

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y BIENESTAR
HUMANO
CARRERA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES

Trabajo de Integración Curricular previo a la obtención del título de Licenciadas en Psicología.

Autor(a)

Anthony Alexander Gavilanes Pozo

Tutor(a)

Ps.Cl. Giovanni Sebastián Lascano Arias,
Mg

AMBATO– ECUADOR
2024

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

Yo, Anthony Alexander Gavilanes Pozo, declaro ser autor del Trabajo de Integración Curricular con el nombre “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES”, como requisito para optar al grado de Licenciada en Psicología y autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Ambato, a los 22 días del mes de Julio de 2024, firmo conforme:

Autor: Anthony Alexander Gavilanes Pozo

Firma:



Número de Cédula: 0604809558

Dirección: Riobamba, calle Luz Elisa Borja y colon

Correo Electrónico: agavilanez6@indoamerica.edu.ec

Teléfono: 0978623296

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Titulación “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES” presentado por Anthony Alexander Gavilanes Pozo, para optar por el Título Licenciado en Psicología.

CERTIFICO

Que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado en todas sus partes y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte los Lectores que se designe.

Ambato, 22 de Julio de 2024

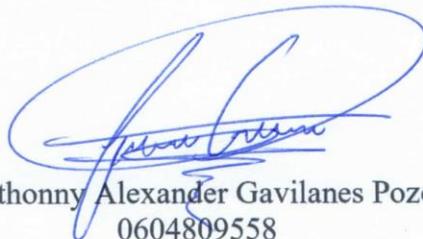


Ps.Cl. Giovanni Sebastián Lascano Arias, Mg

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, declaro que los contenidos y los resultados obtenidos en el presente Trabajo de Integración Curricular, como requerimiento previo para la obtención del Título de Licenciado en Psicología, son absolutamente originales, auténticos y personales y de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor

Ambato, 22 de julio 2024



Anthony Alexander Gavilanes Pozo
0604809558

APROBACIÓN DE LECTORES

El Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES, previo a la obtención del Título de Licenciado en Psicología, reúne los requisitos de fondo y forma para que el estudiante pueda presentarse a la sustentación del Trabajo de Integración Curricular.

Ambato, 19 de agosto de 2024



Ps.Cl. Paola Silvana Valencia Medina, Mg

LECTOR



Ps. Cl. Noemí Viviana Rodríguez Ortiz, Mg

LECTOR

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a aquellas personas que han sido pilares fundamentales en mi vida, cuya presencia, apoyo y amor han sido invaluableles en mi formación personal y profesional.

A mi madre, Sonia Pozo, cuyo amor incondicional y sacrificios han sido la base de mi crecimiento y perseverancia. Tu fortaleza y dedicación son mi mayor inspiración. A mi hermano, Josué Gavilanes, por ser mi compañero de vida y fuente constante de apoyo y alegría.

A mi abuelito, Julio Pozo, cuya sabiduría y cariño me han guiado en los momentos más difíciles. A mi abuelita, Rosa Valle, que está en el cielo, cuyo amor eterno y recuerdos siguen iluminando mi camino. A mi padre, Luis Gavilanes, por enseñarme el valor del esfuerzo y la determinación. Su ejemplo de integridad y trabajo duro ha sido una brújula en mi vida.

A mis amigos Bryan Guilcapi, Bryan Guerrero y Joffre Ugsiña, por su camaradería y apoyo inquebrantable. Gracias por estar siempre ahí, compartiendo risas, desafíos y triunfos.

A Alejandro Flores, un amigo que ya no está con nosotros, pero cuya memoria y amistad siguen presentes en mi corazón. Tu espíritu sigue siendo una fuente de inspiración.

Y, por último, a mi amada, una mención muy especial e importante a Josselin Cabezas, por ser una luz, una chispa en mi vida, un pilar fundamental, por ser mi persona durante muchísimo tiempo. Tu apoyo, comprensión y amor han sido esenciales en este viaje, gracias por todo lo que me has dado y por toda la felicidad que me has regalado.

A todos ustedes, mi más profundo agradecimiento. Esta tesis no habría sido posible sin su constante apoyo y amor.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quisiera agradecer a mi director de tesis, Giovanni Lascano, por su orientación experta, su paciencia infinita y su constante apoyo a lo largo de este proceso. Su conocimiento y experiencia fueron fundamentales para el desarrollo y la finalización de este trabajo.

También extendiendo mi gratitud a mi tutor grupal José Acuña y a todos mis profesores que me impartieron clases, quienes, con su valiosa retroalimentación y asesoramiento, ayudaron a perfeccionar y mejorar los conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a mi familia y amigos en especial a Marilyn Tapia, Cristian Villagómez, Leslie Castro, Leslie Rodríguez, Michelle Mora con los que compartí muchas experiencias, por su apoyo incondicional y su constante motivación, sin la cual este logro no hubiera sido posible.

A todos ustedes, muchas gracias.

INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
AUTORIZACIÓN PARA EL REPOSITORIO DIGITAL POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR	iii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	iv
APROBACIÓN DE LECTORES.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
INDICE DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN EJECUTIVO.....	x
ABSTRACT	xi
1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO METODOLÓGICO	8
3. RESULTADOS.....	11
3.1 COMPARAR LOS NIVELES DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES.....	12
3.2 ESTIMAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES.....	12
3.3 IDENTIFICAR EL SEXO MAYORMENTE AFECTADO POR PADECER UNA ENFERMEDAD TERMINAL.....	13
3.4 DESCRIBIR CUÁL ES LA DIMENSIÓN MÁS AFECTADA DENTRO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES	14
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	14
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
6. ANEXOS.....	21

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Enfermedades Oncológicas	12
Tabla No. 2 Enfermedades Renales.....	12
Tabla No. 3 Enfermedades Pulmonares	13
Tabla No. 4 Sexo mayormente afectado y su calidad de vida.....	14

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1 Niveles de Calidad de vida en todos los pacientes.....	4
Figura No. 2 Dimensiones de la calidad de vida	10

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y BIENESTAR HUMANO
CARRERA DE PSICOLOGÍA

TEMA: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES

AUTOR(A): Anthony Alexander Gavilanes Pozo

TUTOR (A): Ps.Cl. Giovanni Sebastián Lascano
Arias, Mg

RESUMEN EJECUTIVO

La calidad de vida es importante en los seres humanos y, sobre todo, cuando se habló de enfermedades terminales, la investigación pretendió comparar los niveles de calidad de vida en pacientes terminales en Riobamba, Ecuador, con un enfoque de investigación cuantitativo en el que se aplicó el test WHOQOL-BREF a una muestra de 30 pacientes, los datos se analizaron usando estadística descriptiva y comparativa, en los resultados obtenidos se encontró que 27 pacientes es decir el 90% de toda la población perciben su calidad de vida en un nivel medio, la dimensión más afectada que evalúa el test es la salud física y siendo las mujeres el sexo con mayor afectación.

