencia, la guerra marcó mucho el progreso en este campo (10).

La oncología está dedicada al estudio y tratamiento de las neoplasias, en especial las malignas, así como al cuidado del paciente que las padece. A diferencia de muchas especialidades, es multidisciplinaria, ya que incluye a muchas otras especialidades como la cirugía oncológica, radio oncología y oncología médica. La cirugía oncológica surgió de la necesidad de un especialista quirúrgico con los conocimientos y habilidades necesarios para coordinar e interactuar con el equipo multidisciplinario, con el fin de obtener mejores resultados (11).

#### **2.2. Cáncer**

El término «cáncer» se refiere a una enfermedad neoplásica con transformación de células, que proliferan de manera anormal e incontrolada. Es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, lo cual condiciona la posibilidad de desarrollarse una clona que puede invadir y destruir tejidos adyacentes, y diseminarse hacia sitios distantes donde forme nuevas clonas o que ocurra una propagación metastásica (12).

Estas alteraciones y condiciones, por lo general, conducen a la muerte de la persona por deterioro de los órganos vitales. El cáncer se ha convertido en un problema de salud pública, ya que causa un sinnúmero de pérdidas de vidas humanas y de recursos económicos, tanto en el ámbito familiar como en el institucional (12).

El cáncer se ha considerado como una enfermedad crónica, que se define por un crecimiento celular incontrolado debido a diversos factores, su tratamiento consiste en cirugía, radioterapia, quimioterapia, rehabilitación y cuidados paliativos (13).

### **2.2.1. Epidemiología y etiología del cáncer en el Ecuador**

Un hombre de cada 5 y una mujer de cada 6 en el mundo desarrollará un cáncer durante su vida, mientras que uno de cada 8 hombres y una de cada 11 mujeres morirá de esta enfermedad, según las últimas cifras presentadas (14).

Hasta el 2018, en Ecuador la incidencia de cáncer es de 157,2 casos por 100.000 habitantes, según se desprende del informe dado a conocer por la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que reveló el aumento de los casos de cáncer a nivel mundial en este 2018 (14).

En nuestro país, el cáncer de próstata es el de mayor incidencia con 38,8 casos por cien mil habitantes y le sigue el de mama con 31,8. Según este informe, para este año se registran 28.058 nuevos casos de cáncer en general (14).

### **2.2.2. Factores de riesgo**

Una enorme variedad de factores y causas están asociadas con el desarrollo de cáncer. Diferentes factores de riesgo suelen estar presentes en forma simultánea en un individuo o población, sus efectos tienen interrelaciones complejas, de suerte que las dimensiones exactas de las contribuciones específicas son difíciles de aclarar. Una discusión detallada de éstos escapa de los objetivos de este capítulo, ya que se hace una discusión en los capítulos correspondientes a cada una de las neoplasias; sin embargo, se señalan los factores de riesgo y causas más importantes, con especial énfasis en aquellos modificables. Un resumen de las causas de cáncer mejor estudiadas y documentadas por la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) (11).

#### **Tabaquismo**

El tabaquismo y la exposición a sus carcinógenos representan el principal factor de riesgo y la primera causa prevenible de cáncer. Se estima que el tabaquismo es responsable de un tercio de las muertes por cáncer en los países occidentales y se

estima que uno de cada dos fumadores morirá por los efectos del tabaco. Esto incluye cáncer, pero también otras enfermedades pulmonares y cardiovasculares (11).

### **Ingestión de alcohol**

La ingestión de alcohol es otro importante factor de riesgo. El cáncer es una de las enfermedades más significativas asociadas con el consumo crónico de alcohol ésta es un fuerte factor de riesgo para cáncer, en particular de las vías Aero digestivas superiores, hígado, colon y recto, así como mama. Varios factores contribuyen al desarrollo de cáncer, incluye las acciones del acetaldehído, principal metabolito del etanol y del estrés oxidativo, y aparente causa directa del cáncer (11).

### **Factores varios**

La dieta, incluido el consumo de alcohol, el control del peso y la actividad física, puede prevenir un tercio de los cánceres más comunes. Asimismo, en grupos de población específica, son factores de riesgo destacables: la exposición a carcinógenos ocupacionales, la contaminación atmosférica, los agentes infecciosos, aspectos de la vida sexual y reproductiva y el nivel socioeconómico. Las desigualdades socioeconómicas incluyen, sin duda, en la adopción de estilos de vida saludables (15).

### **2.2.3. Tipos de cáncer**

#### **Cáncer de estómago**

Es una enfermedad neoplásica devastadora, tanto por los pobres resultados del tratamiento, como por su efecto adverso sobre la deglución que trae como consecuencia inmediata e inevitable el deterioro en la calidad de vida del paciente. Es una enfermedad agresiva que se presenta en forma localmente avanzada. Pero se han hecho importantes avances en la identificación de pacientes en riesgo de lesiones pre malignas, han aparecido nuevas opciones de tratamiento, ha disminuido la morbilidad y mortalidad quirúrgica y se ha desarrollado una quimioterapia más efectiva (16).

En Ecuador. - En hombres, se observó un incremento significativo de la tasa de incidencia global, la tasa de incidencia de cáncer de estómago fue la más alta en los dos primeros períodos, superada luego por el cáncer de próstata (17).

### **Cáncer de colon y recto**

El cáncer de colon es la quinta neoplasia en frecuencia en el mundo, y segunda entre los tumores del aparato digestivo. La tasa de incidencia tiene amplias variaciones geográficas entre 57.4 y 0.7 por 100.000 personas. Es una de las primeras causas de muerte por cáncer del mundo occidental. (16)

En Ecuador. - El cáncer de colon-rectal tuvo una tendencia al ascenso en forma significativa tanto en hombres según el cambio porcentual anual promedio (CPA) de 2.5, como en mujeres, el cambio porcentual anual promedio (CPA) fue de 1.4. Los valores fueron muy similares para los dos sexos. Las tasas de mortalidad, en hombres y mujeres fueron crecientes de manera significativa (17).

### **Cáncer de páncreas**

El cáncer de páncreas es una neoplasia agresiva, que continúa causando importante mortalidad. Se estima que el número de muertes causadas por de páncreas 29,700 se aproxime al número de casos nuevos 30,3000 3n EEUU. El cáncer de páncreas es la cuarta causa de muerte tanto en hombres como en mujeres (16) (16).

### **Cáncer de tiroides**

El cáncer de tiroides representa solo el 1.1 % de todos los casos nuevos de cáncer en el registro de EEUU, hay varios tipos de cáncer de tiroides, cada uno con epidemiología, historia natural, tratamiento y pronóstico particulares; las células del estroma dan origen a sarcomas y linfomas de tiroides (16).

En Ecuador. – Las tasas de incidencia de cáncer de tiroides tuvieron grandes diferencias en magnitud entre hombres y mujeres, que se acentuaron en el tiempo. Inicialmente se observó una relación de 1:2 y en el último la relación fue de 1:5. Las tasas de incidencia se incrementaron tanto en hombres, como en mujeres, especialmente en los dos últimos quinquenios. Para el caso de las mujeres este incremento fue significativo. Las tasas de mortalidad tanto en hombres como en mujeres se mantuvieron bajas, y las pequeñas variaciones no fueron significativas (17).

## **Cáncer de mama**

El cáncer de la mama es una neoplasia maligna originada de las células de los conductillos y lobulillos mamarios que tiene la capacidad de diseminarse. Es uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2008 el cáncer de mama era el segundo tumor maligno más frecuente en todo el mundo (sólo superado por el cáncer pulmonar), así como el primero en las mujeres (18).

En Ecuador. – En mujeres residentes en Quito, el comportamiento de la mortalidad por cáncer gástrico fue similar al de los hombres con dos características: a) las tasas presentaron valores inferiores y b) en el período 1999-2003 el cáncer de mama sobrepasó al de estómago como causa de muerte (17).

## **Cáncer de pulmón**

El cáncer de pulmón empieza en las células que revisten los bronquios y en otras partes del pulmón, como los bronquiolos o los alvéolos. Se inicia con áreas de cambios precancerosos en el pulmón provocados por los factores de riesgo. Las células neoplásicas siguen acumulando mutaciones genéticas que promueven la producción de factores de crecimiento y factores angiogénicos, formando nuevas redes de vasos sanguíneos en la zona afectada. Los nuevos vasos sanguíneos nutren las células neoplásicas, que pueden continuar creciendo (18).

El cáncer de pulmón es la forma más frecuente de presentación del cáncer en el mundo. El año 2002 hubo 1 350 millones de casos nuevos (12,4% de todos los cánceres) y 1,180 millones de muertes por cáncer de pulmón. El cáncer de pulmón sigue siendo el más frecuente desde la década de los 80; pero en esa época el 69% de los casos se presentaban en los países desarrollados y 41% en los países del tercer mundo. Un penoso cambio ha ocurrido desde entonces: ahora casi la mitad (49%) de los casos ocurre en los países en vías de desarrollo (19).

En Ecuador. - En los 29 años de análisis, la incidencia y la mortalidad por cáncer de pulmón, entre los hombres, se mantuvieron estables. En las mujeres, el incremento fue significativo con el cambio porcentual anual promedio (CPA) de 2.8 en incidencia



y 2.7 en mortalidad. Se apreció un incremento sostenido y de gran magnitud tanto de la tasa de incidencia como la de mortalidad de cáncer de próstata (17).

### **Cáncer de cuello uterino**

Es la segunda más frecuente neoplasia de las mujeres. El año 2002 ocurrieron 493 000 casos nuevos, pero 83% de estos casos se presentaron en los países del tercer mundo; en los países desarrollados el cáncer de cuello uterino representa menos del 5% de todos los casos nuevos de cáncer. Está claramente establecido que los agentes etiológicos del cáncer cervical son los subtipos oncogénicos del Papiloma Virus Humano (19).

En Ecuador. - los dos primeros períodos el cáncer más frecuente fue el de cuello uterino y en los siguientes períodos se presentó el cáncer de mama con la tasa más alta. En los dos últimos períodos apareció el cáncer de tiroides en segundo lugar, superando al cáncer de cuello uterino (17).

#### **2.2.4. Fisiopatología del cáncer**

##### **Carcinogénesis**

Para que una célula normal cambie su fenotipo y se convierta en una célula neoplásica se requieren varias mutaciones en varios genes y eso ocurre a través de mucho tiempo, a veces de años, de estar expuesto a un agente carcinogénico (20).

El cáncer comienza en una célula, es decir que es de origen monoclonal. Esa célula alterada escapa a los controles que anteriormente habíamos mencionado y se vuelve "anárquica", iniciando una generación de más "células anárquicas" que a su vez pueden inducir a cambios similares en las células vecinas (20).

La mutación genética conduce a la modificación de los productos que codificaría el gen normal y en la vía de la carcinogénesis darán origen a:

- Los cánceres heredables por mutaciones en uno o ambos alelos de las células germinales. El análisis citogenético ha permitido individualizar algunos genes cuyas mutaciones han demostrado ser de predisposición familiar (20).
- Los cánceres esporádicos, donde las alteraciones genéticas dependen de los mutágenos ambientales (virus, radiaciones o sustancias químicas) (20).

## **Proceso metastásico**

Las células neoplásicas, como hemos señalado, tienen incrementado su metabolismo y por ende requieren de mayor aporte de oxígeno; en las mismas existen genes que codifican factores que estimulan la angiogénesis tumoral, que es el primer requisito necesario para iniciar la cascada metastásica.

Existen más de 15 factores angiogénicos y otros 15 que frenan dicho proceso. Entre los primeros, una fuente importante involucra a las células endoteliales, que lógicamente abundan en los vasos neoformados. Se estima que entre 5 y 10% de la población celular tumoral está constituida por células endoteliales (20).

## **2.2.5. Tratamiento**

### **2.2.5.1. Tratamiento médico**

#### **Cirugía**

La cirugía es el conjunto de procedimientos llevados a cabo por los cirujanos, dirigidos a la extirpación o resección del tumor. En función de su objetivo, el tratamiento quirúrgico se divide en tres grupos:

- Curativo o «radical»
- Paliativo
- Citorreductor (21).

#### **Técnicas invasivas no quirúrgicas**

Los stents son dispositivos tubulares de uso endoluminal que se colocan en el interior de una estructura anatómica, conducto o vía para asegurar su permeabilidad y funcionamiento (21).

#### **Radioterapia**

La radioterapia es un tratamiento de acción local, al igual que la cirugía. Se basa en el empleo de radiaciones ionizantes (rayos X o gamma, electrones o protones) para dañar las células tumorales, impidiendo su crecimiento y su división celular (21).

La radioterapia tiene múltiples aplicaciones en oncología y variadas formas de administración: radioterapia externa (de conformación tridimensional [3D] y de intensidad modulada [IMRT]), braquiterapia (radioterapia intersticial o endocavitaria) o radioterapia intraoperatoria (21).

### **Quimioterapia**

La quimioterapia tiene un papel limitado en el tratamiento primario del cáncer localizado, siendo la base del tratamiento de los tumores diseminados, su capacidad alcanza la mayoría de células corporales para tratar la enfermedad localizada o en los denominados santuarios (sistema nervioso central, testículos, entre otros) (22).

### **Hormonoterapia**

El modelo hormonal, determina que la neoplasia es consecuencia de un excesivo estímulo hormonal, en un determinado órgano blanco, alterando el crecimiento y función normal, de las células de dicho órgano, este mecanismo es independiente de los otros modelos que actúan como iniciadores, tal es de las radiaciones y agentes químicos (23).

