



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

PREOCUPACIÓN POR EL CÁNCER Y CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES DE INSTITUCIONES PÚBLICAS
DE LIMA SUR

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTORA

MARÍA TERESA MAGALLANES GAZCO

ASESORA

MG. GUISSELA VANESSA MENDOZA CHÁVEZ

LINEA DE INVESTIGACIÓN

EL ADULTO MAYOR Y SUS PROBLEMAS DE SALUD INTEGRAL Y
BIENESTAR PSICOLÓGICO

LIMA, PERÚ, DICIEMBRE DE 2019

DEDICATORIA

A Dios, a mi madre y esposo por el amor, apoyo incondicional y por ser los motivos de cada meta lograda.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la Universidad Autónoma del Perú, por permitirme vivir una experiencia universitaria tan llena de satisfacciones y haber reconocido cada uno de mis logros con reconocimientos que me motivaban a seguir con mayor determinación.

Al Dr. José Anicama Gómez, por transmitirme sus conocimientos y enseñarme el amor a la psicología como uno de las principales herramientas para contribuir a mejorar el mundo y a la Mg. Guissela Vanessa Mendoza Chávez, quién contribuyó mucho al logro de esta investigación, destacando en su enseñanza sin reserva alguna.

Finalmente extender el agradecimiento a las autoridades de las instituciones que accedieron amablemente a mi solicitud y permitieron que con el presente estudio pueda lograr uno de los objetivos trazados en mi carrera profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIAii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
RESUMO	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Justificación	16
1.3. Objetivos	16
1.4. Limitaciones	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	19
2.2. Bases teóricas y científicas	22
2.3 Definición conceptual de la terminología empleada	30
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	32
3.2. Población y muestra	32
3.3. Hipótesis	33
3.4. Variables	34
3.5. Métodos y técnicas de investigación	36
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	48
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Estadísticos descriptivos de las variables	51
4.2 Análisis de correlación	53
4.3 Análisis de comparación	54
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Discusión	58
5.2. Conclusiones	69

5.3. Recomendaciones 71

REFERENCIAS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Operacionalización de las variables de estudio.....	35
Tabla 2	Análisis de factorial de la escala de preocupación por el cáncer.....	37
Tabla 3	Porcentaje de varianza explicada de la escala preocupación por el cáncer.....	37
Tabla 4	Validez de contenido de la escala de preocupación por el cáncer por medio del coeficiente V de Aiken.....	38
Tabla 5	Validez de contenido de la escala de preocupación por el cáncer por medio de la prueba binomial.....	39
Tabla 6	Estadística de fiabilidad de la escala de preocupación por el cáncer...	40
Tabla 7	Método de división por mitades de la escala de preocupación por el cáncer.....	41
Tabla 8	Análisis factorial de la escala de calidad de vida.....	43
Tabla 9	Porcentaje de varianza explicada de la escala calidad de vida.....	44
Tabla 10	Validez de contenido de la prueba de escala de calidad de vida por medio del coeficiente V de Aiken.....	45
Tabla 11	Validez de contenido de la escala de calidad de vida por medio de la prueba binomial.....	46
Tabla 12	Estadística de fiabilidad de la escala de calidad de vida.....	47
Tabla 13	Método de división por mitades de la escala de calidad de vida.....	48
Tabla 14	Estadísticos descriptivos de escala de preocupación por el cáncer y calidad de vida.....	51
Tabla 15	Nivel de preocupación por el cáncer.....	51
Tabla 16	Nivel de calidad de vida.....	51
Tabla 17	Niveles de calidad de vida según dimensiones.....	52
Tabla 18	Análisis de normalidad por el coeficiente de K-S de las variables preocupación por el cáncer y calidad de vida.....	53
Tabla 19	Correlación entre la preocupación por el cáncer y las dimensiones de calidad de vida.....	53
Tabla 20	Comparación de la variable preocupación por el cáncer según sexo...	54
Tabla 21	Comparación de la variable preocupación por el cáncer según edad..	54
Tabla 22	Comparación de la variable preocupación por el cáncer según estado civil.....	55

Tabla 23	Comparación de la variable calidad de vida según sexo.....	55
Tabla 24	Comparación de la variable calidad de vida según edad.....	55
Tabla 25	Comparación de la variable calidad de vida según estado civil.....	56
Tabla 26	Correlación entre las variables de preocupación por el cáncer y calidad de vida según la prueba Rho de Spearman.....	56

**PREOCUPACIÓN POR EL CÁNCER Y CALIDAD DE VIDA
EN ADULTOS MAYORES DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE LIMA SUR**

MARÍA TERESA MAGALLANES GAZCO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

La presente investigación estableció como objetivo determinar la relación entre preocupación por el cáncer y calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur. Siguió el diseño no experimental de tipo correlacional, en una muestra de 300 adultos mayores registrado en los programas de adulto mayor que no han mantenido diagnóstico previo de cáncer y cuentan con antecedentes familiares oncológicos. Se trabajó con el total de la población es decir, un censo. Se aplicó la escala de preocupación por el cáncer y la escala de calidad de vida Olson y Barnes adaptado por Grimaldo Muchotrigo, Mirian. Resultando que no existe relación entre las puntuaciones totales de preocupación por el cáncer y calidad de vida. Se encontró mayores frecuencias en niveles bajos de preocupación por el cáncer (78.7%) así como, en el nivel de mala calidad de vida (35%) y según dimensiones, mayor frecuencia de calidad de vida optima en la dimensión familia (73.7%) y mayor recurrencia de mala calidad de vida en la dimensión salud (27.3%). De igual manera entre la preocupación por el cáncer y las dimensiones de la calidad de vida se determinó que no existe relación. Finalmente, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre cada una de las variables en función del sexo, edad y estado civil.

Palabras clave: preocupación, cáncer, calidad de vida, adulto mayor.

CANCER WORRY AND QUALITY OF LIFE
IN ADULTS OF PUBLIC INSTITUTIONS OF LIMA SUR
MARÍATERESA MAGALLANES GAZCO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

This research established the objective of determining the relationship between cancer worry and quality of life in older adults of public institutions of Lima Sur. It followed a non experimental study with a correlational design, in a sample of 300 older adults registered in the older adult programs that have not maintained a previous diagnosis of cancer and have a family history of cancer. It worked with the total population that is, a census. The cancer worry scale and the Olson and Barnes quality of life scale adapted by Grimaldo Muchotrigo, Mirian were applied. It turns out that there is no relationship between the total scores of cancer worry and quality of life. In addition to that higher frequencies were found in low levels of cancer worry (78.7%) as well as, in the level of poor quality of life (35%) and according to dimensions, greater frequency of optimal quality of life in the family dimension (73.7%) and greater recurrence of poor quality of life in the health dimension (27.3%). Similarly, between the cancer worry and the dimensions of quality of life, it was determined that there is no relationship. Finally, no statistically significant differences were found between each of the variables according to sex, age and marital status.

Keywords: worry, cancer, quality of life, elderly.

**PREOCUPAÇÃO PELO CÂNCER E QUALIDADE DE VIDA EM
IDOSOS DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DO LIMA SUR**

MARÍA TERESA MAGALLANES GAZCO

UNIVERSIDADE AUTÔNOMA DO PERÚ

RESUMO

Esta pesquisa estabeleceu o objetivo de determinar a relação entre preocupação pelo câncer e qualidade de vida em idosos de instituições públicas do Lima Sur. Seguiu-se o desenho não experimental do tipo correlacional, em uma amostra de 300 idosos registrados nos programas de idosos que não mantiveram diagnóstico prévio de câncer e têm histórico familiar de câncer. O trabalho foi com o total da população ou seja, um censo. Foram aplicadas a escala de Preocupação pelo Câncer e a escala de qualidade de vida Olson e Barnes, adaptada por Grimaldo Muchotrigo, Mirian. Acontece que não há relação entre os escores totais de preocupação pelo câncer e a qualidade de vida. Frequências mais altas foram encontradas em baixos níveis de preocupação pelo câncer (78,7%), bem como, no nível de baixa qualidade de vida (35%) e, segundo as dimensões, maiores frequências de ótima qualidade de vida na dimensão familiar (73,7%) e maior recorrência de má qualidade de vida na dimensão saúde (27,3%). Da mesma forma, entre a preocupação pelo câncer e as dimensões da qualidade de vida, determinou-se que não há relação. Por fim, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre cada uma das variáveis de acordo com sexo, idade e estado civil.

Palavras-chave: preocupação, câncer, qualidade de vida, idoso.

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI, 2019b) la esperanza de vida en el Perú va en aumento y cada vez es más la proporción de la población que se encuentran en la tercera edad y está presente en al menos el 42.7% de hogares en el Perú y en el 44.0% de Lima metropolitana.

Así mismo, una nota de prensa realizada en Julio del presente año, refiere que en comparación con el 5,7% de adultos mayores en 1950 para el 2019, esta proporción de la población aumentó a un 10,7% y se estima que se está duplicando entre los años 2010 y 2030 y cuadruplicará para el 2050 en tanto que, los mayores de 80, con mayor prontitud, para el 2030 se triplicará en su proporción y se multiplicará por 6 para el 2050 (INEI, 2019a). Dicho panorama nos ofrece un amplio escenario donde la actuación de la psicología se hace necesaria, siendo esta la última etapa en la que el ser humano tiene la última posibilidad para vivir su vida de manera plena y satisfactoria y, donde los alcances de esta profesión pueden contribuir y ser trascendentales en el logro dicho cometido.

Tener una vida de calidad no resulta factible para cualquier individuo menos aún, para un adulto mayor considerando los factores de riesgo a los que la vejez los expone, representando un riesgo no solo en su vida, sino también en su independencia. Así mismo, las preocupaciones que acompañan al adulto mayor en su condición de vulnerabilidad frente a los riesgos del cual es objeto, representan un factor clave que ha de ser considerado si de alcanzar la calidad de vida se trata. Esta situación de preocupación, conocida como la carga emocional negativa que nos proporcionan los pensamientos o ideas, que llegan hasta cierto punto a ser incontrolables (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, y Dupree citado en McCaul y Goetz s.f.) y se dan frente a las diversas dolencias a las cuales las personas de la tercera edad están expuestos, destacando entre ellas el Cáncer, por contemplar entre sus cifras una mayor frecuencia a partir de los 45 años y una mortalidad de 65 años a más (INEI, 2016).

Tal preocupación, en niveles elevados implicarían afectación de la calidad de vida, desencadenando diversas consecuencias tales como: disminución de la percepción de bienestar, ansiedad, inadecuadas estrategias de afrontamiento,

depresión, distrés, malestar físico y emocional entre otras. Consecuencias que en su mayoría son consideradas por Oblitas (2006) como aquellos elementos provenientes del plano psicológico, que regulan e influyen al momento de obtener una vida de calidad.

Esta investigación por tanto, pretendió analizar la relación existente entre la preocupación por el cáncer y la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur, teniendo en consideración la problemática presente a fin de lograr determinar dicha relación y así conseguir un conocimiento científico en que ambas variables interaccionan proporcionando con ello, una línea base para aplicaciones sociales como el desarrollo de intervenciones eficientes en pro de mejoras de las últimas vivencias y miradas del ser humano de su existencia. Cometido que fue logrado superando las limitaciones que los cronogramas de actividades de cada institución represento.