DESCRIPTORES: Bienestar, Calidad de vida, Cuidados Médicos, Diagnóstico, Enfermedad.

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y BIENESTAR HUMANO
CARRERA DE PSICOLOGÍA

TEMA: QUALITY OF LIFE IN TERMINAL ILL PATIENTS

AUTOR(A): Anthony Alexander Gavilanes Pozo

TUTOR (A): Ps.Cl. Giovanni Sebastián Lascano
Arias, Mg

ABSTRACT

Quality of life is important for humans, and especially when we talk about terminal illnesses. The research tried to compare the levels of quality of life in terminal ill patients in Riobamba, Ecuador. Using a quantitative research approach in which the WHOQOL-BREF test was applied to a sample of 30 patients. The data was analyzed using descriptive and comparative statistics. The results revealed that 27 patients, representing 90% of the entire population, perceive their quality of life at a medium level. The most affected dimension evaluated by the test is physical health, with women being the most impacted gender.

KEYWORDS: Diagnosis, disease, medical care, quality of life, welfare



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES.

QUALITY OF LIFE IN TERMINAL ILL PATIENTS.

Autor: Anthonny Gavilanes-Pozo
agavilanez6@indoamerica.edu.ec

Tutor: Giovanni Lascano-Arias
giovannilascano@uti.edu.ec

Lector: Paola Valencia-Medina
paolavalencia@uti.edu.ec

Lector: Noemí Rodríguez-Ortiz
noemirodriguez@uti.edu.ec

Trabajo de Titulación para la
obtención del título de
Psicólogo General de la
Universidad Tecnológica
Indoamérica.

Modalidad:
Investigación Cuantitativa.

Ambato, Ecuador.
Julio de 2024.

RESUMEN

La calidad de vida es importante en los seres humanos y, sobre todo, cuando se habló de enfermedades terminales, la investigación pretendió comparar los niveles de calidad de vida en pacientes terminales en Riobamba, Ecuador, con un enfoque de investigación cuantitativo en el que se aplicó el test WHOQOL-BREF a una muestra de 30 pacientes, los datos se analizaron usando estadística descriptiva y comparativa, en los resultados obtenidos se encontró que 27 pacientes es decir el 90% de toda la población perciben su calidad de vida en un nivel medio, la dimensión más afectada que evalúa el test es la salud física y siendo las mujeres el sexo con mayor afectación.

Palabras Clave: *Bienestar, Calidad de vida, Cuidados Médicos, Diagnóstico, Enfermedad.*

ABSTRACT

Quality of life is important for humans, and especially when we talk about terminal illnesses. The research tried to compare the levels of quality of life in terminal ill patients in Riobamba, Ecuador. Using a quantitative research approach in which the WHOQOL-BREF test was applied to a sample of 30 patients. The data was analyzed using descriptive and comparative statistics. The results revealed that 27 patients, representing 90% of the entire population, perceive their quality of life at a medium level. The most affected dimension evaluated by the test is physical health, with women being the most impacted gender.

Keywords: *Diagnosis, disease, medical care, quality of life, welfare.*

1. INTRODUCCIÓN.

La presente investigación se desarrolla en el campo de la psicología clínica, se realiza un acercamiento a la calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales, la definición U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, (2018), menciona que una enfermedad terminal es el conjunto de procesos físicos, emocionales, sociales e intelectuales causados por una enfermedad en etapa avanzada que reduce la capacidad de una persona, afecta su pronóstico y posibilidad de curación, es multicausal por esta razón tiene una expectativa de vida menor a los seis meses.

Con relación a las enfermedades terminales existe las enfermedades crónicas Duran et. al., (2010) menciona que las enfermedades crónicas son aquellas que requieren tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional mediante el consumo constante de fármacos y para las cuales aún no se conoce una solución definitiva o el éxito de cualquier tratamiento.

Almeida et. al., (2023) en cuanto a la calidad de vida refiere que los profesionales de la salud, han utilizado la idea de calidad de vida para medir los efectos de una enfermedad crónica en sus pacientes, para comprender

cómo una enfermedad interfiere con la vida cotidiana de una persona y con su capacidad para vivir una vida digna.

Aunque definir la calidad de vida puede parecer abstracto debido a su naturaleza subjetiva, se puede entender como un término que implica satisfacción en la vida, bienestar, felicidad o nivel funcional. Este término está asociado con el logro de metas individuales y el desempeño evaluado en diversas tareas. (Taylor et al., 2008)

Según Orley (1996), se examina cómo estos criterios afectan la autonomía personal y los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la vida del individuo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2024) la calidad de vida se refiere al bienestar físico, psicológico y laboral que permite a las personas sentirse cómodas y participar en actividades satisfactorias, permitiendo tener una percepción adecuada de su entorno, cultura y valores, así como disfrutar de un nivel de independencia y autonomía.