### **Inmunoterapia**

La inmunoterapia es el conjunto de tratamientos encaminados a la estimulación del sistema inmunitario frente al cáncer. Se ha considerado un tratamiento clásico en oncología, pero en los últimos años ha vuelto a destacar por los avances en el tratamiento del melanoma avanzado (21).

### **Terapias dirigidas**

A diferencia de la quimioterapia clásica, son fármacos cuya actividad se dirige contra una diana celular, es decir, contra una parte de la célula específica que interviene en la carcinogénesis. Su uso está restringido a pacientes con enfermedad avanzada, con excepción del trastuzumab, anticuerpo monoclonal dirigido frente al receptor HER2 en pacientes con cáncer de mama HER2 positivo (21).

### 2.2.5.2. Tratamiento fisioterapéutico

**Rehabilitación preventiva.** – son las medidas que impiden el deterioro, comienza inmediatamente después del diagnóstico, se ejecuta con el tratamiento médico, cuando aún no hay alteraciones funcionales (24).

**Rehabilitación restaurativa.** – se aplican metas para la recuperación máxima de la función residual, en los pacientes que cursan con alteraciones en su capacidad funcional y las limitaciones de sus habilidades (24).

**Rehabilitación de apoyo.** - aumenta la capacidad de autocuidado y la movilidad utilizando métodos eficaces. Para los pacientes cuyo cáncer ha ido creciendo y cuyas alteraciones funcionales están progresando. También incluye la prevención de desuso (24).

**Rehabilitación paliativa.** – diseñada para mejorar la calidad de vida física, psicológica y social, incluye el alivio de síntomas, paciente en fase terminal (24).

**Rehabilitación programada.** –son estrategias para mantener, mejorar, recuperar y maximizar la funcionalidad, dentro del programa se recomienda realizar ejercicio físico, de baja y moderada intensidad, en competencia a su estado de salud actual (25).

Fisioterapia:

- Masaje descontracturante
- Fortalecimiento muscular
- Gimnasia de mantenimiento
- Movilizaciones activas y pasivas
- Ejercicios respiratorios
- Tratamiento Postural
- Drenaje linfático manual
- Medidas compresivas
- Medios Físicos
- Ayudas técnicas (25).

### **2.3. Paciente oncológico**

El paciente oncológico generalmente presenta características particulares en la clínica médica, como:

- Se caracterizan por sus antecedentes patológicos, frecuentemente padecen enfermedades crónicas, y su edad es avanzada (26).
- Su sistema inmune está comprometido, por el tratamiento o su enfermedad, es más propenso a contraer infecciones.
- El dolor es el síntoma principal y frecuente en estos pacientes dado principalmente por invasión tumoral y por lo mismo, su repercusión emocional es diferente a la producida por el dolor crónico no oncológico (27,28).
- Al ser sometidos a cirugía oncológica, limitación articular, se determina como: el fracaso de la función articular normal que sigue a las contracturas de cualquier causa, según su magnitud, puede producir discapacidad, lo que puede interferir en las actividades de la vida diaria (AVD) (29).
- En dependencia al tipo de cáncer, tratamiento y el alcance del cáncer, presenta: problemas pulmonares, la quimioterapia y la radioterapia en el pecho pueden dañar los pulmones. Los sobrevivientes de cáncer que recibieron tanto quimioterapia como radioterapia pueden tener un riesgo más alto de presentar daño pulmonar (30).

### **Los sobrevivientes**

Los sobrevivientes de cáncer de hueso y tejido blando pueden presentar efectos físicos y psicológicos por la pérdida de una extremidad o parte de ella. Un ejemplo es el dolor del miembro fantasma, que es cuando se siente dolor en la extremidad que se extirpó a pesar de que esta ya no esté allí (30).

### **2.4. Capacidad funcional**

La capacidad funcional o funcionalidad, según Gómez, Curcio y Gómez en geriatría se considera como "la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad

de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad" (31).

Según los mismos autores, la capacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones (31).

De los resultados de un estudio realizado en Brasil, se demostró que la quimioterapia antineoplásica es una terapia eficaz que se utiliza para controlar los cánceres de mama, ginecológicos y la enfermedad gestacional trofoblástica. Sin embargo, la toxicidad causada por su uso puede potencialmente conducir a cambios en la capacidad funcional de los pacientes, afectando consecuentemente su calidad de vida por sus efectos secundarios (32).

De los resultados del mismo estudio, se indica que, respecto al análisis de avance de capacidad funcional, la media la puntuación fue 70. Según la actuación de Karnofsky Escala de estado: esto significa que los pacientes mostraron incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, aunque mantuvieron su capacidad de autocuidado (32).

En este contexto, un estudio transversal evidenció que casi la mitad de los pacientes estudiados presentaban una capacidad significativamente reducida para desarrollar actividades profesionales y diarias una consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento, evidenciando las complicaciones funcionales después de la quimioterapia (32).

#### **2.4.1. Capacidad funcional en el paciente con cáncer**

A partir del cáncer o de sus tratamientos se producen en los individuos una serie de síntomas asociados que merman en estos, su capacidad para desenvolverse con normalidad en su vida cotidiana. Algunos de estos síntomas pueden ser la astenia, la ansiedad o la disnea. En esta última, las infecciones respiratorias constituyen una de las principales causas de muerte en el enfermo oncológico avanzado. La disnea, junto con la tos y la hemoptisis, además de ser los síntomas más frecuentes en este tipo de

pacientes, son los que más ansiedad producen tanto a las personas que lo padecen como a sus cuidadores (33).

En los pacientes oncológicos, con gran frecuencia se identifican consecuencias físicas, psicológicas y sociales debidas a su diagnóstico y respectivo tratamiento, con severas repercusiones en los diferentes ámbitos de la vida (34).

Las diferentes modalidades terapéuticas, como: la resección quirúrgica, la quimioterapia, la radioterapia, el tratamiento dirigido, la inmunoterapia y los cuidados paliativos, ya sean solos o combinados, en muchos pacientes el efecto que tienen las diferentes opciones terapéuticas junto a los efectos directos de la progresión del carcinoma como la fatiga, la disnea, la pérdida de peso y el dolor, combinados con los efectos indirectos del tratamiento oncológico, inducen progresivamente a un deterioro de la capacidad funcional que impacta en la calidad de vida y bienestar emocional (35).

La capacidad funcional del paciente puede cambiar y suele cambiar con el tiempo. Los pacientes pueden experimentar un empeoramiento gradual de su capacidad funcional a medida que avanza el cáncer, tanto por el cáncer en sí como por los efectos adversos acumulativos de los tratamientos. Por otro lado, el tratamiento eficaz puede conducir a una mejora del estado funcional, si un paciente está limitado por síntomas relacionados con el cáncer (36).

Los pacientes supervivientes, experimentan efectos secundarios a corto y largo plazo, derivados de la enfermedad y sus tratamientos. Entre ellos destacan la cardiotoxicidad, toxicidad pulmonar, neuropatía periférica, osteoporosis, osteopenia, disminución de la fuerza muscular, variaciones en la regulación del peso corporal, disminución de la movilidad, disminución de consumo de oxígeno máximo y fatiga que puede permanecer incluso durante años, evidencia la disminución de la capacidad funcional (37).

#### **2.4.2. Clasificación de las actividades de la vida diaria**

La capacidad funcional está ligada al concepto de autonomía y se determina a través de las diferentes actividades de la vida diaria (38).

#### **2.4.2.1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**

Las actividades de la vida diaria, suelen estar determinadas y en relación a la longevidad y estado funcional, a las necesidades básicas, están enfocadas a las tareas que suponen, el autocuidado e implican un nivel cognitivo mínimo, con el único propósito de conseguir autonomía e independencia (39).

#### **2.4.2.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

Las actividades instrumentales de la vida diaria implican un nivel cognitivo superior y el conocimiento de nuestro entorno su propósito es conseguir un objetivo a través de la coordinación cognitiva y motriz, por ende, interfieren distintas actividades como escribir, hablar y caminar, lo que nos lleva a realizar actividades para cumplir con nuestras obligaciones, metas y traslados (39).

### **2.5. Calidad de vida**

La OMS, en Ginebra, en el año de 1966, durante el Foro Mundial de la Salud, acuñó una definición para calidad de vida: «La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones».8 Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno (40).

El concepto de calidad de vida comienza a popularizarse en la década de los 60, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como son la salud, la salud mental, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. A mediados de los 70, el término comienza a definirse como un concepto integrado que comprende todas las áreas de la vida englobando diversas dimensiones, tanto objetivas como subjetivas, pero es fundamentalmente la percepción del individuo lo que refleja la calidad de vida que experimenta (41).

La calidad de vida está estrechamente relacionada con la salud. La buena salud es un indicador universal de calidad de vida, por ello, el tener una buena calidad de vida es muy probable que se dé en personas saludables (41).



Según Schalock, la calidad de vida es un constructo multidimensional que incluye el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos (41).

### **2.5.1. Calidad de vida de Cuidadores**

En nuestra exploración, con el instrumento de la Escala de Zarit (EZ), se registró que 67% de los cuidadores experimentan sobrecarga como manifestación de agotamiento en el cuidado. La variabilidad en la intensidad de esa sobrecarga del cuidador se observó entre leve (24%) e intensa (43%), señalando valores similares a los resultados obtenidos en el estudio de validación de EZ en Chile, donde se registró 70,5% de sobrecarga, 17,6% leve y 52,9% intensa (42).

A partir de investigaciones realizadas en España, uno de los ejes más significativos para retomar en el presente trabajo es el de la existencia de una gran variabilidad en el grado de estrés que experimentan los cuidadores. Las mismas señalan que los principales efectos negativos para la salud se concentran en un mayor agotamiento físico o mental de los cuidadores. Ante este nivel de sobrecarga en nuestra población de cuidadores familiares nos preguntamos si existe alguna manera de conocer a priori qué cuidadores concretos se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o predisposición a la sobrecarga (42).

### **2.6. Cuidador**

El cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria”, estas personas suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud, que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que general-mente se les denomina “carga” (43).

Los cuidadores son aquellas personas que se encargan de realizar las tareas de cuidado de las personas que no son capaces de realizar por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria. Estas personas en su mayoría son familiares de la persona

dependiente, especialmente las mujeres. Se caracterizan por no tener una formación específica en dicho ámbito, no reciben remuneración económica por el trabajo realizado y no tienen un horario estipulado, dedicando la mayor parte de su tiempo a la tarea del cuidado (44).

Diversos estudios refieren que los cuidadores son mayormente mujeres, con edad entre los 40 y 73 años, escolaridad primaria/secundaria (medio superior) y parentesco de esposa(o) o hija(o), con un tiempo promedio del desempeño del rol de cuidador entre 6.5 y 8 años; además, se destaca que el 43.5% no cuenta con apoyo de otra persona para el cuidado del enfermo. Cabe señalar que el rol de cuidador implica enfrentarse a situaciones críticas relacionadas con el estrés, agotamiento, disminución de oportunidades, motivación y relaciones sociales, así como la posibilidad de presentar síntomas depresivos y ansiedad, problemas de salud y deterioro de la calidad de vida, lo cual puede repercutir en la salud de la díada cuidador-cuidado (45).

### **2.6.1. Cuidador informal primario**

El cuidador informal primario, es aquel que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario al enfermo, permitiéndole vivir en su entorno de manera confortable y segura, no cuenta con una formación y entrenamiento sobre cómo ejercer los cuidados que el paciente necesita para el mantenimiento de su salud y no es remunerado económicamente por su labor. El rol de cuidador informal es sumamente difícil, ya que tienen que asumir una gran cantidad de tareas que los pone en una situación de gran vulnerabilidad, estrés y carga, y que incrementa a su vez el riesgo de padecer problemas físicos, emocionales, socio familiares y otros (46).

### **2.6.2. Tipos de Cuidadores**

#### **2.6.2.1 El esposo o la esposa como cuidador**

Cuando uno de los miembros de una pareja sufre un deterioro de salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja con mejor salud. Algunos de los rasgos comunes a estas situaciones son: cambio

de roles, modificación de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia y reajuste de la vida social (47).

#### **2.6.2.2. Las hijas y los hijos como cuidadores**

Se encuentran a menudo con que deben atender también las necesidades de su familia (cónyuge e hijos), así como las propias. En ellos se presentan los siguientes aspectos: fenómeno de inversión de roles, modificación de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia, reajuste de la vida social y laboral (47).

#### **2.6.2.3. Los padres como cuidadores**

Cuando es uno de los hijos quien por diversas circunstancias se convierte en una persona dependiente, el impacto emocional es mayor, presentándose regreso a un rol que ya se entendía superado; se caracteriza por modificación de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia y reajuste de la vida social (47).

#### **2.6.3. Papel del cuidador**

- Cumplir tareas que se realizan a diario como: cocinar, limpiar, planchar, comprar, entre otras.
- Acompañamiento para el transporte fuera del domicilio: visitas al médico, a urgencias, al hospital, etc.
- Soporte para el desplazamiento en el interior del domicilio cuando la enfermedad le provoca un déficit en la movilidad.
- Realizar actividades relacionadas con la higiene y cuidado personal del paciente.
- Administración de la economía del hogar.
- Supervisar y administrar la toma de medicamentos y por ende observar la aparición de efectos secundarios o interacciones.
- Estar pendientes del cuidado y estado de salud.

- Apoyar e identificar situaciones relacionadas con estados de ansiedad o depresión o dificultades en la comunicación (48).