La presente investigación, siguió para ello un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental y el tipo de investigación correlacional para confirmar la hipótesis que refiere la existencia de una relación inversa y significativa entre la preocupación por el cáncer y la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur. Así mismo, la presente investigación fue dividida en cinco capítulos a través de los cuales se expone el problema de investigación presentado los objetivos propuestos, la justificación y limitación del estudio; el marco teórico donde se recabaron los antecedentes, teorías que explican y sustentan la temática así como, las definiciones conceptuales utilizadas; el marco metodológico donde se detalla el tipo y diseño de investigación, la población y muestra con la que se trabajó, las hipótesis planteadas, la operacionalización de variables, los métodos y técnicas de investigación al igual que la especificación de técnicas de procesamiento y análisis de datos utilizados y, el análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

Finalmente se presentan la discusión de la información recabada, las conclusiones a las cuales se llegó y las recomendaciones resultantes del análisis realizado.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019a) el cáncer está caracterizado por el desarrollo y división descontrolada de las células, es nombrado así, de manera general sin embargo, hace alusión a un conjunto de afecciones que pueden presentarse en cualquier parte de nuestro cuerpo. La importancia en su diagnóstico y detección temprana es crucial en cualquier etapa de la vida así como el trabajo en su prevención.

En su perfil oncológico mundial, 2014 la OMS (2019c) atribuye a esta enfermedad en el Perú 132,000 muertes; en Chile 94,000; Ecuador 81,000; Brasil 1, 318,000; Colombia 202,000, Bolivia 72,000 y en Estados Unidos 2, 656,000 muertes.

La misma institución, precisa en un informe reciente algunas cifras y datos respecto al cáncer; mundialmente, se encuentra en el puesto dos de las causas de defunciones, para el 2015 cobró la vida de 8,8 millones personas. Cerca del 70% de sus víctimas mortales pertenecen a países de ingresos medios y bajos. Así mismo, hace hincapié en la relación de un tercio de las defunciones a consecuencia del cáncer con los cinco primordiales factores de riesgo, los mismos que son: el sobrepeso, limitado consumo de frutas y vegetales, escasas actividades físicas y el consumo de alcohol y tabaco. Como vemos, representa una problemática nivel mundial, que no es para nada ajeno a nuestra realidad por lo que merece que se le otorgue la importancia debida (OMS, 2019b)

En Latinoamérica, dicho mal se encuentra entre las tres primeras causas de muerte (INEI, 2017).

El boletín epidemiológico actualizado al 2019, refiere que en el Perú desde el 2015 el cáncer es la primera causa de muerte y reporta que 7 de cada 10 peruanos acude tardíamente a consulta así como, una cifra de 32, 000 decesos y 66 000 casos recientes, destacándolo como un problema de salud pública en el país. El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades reafirma dicho dato y añade que existe una mayor incidencia en la población adulta mayor (Minsa, 2018a).

Los datos que nos brinda el Minsa al respecto, evidencian que desde el 2016 el cáncer mantiene a la población adulta mayor entre sus elevadas cifras. Teniendo

que en el 2016 se encontró mayor frecuencia de cáncer en hombres de entre 60 y 79 años (49,2%); mientras que, en mujeres de entre los 45 y 69 años (50,2%) (Minsa, 2017); en el 2017, de los 70.8% de casos nuevos correspondió el 66.0% al sexo femenino, con mayor frecuencia entre 45 y 69 años (51.0%) en tanto que el masculino entre 60 y 79 años (50.6%) (Minsa, 2018c) y para el 2018, los datos siguen concentrándose en las edades más avanzadas de la población teniendo que, de los que 7627 (64,4 %) casos nuevos se halló mayor incidencia en varones, con edades que van de los 65 y 84 años (47,6 %) en tanto, que en mujeres se centra entre los 45 y 69 años (52,1 %) (Minsa, 2018b).

Mediante un informe técnico el INEI (2019b) nos informa de la situación del adulto mayor en el Perú y refiere que vivenciamos una transición demográfica, con la elevación en las tasas de esperanza de vida debido a la caída de las medidas de mortalidad y fecundidad lo que se traduce en que cada vez es mayor la proporción de la población adulta mayor. En esta etapa de desarrollo, una de las principales características es el deterioro progresivo de sus capacidades físicas y mentales aumentando las incidencias de enfermedades, y finalmente la muerte.

Resulta innegable que llegada a una edad avanzada se le otorgue vital importancia a la salud más aún, considerando que ello se traduce en independencia, en libertad del disfrute de su decisión de vida y en su calidad de la misma, reflejándose en las actuaciones destinadas al cuidado y atención de su salud como en preocupación de adquirir enfermedades y por tanto prevenirlas con una actitud de alerta ante cualquier cambio en su cuerpo así como el tomar en cuenta la mínima señal ya que, de ello depende su esperanza de vida.

Frente a la preocupación por el cáncer, dichas acciones serán consideradas adecuadas siempre y cuando, se traduzcan en bienestar, en búsqueda de tranquilidad del adulto mayor y por ende en la obtención de una vida de calidad. Sin embargo, contrario a ello, si estas acciones de cuidado y preocupación por no contraer dolencias adicionales a las propias de la etapa como el cáncer, llegan a niveles más altos desencadenarían diversos cuadros psicológicos que influirían negativamente en la calidad de vida de nuestros adultos mayores, presentándose entre otros, el miedo a un resultado desfavorable y/o las repercusiones del tratamiento, ansiedad, vergüenza, distres, entre otros. Sumado al hecho de pertenecer a la población con

mayor incidencia como lo son los adultos mayores estaríamos frente a una problemática con suma importancia de ser analizada.

Por lo expuesto, y por la importancia del bienestar del adulto mayor que se traduce a una vida de calidad la cual, no debería verse afectada por la preocupación de su cuidado, se formula la siguiente pregunta: ¿existe relación entre la preocupación por el cáncer y la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur?

1.2. Justificación

La presente investigación es relevante ya que, de acuerdo a la bibliografía revisada, se considera que es una de las primeras a nivel de Lima Sur en estudiar la preocupación por el cáncer en el adulto mayor así como, aplicar dicha escala y brindar información al respecto.

Aporta conocimiento valioso, logrando determinar las condiciones en que la preocupación por el cáncer y la calidad de vida se relacionan en los adultos mayores de Lima Sur, con un conocimiento científico de las condiciones en que ambas variables interaccionan.

Los resultados que se obtengan servirán como herramienta y punto de partida para aplicaciones sociales como el desarrollo de intervenciones eficientes en pro de la calidad de vida del adulto mayor en esta última etapa que ha sido muchas veces olvidada por la sociedad así como, de intervenciones futuras por parte de las autoridades correspondientes las cuales podrán lograr actuaciones con conocimiento de causa debido a las recomendaciones planteadas en el estudio.

1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la preocupación por el cáncer y la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Objetivos específicos

Describir el nivel de preocupación por el cáncer en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Describir el nivel de calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Describir el nivel de calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur, según sus dimensiones.

Determinar la relación que existe entre la preocupación por el cáncer y las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Analizar las diferencias al comparar la preocupación por el cáncer según sexo, edad y estado civil en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Analizar las diferencias al comparar la calidad de vida según sexo, edad y estado civil en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

1.4. Limitaciones

Las limitaciones encontradas, fueron relacionadas a los cronogramas anuales de las actividades contempladas en las instituciones visitadas, que presentaban distintos horarios para encuestar a los evaluados que no siempre coincidían con los de la encuestadora. Así mismo, el tiempo requerido se prolongó, debido a demanda de una aplicación individual por las dificultades físicas (visuales, auditivas, motores finos, etc.) que los encuestados muestran, influyendo en la fluidez de la aplicación así mismo, cabe mencionar que la aplicación individual con un adulto mayor, conlleva una extensión del tiempo promedio de aplicación ya que, suelen ampliar las respuestas relacionándolas con diversas vivencias que desean compartir al invitarlos a evocar aspectos de su vida contemplados en las escalas.

Finalmente la información disponible es limitada, referente al constructo preocupación por el cáncer, debido a su reciente traducción al español e investigación y tras los resultados se encuentra que su generalización se limita a Lima Sur por las características contextuales de la población.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Investigaciones internacionales

Murphy, Marlow, Waller y Vrinten (2018) realizaron encuesta poblacional de adultos en Inglaterra con el objetivo de valorar la preocupación general por el cáncer, las fuentes de dicha preocupación y las características demográficas, en 2 048 adultos ingleses, con edades entre 18 y 70 años. Dicho estudio fue del tipo descriptivo – comparativo y los instrumentos usados fueron: la preocupación por el cáncer en general, se evaluó con un ítem adaptado de la encuesta Nacional de Tendencias y Salud e Información de EE.UU ¿Con que frecuencia le preocupa la posibilidad de contraer cáncer?; Las fuentes de preocupación del cáncer, se midieron haciendo uso de elementos adaptados de la escala de preocupaciones sobre la recurrencias - CARS y por último, las características demográficas, fueron evaluadas a través de preguntas simples. Obteniendo entre sus resultados: que el 57% de la muestra, presenta preocupación ocasionalmente por contraer cáncer, siendo más resaltante el impacto emocional y físico; un 37% nunca presento tal preocupación y un 6% con mayor frecuencia. En cuanto a las preocupaciones específicas, dos tercios presentan una preocupación extrema por la amenaza a la vida y el malestar emocional así mismo, se evidencio que la preocupación por el cáncer, está presenta de forma más frecuente en mujeres y en jóvenes.

Mazacón (2017) orientó su investigación a estudiar la calidad de vida de personas de la tercera edad intervenidos y no intervenidos con el modelo de atención integral en salud, siendo de 297 sujetos de la provincia de Los Ríos, Ecuador. Los datos recabados fueron por medio de una encuesta sociodemográfica y la versión en español del cuestionario SF-36. Siguió el enfoque cuantitativo del tipo descriptivo de corte transversal. Los resultados encontrados fueron que en las áreas físico, psíquico y social, tanto los sujetos que gozaron del beneficio como los que no, conservan una calidad de vida más o menos similar. Como resultado evidenció que las intervenciones realizadas a dicha muestra no logró un efecto significativo, por causas a establecer en estudios posteriores.

García y Vélez (2017) investigaron los determinantes sociales de la salud relacionándola con la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. Con el fin de evaluar su asociación, en una muestra de 449 personas con un promedio

de 49 años, tuvo de apoyo el formulario WHOQOL-BREF. El tipo de estudio fue el descriptivo contemplando una fase correlacional. Los resultados fueron que el 61,6 % calificaron como bastante buena su calidad de vida y que los determinantes sociales de la salud asociados a dicha calificación, en todas las dimensiones fueron: la escolaridad y la autopercepción del nivel socioeconómico.