Estos aspectos se fundamentan en la autonomía individual, las relaciones sociales y el entorno familiar, considerando tanto aspectos objetivos (como la situación

económica, los ingresos, la vestimenta, la alimentación y los derechos) como subjetivos (incluyendo las emociones, la autoestima, la percepción de uno mismo y su lugar en el mundo), además, se consideran aspectos sociales como los sistemas de pensiones y jubilaciones proporcionados por el gobierno junto con sus políticas, estos elementos se combinan para determinar la calidad de vida de una persona. (Marcial, 2021)

Es relevante considerar la perspectiva de Meeberg (1993), según este autor, la calidad de vida se refiere a un sentido general de satisfacción percibido por el individuo, donde otros también reconocen que las condiciones de vida del sujeto son adecuadas y no perjudiciales para él. Asimismo, la calidad de vida puede entenderse como la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para satisfacer sus necesidades en un entorno determinado. Más allá de las condiciones físicas o de salud, alcanzar una realización personal es fundamental para llevar una vida digna, como señalan. (Urzúa y Caqueo, 2012)

De acuerdo a lo anterior, se considera el criterio de la teoría humanista de Abraham Maslow, que menciona a las necesidades

humanas, naturalmente realizaba investigaciones con monos, logro observar que ciertas necesidades tienen más prioridad que otras, para él, tanto las necesidades humanas como la manera en que son satisfechas tenían una importancia similar, dando forma así a la experiencia humana, además de reconocer las necesidades básicas como la alimentación, el aire, el agua, el sexo, el autor identificó cinco grandes categorías: las necesidades fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y la necesidad de autorrealización, las necesidades fisiológicas, que son cruciales para la supervivencia del individuo, incluyen la alimentación, el refugio, el deseo sexual, la respiración, la reproducción, el descanso, el afecto, el comportamiento maternal, el mantenimiento de la temperatura corporal, la homeostasis y el alivio del dolor, entre otras. (Maslow, 1991)

Sintetizando líneas anteriores sobre las necesidades humanas de Maslow y los conceptos mencionados hasta ahora sobre lo que es calidad de vida, se concluye que es fundamental impulsar una mejora en la calidad de vida de los pacientes, por lo que el personal clínico desempeña un papel crucial al brindar atención empática y comprensiva, esta atención no solo implica proporcionar herramientas prácticas, sino

también ofrecer apoyo emocional tanto al paciente como a su familia, esta estrategia contribuye a aumentar la eficacia de los programas de educación dirigidos a personas con enfermedades terminales, facilitando su manejo y afrontamiento de la enfermedad. (Tapia et al., 2019)

Existen datos estadísticos que en los últimos años la mayoría de adultos que requieren cuidados paliativos padecen de enfermedades crónicas o terminales como: enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), VIH/SIDA (5,7%) y diabetes (4,6%), estimando que el 80% de los pacientes con VIH/SIDA o cáncer, y el 67% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares obstructivas, experimentarán niveles de dolor moderados a intensos al final de sus vidas. (OMS, 2020)

Se consideran ciertos criterios sobre lo que es considerada una enfermedad terminal, que se refiere a aquel individuo gravemente enfermo cuya muerte es inevitable en un futuro cercano, a pesar de todos los esfuerzos realizados para mejorar su salud, en estos casos, se abordan temas como la calidad y el valor de la vida, el manejo del dolor, los tratamientos paliativos, la

eutanasia y el apoyo tanto al paciente como a su familia, entre otros aspectos relevantes. (Silva, 2006)

Para Carvajal (2021), el paciente terminal es el portador con una enfermedad grave irreversible y progresiva, que no tiene un plazo de estima a una muerte próxima, pero suele considerarse menor a 6 meses, por lo que no tiene un tratamiento eficaz que permita modificar el pronóstico fatal.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2014), en una enfermedad terminal, hay características cruciales que ayudan a definirla y a determinar la terapia adecuada, entre los aspectos fundamentales: (1. Existencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.), (2. Ausencia de expectativas razonables de respuesta al tratamiento específico.), (3. Presencia de múltiples y variados problemas o síntomas intensos, con causas múltiples y cambiantes.), (4. Fuerte impacto emocional con la presencia ya sea implícita o explícita, de la muerte.), (5. Pronóstico de vida de menos de seis meses.)

Por otra parte, para Amado (2020) el término paciente con enfermedad terminal se clasifica en:

1. El paciente, su familia y el equipo médico sufren un fuerte impacto emocional con una enfermedad terminal que se refiere a la etapa final de una enfermedad avanzada y progresiva con daño irreversible, ausencia de opciones de tratamiento curativo, presencia de múltiples, severos síntomas, pérdida de autonomía o fragilidad progresiva, pronóstico de vida limitado. (Amado, 2020)

2. En el caso específico de una enfermedad oncológica en fase terminal, se refiere a un cáncer con evidencia histológica de metástasis en áreas como el cerebro, la médula, el hígado o los pulmones, el paciente ha recibido tratamientos estándar efectivos y/o no tiene posibilidad de responder al tratamiento activo específico. (Amado, 2020)

3. Una enfermedad no oncológica en fase terminal se caracteriza por una enfermedad crónica o insuficiencia de órganos irreversibles en su etapa más avanzada, sin respuesta al mejor tratamiento disponible, independientemente de su causa original. (Amado, 2020)

4. La situación de últimos días o agonía se refiere al período final del ciclo vital de una persona, marcado por un deterioro funcional notable, alteraciones en los signos vitales y una previsión de muerte en horas o días, esta etapa representa uno de los momentos más delicados de la enfermedad del paciente. (Amado, 2020)

De igual manera, para Amado (2020) encuentra criterios diagnósticos para la clasificación mencionada en el anterior párrafo, que son:

1. Criterios de terminalidad en pacientes oncológicos: (Presencia de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable, presencia de metástasis cerebral, medular, hepática o pulmonar múltiple, haber recibido un tratamiento estándar efectivo y/o estar en una situación con poca o ninguna posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico para la enfermedad oncológica). (Amado, 2020)

2. Criterios de terminalidad en pacientes no oncológicos: (Insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria crónica, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica con evidencias clínicas, enfermedad

neurológica crónica avanzada como enfermedad cerebrovascular, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, entre otras., infección por VIH en estadio SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida). (Amado, 2020)

Por el contrario, para la OMS (2020) en enfermedades terminales hay cuidados paliativos, una intervención cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan desafíos asociados con enfermedades graves y potencialmente mortales, esta intervención se centra en prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento adecuado del dolor, y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales, los cuidados paliativos se enfocan en brindar atención integral y activa a pacientes de toda edad.