Las características del cuidador y del adulto mayor, relacionadas con los aspectos culturales, personales, físicos, sociales, temporales y virtuales, permiten ofrecer las orientaciones para el desempeño ocupacional del cuidador (49).

#### **2.6.4. Sobrecarga del cuidador**

Un estudio evidenció el impacto sobre la salud física del cuidador, evaluó la relación entre el cuidar de un paciente terminal y el riesgo de muerte del cuidador por recrudecimiento del cuadro de enfermedades ya existentes, entre estos: agotamiento físico, pérdida de la autoestima, y alteración de la dinámica familiar (50).

#### **2.6.5. Síndrome del cuidador**

La actitud del cuidador primario informal centrada en la atención a la persona con discapacidad o enferma puede dar lugar a una serie de implicaciones, entre las que se incluye el síndrome del cuidador, el cual se caracteriza por presentar problemas físicos, psicológicos y sociales; asimismo, complicaciones en el cuidado del paciente, de manera que resultan afectadas sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional, situación que da lugar a la denominada sobrecarga del cuidador (47).

### **2.7. Instrumentos de evaluación**

#### **2.7.1. Escala de estado funcional de Karnofsky**

La Escala Karnofsky (KPS) fue la primera que se desarrolló para evaluar la capacidad funcional. Esta escala evalúa diferentes dimensiones de un individuo como nivel de actividad, capacidad de trabajo, nivel de cuidados requeridos, gravedad y progresión de la enfermedad y necesidad de hospitalización (51).

## Dimensiones

Es una medida general de la autonomía del paciente, y ha sido ampliamente utilizado como una evaluación del paciente oncológico y no oncológico; se compone de tres criterios:

- **No requiere cuidados especiales:** capaz de realizar una actividad y trabajo normal (100 a 80)
- **Requiere una cantidad variable de asistencia:** Incapaz de trabajar. Capaz de vivir en casa y satisfacer la mayoría de las necesidades personales (70 a 50).
- **Requiere cuidados institucionales u hospitalarios:** incapaz de cuidarse por sí mismo, la enfermedad puede estar progresando rápido (40 a 0) (52) .

## Indicadores

- 100, normal sin quejas, sin evidencia de enfermedad. (Salud máxima)
- 90, capaz de realizar una actividad normal, signos o síntomas menores de enfermedad
- 80, actividad normal, con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad.
- 70, se preocupa por sí mismo, incapaz de llevar una actividad normal o realizar un trabajo activo.
- 60, requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades.
- 50, requiere asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes
- 40, incapacitado, requiere cuidados y asistencia especial.
- 30, severamente incapacitado, la hospitalización está indicada, aunque la muerte no es inminente.
- 20, hospitalización necesaria, muy enfermo, tratamiento activo de soporte es necesario.
- 10, moribundo, proceso fatal progresando rápidamente.
- 0, muerte (52).

## **Explicación al paciente**

Se indica al paciente que seleccione la opción que se ajuste a su estado de salud actual, o el examinador lee las definiciones y encierra el valor en el cual la persona se haya sentido identificado.

## **Instrucciones**

Señalar con un círculo u otro garabato en un único valor que indique la situación actual del encuestado.

## **Puntuación**

El valor seleccionado es la puntuación final, y este refiere el criterio y corresponde a la dimensión del valor seleccionado por el paciente, 100 indica “perfecto de salud” y 0 es la muerte. Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes (52).

### **2.7.1.1. Validez y confiabilidad**

La escala Karnofsky (KPS) es un instrumento válido y confiable para evaluar capacidad funcional. Esta escala tiene una buena validez de constructo, según Schag y cols., compararon los puntajes de la escala KPS con comportamientos específicos (ej., capacidad de trabajo, entre otras) observando una fuerte relación entre aquellas dimensiones que evaluaban actividad física y la escala KPS. Recientemente, Mor y cols., compararon la escala KPS con el índice de Katz y con una encuesta global de calidad de vida física. En el estudio se observó una asociación entre los puntajes obtenidos con el uso de las diferentes medidas de funcionalidad. La escala KPS posee una confiabilidad moderada a elevada (51).

Las primeras medidas de funcionamiento físico, el índice de Karnofsky o el índice de actividades de la vida diaria de Katz, se desarrollaron para evaluar el impacto en el funcionamiento físico de enfermedades crónicas graves como el cáncer o el ictus, particularmente en contextos institucionalizados y con poblaciones de personas mayores. La discapacidad, es decir, la dificultad o la necesidad de ayuda para realizar

estas actividades básicas, tiene importantes consecuencias en la calidad de vida y resulta muy útil para determinar la necesidad de servicios de soporte, y muy especialmente para determinar la necesidad de cuidados de larga duración. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) comprenden los autocuidados: aseo personal, vestirse, ir al aseo, comer y beber, y acciones de movilidad básica: levantarse de la cama y de la silla y desplazarse dentro de casa o por una habitación (53).

El carácter tan básico de estas actividades supone que su sensibilidad para detectar deterioro en el funcionamiento físico se limita al espectro más extremo, es decir, sólo permiten identificar a las personas con los niveles más graves de discapacidad, principalmente las personas más mayores y con enfermedades crónicas graves. De esta forma, no permiten valorar el funcionamiento de la mayoría de las personas (54).

### **2.7.2. Cuestionario de Calidad de Vida SF- 12**

**1.- Definición:** En 1991, se inició el proyecto “Evaluación internacional de la calidad de vida” para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad de un instrumento genérico denominado encuesta de salud SF-36, con el propósito de comparar la percepción de la salud de las poblaciones grandes de países participantes y posteriormente sus versiones cortas SF-12 y SF-6, teniendo el mismo propósito (55) .

**2.- Componentes:** El SF-12 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, seleccionando uno o dos ítems de cada una de las dimensiones del SF-36.

El cuestionario proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir conceptos genéricos de salud desde el punto de vista del paciente, otorgando una calificación cuantitativa, siendo un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas que sean mayores de 14 años. (55)

**3.- Dimensiones:** Podemos decir que al aplicar este cuestionario se obtiene un estado positivo y negativo de la salud física y mental de las personas. En este cuestionario se toma en cuenta ocho dimensiones las cuales son: (55)

- **Función física:** Se conoce como un “grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos”.
- **Rol físico:** “Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades” (56).
- **Dolor corporal:** “La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar” (56).
- **Salud general:** “Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse” (56).
- **Vitalidad:** “Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento” (56).
- **Función social:** “Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual” (56).
- **Rol emocional:** “Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias” (56).
- **Salud mental:** “Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general” (56).

#### 4.- Ítems del instrumento

El cuestionario está compuesto por preguntas de tipo cerradas las cuales facilitaran al encuestado la selección de una o más opciones acordes a la pregunta. Dentro de las preguntas del cuestionario tenemos: (56)

- “En general, usted diría que su salud es”
- “Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia?”
- “¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?”

#### 5.- Puntuación:



Es necesario mencionar que, para una adecuada puntuación del cuestionario SF-12 debemos tomar en cuenta la puntuación del SF-36, ya que los ítems están puntuados de forma que a mayor puntuación (< 50 puntos) mejor es el estado de salud. En donde cada dimensión es puntuada de forma que, una puntuación alta indica una mejor función y en la escala dolor una puntuación alta es estar libre de dolor (56).

Cabe mencionar que, aunque los números de las opciones de respuesta estén presentes en el cuestionario, puede que no sean los valores finalmente asignados a las respuestas de cada uno de los ítems, para obtener una adecuada puntuación se toma en cuenta tres pasos:

- Recodificación de los ítems, para aquellos que requieran recodificación.
- Cálculo de la puntuación de los ítems
- Transformación de las puntuaciones crudas de las escalas a una escala de 0-100 (56).

### **Formula de puntuación**

Con la siguiente formula se trata de transformar cada puntuación cruda de las escalas en una escala de 0 a 100, esta transformación convierte las puntuaciones más bajas y las más altas posibles. Las puntuaciones situadas entre estos valores representan el porcentaje del posible total de puntuación lograda (56).

### ***Escala transformada***

$$= \frac{\text{puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja}}{\text{máximo recorrido de la puntuación cruda}} \times 100$$

### **Recomendaciones para una adecuada puntuación**

Pueden ocurrir errores al momento de introducir datos, ya sea a un programa o procesador, lo cual puede ser una causa para obtener puntuaciones imprecisas de las escalas, es recomendable verificar las puntuaciones antes de utilizar las escalas. Y es por eso que, para una mejor recopilación de datos y para una adecuada puntuación se recomienda (56):

- Calcular las puntuaciones de la escala a mano.

- Después de la recodificación para cada ítem con su valor final, verificar la distribución para cada uno de ellos.
- Después de la recodificación para cada ítem y su adecuada puntuación, inspeccionar la correlación entre cada escala y los componentes de cada ítem (56).

### **2.7.2.1 Validez y confiabilidad**

En Chile se realizó un estudio, se obtuvo que el SF-12 es una escala con medidas válidas y fiables que permite la obtención de un perfil acabado del paciente que caracterice su estado de salud no sólo físico, sino que también mental y social, en relación a la calidad de vida relacionada con la salud. Contando, por lo tanto, con una medida de fácil aplicación para uso individual, como para grandes poblaciones para los estados de salud psicológica que en otras condiciones requiere de mayor tiempo, y recursos (57).

## **2.8. Marco Legal y Ético**

### **2.8.1. Constitución Política de la República del Ecuador 2008**

*Según la Constitución Nacional de la República del Ecuador, en el título II Derechos. Capítulo primero, principios de aplicación de los derechos. Sección séptima Salud*

*Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional (58).*

*Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social (58).*

**Art. 363.-** *El Estado será responsable de:*

1. *Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario (58).*
2. *Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura (58).*
3. *Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud (58).*
4. *Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos (58).*
5. *Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución (58).*
6. *Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto postparto (58).*
7. *Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales (58).*
8. *Promover el desarrollo integral del personal de salud (58).*

### **2.8.2. Ley Orgánica de Salud**

**Art. 19.- Derecho a la salud.** - *El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural (58).*

*La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud (58).*

**Art. 23.- Medicamentos, insumos, ayudas técnicas, producción, disponibilidad y distribución.** - *La autoridad sanitaria nacional procurará que el Sistema Nacional de Salud cuente con la disponibilidad y distribución oportuna y permanente de medicamentos e insumos gratuitos, requeridos en la atención de discapacidades, enfermedades de las personas con discapacidad y deficiencias o condiciones discapacitante (58).*

*Las órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas que reemplacen o compensen las deficiencias anatómicas o funcionales de las personas con discapacidad, serán entregadas gratuitamente por la autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud; que, además, garantizará la disponibilidad y distribución de las mismas, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos (58).*

### **2.8.3. Plan Nacional del Desarrollo – Toda una vida**

**Objetivo 1:** *Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas (59).*

**Política 1.6.-** *Garantizar el derecho a la salud, la educación y el cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural (59).*

## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la Investigación

#### 3.1. Diseño de la investigación

**No experimental:** Ya que no se pretende manipular las variables de ninguna forma y cuyo propósito es observar las condiciones de las mismas en un ambiente natural, para luego ser analizadas, interpretadas sin la necesidad de combinarlos en un ambiente controlado, en la presente investigación se aplicó cuestionarios a los sujetos de estudio sobre capacidad funcional y calidad de vida (60).

Además, que, este se basa en diferentes clases, ideas, eventos y variables, todos estos sucesos, el investigador no interfiere directamente, ni se altera ningún parámetro ni su contexto y finalmente se analiza. (61)

**Corte transversal:** Para la presente investigación se recolectaron datos en un solo momento, es decir, en un tiempo único, y no se realizó ningún tipo de seguimiento (60).

Es decir, que se centra en investigar cual es nivel o estado de las variables planteadas, y su relación entre sí, en un tiempo dado. (61)

#### 3.2. Tipo de la investigación

**Cuantitativa:** Este tipo de investigación se encarga de medir cada variable, confirmarla, también se basa en la unión y análisis de datos numéricos sobre las variables establecidas en la investigación, para dar paso a la interpretación de los resultados, recogidos mediante instrumentos, que debido a la exigencia numérica y la naturaleza de este tipo de investigación son cuestionarios probados, estandarizados, revisados y validados por expertos en diferentes poblaciones (60) (61).

**Descriptivo:** Es una modalidad en el que su interés es medir y recoger información de forma que las variables indiquen su relación, y se especifiquen sus características (60).

Por ende, se encarga de determinar claramente las características de la población de estudio, variables, fenómeno y contexto, para detallar todas las situaciones posibles y

dar respuesta a las interrogantes que el investigador se planteó. Por supuesto tiene su enfoque en describir y no en explicar, es decir, que responde al que y no al por qué. En este estudio se realiza una descripción de la muestra a través de una ficha sociodemográfica e instrumentos, especificando el género, la edad, la etnia, capacidad funcional y calidad de vida. (62).

**Correlacional:** En esta investigación se busca determinar la relación existente entre dos o más variables de estudio, sin ser manipuladas físicamente, permitiendo establecer conclusiones entre estas dos variables (63).

### **3.3. Localización y ubicación del estudio**

El estudio se realizó en la Unidad Oncológica SOLCA Imbabura, esta fue creada en el año 2001, con atención a pacientes una vez al mes con médicos provenientes de la ciudad de Quito, en el año 2002, se empezó a coordinar la implementación y apertura del Dispensario médico, tras un crecimiento y la insuficiencia de espacio se trasladó al sector de Yacucalle, ubicado en la Av. Rafael Sánchez 10-67 y Tobías Mena en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura.