Hidalgo et al. (2015) realizaron un estudio sobre factores asociados con la preocupación por el cáncer, con 666 adultos en España, con edades de 50 años a más. Dicho estudio fue observacional transversal y las variables fueron el nivel de preocupación por el cáncer, medido por la escala de preocupación por el cáncer (EPC), las características sociodemográficas, el estilo de vida, los antecedentes personales o antecedentes familiares de cáncer, comorbilidad, salud percibida, percepción de control y apoyo social. Concluyendo que el 25% de encuestados expresó notable preocupación por el cáncer y que está aunque en bajo grado es frecuente entre los adultos mayores, y el nivel de tal preocupación está relacionado no solo con las características personales, sino también con el estilo de vida que llevan y su estado de salud actual.

Vrinten, Jaarsveld, Waller, Wagner y Wardle (2014) realizaron un estudio sobre la estructura y los correlatos demográficos del miedo al cáncer en una muestra de 13, 351 adultos entre las edades de 55 a 64. El tipo de estudio fue descriptivo – correlacional. El objetivo fue examinar la presencia de tres componentes del miedo al cáncer y sus asociaciones con características demográficas. El instrumento fue una encuesta enviada por correo, la cual constaba de tres ítems: ¿teme más al cáncer que a otras enfermedades?, ¿pensar en el cáncer le causa molestias? y ¿si la preocupación por el cáncer se experimenta con frecuencia?; los datos que obtuvieron demostraron que más de la mitad de la muestra de adultos mayores en el Reino Unido mostraban gran preocupación por el cáncer (25%), considerándolo como uno de sus mayores temores más que otras enfermedades (59%) e incomodándose al pensar en él (52%), correlacionándose significativamente con la ansiedad y la salud autoevaluada ($p < .001$ ambas) y siendo significativamente más altos en el sexo femenino, con mayor ansiedad general y menor educación. Así mismo, las minorías étnicas (4.4%) reportaron mayor preocupación por el cáncer.

2.1.2. Investigaciones nacionales

Ccerhuayo (2018) realizó un estudio sobre la calidad de vida en el adulto mayor hipertenso, que acudían al nosocomio Marino Molina Scippa, Comas por consulta externa. 75 adultos mayores formaron parte de su muestra, con un promedio de 73 años. Se administró el cuestionario de salud para calidad de vida SF-36. Fue un estudio del tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Concluyendo que, la calidad de vida de dicha muestra es en un 57.5% buena y muy buena.

Durand (2017) efectuó una investigación con el propósito de determinar la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el CAM de Lima Metropolitana, de una muestra de 93 sujetos. Haciendo uso de la entrevista y un cuestionario, que en su elaboración guiándose del WHOQOL – BREF diseñado por la OMS, bajo el enfoque cuantitativo y método descriptivo de corte transversal. Concluyendo que en cuanto a la calidad de vida, un mínimo porcentaje de su muestra lo califica como buena 13% (12), frente a un mayor porcentaje que lo considera como regular 70% (65) y un considerable número de sujetos como mala 17% (16).

Parraga (2017) analizó la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo. Trabajó con 120 participantes en una investigación del tipo básico siguiendo el método descriptivo de análisis síntesis. La técnica usada fue la entrevista a través de la cual se concluyó que su calidad de vida es mala al igual que su estado emocional y económico.

Pablo (2016) exploró la calidad de vida del adulto mayor que asiste a un CAM de Los Olivos, Lima. En este estudio participaron 150 sujetos. La autora, recolectó los datos por medio del WHOQOL-BREF diseñado por la OMS, siguiendo el enfoque cuantitativo, del tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo encontrando que, en cuanto a la calidad de vida, un mayor porcentaje de su muestra lo concibe como bajo o malo.

Hernández, Chávez y Yhury (2016) estudiaron la calidad de vida relacionándola a la salud, en una muestra de 447 sujetos con un promedio de 69 años, pertenecientes a cuatro distritos rurales y uno urbano del Perú, ejecutado entre octubre, 2014 a enero, 2016 bajo una investigación de corte transversal. Los datos recabados fueron a través de los cuestionarios WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD.

Concluyendo que en su muestra estudiada, el contexto donde residimos repercute diferencialmente en las dimensiones de la calidad de vida en relación a la salud.

2.2. Bases teóricas y científicas

2.2.1 El adulto mayor

Según la OMS (2018) el envejecimiento es consecuencia de la suma de daños adquiridos a través de los años, que origina un descenso progresivo en las capacidades mentales o físicas, e incremento de enfermedades llegando a la muerte y según Mejía et al. (2014) la misma organización divide a los individuos según su rango de edad por: edad avanzada (60 a 74), ancianos (75 a 90) y longevos (90 a más). Llamándose indistintamente a partir de los 60 años persona de la tercera edad.

Actualmente en el Perú, el adulto mayor representa un 10,7% de la población, calificando a la población de 60 y más años como personas adultas mayores, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas. (INEI, 2019b).

Landinez, Contreras y Castro (2012) refieren las siguientes características en el envejecimiento:

- Universal: aplicable a todos ser humano
- Progresivo: va en aumento a la par del crecimiento humano, repercutiendo en el mismo al aglomerarse las alteraciones propias de esta etapa.
- Irreversible: no puede interrumpirse y, una vez experimentando uno de sus cambios, volver a la condición anterior.
- Heterogénea e individual: la velocidad es propia de las características individuales y aquellas dadas por la especie humana.
- Deletéreo: que conlleva la “destrucción” gradual de funciones y tiene el efecto mortífero en nuestras vidas.
- Intrínseco: inherente al ser humano y no de circunstancias externas aunque, el control de estas, en los últimos 20 años, vienen teniendo el efecto retardador de los síntomas del envejecimiento y proporcionar una mejora en la salud del adulto mayor, alargándose así la esperanza de vida.

Asociándolo así también a:

- Cambios físicos: alteraciones en el organismo, mellando desde los órganos hasta los tejidos. Asociado a causas genéticas, actividad hormonal y

metabólica, el estilo de vida y la repercusión del ambiente, ocurriendo así como parte del proceso de envejecimiento.

- Cambios en la función cognitiva: el mismo que es el resultado del funcionamiento en conjunto, de las diversas áreas intelectuales, memoria, orientación, comunicación, etc. Entendiéndose como demencia, aquel trastorno caracterizado por la alteración en varias de las mencionadas áreas, condición que conlleva gran repercusión no solo para el individuo, sino también para el contexto donde esté se desenvuelve.

2.2.2 Teoría del envejecimiento

Esta etapa de desarrollo trae consigo diversas teorías que intentan explicar este proceso tan complejo. Stassen (2009) por su parte estudia la psicología de desarrollo, y nos brinda una descripción extensa de cada etapa del ser humano, al hablar de la vejez nos describe entre otras a la teoría del desgaste.

- Desgaste: Masoro postula que nuestro cuerpo está en un proceso continuo de desgaste a medida que vivimos y que en dicho proceso intervienen el ambiente, los alimentos, las enfermedades, etc. Y es en el envejecimiento donde se acumula a través fracturas pasadas, las marcas de las cicatrices, entre otros, el desgaste. Dicha teoría se basa en el trasplante de órganos, que reemplazan partes del cuerpo ya desgastadas para así agregar años a la vida.

Resulta importante analizar dicha teoría y destacar al ambiente externo como un agente que propicia en desgaste, ya que a partir de las repercusiones que tienen a nivel interno en cada persona se estaría propiciando signos de desgaste desde aquellos que nos generan repercusiones psicológicas y físicas así como, también aquel desgaste físico con una génesis psicológica, pudiendo citar entre otras al estrés, la tensión, preocupaciones, depresión, ansiedad o las diversas adicciones como la drogadicción, el tabaco, etc. Que desencadenan en signos de desgastes en el ser humano y propician enfermedades.

En concordancia con dicho análisis el autor también Stassen refiere que la expectativa de vida promedio depende de factores históricos, culturales y socioeconómicos que repercuten en el ser humano.

2.2.3 El cáncer

El cáncer está caracterizado por el desarrollo y división descontrolada de las células, es nombrado así, de manera general sin embargo, hace alusión a un conjunto de afecciones que pueden presentarse en cualquier parte de nuestro cuerpo. La importancia en su diagnóstico y detección temprana es crucial en cualquier etapa de la vida así como el trabajo en su prevención (OMS, 2019a).

Formas del cáncer

Las formas que adopta el cáncer van conforme al órgano o tejido afectado originalmente (Cortinas, 2011) teniendo así:

- **Carcinoma:** los más comunes, representando un 90% de los cánceres, desarrollándose en el recubrimiento celular de nuestro cuerpo, probablemente debido a la exposición permanente al ambiente agresivo asociados a la enfermedad. Siendo tumores que en su mayoría están presentes en edades avanzadas
- **Leucemias y linfomas:** Se desarrollan en las células responsables de la producción de sangre, ubicados en la médula ósea y tejidos linfáticos. Muestran una aparición menos regular que los carcinomas sin embargo, conllevan un impacto más significativo debido a que se presenta también en niños y adolescentes.
- **Sarcomas:** son los menos comunes, se inician en el tejido conectivo, el mismo que conecta los tejidos y soporta la estructura corporal y, en vasos sanguíneos y linfáticos.

Tratamiento

Los tratamientos para combatir el cáncer han ido perfeccionándose, obteniendo entre sus resultados una mayor efectividad, encontrándose en su auge incrementando así las probabilidades de sobrevivencia (Bartley, 2012).

- **Cirugía:** es un procedimiento médico donde el paciente posee pleno conocimiento del proceso, que es lo que puede esperar o no, cuando será en específico la operación, que complicaciones se podrían presentar, etc. Se extirpa el órgano o la parte del cuerpo donde este se haya desarrollado por lo que, en casos de cáncer localizado puede ser derrotado en su totalidad.

- Radioterapia: suele ser usada como complemento de la cirugía para disminuir la recurrencia, siendo la una opción cuando se descarta inicialmente la cirugía, con sesiones diarias alrededor de un mes, en un proceso que pese a durar solo minutos demanda más tiempo que la cirugía, considerando también las visitas pre y post sesiones. Influyendo directamente en la rutina de los pacientes, tanto a nivel económico como en el estado emocional y físico.

- Quimioterapia: actúa matando o reduciendo el crecimiento anormal de las células cancerígenas a través de fármacos administrados de forma oral o por intravenosa con regularidad de una o dos veces semanales o mensuales según cada caso, implicando así la demanda de mayor tiempo y efectos secundarios que conllevan el azar, ya que para algunos pueden ser mínimos y para otros, motivo de una hospitalización entre una sesión a otra. Sumándole así al paciente, no solo la angustia de esta vivencia sino también de la cercanía de la próxima sesión que se prolonga por meses a nivel físico como psicológico.

- Fármacos: consumo en tabletas alrededor de un año e indefinidamente, como complemento de la cirugía o en casos donde los alcances del cáncer no se atenúan con una cirugía y radioterapia. Poseen menos efectos secundarios que la quimioterapia sin embargo, influyen también de forma negativa en la vida de las personas, manteniéndose la fatiga por excelencia entre esos efectos, problemas de la piel, dificultades en las relaciones sociales, etc. Es este tratamiento que posee mejoras relevantes.