Es crucial mencionar varias investigaciones que se han llevado a cabo en varios lugares del mundo como Europa, América Latina y Ecuador.

Según datos estadísticos de la OMS (2019), el 55 % de los 55,4 millones de muertes en

el mundo las causaron las 10 principales de defunción, 7 contribuyeron al 44 % de las muertes, o al 80 % de las 10 principales, pero el 74% de las muertes en el mundo se debió a enfermedades no transmisibles, la cardiopatía isquémica es la más común de muerte en todo el mundo y representa el 16 % de las muertes, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ha aumentado de 1,2 millones a 1,8 millones y ahora es la sexta causa más común de defunción, se estableció que la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia son la séptima causa de defunción.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (2022) en Europa las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte, con el 26,0 % del total (y una tasa de 252,2 fallecidos por cada 100.000 habitantes), seguidas de los tumores, con el 24,8 % del total (y una tasa de 239,8 fallecidos por cada 100.000 habitantes), con una tasa de 89,9 por ciento, las enfermedades respiratorias fueron la tercera causa de muerte es decir que las enfermedades que no son curables forman parte de las principales causas de muerte.

Para la Organización Panamericana de la Salud (2021) en toda la región latinoamericana en 2019, las principales

causas más frecuentes de mortalidad son la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, el Alzheimer y otras demencias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades neurológicas.

En el Instituto Nacional Estadístico y Censos (2023) en Ecuador, en el año 2022 las enfermedades isquémicas del corazón representan el 15,0 % de los fallecidos en 2022, el 3.0 % la cirrosis y otras enfermedades del hígado.

La presente investigación se enfoca en la calidad de vida de personas diagnosticadas con enfermedades terminales.

Un estudio realizado por Quishpe et al (2021), en Trujillo, Perú en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis menciona que la calidad de vida fue buena en un 40,8% de los pacientes, mientras que el 59,2% tienen mala calidad de vida.

La investigación realizada por Pineda et al (2016), en Medellín menciona que siendo los hombres los más afectados con la enfermedad pulmonar obstructiva con el 54,7% de los encuestados manifestaron una alteración alta de la calidad de vida, el

55,34% de las mujeres experimentaron una disminución significativa en su calidad de vida como resultado del consumo de cigarrillos.

Según la investigación de Lisboa et al (2001), los hallazgos de este estudio confirman que los pacientes con EPOC presentan un deterioro significativo de su calidad de vida, incluso cuando la enfermedad es estable, estos hallazgos demuestran que el entrenamiento físico puede mejorar aspectos de la calidad de vida de los pacientes con EPOC avanzada.

El estudio realizado por Rodas (2016), en la ciudad de Cuenca en pacientes diagnosticados con cáncer del Instituto Solca menciona que solo el 1.4% de los pacientes tienen mala calidad de vida, el 44.3% su calidad de vida es regular y el 54.3% tienen una buena calidad de vida.

La investigación realizada en Ecuador con pacientes con enfermedad renal crónica con hemodiálisis nos menciona que tienen una calidad de vida regular. (Rivera et al., 2022)

En Ambato Palacios (2022) una investigación realizada en pacientes oncológicos del hospital Solca, se dieron resultados en bienestar emocional, donde 9

personas, el 6.2 % lo califican como bajo, 65 pacientes con el 44,8 % lo califican como medio y 71 personas con el 49 % dijeron que su bienestar emocional era alto.

Finalmente, existen otras investigaciones como la realizada en Riobamba a pacientes con VIH del Hospital General Docente. Se descubrió que el 44 % de los pacientes tienen una calidad de vida bastante satisfactoria y el 30 % es media satisfactoria, lo que indica que estos pacientes se sienten satisfechos con sus condiciones de vida y actividades diarias. (Cobos et al, 2019)

Con relación a lo referido a los autores en párrafos anteriores, se estimó que los pacientes diagnosticados con enfermedades terminales están en un rango de nivel entre bajo y moderado, por lo que es muy importante realizar esta investigación por la necesidad de conocer cómo afecta tener una enfermedad terminal a su calidad de vida, considerando que este estudio proporciona información actualizada, para utilizarse como herramienta en investigaciones posteriores.

La investigación aporta conocimientos sobre la calidad de vida de pacientes terminales, estudios previos revelan según datos estadísticos que estas enfermedades

figuran entre las diez principales causas de muerte mundial, latinoamericana y principalmente en Ecuador, es crucial dirigir la atención a las personas afectadas y comprender cómo enfrentan su situación para mejorar su calidad de vida.

Referente a lo expresado frente a las investigaciones previamente revisadas frente a todo este antecedente se plantean las siguientes interrogantes de interés: ¿Cuál es la comparación que existe en los niveles de calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales?, ¿Cuáles son los niveles de calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales? ¿Cuál es el sexo más afectado por tener una enfermedad terminal?, ¿Cuál es la dimensión más afectada dentro de la calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales?

Con los parámetros mencionados anteriormente, este estudio tiene como objetivo general: Comparar los niveles de calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales y como objetivos específicos: Estimar la calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales, Identificar el sexo mayormente afectado por padecer una enfermedad terminal, Describir cuál es la dimensión más afectada dentro de

la calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales.

2. MARCO METODOLÓGICO.

Para la presente investigación se utilizó el paradigma positivista para Ricoy (2006), afirma que las características del paradigma positivista incluyen un enfoque cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, sistemático de gestión y científico tecnológico, por lo tanto, el paradigma positivista respaldará la investigación que busque verificar una hipótesis mediante estadísticas o calcular los parámetros de una variable específica.