### **3.4. Población de estudio**

La población se conforma de 64 sujetos de estudios que corresponden a las áreas de cuidados paliativos, quimioterapia y cirugía oncológica, de ellos 32 pacientes con cáncer, y 32 cuidadores primarios informales que asisten a la unidad oncológica Solca Imbabura.

#### **3.4.1. Muestra**

La muestra de la presente investigación se conformó por el cumplimiento de los criterios de selección, conformado por 60 sujetos, siendo estos 30 pacientes con cáncer y 30 cuidadores primarios informales de la unidad oncológica Solca Imbabura, en la ciudad de Ibarra.

#### **3.4.2. Criterios de inclusión**

- Adultos de las diferentes etnias.

- Adultos que acepten y firmen el consentimiento informado para ser parte de la investigación.
- Adultos que asistan con su cuidador primario informal.
- Hombres y mujeres en procesos oncológicos.
- Hombres y mujeres que asistan los días en los que se recoja la información.

#### **3.4.3. Criterios de exclusión**

- Pacientes que no cumplan con un proceso oncológico.
- Pacientes que rechacen participar de la investigación.
- Pacientes que no acudan a con su cuidador primario informal.

#### **3.4.4. Criterios de salida**

- Personas que no deseen seguir participando en la investigación.

### 3.5. Operacionalización de variables

#### 3.5.1. Variables de Caracterización

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cualitativa ordinal polinómica	Grupos etáreos	Adultos jóvenes	18-35 años	Ficha de recolección de datos.	La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo (64).
			Adultos	36- 64 años		
			Adultos mayores	≥ 65 años (OMS)		
Género	Cualitativa nominal Politómica	Género	Adultos	1. Femenino 2. Masculino 3. Otros (LGBTI)		Se refiere a los atributos sociales y las oportunidades asociadas a ser hombre o mujer, y las relaciones entre mujeres y hombres, niñas y niños (65).
Etnia	Cualitativa nominal polinómica	Grupos étnicos	Etnia	Mestizo		Es una población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, normalmente con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común, o en otros lazos históricos (66).
				Afro ecuatoriano		
				Indígena		
				Blanco		



### 3.5.2. Variables de interés

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Capacidad funcional	Cuantitativa Discreta	No requiere cuidados especiales	Normal, no hay molestias. No hay evidencia de enfermedad	<b>100 %</b>	Índice de Karnofsky	Es la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad (67).
			Capaz de realizar actividad normal Signos y síntomas menores de enfermedad	<b>90 %</b>		
			Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos y síntomas de enfermedad	<b>80 %</b>		
		Requiere una cantidad variable de asistencia	Cuida de sí mismo. Incapaz de realizar actividad normal o de realizar trabajo activo.	<b>70 %</b>		
			Requiere de asistencia ocasional, pero es capaz, de satisfacer la mayoría de sus necesidades.	<b>60%</b>		

			Requiere asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes	<b>50%</b>		
		Incapaz de cuidarse por sí mismo.	Discapacitado. Requiere cuidados especiales y asistencia.	<b>40%</b>		
			Gravemente discapacitado. Hospitalización está indicada, aunque muerte no se ve inminente.	<b>30%</b>		
			Muy enfermo, hospitalización es necesaria. Tratamientos de soporte activo son necesarios.	<b>20%</b>		
			Moribundo, proceso fatal progresando rápidamente.	<b>10%</b>		
			Fallecido	<b>0%</b>		

Calidad de vida	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud General</li> <li>• Función física</li> <li>• Rol físico</li> <li>• Rol Emocional</li> <li>• Dolor corporal</li> <li>• Salud mental</li> <li>• Vitalidad</li> <li>• Función social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los valores más acercados a 0 indican peor calidad de vida.</li> <li>• Valores los próximos a 100 indican mejor calidad de vida</li> </ul>	0 a 100.	Cuestionario de Salud SF-12	La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien” (68).
-----------------	-----------------------	---	---	----------	-----------------------------	---

### **3.6. Métodos y técnicas de recolección de información**

#### **3.6.1. Métodos de recolección de datos**

**Bibliográfico:** Es la forma en la que se recoge una variedad de documentos o referencias bibliográficas que se han publicado en diferentes sobre una misma temática, este método nos ayuda a reunir la información necesaria.

**Estadístico:** En este estudio se utilizará dos cuestionarios internacionales de discapacidad y calidad de vida que reúne los datos necesarios para cumplir con los objetivos planteados, debidamente revisada y validada por expertos.

Estos instrumentos de medición sobre el nivel de capacidad funcional (Escala Karnofsky), y el instrumento que mide la calidad de vida en el cuidador (SF 12)

#### **3.6.2. Técnicas e instrumentos**

##### **Técnicas**

- **Encuesta:** Ficha de recolección de datos

##### **Instrumentos**

- Ficha de recolección de datos.
- Índice de Karnofsky.
- Cuestionario de calidad de vida SF-12.

### **3.7. Validación de instrumentos**

#### **Índice de Karnofsky**

La escala Karnofsky (KPS) es un instrumento válido y confiable para evaluar PS (performance status). Esta escala tiene una buena validez de constructo. Schag y cols., compararon los puntajes de la escala KPS con comportamientos específicos (ej., capacidad de trabajo, entre otras) observando una fuerte relación entre aquellas dimensiones que evaluaban actividad física y la escala KPS. Recientemente, Mor y cols., compararon la escala KPS con el índice de Katz y con una encuesta global de calidad de vida física. En el estudio se observó una asociación entre los puntajes

obtenidos con el uso de las diferentes medidas de funcionalidad. La escala KPS posee una confiabilidad moderada a elevada (69).

El Índice de Karnofsky también fue altamente predictivo de los resultados, con un desempeño mejor o igual de bueno que el Activities of Daily Living (ADL) y el Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Por lo tanto, se demostró que el Índice de Karnofsky sirve como una puntuación proxy eficaz para la salud y el estado funcional de un paciente. También fue un predictor significativo de hospitalizaciones, tiempo de supervivencia, residencia comunitaria e institucionalización. Finalmente, se demostró que el KPS distingue adecuadamente los grupos de riesgo para ayudar en la focalización de los servicios a los pacientes geriátricos ambulatorios (70).

Se demostró que el KPS tiene muy buena confiabilidad entre evaluadores en este estudio. El cálculo de los datos de confiabilidad usando varios métodos permiten comparación entre esta investigación y los estudios previamente reportado. El estudio presentado aquí documenta una confiabilidad entre evaluadores considerablemente más alta que el estudio que utilizó pacientes de la sala de emergencias y pacientes en hemodiálisis<sup>7</sup> (53% en comparación al 34% y 29%, estadística Kappa), y una confiabilidad algo mejor que un estudio que también utiliza pacientes con cáncer (0,89 en comparación con 0,69, Pearson correlación) (71).

Un dato importante es mencionar que el índice de kappa de forma global valoro como moderada dependencia interobservador al aplicar de forma global el índice de Karnofsky ( $K= 0.56$ ;  $p= 0.0001$ ) cuando en un unos de los primeros estudios de esta índole donde se evaluó la correlación interobservador cuando la medición hecha entre oncólogos clínicos fue muy alta ( $K=0.91$ )<sup>4</sup> (71).

Al realizar el cruce de variables para evidenciar la variabilidad interobsevador de la escala de Karnofsky se encontró menor concordancia en el índice de los 70-90 puntos de la escala, con un índice de correlación de kappa que fue de 0.56 lo que corresponde a una correlación de moderada correlacion. ( $K= 0.56$ ;  $p= 0.0001$ ) (72).

La prueba de chi-cuadrado indica diferencias significativas entre categorías ( $P = 0,001$ ) y una relación muy fuerte entre el aumento de las puntuaciones de KPS y un estado funcional más alto (coeficiente de contingencia = 0,49). Más del 50% de los casos en

los dos peores KPS los niveles se encuentran en la categoría de peor gravedad, mientras que el 40% de los los pacientes con un KPS de 50 se encuentran en el "más funcional" categoría de gravedad. Para complementar los resultados de ANOVA, el KPS ordinal la puntuación se retrocedió en la supervivencia en días. El propósito de Este análisis fue para examinar más a fondo las cualidades predictivas del KPS. Confirmando el enfoque ANOVA, un cero Se obtuvo una correlación de orden de 0.30, lo que significa un R2 de 0,09 que es significativo más allá del nivel de 0,001 (73).

### **Calidad de vida SF-12**

En un estudio, se presentan resultados por métodos estadísticos descriptivos, de variabilidad y consistencia interna para cada una de las dimensiones del SF-12. La evaluación de consistencia interna tanto para la dimensión física como mental, arroja adecuados indicadores. Estimación de confiabilidad, la evaluación de la consistencia interna (alfa de Cronbach) para la dimensión física fue de 0,63 y para la dimensión mental fue de 0,72. La correlación dominio/dominio fue significativa, encontrándose correlaciones adecuadas para ambas dimensiones, a saber, para la dimensión mental, una correlación de 0,33 y para la dimensión física 0,50, indicando la estabilidad de ambas dimensiones (57).

Respecto a la validez de constructo se ejecutó un análisis factorial exploratorio, por medio de componentes principales con rotación Varimax. Los indicadores de ajuste de la matriz de datos fueron significativos con medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin de 0,846 y Prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2$  (66) = 4117,222;  $p = 0,000$ ) (57) (74).

En relación a los componentes principales con rotación Varimax, resultó una solución compleja de tres factores que explicaron 60,31% de la varianza, encontrándose ítems con carga en más de un factor. El primer factor que explicó 38,38% contiene a los ítems de las dimensiones salud mental, vitalidad, función social y salud general; el segundo factor que explicó 11,78% contiene los ítems de las dimensiones rol físico y mental, y finalmente el tercer factor que explicó 10,15% contiene los ítems de función física y dolor corporal. La selección de ítems para cada factor es en base a mayor carga factorial y con carga significativas ( $\geq 0,30$ ) (57) (74).

Se evaluó la validez de criterio por medio de la correlación de las dimensiones del cuestionario SF-12 con el cuestionario de depresión de Beck (BDI) y el cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI). Todas las correlaciones obtenidas son significativas, adecuadas y negativas (57) (74).

### **3.8. Análisis de datos**

Para el análisis de los datos, la medición de variables, su cruce y su relación se creó una base de datos en Excel con los datos obtenidos de los cuestionarios de evaluación y de la ficha de recolección de datos sociodemográficos, para su análisis se utilizó el programa de estadística Statistical Package for the Social Sciences o Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), para establecer la correlación de variables se utilizó, el estadístico Chi Cuadrado, con un nivel de confianza de 5% y significancia de  $p=0,05$  y el coeficiente de correlación Spearman (75).

## CAPÍTULO IV

### 4. Resultados

#### 4.1. Análisis y discusión de resultados

*Tabla 1. Caracterización del paciente oncológico según edad*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-35 años	1	3,3%
36-64 años	19	63,3%
Mayor a 65 años	10	33,3%
Total	30	100,0%

En la muestra de estudio podemos observar que el rango de edad con menor participación es de 18 a 35 años de edad con el 3,3%, y el rango mayor a 65 años de edad representa el 33,33%, en esta investigación el rango de edad con mayor participación y predominio corresponde 63,3% que corresponde a pacientes que tienen 36 a 64 años de edad.

Los datos del estudio “Caracterización de pacientes con cáncer de mama y sus familiares acompañantes” en el año 2018, arrojaron un 79,2% correspondientes al rango de edad de 46 a 64 años de edad, en relación a la presente investigación dichos resultados tienen semejanza, ya que se encuentran mayor predominio en el rango de edad de 36 a 64 años, de tal modo que los dos estudios, tienen mayor predominio en estos rangos de edad (76).



**Tabla 2.** Caracterización de la muestra de estudio de pacientes oncológicos según género

<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	30	100%
Masculino	0	0%
Total	30	100%

Una vez aplicada la ficha de recolección de datos, podemos decir que el género femenino representa 100%, teniendo así absoluta predominancia del género femenino, siendo una participación total de mujeres en esta investigación.

Datos que tienen semejanza con el artículo “Perfil de pacientes con cáncer en un centro de oncología en Bogotá” realizado en Colombia año 2020, en un grupo de 131 pacientes con cáncer atendidos en tres servicios oncológicos, mediante la estadística descriptiva se concluyó que hay mayor predominio en género femenino con un porcentaje de 58,02 %, indicando que en la presente investigación también es predominante el género femenino (77).

**Tabla 3.** *Caracterización del paciente oncológico según etnia*

<b>Etnia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mestiza	26	86,7%
Afro ecuatoriana	2	6,7%
Indígena	1	3,3%
Blanco	1	3,3%
Total	30	100,0%

Los resultados obtenidos muestran que el porcentaje más alto corresponde a los pacientes que se consideran de etnia mestiza con 86,7%, seguida de la población afro ecuatoriana con un 6,7% finalmente con porcentajes similares los pacientes de etnia indígena y blanca con un porcentaje de 3,3%.

Resultados que se asemejan con un estudio llamado “Incidencia y características del cáncer” realizado en Azuay- Ecuador en el año 2013, indico que la etnia mestiza también predomino en la población de estudio con 91,2 %, seguido con 7,0 % de pacientes de etnia indígena (78).