- Tratamiento psicooncológico: Según Vidal y Benito (2012) dicho tratamiento, está compuesta por un conjunto de métodos psicopedagógicos, psicoterapéuticos y psicofarmacológicos. Pudiendo ser las dos primeras a nivel personal o en grupal haciendo uso de diversas técnicas como: relajación, arte terapia, etc. Y en cuando a la psicofarmacología la personalidad influye en la valoración del psicofármaco y toma en cuenta lo que significa para el paciente el fármaco así como, requerir un entrenamiento diagnóstico y psicoterapéutico. Dicho tratamiento, considera en cada uno de sus componentes el trabajo dirigido a los familiares favoreciendo la comprensión de la enfermedad y el apoyo familiar.

Prevención

Vidal y Benito (2012) refiere dos formas de prevención:

- Prevención primaria – reducción de riesgo: conjunto de estrategias enfocadas a la prevención en personas con mayor riesgo a fin de minimizarlas al máximo, como lo son aquellos que poseen componentes hereditarios. Interviniendo por medio de la cirugía profiláctica, que consiste en retirar los órganos que encienden las señales de alarma, obteniendo efectos negativos a nivel psicológico y físico, por lo que deben ser realizadas previa información detallada de lo que el procedimiento conlleva al paciente.
- Prevención secundaria – vigilancia de alto riesgo: debido a que el componente hereditario se traduce en mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, se recomienda chequeos regulares y actitud de atención a fin de una pronta detección y por ende mayor efectividad en su eliminación.

2.2.4 Preocupación por el cáncer

Para Caycho et al. (2018) la preocupación por el cáncer está íntimamente relacionada las acciones de precaución y detección.

En tanto, Lerman et al. (citados por Pérez, 2015) llegaron a una definición de preocupación por el cáncer al que llamaba angustia psicológica.

La preocupación por el cáncer, también es concebida como una respuesta a nivel emocional ante la posibilidad del cáncer (Bowen et al., 2003; Hay et al., 2005; McCaul, Branstetter, Schroeder y Glasgow, 1996; citados por Pérez, 2015).

Pero para Hay, Buckley y Ostroff (2005) es un conjunto de pensamientos indeseados e incontrolables acerca de la amenaza de desarrollar la enfermedad.

Teoría relacionada a la preocupación por el cáncer

McCaul y Goetz (s.f.) analizan las teorías del comportamiento en salud y refieren que la preocupación no ha sido investigada como rasgo o sentimiento por las teorías utilizadas en salud y comportamiento y, entre los modelos que la han considerado como sentimientos expone el siguiente:

- Modelo de procesamiento cognitivo de información de salud social (C-SHIP) de Suzanne Miller: toma en consideración variedad de sentimientos, donde la

preocupación es una de tantas que propician comportamientos de salud y que su relación está sujeta de la intensidad de la emoción presente, teniendo que tanto niveles muy bajos o muy altos de dicha preocupación dificultan el comportamiento y que mucha preocupación tiene el potencial de impedir o multiplicar la respuesta de autocuidado.

Estructuración de la preocupación por el cáncer

Según Lerman y colaboradores

Lerman, Trock, Rimer, Jepson, et al. (citados en Pérez, 2015) desarrollaron una medida de autoinforme, cuando en su estudio sobre notificación de riesgo de cáncer: psicosocial e implicaciones éticas, Lerman y colaboradores intentaron evaluar la respuesta emocional y el comportamiento, frente a resultados anormales de mamografía en un chequeo médico de rutina.

Insertando así el CWS de manera informal, donde los trabajos de Reelick, De Haes, y Schuurman (citados en Pérez, 2015) con pacientes que mostraban tensión y depresión considerables tras ser notificados de hallazgos anormales en su examen de papanicolaou les generaron denotado interés, proponiéndose así evaluar lo psicológico de tales situaciones.

Dichos autores focalizaron su atención, en el papel que la angustia jugó en las prácticas de detección posteriores, dominándola como preocupación hacia el cáncer, refiriendo que, las implicancias psicológicas que las notificaciones de riesgo poseen, merecen gran atención por las consecuencias directas que tendrían sobre la detección precoz y posibles respuestas a tratamientos (Lerman, Trock, Rimer, Jepson, et al. citado en Pérez, 2015).

Estructurando la evaluación preocupación por el cáncer a través de ítems que explican la continuidad de las alteraciones psicológicas en tres tipos:

- Actuales niveles de preocupación por el cáncer
- El impacto de la preocupación sobre el estado de ánimo y el funcionamiento, y
- La ansiedad acerca del futuro

Tal estructuración, fue expandiéndose a través de la literatura y en las siguientes adaptaciones de dicha escala sin embargo, según Pérez (2015) no se

alteró la estructuración inicial en ninguna de sus versiones posteriores pese a haberse alterado la prueba.

2.2.5 Teoría de los dominios y la calidad de vida

La teoría de los dominios propuesta por Olson y Barnes en 1982, sienta las bases para futuras y diversas investigaciones que profundizan la calidad de vida. En nuestro contexto ha sido trabajada en distintas poblaciones de manera excepcional por Grimaldo, quien además contribuyó con la adaptación de dicha escala en el Perú.

Olson y Barnes (citado en Grimaldo, 2011) exponen que la similitud en evaluaciones hechas para medir tal constructo, es el estudio de la satisfacción en los principales campos de acción que vivenciamos. Por lo que refiere que cada dominio propuesto analiza cada uno de los campos donde acontecen estas experiencias vitales, como lo son: el hogar, la vida en familia, interacción con amistades, etcétera. Es así que dichos autores, en el planteamiento de su teoría de los dominios refieren que es preciso la adaptación entre el sujeto y su entorno para llegar a una comprensión y experiencia individual de lo que es la calidad de vida (Grimaldo, 2010).

Así mismo García (citado en Grimaldo, 2012) refiere que Olson y Barnes lo definen como la percepción de lo que obtenemos en la interacción con el ambiente para llegar a satisfacer una necesidad que experimentamos. No hay una calidad de vida total, está en constante desarrollo y es calificada en extremos, que van desde óptima hasta deficiente.

Sabino (2001) reflexiona extensamente al respecto y afirma que, es una variable que en su medición presenta dificultades ya que, por ejemplo, podemos suponer con ciertas reservas que alguien goza de una mejor calidad de vida que otro porque tiene mayores y mejores oportunidades sin embargo, fácil es afirmar que esta vida de calidad se verá afectada por la ausencia de oportunidades.

Por otro lado, Bonilla y Sosa (2005) manifiesta que la calidad de vida, ha sido analizada constantemente desde diversas perspectivas, sin lograr una definición convergente, lo que nos permite inferir que no hay palabras que puedan expresar por completo lo que es la calidad de vida, ligándola en su intento por definirla, a variables tanto emocionales como materiales, que si bien, forman parte de la construcción de

una vida de calidad, no lo define. Así mismo, refiere que, para lograr experimentarla, las personas tendemos a realizar cambios con el fin de poder vivenciarla.

Oblitas (2006) considera a la calidad de vida como la piedra angular de la satisfacción con el estar bien, siendo así el resultado de la propia atribución subjetiva así como del conjunto ilimitado de factores con las que interactúa. Así mismo, Grimaldo (2010) de acuerdo con el fenómeno calidad de vida, refiere que es el fruto de la dinámica creada entre experiencias objetivas y generales y, subjetivas e individuales, de donde resulta una alta o baja satisfacción y felicidad. De ahí, lo dificultoso en precisar su concepto.

Campbell et al. (citados en Fuentes, 2013) refiere que a pesar de que la calidad de vida es parte del lenguaje popular y de mencionarla con frecuencia, no sabemos cómo conseguirla y vivenciarla.

2.2.6 Calidad de vida en el adulto mayor

Al respecto, Aguilar, Alvares y Lorenzo (2011) analizaron los elementos que determinan la calidad de vida en las personas de la tercera edad, concluyendo que:

En esta percepción intervienen fenómenos tanto internos como externos Browne et al., 1994; Fernández-Ballesteros, 1998 (citados en Aguilar, Alvares y Lorenzo, 2011) y que la citada variable, en esta población es definida por una serie de condiciones.

Refieren así mismo, que la salud es el factor principal que interviene y mella en la experiencia de vivir con calidad de este grupo poblacional, dando camino al progresivo deterioro del organismo propio de esta etapa de desarrollo, destacándose por encima de cualquier otra dimensión o área de la vida del sujeto en la vejez. Dichos factores son:

- Independencia y felicidad con la vida
- Apoyo de sus pares y de su contexto más próximo
- Capacidad de concluir las actividades del día a día
- Preservar una vida social activa
- El nivel de actividad y del ocio

- Las condiciones económicas y de la infraestructura del hogar o del entorno más cercano.
- El nivel de estudios, entre otros, conjugaran para que el adulto mayor, pueda conseguir una vida de calidad.

Afirmando, coincidir así con Wilhelmson, Andersson, Waern y Allebeck (citados en Aguilar, Alvares y Lorenzo, 2011) quienes refieren que en la vida de calidad de las personas mayores, la interacción social, la autonomía y las actividades que realizan juegan un papel determinante al igual que el estado de salud, haciendo hincapié en su trabajo, en aquellos factores que favorecen su obtención.

2.3 Definición conceptual de la terminología empleada.

2.3.1 Preocupación por el cáncer

Lerman et al. (citados por Pérez, 2015) llegaron a una definición de preocupación por el cáncer al que llamaba angustia psicológica.

2.3.2. Calidad de vida

Grimaldo (2010) es el fruto de la dinámica creada entre experiencias objetivas y generales y, subjetivas e individuales, de donde resulta una alta o baja satisfacción y felicidad.

2.3.3. Adulto mayor

Todo aquel individuo que forma parte de la población con edades mayores a los 60 años (Minsa, 2015).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio expuesto, siguió el tipo de investigación correlacional, ya que según Salkind (citado en Bernal, 2010) busca demostrar cuál es la asociación que tienen las variables consideradas en la presente investigación. El diseño trabajado fue el no experimental, el cual se desarrolla en el marco de una intervención pasiva por parte del investigador, limitándose solo a su observación y descripción, sin alterar la realidad bajo ningún motivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Siguiendo dichos autores, se elaboró bajo el enfoque cuantitativo, debido a que se recabará los datos pertinentes para comprobar los supuestos planteados a través de una medición con pasos organizados y estadísticos que permita cuantificar y pautar los resultados obtenidos.

3.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por todos los adultos mayores, tanto varones como mujeres, que se encuentran registrados y activos en los programas del adulto mayor, de tres instituciones públicas de los distritos de Villa El Salvador, Villa María del Triunfo y Santiago de Surco de Lima Sur, durante el año 2019.

Se trabajó con el total de la población es decir, se utilizó un el censo ya que permite considerar todos los individuos pertenecientes a la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Así mismo, para llegar al tamaño de la muestra, se aplicó los criterios de inclusión (participación de forma voluntaria, no tener diagnóstico oncológico previo y contar con antecedentes familiares de cáncer) y exclusión (no presentar ningún impedimento físico o mental para participar en el estudio). Tras dicho procedimiento la muestra quedó conformada por 300 adultos mayores entre los 60 a 92 años de edad.