El positivismo es un conjunto de reglas que guían el conocimiento humano y tiende a nombrar "ciencia" a las operaciones observables en la evolución de las ciencias modernas, según este autor, durante toda la historia del positivismo, sus críticas se enfocaron en los avances metafísicos de toda clase y, por lo tanto, en la reflexión que no puede apoyarse en datos empíricos o formula sus juicios de manera que los datos empíricos nunca pueden refutarlos. (Kolakowski, 1966)

El positivismo sostiene que el único conocimiento verdadero es aquel que se produce por la ciencia, especialmente

utilizando el método, como resultado, el positivismo cree que solo las ciencias empíricas son fuentes de conocimiento aceptables. (Dobles, Zúñiga & García, 1998)

Los fenómenos sociales que se estudiarán deben ser medibles y experimentables de manera objetiva, estas construcciones se utilizan para observaciones sistémicas de los comportamientos y correlaciones de variables, lo que da relevancia a la explicación de ciertos aspectos del paradigma positivista. (Martínez et al., 2018)

Para la metodología de la presente investigación es cuantitativa que se refiere a una técnica para recopilar datos matemáticos y estadísticos para cuantificar los resultados de manera estructurada y confiable. (Rasinger, 2020)

De la misma manera para Jiménez (2020) el enfoque cuantitativo está basado en el empirismo, es decir, en la experiencia, la observación y el análisis de los hechos, los cuales se procesan utilizando una variedad de técnicas numéricas para obtener y confirmar sus resultados.

La metodología cuantitativa se basa en recopilar y analizar datos numéricos para llegar a conclusiones razonables y diversas, investiga patrones, relaciones y fenómenos utilizando matemáticas y estadísticas. (Castañeda, 2022)

Para la investigación se utilizó un diseño no experimental, para Agudelo y Aigner (2008) busco definir que depende de la observación, la interpretación, las categorías, las comunidades y los sucesos sin la intervención directa del investigador, el investigador estudia los fenómenos tal y como ocurren en su contexto social y familiar.

El diseño de estudio no experimental es un método de investigación en el que los investigadores observan y analizan los fenómenos de forma natural sin alterar ni controlar las variables independientes. (Sousa et al., 2007).

En este diseño el investigador no participa activamente en el estudio, además, se recopilan datos para describir, comparar o relacionar las variables. (Murillo, 2011)

El alcance de la investigación es de corte transversal con alcance descriptivo, para Galarza (2020) define que se conocen las

características del fenómeno y en el proceso cuantitativo utiliza datos de tendencia central, dispersión de igual manera es factible presentar una hipótesis que intente caracterizar el fenómeno del estudio en este ámbito, aunque no es necesario.

Para esta investigación, se utilizó un muestreo no probabilístico porque el investigador selecciona a su población de acuerdo con su criterio o por conveniencia para determinar si había aspectos particulares como por ejemplo si el estudio era fácil acceso y si participaron de forma libre y voluntaria los participantes. (Hernández, 2021)

La población que participo para la presente investigación es de 30 personas diagnosticadas con enfermedades terminales de la ciudad de Riobamba como: cualquier tipo de Cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad renal crónica.

Se establecieron criterios de inclusión para determinar la población de estudio: a) Personas adultas que sean mayores de 18 años, b) Que hablen y comprendan el español, c) Que residan en la ciudad de Riobamba, d) Que sean enfermedades crónicas consideradas como terminales

Adicionalmente, los criterios de exclusión fueron: a) Las personas que sean diagnosticadas con enfermedades crónicas y que no sean consideradas como terminales, b) Que sean menores de 18 años, c) Que no hablen o no comprendan español, d) Que no residan en la ciudad de Riobamba.

En la presente investigación se cumplió con códigos éticos, que se definen como un conjunto de códigos que se enfocan en el respeto, proteger a los participantes aumentando los beneficios de la investigación y eliminar los posibles riesgos de la maleficencia. (Sánchez et. al., 2009)

Los códigos éticos son esenciales para los investigadores tanto al iniciar como al finalizar esta búsqueda de información porque protegen los derechos de los participantes y les permiten investigar a fondo el tema de interés mientras respetan los límites y mantienen una dinámica de confianza. (Ramos et al., 2019)

Los participantes recibieron el consentimiento informado el cual se debe indicar antes de realizar cualquier estudio, este consentimiento hace referencia, a un documento en cual se explica los riesgos y beneficios de la investigación, el participante acepta intervenir libremente y sin presiones,

además, el participante puede retirarse de la investigación cuando él lo decida. (Cañete et al., 2012)

Posteriormente, referente a la recopilación de información se utilizaron a) Fichas socio demográficas de los participantes para determinar si se llega objetivamente y verificar si la información recolectada es necesaria para el proyecto; se ejecutó el b) Test de WHOQOL-BREF; para recolectar los datos necesarios de manera efectiva, con ello, después se realizó los resultados de la investigación, todo este proceso se lo elaboró presencial en Riobamba, y después se explicó el propósito de la investigación y se mantuvieron protocolos de bioseguridad para proteger la salud de los participantes.

El instrumento de evaluación para calidad de vida es: El WHOQOL-BREF es un perfil creado por la OMS (1993) que determina la percepción de las personas de su situación en la vida en función de su cultura y sistema de valores, así como de sus objetivos, expectativas e intereses, el perfil consta de cuatro ítems puntuados (salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente) y dos ítems puntuados sobre la percepción de la calidad de vida y la salud, los cuatro ítems están clasificados en 7 preguntas de salud física, 6 en salud psicológica, 3 en relaciones

sociales y 8 en la dimensión de ambiente que en total suman 24 ítems a evaluar, aquí podemos ver con los puntajes más altos indicando una mejor calidad de vida y de igual manera con los más bajos una mala calidad de vida, además, los dos ítems individuales forman parte del test para tener en cuenta la percepción del paciente sobre su estado de salud, con una puntuación del 1 al 5, cabe recalcar que estos dos ítems no forman parte de la evaluación en cuanto a su calidad de vida, para la obtención de resultados los puntajes de cada pregunta se suman para calcular los puntajes de los ítems: Salud Física: P3+ P4+ P10 + P15 + P16 + P17 + P18, Salud Psicológica: P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + P26, Relaciones sociales: P20 + P21 + P22 y Ambiente: P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25, el test tiene un alfa de Cronbach de 0.85 a 0.90 que corrobora una confiabilidad y fiabilidad muy buena.