**Tabla 4.** Caracterización del cuidador primario informal según edad.

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
18 a 35 años	6	20,0%
36 a 64 años	22	73,3%
Mayor a 65 años	2	6,7%
Total	30	100,0%

Los resultados obtenidos nos muestran que el rango de edad de 36 a 64 años de edad tiene mayor representación con 73,3%, seguido de 20,0% que corresponde a los cuidadores con edades de 18 a 35 años, finalmente el 6,7% indica el rango de edad de mayor a 65 años.

De los datos obtenidos del estudio “Características sociodemográficas de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama” en el año 2013, en donde se determinó que el grupo de edad con mayor predominio fue de 38 a 59 años con el 56,9%, estos datos también se asemejan con el presente trabajo de investigación, presentan mayor frecuencia y predominio en el mismo rango de edad, lo que indica que los datos coinciden.

**Tabla 5.** *Caracterización del cuidador primario informal según género.*

<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	12	40,0%
Femenino	18	60,0%
Total	30	100,0%

Los datos obtenidos indican que los cuidadores de género femenino corresponden a 60% de modo que tiene predominio sobre el género masculino con 40%.

Los datos del estudio “Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado” en el año 2016, se muestra que de 53 cuidadores informales el sexo femenino tuvo predominio con el 88,66%, datos que coinciden con el presente estudio en donde el género femenino tiene mayor representación con el 60 % (79).

**Tabla 6.** Caracterización del cuidador primario informal según etnia.

<b>Etnia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mestizo	26	86,7%
Afro ecuatoriano	3	10,0%
Indígena	1	3,3%
Total	30	100,0%

Los datos de la investigación en cuanto a etnia del cuidador, se observa que existe predominio en los cuidadores que se consideran de etnia mestiza con 86,7%, seguido de la etnia afro ecuatoriana con 10% y finalmente con 3,3% de etnia indígena.

De un estudio llamado “Carga y calidad de vida del cuidador informal de pacientes oncológicos en la fundación jóvenes contra el cáncer.” realizado en el año 2020, los resultados indican que el 73 % de los cuidadores informales son mestizos, y el 27 % son indígenas, dichos resultados que se asemejan al del presente estudio, de tal modo que hay mayor representación de la etnia mestiza, siendo así que los resultados son similares y tienen semejanzas. (80).

**Tabla 7. Identificación de la capacidad funcional del paciente con cáncer**

<b>Indicador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades	22	73,3%
Se preocupa por sí mismo, incapaz de llevar una actividad normal o realizar un trabajo activo	2	6,7%
Actividad normal, con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad	2	6,7%
Capaz de realizar una actividad normal, signos o síntomas menores de enfermedad	4	13,3%
Total	30	100,0%

Los resultados sobre la capacidad funcional del paciente con cáncer indicaron que el 73,3% requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades, seguido del 13,3% de pacientes que pueden realizar actividad normal y cuyos síntomas son menores, el 6,7% corresponde a pacientes que pueden realizar actividad normal, y finalmente el 6,7% indica a pacientes que se preocupan de sí mismo y sin embargo no pueden llevar actividad normal o realizar un trabajo activo, es decir, que la capacidad funcional del paciente con cáncer de la presente investigación corresponde a aquellos pacientes que si necesitan un cuidador que le asista en las necesidades básicas.

En un estudio realizado en Chile en el año 2010, en una población de 22 pacientes oncológicos, en donde el 63,63% corresponde a los pacientes que son capaces de realizar actividades cotidianas, pero lo realiza con esfuerzo, estos datos difieren con la presente investigación porque el mayor porcentaje corresponde a pacientes que si requieren asistencia ocasionalmente con el 73,3 %, los resultados de los estudios difieren significativamente (81).

Los datos de un estudio en Murcia en el año 2017, “Modelo de supervivencia tras el alta hospitalaria en pacientes oncológicos”, coinciden con los que se obtuvo en este estudio con predominio del 73,3 % necesidad de asistencia ocasionalmente, que su puntaje es < 70% según el Índice de Karnofsky (KPS), en el estudio hecho en esta ciudad los pacientes con un porcentaje menor al <70% corresponde a necesidad de asistencia ocasionalmente (82).

**Tabla 8.** *Calidad de vida del cuidador primario informal*

<b>Dimensiones</b>	Media		Mediana	Mínimo	Máximo
Función Física	98,33	(±9,12)	100,00	50,00	100,00
Rol Físico	23,33	(±34,07)	0,00	0,00	100,00
Dolor corporal	92,50	(±14,89)	100,00	50,00	100,00
Salud General	76,50	(±16,08)	85,00	25,00	100,00
Vitalidad	23,33	(±20,39)	20,00	0,00	60,00
Función Social	45,83	(±33,53)	25,00	0,00	100,00
Rol Emocional	26,66	(±38,80)	0,00	0,00	100,00
Salud Mental	38,33	(±16,83)	40,00	0,00	80,00
Componente Físico	72,66	(±10,74)	71,25	52,50	100,00
Componente Mental	33,54	(±16,67)	31,25	12,50	67,50

Los valores observados del SF-12 en este estudio demuestran puntuaciones altas en donde la Función Física presento 98,33(±9,12) puntos siendo una puntuación casi perfecta, también en Dolor corporal con 92,50(±14,89) y Salud General con 76,50 (±16,08), esto indica que para estas dimensión el cuidador tiene mejor calidad de vida, ya que está próximo a 100 puntos, además que el componente físico representa una puntuación elevada e indicado que este componente para el cuidador representa tener mejor calidad de vida. Datos que tienen semejanza con el estudio “Calidad de vida en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad terminal, bajo un programa de cuidados paliativos domiciliarios”, ya que la función física también es la mejor puntuada con 70,97, seguido de dolor corporal con 65,09, y el componente físico se puntúa con 58,15, siendo estas puntuaciones las más altas dentro de este conjunto de datos, lo que refiere que estos valores son altos, y en comparación con el presente estudio representan puntuaciones altas dentro de las mismas dimensiones (83).

Respecto a las dimensiones de Vitalidad con 23,33(±20,39), Función Social con 45,83 (±33,53)25,00, Rol Emocional con 26,66(±38,80) y Salud Mental con 38,33 (±16,83), se muestran puntuaciones bajas, es decir, que tiene mayor proximidad a 0, que según el método de calificación del cuestionario SF-12 indica peor calidad de vida en las

dimensiones mencionadas, estos datos difieren con el estudio “Calidad de vida en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad terminal, bajo un programa de cuidados paliativos domiciliarios” ya que en este estudio se identifican puntuaciones más altas para las dimensiones de vitalidad con 42,10, la salud general 48,31, la función social con 50 y la salud mental 56,26, siendo datos que están por mucho mejor puntuados que los que se muestran en esta investigación, lo que indica que en la presente investigación las dimensiones que conforman el componente mental, son muy bajas, lo que refiere peor calidad de vida para los cuidadores en las dimensiones mencionadas.



**Tabla 9** Relación de la capacidad funcional con la calidad de vida del cuidador primario informal.

Dimensiones			Capacidad Funcional				Total	Relación	
			Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades	Se preocupa por sí mismo, incapaz de llevar una actividad normal o realizar un trabajo activo	Actividad normal, con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad	Capaz de realizar una actividad normal, signos o síntomas menores de enfermedad			
Función Física	Peor calidad de vida	Fr	0	0	1	0	1	$\chi^2$ $p=0,002(>0,05)$ $Rho= - ,276$	
		%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	3,3%		
	Mejor calidad de vida	Fr	22	2	1	4	29		
		%	73,3%	6,7%	3,3%	13,3%	96,7%		
Total		Fr	22	2	2	4	30		
		%	73,3%	6,7%	6,7%	13,3%	100,0%		
Rol Físico	Peor calidad de vida	Fr	20	2	2	3	27		$\chi^2$ $p=0,690(<0,05)$
		%	66,7%	6,7%	6,7%	10,0%	90,0%		
	Mejor calidad de vida	Fr	2	0	0	1	3		
		%	6,7%	0,0%	0,0%	3,3%	10,0%		
Total		Fr	22	2	2	4	30		
		%	73,3%	6,7%	6,7%	13,3%	100,0%		
Dolor Corporal	Peor calidad de vida	Fr	2	0	0	0	2	$\chi^2$ $p=0,854(>0,05)$	
		%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%		
	Mejor calidad de vida	Fr	20	2	2	4	28		
		%	66,7%	6,7%	6,7%	13,3%	93,3%		
Total		Fr	22	2	2	4	30		
		%	73,3%	6,7%	6,7%	13,3%	100,0%		
Salud General	Peor calidad de vida	Fr	1	0	0	0	1		$\chi^2$ $p=0,945(>0,05)$
		%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%		
	Mejor calidad de vida	Fr	21	2	2	4	29		
		%	70,0%	6,7%	6,7%	13,3%	96,7%		
Total		Fr	22	2	2	4	30		
		%	73,3%	6,7%	6,7%	13,3%	100,0%		

Vitalidad	Peor calidad de vida	Fr	20	1	2	3	26	x <sup>2</sup> p=0,328(>0,05)	
		%	66,7%	3,3%	6,7%	10,0%	86,7%		
	Mejor calidad de vida	Fr	2	1	0	1	4		
		%	6,7%	3,3%	0,0%	3,3%	13,3%		
Total		Fr	22	2	2	4	30		
		%	73,3%	6,7%	6,7%	13,3%	100,0%		
Función Social	Peor calidad de vida	Fr	18	1	1	0	20		x <sup>2</sup> p=0,013(>0,05) Rho=0,568
		%	60,0%	3,3%	3,3%	0,0%	66,7%		
	Mejor calidad de vida	Fr	4	1	1	4	10		
		%	13,3%	3,3%	3,3%	13,3%	33,3%		
Total		Fr	22	2	2	4	30		
		%	73,3%	6,7%	6,7%	13,3%	100,0%		
Rol emocional	Peor calidad de vida	Fr	19	2	1	3	25	x <sup>2</sup> p=0,504(>0,05)	
		%	63,3%	6,7%	3,3%	10,0%	83,3%		
	Mejor calidad de vida	Fr	3	0	1	1	5		
		%	10,0%	0,0%	3,3%	3,3%	16,7%		
Total		Fr	22	2	2	4	30		
		%	73,3%	6,7%	6,7%	13,3%	100,0%		
Salud Mental	Peor calidad de vida	Fr	21	2	2	3	28		x <sup>2</sup> p=0,457(>0,05)
		%	70,0%	6,7%	6,7%	10,0%	93,3%		
	Mejor calidad de vida	Fr	1	0	0	1	2		
		%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%	6,7%		
Total		Fr	22	2	2	4	30		
		%	73,3%	6,7%	6,7%	13,3%	100,0%		

Al relacionar la capacidad funcional de pacientes con cáncer y la calidad de vida del cuidador primario informal se encontró que existe relación únicamente en Función Física de modo que el 3,3% indican peor calidad de vida que a su cuidado tienen el 6,7% de pacientes que pueden realizar actividad normal, y con el 96,7 % corresponde a cuidadores que tienen mejor calidad de vida de tal modo que sus pacientes corresponde al 73,3% indican a pacientes que requieren asistencia ocasional, pero pueden atender la mayoría de sus necesidades, el realizar el análisis estadístico se puede establecer, por medio de Chi cuadrado,  $p=0,002(>0,05)$   $Rho= -,276$  y la prueba de coeficiente de correlación de Spearman, muestra que existe una relación entre las variables y dicha relación es negativa débil, es decir inversamente proporcional, por lo

tanto, se entiende que a mayor capacidad funcional del paciente el cuidador tendrá menor limitación en las actividades de su vida diaria.

También se indica relación en la dimensión Función Social con 66,7 % de cuidadores indican “peor calidad de vida” y seguido con 33,3% con “mejor calidad de vida” y cuyos pacientes representan el 73,33% corresponde a aquellos que requieren asistencia ocasionalmente, el 6,7% Se preocupa por sí mismo, incapaz de llevar una actividad normal o realizar un trabajo activo y con 13,3% actividad normal, con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad; después del análisis estadístico se obtiene por medio del Chi Cuadrado  $p=0,013(>0,05)$   $Rho=0,568$  y el coeficiente de correlación de Spearman indican que existe una relación positiva, es decir directamente proporcional, y moderada, por lo que se entiende que a menor capacidad funcional del paciente el cuidador tendrá menor calidad de vida, en esta área refiere al tiempo de relacionarse con amigos, familia, y consecuentemente a visitarlos o reunirse con ellos.

Los datos obtenidos en la presente investigación concuerdan con un estudio “Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado”, en donde se realizó un análisis estadístico que mostro que la única que alcanzo un valor alto fue la dimensión Función social, indicando una relación  $p = 0,03(>0,05)$ , con el estado funcional del paciente (84).

Los resultados indican que existe una relación entre la función social y función física, lo que indica que la capacidad funcional de un paciente con cáncer durante las diferentes etapas de la enfermedad tiene influencia sobre el cuidador, afectando la forma de relacionarse con su entorno.

## **4.2. Respuesta de las preguntas de investigación**

### **¿Cuáles son las características sociodemográficas según edad y género de la población de estudio?**

Al caracterizar a la población según edad y género del paciente oncológico, 30 pacientes representan al género femenino y corresponde al 100%, en edad el 63,3% constituyen a 19 pacientes en el rango 36 a 64 años de edad, 10 pacientes conforman el 33,3% del rango mayor a 65 años, y el 3,3% corresponde a 1 paciente dentro de los 18 a 35 años de edad; según etnia 26 pacientes se consideran mestizos y corresponde al 86,7 %, 2 pacientes constituyen la etnia afro ecuatoriana con el 6,7% y 1 un paciente corresponde con 3,3 % tanto en etnia indígena y blanca.