Según el análisis de las características sociodemográficas que posee la muestra se puede afirmar que la edad promedio de los adultos mayores presentes en el estudio es de 72.76 años de edad. En cuanto al sexo, el 83.7% (251) son del sexo femenino mientras que el 16.3% (49) son del sexo masculino y con respecto al estado civil, el 41.3% (124) adultos mayores son casados, el 36.7% (110) solteros, el 11.3% (34) viudos en tanto que el 10.7% (32) son convivientes.

En cuanto, a las características contextuales de la población según las instituciones a las que pertenecen, se detalla:

- Villa El Salvador: Espacios adecuados y facilidades para las actividades que desempeñan los adultos mayores evaluados.
- Villa María del Triunfo: Infraestructuras inadecuadas para las actividades y escasos recursos materiales así como, autofinanciamiento que aunque limitado, resalta por sobre lo otorgado por la institución en dos de los grupos objeto de estudio.
- Santiago de Surco: Espacios adecuados y facilidades para las actividades llevadas al cabo por los adultos mayores.

3.3. Hipótesis

Hipótesis general

Existe una relación inversa y significativa entre la preocupación por el cáncer y la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Hipótesis específicas

Existen bajos niveles de preocupación por el cáncer en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Existen altos niveles de calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Existen altos niveles de calidad de vida en la dimensión familia y bajos niveles en la dimensión salud en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Existe una relación significativa entre la preocupación por el cáncer y las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Existen diferencias significativas en la preocupación por el cáncer en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur según sexo, edad y estado civil.

Existen diferencias significativas en la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur según sexo, edad y estado civil.

3.4. Variables

Variables de estudio

- Preocupación por el cáncer: Lerman et al. (citados por Pérez, 2015) llegaron a una definición de preocupación por el cáncer al que llamaba angustia psicológica.
- Calidad de vida: Grimaldo (2010) es el fruto de la dinámica creada entre experiencias objetivas y generales y, subjetivas e individuales, de donde resulta una alta o baja satisfacción y felicidad.

Definición operacional

- Preocupación por el cáncer: medida por medio de las valoraciones alcanzadas en la escala de preocupación por el cáncer.
- Calidad de vida: medida adquirida de los puntajes obtenidos en la escala de calidad de vida.

Variables de sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Estado civil

Tabla 1

Operacionalización de las variables de estudio

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Preocupación por el cáncer	Lerman et al. (citados por Pérez, 2015) llegaron a una definición de preocupación por el cáncer al que llamaba angustia psicológica.	Medida por medio de las valoraciones alcanzadas en la escala de preocupación por el cáncer.	Unidimensional 6 ítems	Puntuaciones alta y baja	Ordinal
Calidad de vida	Grimaldo (2010) es el fruto de la dinámica creada entre experiencias objetivas y generales y, subjetivas e individuales, de donde resulta una alta o baja satisfacción y felicidad.	Medida adquirida de los puntajes obtenidos en la escala de calidad de vida.	7 factores Hogar y bienestar económico Amigos, vecindario y comunidad Vida familiar y familia extensa Educación y ocio Medios de comunicación Religión Salud	Calidad de vida optima, Tendencia a calidad de vida buena, Tendencia a baja calidad de vida y Mala calidad de vida	Ordinal

3.5. Métodos y técnicas de investigación

Escala de preocupación por el cáncer (EPC)

Ficha técnica

- Nombre original del instrumento: cancer worry scale (CWS)
- Autores: Lerman, C., Trock, B., Rimer, BK, Jepson, et al (1991).
- Versión en español: Cabrera, Zabalegui y Blanco (2010)
- Adaptación peruana: Caycho et al. (2018)
- Duración: 05 minutos
- Tipo de administración: individual o Colectiva
- Nivel de aplicación: 18 a más
- N° de ítems: consta de 6 ítems
- Finalidad: medir las preocupaciones por desarrollar cáncer y el impacto de éstas en el día a día de las personas en riesgo de cáncer debido al historial familiar.
- Validez y confiabilidad:

Validez de la adaptación española:

Cabrera, Zabalegui y Blanco (2010) trabajaron la adaptación cultural y la validación de la escala de preocupación por el cáncer descrita por Lerman, realizaron para ello la traducción de la escala de preocupación por cáncer al español (EPC). Tras la validez de contenido la EPC mostró ser semejante a nivel conceptual con la original así mismo, hallaron mediante el análisis factorial, con la prueba de rotación varimax, un único factor (53.07% de la varianza) que corrobora la dimensión única, concluyendo así con una apropiada validez para la EPC.

Validez de la versión peruana:

Caycho et al. (2018) trabajaron por proporcionar evidencias psicométricas de la EPC en muestra peruana a partir de la versión en español de Cabrera et al. Donde los seis ítems presentan una escala Likert de 4 puntos, desde “nunca o en raras ocasiones” hasta “casi todo el tiempo” y donde puntuaciones elevadas expresan preocupaciones más frecuentes sobre el cáncer. Al respecto dichos autores refieren que éste, es un estudio pionero con respecto a la validación del CWS en Perú y más aún, en Latinoamérica.

Tras los hallazgos encontrados tenemos que, a través del análisis de su estructura interna se reafirma la organización unidimensional de los ítems, reportando validez únicamente de constructo. Lo cual muestra que el EPC permite una medida válida en el contexto peruano.

Validez del piloto:

Se procedió a comprobar la validez de constructo de la EPC con el análisis de la estructura interna mediante el análisis factorial y la validez de contenido a través de la V de Aiken y la prueba binomial.

Tabla 2

Análisis factorial de la escala de preocupación por el cáncer

Prueba de KMO y Bartlett	
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.797
Prueba de esfericidad de Bartlett	
Sig.	.000

Obteniendo así que, con respecto a la validez de constructo, en la tabla 2 podemos observar que la escala de preocupación por el cáncer obtuvo el KMO de ,797 y en la prueba de esfericidad de Barlett una significancia de ,000 lo cual nos refiere que no es adecuado realizar el análisis factorial por el nivel del KMO < 0.80 quedando así con un solo factor, como el autor original lo indica.

Tabla 3

Porcentaje de varianza explicada de la escala de preocupación por el cáncer

C	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de varianza	% Ac.	Total	% de varianza	% Ac.
1	3.303	55.058	55.058	3.303	55.058	55.058
2	0.823	13.710	68.768			
3	0.660	11.004	79.772			
4	0.537	8.948	88.720			
5	0.454	7.571	96.291			
6	0.223	3.709	100.000			

Nota: C = componente, Ac = acumulado.

La tabla 3 muestra la estructuración de la escala de preocupación por el cáncer, en la cual se observa un único factor con el 55.05% de la varianza acumulada total. Comprobándose así, la distribución unidimensional de la escala original y con ello la validez de constructo del instrumento.

Tabla 4

Validez de contenido de la escala de preocupación por el cáncer por medio del coeficiente V de Aiken

Ítem	Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5		Aciertos	V. de Aiken	Aceptable
	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C			
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí

Nota: No está de acuerdo = 0, sí está de acuerdo = 1; P = Pertinencia, C = Claridad.

Referente a la validez de contenido, fue verificado bajo el criterio de jueces, es así que en la tabla 4, podemos apreciar que, de los cinco jueces expertos, con experiencia en el área clínica que fueron consultados, la totalidad coincide al estar de acuerdo con respecto a los ítems formulados en la EPC, alcanzando un coeficiente de V de Aiken del 100 %, lo que indica que esta escala posee evidencias de validez de contenido.

Tabla 5

Validez de contenido de la escala de preocupación por el cáncer por medio de la prueba binomial

		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)	
Juez 1	Claridad	Grupo 1	1	6	1.00	0.50	0.031
		Total		6	1.00		
Juez 1	Pertinencia	Grupo 1	1	6	1.00	0.50	0.031
		Total		6	1.00		
Juez 2	Claridad	Grupo 1	1	6	1.00	0.50	0.031
		Total		6	1.00		
Juez 2	Pertinencia	Grupo 1	1	6	1.00	0.50	0.031
		Total		6	1.00		
Juez 3	Claridad	Grupo 1	1	6	1.00	0.50	0.031
		Total		6	1.00		
Juez 3	Pertinencia	Grupo 1	1	6	1.00	0.50	0.031
		Total		6	1.00		
Juez 4	Claridad	Grupo 1	1	6	1.00	0.50	0.031
		Total		6	1.00		
Juez 4	Pertinencia	Grupo 1	1	6	1.00	0.50	0.031
		Total		6	1.00		
Juez 5	Claridad	Grupo 1	1	6	1.00	0.50	0.031
		Total		6	1.00		
Juez 5	Pertinencia	Grupo 1	1	6	1.00	0.50	0.031
		Total		6	1.00		

La validez de contenido de la EPC fue constatada también mediante el análisis de la prueba binomial, mostrándonos así en la tabla 5, todos los valores indicaron que $p < .05$, confirmando así, que todos los ítems son aceptables tanto en términos de su claridad como de su pertinencia.

Confiabilidad de la versión española:

La escala de preocupación por el cáncer presentó confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,82 y una confiabilidad test – retest con un coeficiente de correlación

0,777 intraclase. Concluyendo que la EPC muestra la fiabilidad correcta. Cabrera, Zabalegui y Blanco (2010)

Confiabilidad de la versión peruana:

Caycho et al. (2018) refieren que la EPC, reporto una confiabilidad de 0.90, resultando ser confiable al ser aplicada a muestra peruana.

Confiabilidad del piloto:

La confiabilidad del instrumento, se estableció por medio del procedimiento de consistencia interna, con el coeficiente Alfa de Cronbach.

Tabla 6

Estadística de fiabilidad de la escala de preocupación por el cáncer

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.836	6

Exponiéndonos así, en la tabla 6, un alfa de cronbach de 0.836, lo que nos refiere que en dicho instrumento, los ítems muestran uniformidad en cuanto al nivel de fiabilidad, obteniendo una clasificación de bueno según el criterio general sugerido por George y Mallery (citado por Gutiérrez, Gil, Prieto y Díaz, 2017) al evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach. Así mismo, se analizó la confiabilidad por consistencia interna: método de división por dos mitades.

Tabla 7

Método de división por mitades de la escala de preocupación por el cáncer

Estadísticas de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.761
		N de elementos	3 ^a
	Parte 2	Valor	.821
		N de elementos	3 ^b
	N total de elementos		6
Correlación entre formularios			.788
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		.881
	Longitud desigual		.881
Coeficiente de dos mitades de Guttman			.868

Lo que nos muestra la tabla 7 es que los valores para longitudes iguales y longitudes desiguales coincidieron con un valor de 0.881, lo que implica que entre la parte uno y la parte dos del instrumento existe una buena correlación y que son bastante similares entre sí para medir el constructo que se desea evaluar respectivamente.

Escala de calidad de vida de Olson y Barnes adaptado por Grimaldo Muchotrigo, Mirian Pilar (ECV)

Ficha técnica

- Nombre Original: Escala de calidad de vida de Olson & Barnes
- Autores originales: David Olson y Howard Barnes
- Adaptación peruana: Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo (2003)
- Duración: aproximadamente 20 minutos
- Tipo de administración: individual o Colectiva
- Edad de aplicación: a partir de 13 años
- Finalidad: Reconocer los niveles de calidad de vida.