Referente a las líneas anteriores para mejorar la comprensión de la calidad de vida en los pacientes con enfermedades terminales, después de haber realizado la recopilación de datos con la aplicación del test, se realizó el análisis de datos de tipo estadístico descriptivo, con el paquete Microsoft Excel versión 2019 el cual recopiló todos los datos en tablas estadísticas, para obtener

interpretación de dimensiones, frecuencias y porcentajes, con este programa y el análisis realizado, se permitió describir de manera clara y precisa los resultados que se obtuvieron, esta información ayudó a una interpretación más completa de los hallazgos y respaldó las conclusiones con evidencia sólida (González, 2006).

3. RESULTADOS.

A continuación, se hace referencia a los resultados logrados sobre la calidad de vida en personas diagnosticadas con enfermedades terminales, en la ciudad de Riobamba, con una población de 30 partícipes en la cual 17 fueron de sexo femenino y 13 de sexo masculino.

Tomando referencia al objetivo general de esta investigación, se aplicó el test WHOQOL-BREF y llevando los resultados al programa de Microsoft Excel versión 2019 para analizar los datos obtenidos, en los resultados de tres enfermedades terminales que son: cáncer, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica se encontró que existe similitud en cuanto a la calidad de vida en un nivel medio o normal entre estas tres enfermedades.

1. Comparación entre los niveles de calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales

Dando respuesta al objetivo general, se utilizó frecuencias y porcentajes en donde se categorizó en tres tipos de enfermedades terminales, en diferentes tablas.

A continuación, se presenta la primera tabla, que hace referencia a la primera enfermedad terminal que son las oncológicas (Cáncer).

Tabla 1
Enfermedades Oncológicas

Cáncer					
Niveles	Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente	Calidad de Vida
	F %	F %	F %	F %	F %
Bajo	6 37,50%	4 25,00%	0 0,00%	2 12,50%	2 12,50%
Medio	9 56,25%	11 68,75%	15 93,75%	12 75,00%	13 81,25%
Alto	1 6,25%	1 6,25%	1 6,25%	2 12,50%	1 6,25%
Total	16 100,00%	16 100,00%	16 100,00%	16 100,00%	16 100,00%

Elaborado por: Anthony Gavilanes (2024).

Como se puede observar en la tabla 1, se obtuvo que los niveles medios predominan en todos los dominios y en la calidad de vida general, esto sugiere que existe una

homogeneidad entre los pacientes con cáncer, con enfermedad renal crónica y EPOC, se destaca que la diferencia entre el cáncer y estas dos enfermedades se da en las diferentes dimensiones donde existe una mayor variabilidad en la percepción de la salud física y psicológica, con una presencia notable de percepciones bajas, en diferencia con las relaciones sociales y el ambiente donde existe una red de apoyo sólida.

En la siguiente tabla se observa la segunda enfermedad terminal, las enfermedades renales específicamente la insuficiencia renal crónica.

Tabla 2
Enfermedades Renales

Insuficiencia Renal Crónica					
Niveles	Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente	Calidad de Vida
	F %	F %	F %	F %	F %
Bajo	1 12,50%	1 3,33%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%
Medio	7 87,50%	5 16,67%	8 100,00%	8 100,00%	8 100,00%
Alto	0 0,00%	2 6,67%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%
Total	8 100,00%	8 26,67%	8 100,00%	8 100,00%	8 100,00%

Elaborado por: Anthony Gavilanes (2024).

En la tabla 2 comparando con los pacientes oncológicos y los pacientes con EPOC, los pacientes con insuficiencia renal crónica muestran en todas las dimensiones y en la calidad de vida general, un predominio

absoluto en un nivel medio esto nos demuestra una homogeneidad entre las enfermedades, la diferencia es porque existe una pequeña proporción que percibe su salud física en un nivel bajo, lo cual es una diferencia notable respecto a los otros dimensiones, una minoría de los pacientes percibe su salud psicológica en niveles bajos con el 3,33% y altos con el 6,67%, de acuerdo a las relaciones sociales y el ambiente se obtuvo unanimidad en el nivel medio esto podría indicar que, a pesar de los desafíos de la enfermedad renal crónica, los pacientes mantienen una estabilidad en su entorno.

Por último, en la siguiente tabla contiene la tercera enfermedad terminal, las enfermedades pulmonares específicamente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tabla 3
Enfermedades Pulmonares

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica					
	Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente	Calidad de Vida
Niveles	F %	F %	F %	F %	F %
Bajo	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%
Medio	6 100,00%	6 100,00%	6 100,00%	6 100,00%	6 100,00%
Alto	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%
Total	6 100,00%	6 100,00%	6 100,00%	6 100,00%	6 100,00%

Elaborado por: Anthony Gavilanes (2024).

La tabla 3 se observa, a diferencia de los pacientes con enfermedades oncológicas y renales, los pacientes con EPOC muestran en absoluto todas las dimensiones y en la calidad de vida general, un 100% en el nivel medio, esto da una percepción estable y homogénea, no hay variabilidad en los niveles, lo cual puede indicar una adaptación generalizada a su condición.

Por último punto, se analizaron los niveles de calidad de vida en pacientes con tres tipos de enfermedades terminales, comparando cada una de ellas y se tiene que los pacientes con cáncer, seguidos por los pacientes con insuficiencia renal crónica y finalmente los pacientes con EPOC muestran en los dominios específicos y en la calidad de vida general en un nivel medio, aunque con diferentes grados de variabilidad entre dimensiones.

1. Estimar la calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales.

A continuación, se presenta una figura donde se encuentra la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales.

Figura 1
Niveles de Calidad de vida en todos los pacientes.



Elaborado por: Anthony Gavilanes (2024).