Respecto a cuidadores 18 corresponden al género femenino con un porcentaje de 60% y el 40% indica a 12 cuidadores de género masculino, en relación a edad 6 cuidadores pertenecen al rango de 18 a 35 años de edad con el 20 %, mientras que el 73,3% corresponde 22 personas con edad de 36 a 64 años de edad, y el 6,7% indica a 2 cuidadores mayores a 65 años de edad; según etnia el mayor porcentaje con 86,7 % indica a 26 cuidadores informales que se consideran mestizos, 3 representan la etnia afro ecuatoriana con 10,0% y 1 cuidador constituye el 3,3 % de etnia mestiza.

### **¿Cuál es la capacidad funcional en pacientes oncológico?**

La capacidad funcional de los pacientes indica que 22 de ellos requieren asistencias ocasionales, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades y corresponde al 73,3%, seguido de 4 pacientes que son capaces de realizar una actividad normal, y cuyos signos y síntomas son menores representan el 13,3%, y 2 pacientes que se preocupan por sí mismo pero no pueden realizar actividad normal y 2 pacientes que pueden realizar actividad normal con esfuerzo, con el 6,7%.

### **¿Cuál es la calidad de vida del cuidador primario informal del paciente con cáncer?**

El SF 12, indica que en las escalas de función física la media es de 98,33 ( $\pm 9,12$ ), dolor corporal con 92,50 ( $\pm 14,89$ ) y salud general con el 76,50 ( $\pm 16,08$ ) refiere mejor calidad

de vida, respecto a escalas como función social con el 45,83 ( $\pm 33,53$ ) y salud mental con el 38,33 ( $\pm 16,83$ ) indica peor calidad de vida, y en el rol emocional con el 26,66 ( $\pm 38,80$ ) vitalidad con el 23,33 ( $\pm 20,39$ ) corresponde peor calidad de vida, también.

### **¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida del cuidador primario informal?**

La relación existe entre la capacidad funcional del paciente con cáncer y la calidad de vida del cuidador según la Escala de Karnofsky (KPS) y el Cuestionario de Salud SF 12 (Short Form).

Según las escalas se obtuvo:

- Función Física, relación negativa e indirecta  $\chi^2 p=0,002(>0,05)$  Rho=  $-0,276$ ; de 22 pacientes con requerimiento de asistencia ocasionalmente, el 96,7% (29) experimentan mejor calidad de vida, y en 1 pacientes que realiza actividad normal, con esfuerzo, los cuidadores tienen el 3,3 % (1) peor calidad de vida.
- Función Social, relación directa positiva,  $\chi^2 p=0,013(>0,05)$  Rho= $0,568$ ; de 22 pacientes con requerimiento de asistencia ocasionalmente, el 33,3% (10) experimentan mejor calidad de vida y el 66,7% (20) experimenta peor calidad de vida.

No se presenta relación ni asociación entre las variables planteadas para las siguientes dimensiones: Rol Físico  $\chi^2 p=0,690(<0,05)$ ; Dolor Corporal  $\chi^2 p=0,854(>0,05)$ ; Salud en General  $\chi^2 p=0,945(>0,05)$ ; Vitalidad,  $\chi^2 p=0,328(>0,05)$ ; Rol emocional,  $\chi^2 p=0,504(>0,05)$ , Salud Mental,  $\chi^2 p=0,457(>0,05)$ .

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- Al caracterizar las muestras de estudio, se obtuvo en pacientes oncológicos y cuidadores, predominio tanto etnia mestiza, en género femenino, como en edad, de 36 a 64 años.
- Se determinó que los pacientes con cáncer, tienen incapacidad para trabajar, pero pueden vivir en casa y satisfacer la mayoría de las necesidades personales y requieren una cantidad variable de asistencia.
- La calidad de vida del cuidador primario informal, es peor respecto a la función social, salud mental y rol emocional y buena en salud general, función física, dolor corporal, vitalidad y rol físico.
- Al relacionar la capacidad funcional del paciente con cáncer y la calidad de vida del cuidador se obtuvo que, si existe relación y estas son directas con intensidad de moderada a bajo respecto a escalas que determinan la salud física, y relación indirecta con aquellas escalas que refieren la salud mental.

## **5.2. Recomendaciones**

- Socializar los resultados obtenidos en la dirección general de la Unidad oncológica SOLCA Imbabura con el objetivo que se identifique que el paciente con cáncer puede mejorar su capacidad funcional mediante estrategias fisioterapéuticas y así aumentar la calidad de vida del cuidador.
- Desarrollar charlas educativas a cuidadores y pacientes oncológicos acerca del manejo del proceso durante el tratamiento, y brindar asesoramiento adecuado en el cuidado y sobre la salud mental en los cuidadores, para mejorar la calidad de vida de ellos.
- Recomendar estudios como este que sean de corte transversal, para evaluar la calidad de vida y la capacidad funcional durante todo el desarrollo de la enfermedad en los pacientes con cáncer y sus cuidadores con el objetivo de establecer la influencia y el impacto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Americana Contra El Cáncer. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos. Sociedad Americana Contra El Cáncer. 2018-2020;: p. 1-54.
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2018 [cited 2020 Octubre 23]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>.
3. Pardo JM, Guillén A. Cáncer en población trabajadora. Incapacidad y riesgo de exclusión laboral y social. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2018 Octubre-Diciembre; 64(253).
4. Achury D, Castaño H, Gómez L, Guevara N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo. 2011 Enero-Junio; 13(1).
5. Kuo SC, Chou WC, Hou MM, Wu CE, Shen WC, Wen FH, et al. Changes in and modifiable patient- and family caregiver-related factors associated with cancer patients' high self-perceived burden to others at the end of life: A longitudinal study. European Journal of Cancer Care. 2018 Mayo-Septiembre; e12942(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30273990/>).
6. Expósito Y. LA CALIDAD DE VIDA EN LOS CLa calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Revista Habana Ciencias Médicas. 2008 Julio- Septiembre; 7(3).
7. Edición Médica. Ecuador registra 28.058 nuevos casos de cáncer, según informe de OMS. Informe Globocan. Quito., Salud Pública; 2018.
8. Morocho E, Mosquera C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes oncológicos pediátricos del Instituto Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Cáncer. Tesis Pregrado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Medicina; 2019.



9. Cruz M. Sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con Cáncer. Tesis Pregrado. Quito: Universidad de las Americas, Psicología Mención Clínica; 2014.
10. Acosta D, Agüero A, Aguilar M, Altatorre J. Oncología General para profesionales de la Salud de primer contacto Rivera DSR, editor. Barcelona: Permanyer; 2017.
11. Granados M, Arrieta O, Hinojosa J. Tratamiento del cáncer: Oncología médica, quirúrgica y radioterapia. Primera ed. México: Mnuual Moderno; 2016.
12. Lecuona M, Guerrero A, Leyva L. Medicina General Diagnóstico en oncología. Primera ed. Barcelona: ELSEVIER; 2015.
13. Braz F, Oliveira H, Angotti H. Terapia física supervisada en mujeres tratadas con radioterapia debido a cáncer de mama. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016; 24(e2755).
14. Edición Médica. [Pagina web].; 2018 [cited 2020 Octubre 30. Available from: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-registra-28-058-nuevos-casos-de-c-ncer-seg-n-informe-de-oms-92834>.
15. Marzo M, Vela C, Bellas B, Bartolomé C, Melús E, Vilarrubí M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer.Actualización PAPPS 2018. Atención Primaria. 2018; 1(41).
16. Solidoro S A. Apuntes de Cancerología. Segunda ed. López V, editor. Lima: Fundación Peruana de Cáncer; 2005.
17. Corral F, Cueva P, Yépez J, Tarupi W. Tendencias en incidencia y mortalidad por cáncer durante tres décadas en Quito-Ecuador. Colombia Médica. 2018 Enero- Marzo; 49(1).

18. Leucoma M, Guerrero A, Luis L. Medicina General diagnóstico en oncología Barcelona. Elsevier. 2015.
19. Solidoro A. Cáncer en el Siglo XXI. Revista Acta Médica Peruana. 2006 Mayo-Agosto; 23(2).
20. Martín M, Domingo J. Carcinogénesis. Salud Pública de México. 2011 Septiembre-Octubre; 53(5).
21. Fernández L, Carrión O. Patología médico quirúrgica para fisioterapeutas Barcelona: ELSEVIER; 2016.
22. Cajaraville G, Carreras M, Massó J, Tamés M. Oncología. Primera ed. Barcelona; 2006.
23. Cevallos E. Fundamentos de Oncología. Primera ed. D FM, editor. Quito: Imprenta M&J; 2006.
24. Navarrete J, Cubillos F, Gutiérrez T, Vielva I. Rehabilitación oncológica. Dónde estamos y hacia dónde vamos. Contacto Científico- Innovación Oncológica en Clínica Alemana. 2016 Octubre; 2(10).
25. Cáceres L, Ruiz F, Germa J, Busques C. Manual para el paciente oncológico y su familia: Egraf, S.A.; 2007.
26. Rodriguez C, Collado J. Características y tratamiento del paciente oncológico en el marco de la actual pandemia de la COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020 Junio; 19(1).
27. Garrido RH. Manejo del dolor en cáncer. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013 Julio; 24(4).
28. Molina J, Rodriguez Y, Romero J. Características de los paciente oncológicos terminales incluidos en un programa de Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa. 2008; 15(2): p. 89-92.

29. Hechavarria Z, Hernández M, Maturell J. Fisioterapia en mastectomizadas con alteraciones físicas y funcionales en el hombro ipsolateral. *Medisan*. 2013 Octubre; 17(10).
30. American Society of Clinical Oncology. Efectos secundarios a largo plazo del tratamiento del cáncer. *Cancer*. 2018 Febrero; <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/efectos-secundarios-largo-plazo-del-tratamiento-del-c%C3%A1ncer>.
31. Giraldo C, Franco G. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Universidad de Antioquia. 2008 Agosto-Febrero; <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/12884/13642#:~:text=La%20capacidad%20funcional%20o%20funcionalidad,desempe%C3%B1ar%20roles%20sociales%20en%20la>.
32. Elias T, Mendes L, Soares M, Silva SRd. Characterization and functional capacity in women with breast cancer, gynaecological cancer and gestational trophoblastic diseases. *Gaúcha de Enfermagem*. 2015 Diciembre; 36(4).
33. Fernández EJ. Estudio sobre los niveles de dependencia en pacientes oncológicos con sintomatología respiratoria. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2020 Diciembre; 20(2).
34. Castro S, Muñoz A. Prehabilitación en pacientes oncológicos: Una revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud*. 2020 Junio-Julio; 4(3).
35. Rosero I. Prevención del deterioro funcional, estado cognitivo y calidad de vida en adultos mayores con cáncer de pulmón de células no pequeñas mediante un programa de ejercicio físico multicomponente. Tesis. Navarra: Universidad Pública de Navarra; 2020.
36. Howard J. Performance Status in Patients with Cancer. *JAMA Oncology*. 2015; 1(7).

37. Tejasa V, Franco G, Ventaja J. Efectos de un programa de intervención de actividad física en pacientes oncológicos: una revisión sistemática. *Journal of Sport and Health Research*. 2020; 12(1).
38. Criollo López W. Valoración de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria en persona mayores institucionalizadas. *Revista iberoamericana de Psicología*. 2019 Diciembre 18; 13(2).
39. Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología*. 2007 Diciembre 2; 23(2): p. 264-271.
40. Robles A, Rubio B, De la Rosa E, Nava A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de Salud. *Medigraphic*. 2016 Septiembre- Diciembre; 11(3).
41. Úbeda I. Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario. Tesis doctoral. Barcelona : Universidad de Barcelona, Enfermería; 2009.
42. Tripodoto V, Veloso V, Llanos V. SOBRECARGA DEL CUIDADOR PSobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Instituto de Investigaciones Gino Germani. 2015 Junio-Julio; ISSN 16668979.
43. Flores ME, Fuentes H, González G, Meza I, Cervantes G, Valle MA. Características principales del cuidador informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure Investigaciones*. 2017 Junio-Julio; 14(88).
44. Martínez S. Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica Medicina de Familia*. 2020 Abril; 13(1).
45. Del Ángel J, León R, Méndez G, Peñarrieta I, Flores F. Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas

- con enfermedades crónicas. Revistas de la Facultad Ciencias de la Salud. 2020 Agosto-Noviembre; 23(2).
46. Velázquez Y, Espín AM. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. Revista Cubana de Salud Pública. 2014 Agosto-Noviembre; 40(1).
  47. Ruiz A, Nava MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Enfermería Neurológica. 2012; 11(3).
  48. García E. Puesta al día: cuidador informal. Revista enfermeríaycl. 2016; 8(1).
  49. Pinzón Y. El cuidador informal del adulto mayor. Revista Criterios. 2015; 22(1).
  50. Moreira de Souza R, Turrini R. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. Enfermería Global. 2011 Abril; 10(22).
  51. Pérez Cruz PE. Escalas de estado funcional (o performance status) en cáncer. Gastroenterol Latinoamericana. 2014 Julio-Septiembre; 25(3).
  52. Yates J, Chalmer B, McKegney F. Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. Medline. 2011 Abril; 45(8).
  53. Reig -Ferrer A, Cabreo-García J, Lizán Tudela L. La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de salud. Atención Primaria. 2009 Mayo; 41(9).
  54. Reig-Ferrer A, Cabrero-García J, Lizán Tudela L. La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de salud. Atención Primaria. 2009 Mayo; 41(9).