Una vida de calidad es el entendimiento personal producto de la evaluación de nuestro mundo externo hacia el interno, en relación a los factores tales como:

1. Hogar y bienestar económico (ítems 1, 2, 3, 4, 5)
 2. Amigos, vecindario y comunidad (ítems 6, 7, 8, 9, 10)
 3. Vida familiar y familia extensa (ítems 11, 12, 13, 14)
 4. Educación y ocio (ítems 15, 16, 17)
 5. Medios de comunicación (ítems 18, 19, 20, 21)
 6. Religión (ítems 22, 13)
 7. Salud (ítems 24, 25)
- Validez y confiabilidad:

Validez de la versión original:

Fue creada inicialmente por David Olson & Howard Barnes en 1982 y elegida por ser el instrumento con mayor uso en nuestro entorno (Anicama, Mayorga & Henostroza, 2000, Cornejo & Pérez, 2009; Díaz, Palacios, Morinaga & Mayorga, 2000; García, 2008; Grimaldo, 2003; Grimaldo, 2009 citados en Grimaldo 2012).

Inicialmente se crearon dos versiones, destinadas para adolescentes (7 factores y 25 ítems) y adultos (12 factores y 42 ítems), las mismas que se distinguen por la exoneración de áreas de matrimonio y empleo en la versión de adolescentes. Sus respuestas siguen una escala de Likert que van desde insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho, bastante satisfecho y completamente satisfecho.

La validez de la versión original se determinó por validez de constructo, por medio del análisis factorial, extrayendo los ejes principales, por el método de rotación Promax. También se utilizó las medidas de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuabilidad de la muestra y la Prueba de Esfericidad de Barlett, con resultados de 0,87, mostrando ser adecuados para el análisis factorial.

Proceso tras el cual, se corroboró su distribución teórica, distinguiendo siete factores extraídos, ya citados en la ficha técnica.

Validez de la adaptación peruana:

El mencionado instrumento, fue adaptado a nuestro contexto el año 2003, por Miriam Pilar Grimaldo Muchotrigo, teniendo como fin medir la apreciación de satisfacción en los principales ámbitos de acción del individuo (Díaz et al., citado por Grimaldo 2012).

Se confirmó la validez de constructo, por medio del análisis factorial, hallando 7 factores, corroborando la distribución teórica original. Se realizó ajustes en los ítems, generando una reestructuración según los resultados (Grimaldo, 2012) conformando así el presente instrumento con 25 ítems. Así mismo, se analizó la mencionada validez por medio de los ítems, encontrando variabilidad en las respuestas de los sujetos y, con respecto al índice de homogeneidad, se halló puntuaciones más que aceptables en cada uno de los ítems.

Se trabajó también con la validez divergente, aplicando el coeficiente r de Pearson para la correlación entre las escalas escogidas probando así, dicha validez a través de correlaciones bajas.

Validez de la prueba piloto:

Para Hernández, Fernández y Baptista (2014) validez, es cuando una prueba mide lo que como objetivo se propone medir. Por consiguiente, se procedió a comprobar la validez del instrumento, basado en la validez de constructo, con el análisis de la estructura interna mediante el análisis factorial y la validez de contenido a través de la V de Aiken y la prueba binomial.

Tabla 8

Análisis factorial de la escala de calidad de vida

Prueba de KMO y Bartlett	
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.914
Prueba de esfericidad de Bartlett	
Sig.	.000

En la tabla 8 se observa que la escala de calidad de vida obtiene un KMO de ,914 lo que nos señala que es aceptable para el análisis factorial ($KMO \geq 0.80$) así mismo, en la prueba de esfericidad de Barlett encontramos una significancia de ,000 lo cual nos refiere que es adecuado realizar el análisis factorial.

Tabla 9

Porcentaje de varianza explicada de la escala de calidad de vida

C	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de		Total	% de		Total	% de	
		varianza	% Ac.		varianza	% Ac.		varianza	% Ac.
1	9.607	38.427	38.427	9.607	38.427	38.427	5.302	21.206	21.206
2	2.024	8.098	46.524	2.024	8.098	46.524	2.567	10.270	31.476
3	1.447	5.787	52.311	1.447	5.787	52.311	2.435	9.742	41.218
4	1.315	5.260	57.571	1.315	5.260	57.571	2.351	9.405	50.623
5	1.191	4.762	62.333	1.191	4.762	62.333	1.845	7.381	58.004
6	1.059	4.238	66.571	1.059	4.238	66.571	1.640	6.559	64.563
7	0.842	3.366	69.938	0.842	3.366	69.938	1.344	5.374	69.938
8	0.759	3.036	72.974						
9	0.667	2.669	75.642						
10	0.621	2.485	78.127						
11	0.586	2.346	80.473						
12	0.567	2.268	82.741						
13	0.487	1.948	84.689						
14	0.451	1.804	86.493						
15	0.445	1.782	88.275						
16	0.413	1.653	89.927						
17	0.386	1.543	91.470						
18	0.366	1.464	92.934						
19	0.335	1.338	94.272						
20	0.282	1.127	95.400						
21	0.275	1.100	96.500						
22	0.238	0.952	97.452						
23	0.226	0.905	98.357						
24	0.214	0.854	99.211						
25	0.197	0.789	100.000						

Nota: C = componente, Ac = acumulado.

La tabla 9 muestra la estructuración de la escala de calidad de vida, en la cual se observa 7 factores con el 69.93% de la varianza acumulada total. Comprobándose así, la distribución multifactorial de la escala original y con ello la validez de constructo del instrumento.

Tabla 10

Validez de contenido de la escala de calidad de vida por medio del coeficiente V de Aiken

Ítem	Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5		Aciertos	V. de Aiken	Aceptable
	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
15	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	6	60%	Sí
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Sí

Nota: No está de acuerdo = 0, sí está de acuerdo = 1; P = Pertinencia, C = Claridad.

Bajo el mismo procedimiento, se confirma con el respaldo de los mencionados expertos, la validez de contenido de la dicha escala. La tabla 10, la misma que a juzgar por los expertos y de alcanzar la mayoría de acuerdos, nos muestra un coeficiente de V de Aiken del 100 %.

Tabla 11

Validez de contenido de la escala de calidad de vida por medio de la prueba binomial

		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)	
Juez 1	Claridad	Grupo 1	1	24	0.96	0.50	0.000
		Grupo 2	0	1	0.04		
		Total		25	1.00		
	Pertinencia	Grupo 1	1	24	0.96	0.50	0.000
		Grupo 2	0	1	0.04		
		Total		25	1.00		
Juez 2	Claridad	Grupo 1	1	25	1.00	0.50	0.000
		Total		25	1.00		
		Grupo 1	1	25	1.00	0.50	0.000
	Pertinencia	Total		25	1.00		
		Grupo 1	1	25	1.00	0.50	0.000
		Total		25	1.00		
Juez 3	Claridad	Grupo 1	1	25	1.00	0.50	0.000
		Total		25	1.00		
		Grupo 1	1	24	0.96	0.50	0.000
	Pertinencia	Grupo 2	0	1	0.04		
		Total		25	1.00		
		Grupo 1	1	25	1.00	0.50	0.000
Juez 4	Claridad	Total		25	1.00		
		Grupo 1	1	25	1.00	0.50	0.000
		Total		25	1.00		
	Pertinencia	Grupo 1	1	25	1.00	0.50	0.000
		Total		25	1.00		
		Grupo 1	1	24	0.96	0.50	0.000
Juez 5	Claridad	Grupo 2	0	1	0.04		
		Total		25	1.00		
		Grupo 1	1	25	1.00	0.50	0.000
	Pertinencia	Total		25	1.00		
		Grupo 1	1	25	1.00	0.50	0.000
		Total		25	1.00		

De igual forma, la tabla 11 reúne pruebas de validez de contenido mediante la prueba binomial, donde la citada escala presenta valores de $p < .05$, reconociendo así, la claridad y pertinencia en todos los casos.

Confiabilidad

Confiabilidad de la versión original:

Los autores originales establecieron la fiabilidad del instrumento por intermedio del test – retest, usando el coeficiente r de Pearson logrando adecuadas valoraciones para cada uno de sus factores. Del mismo modo, constato la consistencia interna extrayendo un alfa de Cronbach de 0.86 en la totalidad de su muestra (Díaz, et al. 2001 citados en Grimaldo, 2012)

Confiabilidad de la adaptación peruana:

Tras su análisis, se obtuvo la confiabilidad a través de la consistencia interna, con un coeficiente de alfa de Cronbach 0.86, para el total de la muestra, sugiriendo ser óptima, en la valoración de la calidad de vida (Grimaldo, 2012).

Confiabilidad del piloto:

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) la confiabilidad es que tan capaz es un instrumento de proporcionar resultados estables y congruentes entre sí.

Tabla 12

Estadística de fiabilidad de la escala de calidad de vida

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.930	25

Por lo que, se corrobora su confiabilidad para el trabajo con la muestra del presente estudio, hallando que frente a la escala de calidad de vida la tabla 12, nos presenta una fiabilidad del 0.930, siendo considerada excelente según, el criterio general sugerido por George y Mallery (citado por Gutiérrez, Gil, Prieto y Díaz, 2017) al evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach.

Tabla 13

Método de división por mitades de la escala de calidad de vida

Estadísticas de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.881
		N de elementos	13 ^a
	Parte 2	Valor	.890
		N de elementos	12 ^b
		N total de elementos	25
Correlación entre formularios			.635
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		.777
	Longitud desigual		.777
Coeficiente de dos mitades de Guttman			.776

Así mismo, se analizó la confiabilidad por consistencia interna: Método de división por dos mitades, permitiéndome exponer en la tabla 13 que los valores para longitudes iguales y desiguales coincidieron con un valor de 0.777, lo que nos refiere que entre la parte uno y la parte dos del mencionado instrumento existe una buena correlación y que son bastantes similares entre sí para medir el constructo que se desea evaluar.

Ficha de datos sociodemográfica:

Dichos instrumentos expuestos líneas arriba, fueron aplicados junto a una, ficha de datos sociodemográficos. Elaborada para fines de la investigación, la misma que nos permitió recoger los siguientes datos de los participantes: nombres, edad, sexo, estado civil y si existe en los antecedentes diagnóstico oncológico personal y familiar.

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se solicitó el permiso a las autoridades competentes informándoles de los alcances de la investigación. Obtenida la autorización se aplicó las escalas de manera individual a la totalidad de participantes, con previa información sobre el objetivo del estudio y se solicitó la firma del protocolo de consentimiento informado. Para el

presente estudio las técnicas utilizadas en la recolección de datos se basaron en el uso de ficha de datos sociodemográficos así como de la escala de calidad de vida de Olson y Barnes adaptado por Grimaldo y la de EPC, la cual posee una medida válida y confiable para el contexto peruano. Se finalizó la fase de aplicación con los agradecimientos respectivos a cada personaje involucrado en el mismo.