El primer objetivo específico sobre los niveles de calidad de vida, se observa que hay una notable proporción de pacientes que su calidad de vida se encuentra en un nivel bajo con un 7% (2 pacientes), esto indica que, hay pacientes que experimentan dificultades en estos aspectos, hay una pequeña proporción donde los pacientes tienen un nivel alto con un 3% (1 paciente), esto refleja un apoyo social sólido entre los pacientes con enfermedades terminales y la gran mayoría con el 90 % (27 pacientes) afirma que su calidad de vida es en nivel medio, también se obtuvo resultados de una media de $M=2,97$, con una desviación estándar $DS=0,88$, para tener un mejor lineamiento de interpretación.

2. **Identificar el sexo mayormente afectado por padecer una enfermedad terminal**

Conforme al segundo objetivo específico se presenta la siguiente tabla.

Tabla 4
Sexo mayormente afectado y su calidad de vida.

SEXO	TOTAL	Porcentaje	Calidad de vida		
			Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
Mujer	17	56,67%	11,76%	82,35%	6%
Hombre	13	43,33%	0,00%	100,00%	0,00%
Total	30	100,00%			

Elaborado por: Anthony Gavilanes (2024).

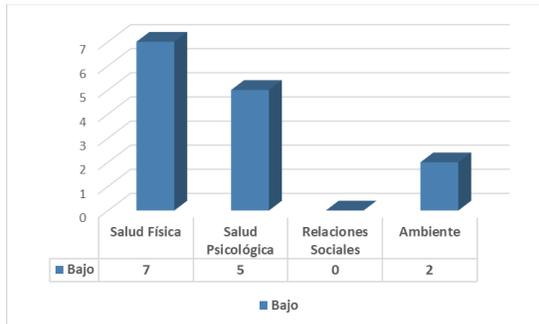
Como se puede evidenciar, el sexo mayormente afectado por enfermedades terminales es el femenino, quienes representan el 56.67% de los pacientes, la calidad de vida entre las mujeres varía más, con un 11.76% se encuentran con una calidad de vida baja, un 82.35% con una calidad de vida media, y un 6% con una calidad de vida alta, por otro lado, los hombres, que representan el 43.33% de los pacientes, tienen una calidad de vida en todas las dimensiones reportando un nivel medio con el 100% y sin percepciones en niveles bajos o altos, este hallazgo puede sugerir la necesidad de enfoques diferenciados en el apoyo y tratamiento de la calidad de vida según el sexo del paciente.

3. **Describir cuál es la dimensión más afectada dentro de la calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales.**

Finalmente, según el tercer objetivo específico se presenta la siguiente figura.

Figura 2

Dimensiones de la calidad de vida



Elaborado por: Anthony Gavilanes (2024).

La dimensión más afectada en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales es la salud física, lo evidencian la mayor proporción de pacientes en un nivel bajo con una frecuencia de 7 o 23.33% y es similar a la de la salud psicológica, que está en una frecuencia de 5 o 16,67%, frente a otras dimensiones y con gran diferencia, se observa el ambiente con una frecuencia de 2 o el 6.67% y a las relaciones sociales con una frecuencia de 0, por otro lado, la dimensión menos afectada es la salud psicológica con una frecuencia de 3 o el 10,00%.

En respuesta a los objetivos planteados, la mayoría de los pacientes con enfermedades terminales perciben su calidad de vida general y las dimensiones específicas (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y

ambiente) en un nivel medio, aunque, los pacientes con enfermedades oncológicas, renales y pulmonares muestran diferencias específicas en cómo perciben las distintas dimensiones de su calidad de vida, por otro lado, las mujeres son más afectadas y muestran una mayor variabilidad en la percepción de su calidad de vida.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los resultados de esta investigación revelan que la mayoría de los pacientes terminales perciben su calidad de vida en un nivel medio, independientemente del tipo de enfermedad, pero hay diferencias notables entre pacientes oncológicas, renales y pulmonares, las mujeres representan el grupo mayoritario, y sus percepciones de calidad de vida son más variadas en los niveles por dimensión que los hombres, la salud física emerge como la dimensión más afectada, destacando la necesidad crítica de intervenciones específicas en este ámbito.

Considerando los resultados de la investigación realizada en Cuenca, Ecuador Rodas (2016) en pacientes con enfermedades oncológicas (Cáncer), con el 54.3% de los pacientes, tienen una buena calidad de vida, 44.3% regular y solo el 1.4% mala, estos resultados son divergentes a

comparación con la investigación actual en pacientes con cáncer con un 81.25% en nivel medio.

Por otro lado, la investigación de Palacios (2022), realizada en Ambato, Ecuador en pacientes con enfermedades oncológicas (Cáncer) muestra que, el 49% de los pacientes califican su bienestar emocional como alto, el 44.8% como medio y el 6.2% como bajo y los resultados con la actual investigación son divergentes con predominancia en un nivel medio con un 81.25% de los pacientes oncológicos.

La investigación de Quishpe (2021) en Trujillo, Perú menciona que, un 40.8% de los pacientes con enfermedad renal crónica tienen una buena calidad de vida, mientras que el 59.2% tienen mala calidad de vida, estos resultados son divergentes en comparación con la investigación actual, que refleja una predominancia en la calidad de vida media con el 100% en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Por otro lado, Rivera et al. (2022), en Ecuador, describen que los pacientes con enfermedad renal crónica tienen una calidad de vida regular, lo que converge con los hallazgos actuales con un 100% de calidad

de vida media en pacientes con el mismo tipo de enfermedad.

Considerando el estudio realizado en Medellín, Colombia de Pineda et al. (2016), indica que el 54.7 % de los hombres con EPOC y el 55.34% de las mujeres disminuyen significativamente su calidad de vida, es divergente en comparación con el presente estudio, donde indica una calidad de vida en un nivel medio con un 100% en pacientes con EPOC.

De igual manera, el estudio de Lisboa et al. (2001), confirma un deterioro significativo de la calidad de vida en pacientes con EPOC, siendo divergente a la investigación que resulta del 100% en un nivel medio de calidad de vida en pacientes con el mismo tipo de enfermedad.

La mayoría de los estudios convergen en que la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales tiende a estar en niveles medios o regulares, sin embargo, existen divergencias significativas en la percepción de calidad de vida alta y baja entre diferentes estudios y enfermedades.