55. Robinson R, Agredo-Zuñiga R, Jeres-Valderrama A. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12. Salud Pública. 2010; 12(5).
56. Instituto Municipal. BiblioPRO. [Online].; 2000 [cited 2021 Marzo 11. Available from: [http://www.ser.es/wpcontent/uploads/2015/03/SF36\\_CUESTIONARIOpdf.pdf](http://www.ser.es/wpcontent/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf).
57. Vera P, Silva J, Celis k, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. Revista Medica Chile. 2014 Enero-Septiembre; 142(1275-1283).
58. Asamblea Constituyente del Ecuador. Regimen del Buen Vivir. In Ecuador ACd. Constitución del Ecuador. Quito; 2008. p. 165-167.
59. Correa R. Plan del Buen Vivir Rafael Correa Delgado Presidente Constitucional de la República; 2009.
60. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Sexta ed. México: Mc Graw Hill Education; 2014.
61. CIPS. Intep. [Online].; 2018 [cited 2021 Enero 18. Available from: [https://www.intep.edu.co/Es/Usuarios/Institucional/CIPS/2018\\_1/Documentos/INVESTIGACION\\_NO\\_EXPERIMENTAL.pdf](https://www.intep.edu.co/Es/Usuarios/Institucional/CIPS/2018_1/Documentos/INVESTIGACION_NO_EXPERIMENTAL.pdf).
62. Mejia T. Lifeder.com. [Online].; 2020 [cited 2021 Enero 18. Available from: <https://www.lifeder.com/investigacion-descriptiva/>.
63. Bustamante G, Mendoza C. Estudios de Correlación. Revista de Actualización Clínica Investiga. 2013 Julio; 33.
64. Navarro J. DefinciónABC. [Online].; 2014 [cited 2021 Enero 14. Available from: <https://www.definicionabc.com/general/edad.php>.

65. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. Gobierno de México. [Online].; 2016 [cited 2021 Enero 14. Available from: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-sexo-y-genero#:~:text=El%20E2%80%9CG%C3%A9nero%20E2%80%9D%20se%20refiere%20a,y%20hombres%2C%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os.&text=El%20E2%80%9Chombre%20E2%80%9D%20y%20la%20E2%80%9Cf.>
66. Ecu Red. Ecu Red. [Online]. [cited 2021 Enero 14. Available from: <https://www.ecured.cu/Etnia>.
67. Giraldo C, Franco G. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Universidad de Antioquia. 2008 Agosto-Febrero; <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/12884/13642#:~:text=La%20capacidad%20funcional%20o.>
68. Robles A, Rubio B, De la Rosa E, Nava A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de Salud. Medigraphic. 2016 Diciembre; 11(3).
69. Pérez P, Acevedo F. Escalas de estado funcional (o performance status) en cáncer. Clasificaciones en Gastroenterología. 2014 Julio-Septiembre; 25(3).
70. Crooks V, Waller S, Smith T, Hahn T. The use of the karnofsky Performance Scale in determining outcomes and risk in geriatric outpatients. Gerontol. ; 46(4).
71. Cascarelli S, Heinrich R, Ganz P. Karnofsky Performance Status revisited: Reliability, Validity, and Guidelines. Journal Clinical Oncology. 2016; 2(3): p. 187-193.

72. Blandón G. Correlación interobservador de las escalas funcionales en pacientes oncológicos hospitalizados en la sala de hematología del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez en el periodo del 1 al 31 de enero del año 2018. Tesis. Managua: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, Medicina Interna; 2018.
73. Hutchinson T, Boyd N, Feinstein R. Scientific Problems in clinical scales, As demonstrated in the Karnofsky Index of performance Status. Journal of Chronic Diseases. ; 32(9).
74. Chamorro S. Repositorio Digital Universidad Técnica del Norte. [Online].; 2021 [cited 2021 Mayo 19. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10934/2/06%20TEF%20339%20TRABAJO%20GRADO.pdf>.
75. IBM. Software IBM SPSS. [Online].; 2019 [cited 2021 Mayo 31. Available from: <https://www.ibm.com/es-es/analytics/spss-statistics-software>.
76. Reina M, Ramos Y, Cisneros L, Reina MdlA, Alcelú M, González M. Caracterización de pacientes con cáncer de mama y sus familiares acompañantes. MediSur. 2018 Enero-Febrero; 16(1).
77. Carrillo M, Santamrín N, Sánchez B, García L. Caracterización para el cuidado de personas con cáncer. Investigación Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2017 Marzo 04; 21(1).
78. Cabrera E, Cabrera K. Repositorio de la Universidad de Cuenca. [Online].; 2013 [cited 2021 Mayo 06. Available from: <file:///D:/1.%20UNIVERSIDAD/TESIS/1%20A.%20COSAS%20QUE%20ME%20PUEDEN%20SERVIR/MED%20165.pdf>.




79. Rizo A, Molina M, Milián N, Pagán P, Machado J. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016 Julio-Septiembre; 32(3).
80. Chávez V. Repositorio digital de la Universidad Técnica del Norte. [Online].; 2020 [cited 2021 Mayo 06. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11076>.
81. Moros MT, Ruidiaz M, Caballero A, Serrano E, Martinez V, Tres A. Ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama. *Revista Médica Chile*. 2010 Febrero; 138(6): p. 715-722.
82. Conesa Á. Universidad de Murcia. [Online].; 2017 [cited 2021 Marzo 1. Available from: <file:///D:/1.%20UNIVERSIDAD/TESIS/Cosas%20que%20pueden%20servir/TMAVC.pdf>.
83. Coca S, Ramos F, Fernández R. Calidad de vida en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad terminal, bajo un programa de cuidados paliativos domiciliarios. *Revista de Salud Pública*. 2017 Junio-Septiembre; 21(3).
84. Caqueo A, Lagos P, Urrutia U, Miranda C, Navarro E. Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicononcología*. 2013; 10(1): p. 95-108.
85. Castellon A, Contreras A, Arechabla MC, Urrutia MT. Validación de una escala de calidad de vida en un grupo de personas con esquizofrenia de la Región Metropolitana Chile. *Ciencia y Enfermería*. 2007; 8(1).
86. Vera-Villaroel P, Silva J, Celis K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-13: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Médica Chile*. 2014 Septiembre; 142:1275-1283.

87. Consejos Juridicos. Consejos Juridicos.com. [Online]. [cited 2021 Enero 14. Available from: <https://www.conceptosjuridicos.com/estado-civil/>].
88. Nivel de Escolaridad. Nivel de Escolaridad diccionario.leyderecho.org. [Online].; 2018 [cited 20212 Enero 14. Available from: <https://diccionario.leyderecho.org/nivel-de-escolaridad/>].
89. Ahumada C, Puello E, Valencia N. Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en montería, Colombia. Revista Cubana Salud Pública. 2020 Enero- Marzo; 46(1).
90. Pérez Cruz P. Escalas de estado funcional ( o performance status) en cáncer. Gastroenterol Latinoamericana. 2014 Julio- Septiembre; 25(3).
91. Quecedo R, Castaño C. Introducción a la metodología de Investigación cualitativa. Revista de Psicodidáctica. 2003;(14): p. 5-40.
92. Vera P, Silva J, Celis K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. Revista Médica Chile. 2014 Enero-Septiembre; 142: p. 1275-1283.
93. Hernández N, Salas A, Altuve JJ. Afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos de pacientes con cáncer. Psicología y Salud. 2020 Julio-Diciembre; 30(2): p. 161-172.

# ANEXOS

## Anexo 1: Oficio de Aprobación

	<p style="text-align: center;"><b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE</b> <b>FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD</b> UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001-073-CEAACES-2013-13 Ibarra-Ecuador <b>CONSEJO DIRECTIVO</b></p>																																
<p>Resolución N. 414-CD Ibarra, 27 de agosto de 2020</p>																																	
<p>Msc. Marcela Baquero <b>COORDINADORA CARRERA DE TERAPIA FISICA MEDICA</b></p>																																	
<p>Señora/ita Coordinadora:</p> <p>El H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud, en sesión ordinaria realizada el 27 de agosto de 2020, conoció oficios N. 770-D suscrito por magister Rocío Castillo Decana, y oficio N. 034-CA-TFM suscrito por magister Marcela Baquero Coordinadora carrera de Terapia Física Médica, en el que se pone a consideración para la aprobación correspondiente de los Anteproyectos de Trabajo de Grado de los estudiante de la carrera, y amparados en el Art. 38 numeral 11 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica del Norte, <b>RESUELVE</b>.- Aprobar los Anteproyectos de la estudiante de la carrera de Terapia Física Médica; de acuerdo al siguiente detalle:</p>																																	
<table border="1"><thead><tr><th>Nº</th><th>ESTUDIANTE</th><th>TEMA TESIS</th><th>DIRECTOR DE TESIS</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>AGUILAR MONTENEGRO SARAH MILENA</td><td>DOLOR DE HOMBRO ASOCIADO AL USO PERMANENTE DE SILLAS DE RUEDAS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA DE LA CIUDAD DE IBARRAPERIODO 2021.</td><td>MSC. RONNIE PAREDES</td></tr><tr><td>2</td><td>ARCOS URRESTA ANDREA JAQUELINE</td><td>EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FISIOTERAPIA EN LA PROVINCIA DEL CARCHI.</td><td>MSC. MARCELA BAQUERO</td></tr><tr><td>3</td><td>CAICEDO MEJÍA GISELL GABRIELA</td><td>SINDROME DE FRAGILIDAD Y SU RELACIÓN CON EL EQUILIBRIO Y MARCHA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN MIGUEL DE IBARRA EN EL PERIODO 2020-2020</td><td>MSC. DANIELA ZURITA</td></tr><tr><td>4</td><td>FIERRO SUBÍA KARINA ESTEFANÍA</td><td>CONDICIÓN AERÓBICA Y SU RELACIÓN CON FUERZA EXPLOSIVA Y FLEXIBILIDAD EN DEPORTISTAS DE LUCHA OLÍMPICA DE LA FEDERACIÓN DEPORTIVA DE IMBABURA, PERIODO 2020-2021</td><td>MSC. VERÓNICA POTOSÍ</td></tr><tr><td>5</td><td>LEÓN CLERQUE ERIKA MISHÉLL</td><td>RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA, PERIODO 2020.</td><td>MSC. JUAN VÁSQUEZ</td></tr><tr><td>6</td><td>LÓPEZ BAYETERO JANETH MISHÉLL</td><td>EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL "HOGAR DE ANCIANOS SAN VICENTE DE PAÚL" DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI EN EL PERIODO, 2020.</td><td>MSC. DANIELA ZURITA</td></tr><tr><td>7</td><td>MENZA FUERTES EDWIN</td><td>RELACIÓN DE RIESGO DE LESIÓN Y FUERZA EXPLOSIVA EN DOCENTES DEL CLUB DE BALONCESTO DE LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI, PERIODO 2020.</td><td>MSC. VERÓNICA POTOSÍ</td></tr></tbody></table>	Nº	ESTUDIANTE	TEMA TESIS	DIRECTOR DE TESIS	1	AGUILAR MONTENEGRO SARAH MILENA	DOLOR DE HOMBRO ASOCIADO AL USO PERMANENTE DE SILLAS DE RUEDAS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA DE LA CIUDAD DE IBARRAPERIODO 2021.	MSC. RONNIE PAREDES	2	ARCOS URRESTA ANDREA JAQUELINE	EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FISIOTERAPIA EN LA PROVINCIA DEL CARCHI.	MSC. MARCELA BAQUERO	3	CAICEDO MEJÍA GISELL GABRIELA	SINDROME DE FRAGILIDAD Y SU RELACIÓN CON EL EQUILIBRIO Y MARCHA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN MIGUEL DE IBARRA EN EL PERIODO 2020-2020	MSC. DANIELA ZURITA	4	FIERRO SUBÍA KARINA ESTEFANÍA	CONDICIÓN AERÓBICA Y SU RELACIÓN CON FUERZA EXPLOSIVA Y FLEXIBILIDAD EN DEPORTISTAS DE LUCHA OLÍMPICA DE LA FEDERACIÓN DEPORTIVA DE IMBABURA, PERIODO 2020-2021	MSC. VERÓNICA POTOSÍ	5	LEÓN CLERQUE ERIKA MISHÉLL	RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA, PERIODO 2020.	MSC. JUAN VÁSQUEZ	6	LÓPEZ BAYETERO JANETH MISHÉLL	EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL "HOGAR DE ANCIANOS SAN VICENTE DE PAÚL" DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI EN EL PERIODO, 2020.	MSC. DANIELA ZURITA	7	MENZA FUERTES EDWIN	RELACIÓN DE RIESGO DE LESIÓN Y FUERZA EXPLOSIVA EN DOCENTES DEL CLUB DE BALONCESTO DE LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI, PERIODO 2020.	MSC. VERÓNICA POTOSÍ	
Nº	ESTUDIANTE	TEMA TESIS	DIRECTOR DE TESIS																														
1	AGUILAR MONTENEGRO SARAH MILENA	DOLOR DE HOMBRO ASOCIADO AL USO PERMANENTE DE SILLAS DE RUEDAS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA DE LA CIUDAD DE IBARRAPERIODO 2021.	MSC. RONNIE PAREDES																														
2	ARCOS URRESTA ANDREA JAQUELINE	EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FISIOTERAPIA EN LA PROVINCIA DEL CARCHI.	MSC. MARCELA BAQUERO																														
3	CAICEDO MEJÍA GISELL GABRIELA	SINDROME DE FRAGILIDAD Y SU RELACIÓN CON EL EQUILIBRIO Y MARCHA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO SAN MIGUEL DE IBARRA EN EL PERIODO 2020-2020	MSC. DANIELA ZURITA																														
4	FIERRO SUBÍA KARINA ESTEFANÍA	CONDICIÓN AERÓBICA Y SU RELACIÓN CON FUERZA EXPLOSIVA Y FLEXIBILIDAD EN DEPORTISTAS DE LUCHA OLÍMPICA DE LA FEDERACIÓN DEPORTIVA DE IMBABURA, PERIODO 2020-2021	MSC. VERÓNICA POTOSÍ																														
5	LEÓN CLERQUE ERIKA MISHÉLL	RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA, PERIODO 2020.	MSC. JUAN VÁSQUEZ																														
6	LÓPEZ BAYETERO JANETH MISHÉLL	EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL "HOGAR DE ANCIANOS SAN VICENTE DE PAÚL" DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI EN EL PERIODO, 2020.	MSC. DANIELA ZURITA																														
7	MENZA FUERTES EDWIN	RELACIÓN DE RIESGO DE LESIÓN Y FUERZA EXPLOSIVA EN DOCENTES DEL CLUB DE BALONCESTO DE LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI, PERIODO 2020.	MSC. VERÓNICA POTOSÍ																														
<p>Misión Institucional: Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.</p>																																	