Posteriormente, se procedió a la codificación de cada una de las variables a describir para preparar la base de datos. Comenzando con el uso la hoja de cálculo de Microsoft Excel para el vaciado inicial y siguiendo con el programa estadístico SSPS 25.0, donde se transfiere los datos ya codificados para su análisis estadístico y la obtención de resultados.

Los estadísticos descriptivos utilizados en cada una de las variables objeto de estudio fueron: mediana, desviación estándar, mínimo y máximo a fin de lograr obtener el valor promedio en cada escala, el puntaje máximo y mínimo obtenido.

Para determinar el objetivo y probar la hipótesis principal de correlación entre preocupación por el cáncer y calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur, en el análisis estadístico se procedió a usar la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov (K-S) ya que el estudio trabajó con un número mayor a 50 sujetos, aplicándose a ambas variables del estudio para determinar si la prueba es paramétrica o no paramétrica, tras concluir con una distribución no normal de los encuestados, se dio uso a uno de los estadísticos no paramétricos más utilizados según Hollander, Wolfe y Chicken (2013); Howell (2011); Pett (2007), Sroka (2006); Chen y Popovich (2002); y Gibbons (1992) (citados en Hernández, Fernández y Baptista, 2014) el Coeficiente de correlación de Spearman (Rho de Spearman) para determinar el nivel y la dirección de la correlación además de ser considerado en variables ordinales. Así mismo, al comparar cada una de las variables según sexo y rango de edad se utilizó el estadístico U de Man Whitney por ser el idóneo en la comparación de dos grupos y el estadístico H de Kruskal Wallis usado en la comparación de tres a más grupos como lo fue el comparar cada variable según el estado civil que mantenía el adulto mayor.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

4.1. Estadísticos descriptivos de las variables

Tabla 14

Estadísticos descriptivos de PC y CV

Variable	Med.	D.S	Min.	Max.
Preocupación por el cáncer	11,80	3,876	6	22
Calidad de vida	82,94	17,346	42	120

Nota: PC = preocupación por el cáncer, CV = calidad de vida, Med = mediana, D.S = Desviación estandar, Min.= mínimo y Max.= máximo

En la tabla 14, se puede observar que el valor promedio en la variable preocupación por el cáncer es de 11,80; el puntaje máximo es de 22 y el mínimo de 6 y en la variable calidad de vida el valor promedio es de 82,94; el puntaje máximo de 120 y el mínimo de 42.

Tabla 15

Nivel de preocupación por el cáncer

Niveles	Fr	%
Preocupación alta	64	21.3
Preocupación baja	236	78.7
Total	300	100.0

En la tabla 15, se observa una predominancia en el nivel de preocupación baja (78.7%) en los adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Tabla 16

Nivel de calidad de vida

Niveles	Fr	%
Calidad de vida óptima	45	15.0
Tendencia a calidad de vida buena	67	22.3
Tendencia a baja calidad de vida	83	27.7
Mala calidad de vida	105	35.0
Total	300	100.0

En la tabla 16, se puede notar con más frecuencia el nivel de mala calidad de vida (35.0%) y tendencia a baja calidad de vida (27.7%) en tanto que, menos recurrente el nivel de calidad de vida óptima (15.0%) en los adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Tabla 17

Niveles de calidad de vida según dimensiones

Factores	F1		F2		F3		F4		F5		F6		F7	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Calidad de vida óptima	136	45.3	136	45.3	221	73.7	69	23	113	37.7	36	12	54	18
Tendencia a buena calidad de vida	48	16	51	17	30	10	89	29.7	107	35.7	157	52.3	78	26
Tendencia a baja calidad de vida	63	21	92	30.7	33	11	82	27.3	60	20	73	24.3	86	28.7
Mala calidad de vida	53	17.7	21	7	16	5.3	60	20	20	6.7	34	11.3	82	27.3
Total	300	100												

Nota: F1 = factor hogar, F2 = factor amigos, F3 = factor familia, F4 = factor educación y ocio, F5 = factor comunicación F6= factor religión, F7 =factor salud.

En la tabla 17, se puede apreciar el nivel de calidad de vida según dimensiones, el mayor porcentaje de calidad de vida óptima (73.7%) se ubica en el factor familia y la mayor frecuencia de mala calidad de vida en el factor salud (27.3%) en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

Prueba de normalidad de las variables de estudio

Se realizó una prueba de bondad de ajuste, para definir si las puntuaciones de cada una de las variables concuerdan con la distribución normal mediante el coeficiente de la prueba de Kolmogorov Smirnov (K-S).

Tabla 18

Análisis de normalidad por el coeficiente de K-S de las variables preocupación por el cáncer y calidad de vida

Variables	k-s	p
Preocupación por el cáncer	.145	.000
Calidad de vida	.061	.008

Nota: p = significancia.

La tabla 18, nos presenta los valores de $p < 0,000$ en la variable preocupación por el cáncer y de $p < 0,008$ en la variable calidad de vida, evidenciando que no se ajustan a la normalidad por lo que se explica el uso de estadísticos no paramétricos para el contraste de hipótesis en el presente estudio.

4.2 Análisis de correlación

Tabla 19

Correlación entre la PC y las dimensiones de CV

	Factores CV	Coeficiente	PC
Rho de Spearman	Hogar	rs	0.041
		p	0.474
	Amigos	rs	0.099
		p	0.087
	Familia	rs	-0.028
		p	0.626
	Educación y ocio	rs	0.069
		p	0.233
	Comunicación	rs	0.079
		p	0.171
	Religión	rs	0.059
		p	0.308
	Salud	rs	0.028
		p	0.623

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

Nota: CV = escala de calidad de vida, PC = escala de preocupación por el cáncer, rs = Rho de Spearman.

La tabla 19, muestra que entre las dimensiones de calidad de vida y la preocupación por el cáncer, según los rangos de Rho de Spearman no existen correlación.

4.3 Análisis de comparación

Tabla 20

Comparación de la variable preocupación por el cáncer según sexo

		N	RP	SR	U	Z	P
Sexo	F	251	154.61	38808	5117	-1.867	0.062
	M	49	129.43	6342			

Nota: n= muestra, RP= rango promedio, SR =suma de rangos, U = u de Mann Whitney, Z= puntuación Z, p = probabilidad de significancia.

En la tabla 20, se presenta el estadístico de U de Mann Whitney, donde se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas referente a la variable preocupación por el cáncer en función al sexo del adulto mayor ($p>.05$).

Tabla 21

Comparación de la variable preocupación por el cáncer según edad

		n	RP	SR	U	Z	P
Edad	60 – 75	196	150,60	29517,50	10,172,500	-.027	.978
	76 – 92	104	150,31	15632,50			

Nota: n= muestra, RP= rango promedio, SR =suma de rangos, U = u de Mann Whitney, Z= puntuación Z, p = probabilidad de significancia.

En la tabla 21, se presenta el estadístico de U de Mann Whitney, donde se nota que no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable preocupación por el cáncer según la edad del adulto mayor ($p>.05$).

Tabla 22

Comparación de la variable preocupación por el cáncer según estado civil

Estado civil	N	RP	H- K	GI	P
Casado	124	149.36	1.671	3	0.643
Soltero	110	149.38			
Viudo	34	167.09			
Conviviente	32	141.14			

Nota: n= muestra, RP= rango promedio, HK= Kruskal Wallis, p = probabilidad de significancia

En tanto que la tabla 22, contiene el estadístico H de Kruskal Wallis, donde se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable preocupación por el cáncer según el estado civil que mantiene el adulto mayor ($p > .05$).

Tabla 23

Comparación de la variable calidad de vida según sexo

	n	RP	SR	U	Z	P	
Sexo	F	251	148.05	37161.50	5535.500	-1.106	0.269
	M	49	163.03	7988.50			

Nota: n= muestra, RP= rango promedio, SR =suma de rangos, U = u de Mann Whitney, Z= puntuación Z, p = probabilidad de significancia.

En la tabla 23, se presenta el estadístico de U de Mann Whitney, donde nos podemos dar cuenta que no existen diferencias estadísticamente significativas referente a la variable calidad de vida en función al sexo del adulto mayor ($p > .05$).

Tabla 24

Comparación de la variable calidad de vida según edad

	N	RP	SR	U	Z	P	
Edad	60 - 75	196	155,88	30551,50	9138,500	-1.474	.141
	76 - 92	104	140,37	14598,50			

Nota: n= muestra, RP= rango promedio, SR =suma de rangos, U = u de Mann Whitney, Z= puntuación Z, p = probabilidad de significancia.

En la tabla 24, se presenta el estadístico de U de Mann Whitney, donde se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas referente a la variable calidad de vida en función a la edad del adulto mayor ($p>.05$).

Tabla 25

Comparación de la variable calidad de vida según estado civil

Estado civil	n	RP	H- K	gl	P
Casado	124	151.08	7.119	3	0.068
Soltero	110	163.30			
Viudo	34	122.40			
Conviviente	32	134.09			

Nota: n= muestra, RP= rango promedio, HK= Kruskal Wallis, p = probabilidad de significancia

En tanto que la tabla 25, contiene el estadístico H de Kruskal Wallis, donde se aprecia que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable calidad de vida según el estado civil que mantiene el adulto mayor ($p>.05$).

Tabla 26

Correlación entre preocupación por el cáncer y calidad de vida

	Coeficiente	Calidad de vida
	r_s	.068
Preocupación por el cáncer	p	.242
	N	300

En la tabla 26, se puede contemplar un coeficiente de Spearman de .068 (<1) y un nivel de significancia de $p>0.05$ lo cual nos indica que entre las dos variables: preocupación por el cáncer y calidad de vida no hay relación.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

En relación a los resultados se detalla los objetivos específicos de la presente investigación, se procedió a describir los niveles de la preocupación por el cáncer, hallando que el 78.7% (236) de adultos mayores de las instituciones objeto de estudio, mantienen mayores frecuencias en el nivel de preocupación baja en comparación con la preocupación alta presente en el 21.3% (64) de los participantes. Resultados frente a los cuales sería importante considerar que la autoevaluación del riesgo es proporcional al número de familiares afectados por el cáncer (Vidal y Benito, 2012) dato que podría tenerse en claro si se considerará evaluar también número específico de los antecedentes familiares de cáncer en los evaluados. Es factible tener en cuenta que los niveles bajos identificados en los adultos mayores evaluados podrían deberse a que, al no experimentar a nivel personal la enfermedad las preocupaciones frente a la misma son diferentes así también, contextualizar las experiencias que los adultos mayores tienen frente a los diversos cambios tanto físicos como psicológicos que trae esta etapa de desarrollo, la cual propicia una mayor aceptación o contemplación hacia el cáncer o hacia la muerte debido a la edad avanzada que van alcanzando.

Por otro lado, dichos datos pueden explicarse mejor teniendo presente la falta de concientización y una cultura preventiva que no llega a ser eficiente, evidenciándose en los últimos datos emitidos por el boletín epidemiológico del 2019 expuesto en la presente investigación, con un registro 66 000 casos recientes y encontrándose que la detección del cáncer se realiza predominantemente mediante presentación clínica de síntomas, reportando que 7 de cada 10 peruanos acude tardíamente a consulta (Minsa, 2019).