La calidad de vida en pacientes con enfermedades renales varía notablemente, algunos estudios informan una mala calidad

de vida predominante, mientras que otros la consideran regular, por este motivo la población del presente estudio concluye que tienen una mayor adaptación en los pacientes con enfermedades renales a pesar de la complejidad de la enfermedad.

En pacientes con EPOC, se observó un deterioro significativo en la calidad de vida en otros estudios realizados, en comparación con la investigación actual se obtuvo un nivel medio, y se concluye que esta población estudiada tiene una mejor manera de adaptarse a la enfermedad.

En los pacientes oncológicos, los resultados son un nivel medio, aunque algunos estudios indican una percepción más positiva.

Según el sexo mayormente afectado, las mujeres suelen reportar una mayor afectación en su calidad de vida, lo que subraya la necesidad de enfoques diferenciados en el cuidado de pacientes terminales según el sexo.

Y por último punto, conforme a los resultados logrados a la dimensión mayormente afectada es la salud física.

Finalmente, de la investigación realizada se pueden derivar otros estudios, como realizar

investigaciones de corte cualitativo para comprender las experiencias y vivencias de los pacientes con enfermedades terminales, de igual manera, para obtener una visión precisa y actualizada del estado de estas patologías en el país, es fundamental llevar a cabo investigaciones con una muestra de población más amplia y representativa, este objetivo se puede alcanzar mediante la colaboración de redes hospitalarias que incluyan unidades de diálisis, Solca, unidades especializadas en enfermedades pulmonares, etc., la inclusión de estas diversas fuentes permitirá recolectar datos más completos y detallados, este enfoque garantizará la validez y fiabilidad de los resultados, facilitando la toma de decisiones informadas y la implementación de políticas de salud efectivas.

Por último, las limitaciones encontradas al realizar la investigación fueron el tiempo y las barreras de acceso en las instituciones de salud, por tal motivo se seleccionó como muestra pacientes no dentro de la ciudad y pacientes externos o privados derivados por miembros de la comunidad donde nos permitan realizar las entrevistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ⌘ Agudelo Viana, L. G., & Aigner Aburto, J. M. (2008). Diseños de investigación experimental y no-experimental.
- ⌘ Almeida Maldonado, J. A., Abril Lucero, G. L., Rubio Andrade, J. N., & García Ramos, D. C. (2023). Calidad de vida de padres de hijos con enfermedades oncológicas. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 7(15), 87–99.
- ⌘ Amado, J., Oscanoa, T., & Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Instituto de Investigación, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud. Lima, Perú. (2020). Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico*, 20(3), e1279.
- ⌘ Carvajal, S., Portales, B., & Beca, J. P. (2021). Eutanasia: aclarando conceptos. *Revista médica de Chile*, 149(10), 1502-1506.
- ⌘ Centeno Martínez, J. L., Flores Villacís, E. J., & Alvarado Zuñiga, M. M. (2018). Crítica al positivismo lógico de la escuela rural en el Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad*, 10(4), 91-96.
- ⌘ Dobles, C., Zúñiga, M., & García, J. (1998). Investigación en educación: procesos, interacciones y construcciones. San José: EUNED.
- ⌘ Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. F., González, A., & Molina, J. M. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28.
- ⌘ Galarza, C. A. R. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica: Revista de Divulgación Científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(3), 1-6.
- ⌘ Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Scielo*.
- ⌘ Jiménez, L. (2020). Impacto de la investigación cuantitativa en la actualidad. *TECH*.
- ⌘ Kolakowski, L. (1966). La filosofía positiva. Madrid: Ediciones Cátedra.
- ⌘ Maslow, A. (1991). El Hombre Autorrealizado: Hacia una Psicología del Ser (9.ª ed.). Barcelona: Kairós.
- ⌘ Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- ⌘ Mosquera, M. L. (2016). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos

atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA. Universidad del Azuay.

- ℵ Office of External Affairs. (2018). Centers for Medicare and Medicaid Services. United States of America: U.S. Department of Health and Human Services.
- ℵ Organización Mundial de la Salud. (2019). Las 10 principales causas de defunción.
- ℵ Pan American Health Organization. (2021). Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de datos ENLACE.
- ℵ Pineda-Higuita, S. E., Ramos-Melchor, V. D. J., & Cadavid-Carmona, D. (2016). Calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva. *Universidad y Salud*, 18(3), 482-493.
- ℵ Rivera, L. P. A., Castro, J. V. J., Guerrero, I. X. F., & Valarezo, M. N. M. (2022). Calidad de vida y autocuidado de paciente con sustitución en la función renal y hemodiálisis intermitente. *Dominio de las Ciencias*, 8(2), 9.
- ℵ Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação*, 31(1), 11-22.
- ℵ Rasinger, S. (2020). La investigación cuantitativa en lingüística: Una introducción. AKAL.
- ℵ Silvia, M. (2006). El paciente terminal: reflexiones éticas del médico y la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 29(1), 49-53.
- ℵ Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 502-507.
- ℵ Taylor, J., Smith, P., Babyak, M., Barbour, K., Hoffman, B., Sebring, D., Davis, R., Palmer, S., Keefe, F., Carney, R., Cisk, I., Freedland, K., & Blumenthal, J. (2008). Coping and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 71-79.
- ℵ Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- ℵ World Health Organization. (2020). Palliative care.
- ℵ World Health Organization. (2024). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.

ANEXOS.

[HTTPS://INDOAMERICAEDU-MY.SHAREPOINT.COM/:F:/G/PERSONAL/AGAVILANEZ6_INDOAMERICA_EDU_EC/EHMX9VPS6BZPG9_RXGBG5M8BMF3CTWTOT_UA2CWTCJHCCYG?E=UY5ED5](https://INDOAMERICAEDU-MY.SHAREPOINT.COM/:F:/G/PERSONAL/AGAVILANEZ6_INDOAMERICA_EDU_EC/EHMX9VPS6BZPG9_RXGBG5M8BMF3CTWTOT_UA2CWTCJHCCYG?E=UY5ED5)