## Anexo 2: Oficio de autorización



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 002-CONEA-2010-129-DC  
RESOLUCIÓN Nº 001-073 CEAAACES – 2013 - 13  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO

Ibarra, 19 de enero 2021  
Oficio 051-D

Doctora  
Verónica Chávez  
DIRECTORA DE LA UNIDAD ONCOLOGICA PROVINCIAL IMBABURA

De nuestra consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxitos en sus funciones.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente se digne autorizar en su entidad, el ingreso a la señorita **LEÓN CLERQUE ERIKA MISHELL** con Cl. 1003864277, estudiante de la carrera de Terapia Física Médica, con la finalidad de levantar información para el desarrollo del Trabajo de Grado denominado: **“RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA, PERIODO 2020-2021”**, como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Terapia Física Médica.

Esta investigación es estrictamente académica y estará bajo la supervisión del docente tutor del trabajo de grado de la estudiante en mención.




Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,  
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO




MSc. Rocío Castillo  
DECANA – FCSS  
Correo: recastillo@utn.edu.ec

### Anexo 3: Autorización de Unidad Oncológica SOLCA Imbabura (UOSI)


	<p>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 002-CONEA-2010-129-DC RESOLUCIÓN Nº 001-073 CEAACES - 2013 - 13 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DECANATO</p>	<p>SECRETARÍA DE DIRECCIÓN UOSI</p> <p>22 ENE 2021</p> <p>FIRMA <u>OS 7.154</u></p>
<p>Ibarra, 19 de enero 2021 Oficio 051-D</p>		
<p>Doctora Verónica Chávez DIRECTORA DE LA UNIDAD ONCOLOGICA PROVINCIAL IMBABURA</p>		
<p>De nuestra consideración:</p>		
<p>Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxitos en sus funciones.</p>		
<p>Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente se digne autorizar en su entidad, el ingreso a la señorita <b>LEÓN CLERQUE ERIKA MISHELL</b> con CI. 1003864277, estudiante de la carrera de Terapia Física Médica, con la finalidad de levantar información para el desarrollo del Trabajo de Grado denominado: <b>"RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA, PERIODO 2020-2021"</b>, como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Terapia Física Médica.</p>		
<p>Esta investigación es estrictamente académica y estará bajo la supervisión del docente tutor del trabajo de grado de la estudiante en mención.</p>		
<p>Por la atención brindada, le agradezco.</p>		
<p>Atentamente, CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO</p>		
		<p>UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA DRA. VERÓNICA CHÁVEZ CIRUJANA ONCOLOGA GENESCYT: 1005 - 09 - 691234 MSP: 1001861952</p> <p><i>Autorizada</i> <i>Estudiante</i> <i>Rocío Castillo</i> 05/01/2021</p>
<p>MSc. Rocío Castillo DECANA - FCSS Correo: recastillo@utn.edu.ec</p>		
<p>Visión Institucional - La Universidad Técnica del Norte en el año 2020, será un referente en ciencia, tecnología e innovación en el país, con estándares de excelencia internacionales.</p>		
<p>Ciudadela Universitaria barrio El Olivo Teléfono: (06)2997-800 Casilla 199 www.utn.edu.ec</p>		
<p>Fedu 9, 10, 11, 12 ↓ ↓ ↓ ↓ Pcto 7 6 6 5</p>		

#### Anexo 4: Consentimiento Informado

 <b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE</b> <b>FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD</b> <b>TERAPIA FÍSICA MÉDICA</b>	
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO</b>	
<b>Título de la investigación:</b>	
“RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA, PERIODO 2020”.	
<b>Nombre del Investigador:</b> León Clerque Erika Mishell	
Yo,....., con C.I. ...., en forma voluntaria, doy mi consentimiento para ser participe en esta investigación.	
He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna en caso de rechazar la propuesta. Inclusive, se me ha dado la oportunidad de hacer todo tipo de preguntas, quedando satisfecho/a con la información recibida de la profesional quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo.	
Firma: _____	Fecha: - _____
_____ Firma del Investigador	_____ Fecha
<b>DOCENTE TUTOR A CARGO:</b> _____	



## Anexo 5: Ficha Sociodemográfica



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MEDICA

**CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICAS**

**Instrucciones:** Encuesta dirigida a pacientes oncológicos y sus cuidadores de la Unidad Oncológica SOLCA en Imbabura, se recomienda responder las preguntas únicamente con la información solicitada, por favor marque con una X en la opción que usted considere que se ajuste a su realidad. ES PRECISO MENCIONAR QUE LA INFORMACIÓN QUE NOS BRINDE ES ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL y su uso será exclusivo para FINES INVESTIGATIVOS y ACADÉMICOS.

**ENCUESTA**

**Género:** Masculino  Femenino  Otro

**Ocupación:** ..... **Edad:** .....

**¿Cuál es la etnia con la que usted se identifica?**

Mestiza  Afro ecuatoriano  Indígena  Blanco

**¿Cuál es su estado civil?**

Soltero/a  Casado/a  Unión libre  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

**¿Cuál es su nivel de escolaridad?**

Primaria  Secundaria  Técnico  Tecnólogo  Universidad  Maestría

## Anexo 6: Índice de Karnofsky (KPS) evaluación de capacidad funcional

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN		
Índice de Karnofsky		
Definición	%	Criterio
Capaz de realizar actividad normal y de trabajar. No requiere cuidados especiales	100	Normal, no hay molestias. No hay evidencia de enfermedad.
	90	Capaz de realizar actividad normal. Signos y síntomas menores de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos y síntomas de enfermedad.
Incapaz de trabajar. Capaz de vivir en casa y satisfacer la mayoría de las necesidades personales. Requiere una cantidad variable de asistencia.	70	Cuida de sí mismo. Incapaz de realizar actividad normal o de realizar trabajo activo.
	60	Requiere de asistencia ocasional, pero es capaz, de satisfacer la mayoría de sus necesidades
	50	Requiere asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes.
Incapaz de cuidarse por sí mismo. Requiere cuidados institucionales u hospitalarios. La enfermedad puede estar progresando rápido	40	Discapacitado. Requiere cuidados especiales y asistencia.
	30	Gravemente discapacitado. Hospitalización está indicada aunque muerte no se ve inminente.
	20	Muy enfermo, hospitalización es necesaria. Tratamientos de soporte activo son necesarios.
	10	Moribundo, proceso fatal progresando rápidamente.
	0	Fallecido

## Anexo 7: SF 12 evaluación de calidad de vida

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12							
		1	2	3	4	5	
		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
1.	En general, usted diría que su salud es:						
Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?							
			1	2	3		
			Sí, me limita mucho	Si me limita un poco	No, no me limita nada		
2.	Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.						
3.	Subir varios pisos por la escalera						
Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?							
			1	2			
			Sí	No			
4.	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?						
5.	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo en actividades cotidianas?						
Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?							
			1	2			
			Sí	No			
6.	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?						
7.	¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional?						
		1	2	3	4	5	
		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
8.	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?						
Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...							
		1	2	3	4	5	6
		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9.	...se sintió calmado y tranquilo?						
10.	...tuvo mucha energía?						
11.	...se sintió desanimado y triste?						
		1	2	3	4	5	
		Siempre	Casi	Algunas siempre	Sólo veces	Nunca alguna vez	
12.	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						



## Anexo 8: Urkund



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
TERAPIA FÍSICA MÉDICA

URKUND

### Document Information

**Analyzed document** :- TESIS FINAL LEÓN ERIKA.docx (D110362986)  
**Submitted** :- 7/11/2021 9:04:00 PM  
**Submitted by**  
**Submitter email** :- [emleonc@utn.edu.ec](mailto:emleonc@utn.edu.ec)  
**Similarity** :- 6%  
**Analysis address** :- [jcvasquez.utn@analysis.orkund.com](mailto:jcvasquez.utn@analysis.orkund.com)

### Sources included in the report

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Tesis Nicole Gavilanez..docx Document Tesis Nicole Gavilanez..docx (D108975280) Submitted by: [smbaquero@utn.edu.ec](mailto:smbaquero@utn.edu.ec) Receiver: [smbaquero.utn@analysis.orkund.com](mailto:smbaquero.utn@analysis.orkund.com) 5 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / VANESSA GUADALUPE TERAN REASCOS.docx Document VANESSA GUADALUPE TERAN REASCOS.docx (D77685830) Submitted by: [vgteranr@utn.edu.ec](mailto:vgteranr@utn.edu.ec) Receiver: [kgesparza.utn@analysis.orkund.com](mailto:kgesparza.utn@analysis.orkund.com) 3 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / ROMY YAPU TESIS FINAL 14 junio ultima.docx Document ROMY YAPU TESIS FINAL 14 junio ultima.docx (D108976207) Submitted by: [rdyapuc@utn.edu.ec](mailto:rdyapuc@utn.edu.ec) Receiver: [jcvasquez.utn@analysis.orkund.com](mailto:jcvasquez.utn@analysis.orkund.com) 4 Tesis.docx Document Tesis.docx (D62234152) 1 URL: <https://repositorio.unan.edu.ni/9038/1/98715.pdf> Fetched: 11/17/2020 2:00:43 AM 3 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / CAICEDO LEITON KATHERINE FERNANDA.docx Document CAICEDO LEITON KATHERINE FERNANDA.docx (D107014172) Submitted by: [kfcaicedol@utn.edu.ec](mailto:kfcaicedol@utn.edu.ec) Receiver: [jbmendez.utn@analysis.orkund.com](mailto:jbmendez.utn@analysis.orkund.com) 3 URL: <https://1library.co/document/zpne3roy-sobrecarga-pacientes-enfermedad-isquemicoinstitutonacional-ciencias-neurologicas.html> Fetched: 6/6/2021 11:50:34 AM

En la ciudad de Ibarra, al día 11 del mes de julio del 2021

Lo certifico:

Msc. Juan Carlos Vásquez  
C.I.: 1001757614

## Anexo 9: Certificación de Abstract

**ABSTRACT**

**RELATIONSHIP BETWEEN THE FUNCTIONAL CAPACITY OF THE CANCER PATIENT AND THE QUALITY OF LIFE OF THE CAREGIVER OF THE SOLCA IMABURA ONCOLOGY UNIT, 2020.**

Author: Erika Mishell León Clerque

Email: emleonc@utm.edu.ec

Cancer is a chronic disease, characterized by the excessive increase and uncontrolled spread of abnormal cells, which during treatment decreases the functional capacity and the quality of life of those who take care of the cancer patient. The main objective of this research was to determine the relationship between functional capacity in cancer patients and the quality of life of the informal primary caregiver at the SOLCA Imbabura Oncology Unit. The methodology used was a quantitative approach, non-experimental cross-sectional design, using the bibliographic and statistical method; with a population of 32 patients and caregivers, and through inclusion and exclusion criteria, the sample of 30 cancer patients and caregivers was determined, the Karnofsky Index (KPS) and the SF-12 (Short Form) health questionnaire were applied. Regarding the analysis of results, within the most important data that were obtained were: that the female gender dominates the population in both patients and caregivers in 100% and 60% respectively, and the age also coincides between 36 and 64 years, it was identified that functional capacity reflects the requirement of occasional assistance with 80,0 % and in the caregiver, the quality of life is lower in the Social Function scales with 45.83%, Emotional role with 26.67% and vitality with 23.33%. In conclusion, there is a positive and negative relationship between each scale and the functional capacity of the cancer patient.

**Keywords:** Cancer, cancer patients, functional capacity, informal caregiver, quality of life.

*Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri*

Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo  
062 997-800 ext. 7351 - 7354  
Ibarra - Ecuador

gerencia@launiversidade.com  
www.launiversidade.com  
Código Postal: 100150

## Anexo 10: Evidencia fotográfica

### Fotografía 1: Aplicación de instrumentos



**Fuente:** Paciente oncológico y cuidador informal en la UOSI

**Autor:** Erika M. León