Estos resultados coinciden con los encontrados por Hidalgo et al. (2015) quienes analizaron los factores asociados con la preocupación por el cáncer utilizando la misma escala que en la presente investigación, hallando que el nivel de preocupación por el cáncer es generalmente bajo entre las personas mayores de 50 ya que solo el 25% de encuestados expresó un grado notable de preocupación por el cáncer además, de referir que está se encuentra relacionado a la condición de salud siendo característica similar a la población estudiada en esta investigación ya que, los adultos mayores encuestados muestran declinación por su salud verbalizando sus malestares durante la encuesta. Y, de los hallazgos realizados por Bernat y Jensen

(2014) quienes refieren que los participantes de nacionalidad China incluidos en su estudio no presentan preocupación por el cáncer, datos que a su criterio están en desacuerdo con la cifras del sector salud que reportó dicho país, la coincidencia identificada respecto a los niveles bajos, podría deberse al contexto similar en el que se desarrollan los sujetos evaluados en este estudio, ya que los resultados obtenidos también resultan ser contradictorios a los datos expuestos por los reportes de salud en la población adulta mayor, la misma que dan muestra que es este sector de la población los principales afectados por el cáncer, mostrando así la falta de concientización de la problemática.

Por otro lado, difieren de los encontrados por Murphy et al. (2018) quienes hallaron en el 57% de su muestra de estudio la presencia de preocupación ocasional por el cáncer, lo cual podría entenderse mejor si consideramos que dentro de su muestra, a diferencia del presente estudio, los citados autores trabajaron con personas que se encuentran no solo en la etapa del adulto mayor, sino también con jóvenes y adultos lo cual no es difícil afirmar que marca la diferencia por contar con mayores recursos intra como interpersonales que comienzan a desaparecer en la tercera edad. Los resultados obtenidos contrastan también de lo referido por Vidal y Benito (2012) quien señala que las vivencias previas de esta enfermedad en familiares determinara la preocupación por el cáncer esto debido a que, como vemos dichos antecedentes familiares no parecen ser un predictor de preocupación por el cáncer en la población objeto del presente estudio.

Siguiendo con los objetivos específicos, se procedió a describir los niveles de la calidad de vida, apreciando que del total de adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur, 105 presentan mayor frecuencia en el nivel de mala calidad de vida representados en un 35.0% y el 27.7% (83) tendencia a baja calidad de vida siendo menos recurrente el nivel de calidad de vida óptima presente en solo el 15.0% (45) de los encuestados. Teniendo presente que según Grimaldo (2010) la calidad de vida es una experiencia a nivel individual tras una cohesión de aspectos internos como externos del sujeto, hace comprensible entender estos resultados pues, la vivencias que manifiestan los adultos mayores evaluados dan cuenta que tanto a nivel interno como externo carecen de elementos individuales que propicien la experiencia de una vida de calidad como lo son: la ausencia de espacios de escucha; los estados emocionales inestables evidenciados durante la encuesta; las afecciones de salud

que mostraban y que disminuyen poco a poco su independencia; las limitadas actividades que pueden realizar en su día pues, la mayoría de los evaluados no mantenían un trabajo estable por los horarios que dichas instituciones manejaban en sus talleres entre otros.

Por otro lado, resulta importante considerar que la población tuvo un importante predominio de mujeres (83.7%), y según Huenchuan et al. (citados en Tremolada, 2017) el proceso de la vejez es diferente en hombres y mujeres, teniendo éstas, mayores riesgos por las imparcialidades vividas tanto a nivel físico como social en toda su existencia, lo cual nos ayuda a contextualizar mejor los bajos niveles de calidad de vida obtenidos en el presente estudio.

Estos resultados son similares a los encontrados por Pablo (2016) que en su estudio halló mayor predominio en la percepción de baja o mala calidad de vida en adultos mayores y de manera similar al presente estudio contempla diversas problemáticas que contribuyen a la baja calidad de vida, citando entre otros a un ambiente físico perjudicial o la mínima seguridad en la vida diaria. Y, de lo hallados por Corugedo et al. (2014) quienes, en la totalidad de su muestra identificaron bajos niveles de calidad de vida, coincidencia que puede deberse a las características similares presentes en los adultos mayores de ambos estudios referidas por dichos autores, tales como: insatisfacción con el presente, sentimientos de infelicidad y estados afectivos negativos.

En cambio, difieren de los resultados encontrados por Poblete, Matus, Díaz, Vidal y Ayala (2015) quienes al investigar la depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos, detectaron un 71,21% que clasificaban su calidad de vida como óptima, diferencias que pueden atribuirse a la actividad física realizada 2 veces por semana y de forma sistemática de dicha población contempladas en el cronograma de las instituciones a las que pertenecen, criterio que en las instituciones públicas participantes del presente estudio se muestra menos constante y con poca exigencia; de los hallazgos de Alfonso, Soto y Santos (2016) quienes al estudiar la calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores, encontraron niveles altos de calidad de vida atribuyéndolo en su análisis, a las redes de apoyo que representa la participación al grupo de adultos mayores como en el caso de los sujetos evaluados en este estudio, que muestran integración social e importancia de ser parte del grupo

con su asistencia a los programas contemplados en las instituciones públicas. Difieren también de los resultados recabados por Durand (2017) quien concluyó que en su mayoría (70%) los adultos mayores expresan una calidad de vida moderada debido a que tienen dificultades en su descanso y escucha, estados emocionales inestables sin embargo, realizan periódicamente actividades junto a sus familias, recreación no reportada en los adultos mayores durante las evaluaciones.

Finalmente contrastan de los hallados por Ccerhuayo (2018) quien concluyó que en general la calidad de vida del adulto mayor hipertenso es de buena y muy buena, representados en el 57.5 % de su muestra lo cual marca la diferencia de la población objeto de estudio ya que posee un diagnóstico definido para todo el grupo evaluado, delimitando con mayor exactitud las situaciones a esperar disminuyendo las ansiedades producto de la desinformación que los adultos mayores evaluados poseen de sus afecciones de salud.

Referente al análisis de los niveles de la calidad de vida según dimensiones, se aprecia que la mayoría de los adultos mayores, perciben un nivel de calidad de vida óptima en el factor familia (73.7%) y mayor frecuencia de mala calidad de vida en el factor salud (27.3%). Dato que podría encontrar su génesis en la declinación gradual de la salud que caracteriza a la tercera edad que interacciona con la experiencia de una vida de calidad, como sostienen Aponte (2015) la salud resulta relevante en el adulto mayor debido a la exposición constante que tienen de diversas enfermedades, en particular ligado al ámbito emocional frente a alguna impresión intensa. En tanto que, referente a las interacciones en el área familiar el acercamiento de representantes de los más cercanos entornos sociales como son los familiares o amigos, proveedores de ese apoyo emocional necesario en esta etapa de duelos por pérdidas de diferente índole tienen el potencial de marcar la diferencia, y como refiere Peñaranda (citado por Aponte, 2015) a lo largo de nuestra existencia necesitamos interactuar en relaciones que nos permitan alcanzar cierto nivel de calidad, el mismo que en los adultos mayores evaluados son las relaciones en el ámbito familiar los proveedores de un nivel óptimo en el área familiar.

Dichos datos coinciden con los detectados por Melguizo et al. (2012) quienes al estudiar los factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores, encontraron la dimensión bienestar físico aparece con los puntajes más

bajos, asociando un buen estado físico al trabajo o ser pensionista y el convivir con un máximo de 4 personas sin embargo, se considera que dichas condiciones no son del todo ajenas a la población evaluada en el presente estudio, por lo que serían variables sociodemográficas que merecen ser consideradas en otros estudios para un mayor análisis. Y, de los hallados por García (2014) quién, en adultos mayores varones de 60 años encontró niveles muy altos en área familia, atribuyéndole al igual que los adultos mayores evaluados en esta investigación a sus familias como el principal apoyo familiar sobre el apoyo recibido en las relaciones amicales sin embargo, dicho estudio difiere del presente, al hallar altos niveles de desempeño físico refiriendo que los malestares experimentados no ha impedido seguir con sus actividades recreativas ni la satisfacción por ellas, dato que contrasta con el obtenido ya que, lo evaluados muestran bajos niveles en el factor salud y refieren que sus diversas dolencias han hecho efecto en sus actividades diarias, lo cual se traduce en limitación clara de su independencia más aún si de actividades recreativas se tratase.

Por otro lado, difieren de los resultados de Alfonso, Soto y Santos (2016) quienes refieren que entre sus resultados obtuvieron un nivel alto en la dimensión salud atribuyendo ello en su análisis al apoyo familiar y las relaciones positivas que mantenían con sus parientes y repercutía en su estado de salud, dato que en la población objeto del presente estudio, no ejerce efecto en la salud a pesar, de que los adultos mayores encuestados muestren buenos niveles de calidad de vida en la dimensión familia. Y, de los encontrados por Corugedo et al. (2014) quienes encontraron bajos niveles en la dimensión satisfacción por la vida atribuyéndolo en su análisis cualitativo, al predominio de malas relaciones y vínculos carentes con sus familiares encontrando además, que ni un adulto mayor estuvo ubicado en buena calidad de vida, dato que contrasta con el obtenido ya que, al ser una muestra de adultos mayores institucionalizados no mantienen el contacto familiar que sí poseen los encuestados en esta investigación.

Como objetivo específico también se planteó determinar la relación existente entre la preocupación por el cáncer y las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur. Los resultados dan muestra de que no existe relación alguna. Cabe mencionar que dicho resultado se suma a la identificación de una relación nula encontrada líneas arriba entre ambas variables. A fin de comprender mejor este resultado, se considera provechoso recordar a Olson y

Barnes (citado en Grimaldo, 2011) que dentro de la teoría de los dominios refieren que para tener una vida de calidad debemos sentir satisfacción en las principales áreas de vida donde nos desenvolvemos y, en los adultos mayores evaluados coexisten variedad de condiciones que afectan la calidad de vida en la mayoría de sus dimensiones como lo hemos podido evidenciar en la identificación de la calidad de vida según dimensiones, mostradas en el objetivo anterior, donde la preocupación por el cáncer no está presente ni de cerca en ninguna de las mismas, estando ausente en el área de salud, donde se esperaría encontrar alguna relación por formar parte de las enfermedades latentes en esta población lo cual, puede deberse a que las diversas afecciones que mellan la salud de esta población encuestada y vuelve invisible a la preocupación por un posible cáncer.

Al comparar la preocupación por el cáncer según sexo, edad y estado civil en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur, se detectó que no existen diferencias estadísticamente significativas, lo cual puede atribuirse a que independientemente del sexo, este grupo de estudio se desarrolla en una cultura irreflexiva frente a este riesgo y forma parte de esta problemática, la misma que es considerada como un problema de salud pública presente en la sociedad en su conjunto. Dichos resultados difieren de los encontrados por Hidalgo et al. (2015) quienes estudiaron los factores asociados con la preocupación por el cáncer, encontrando en su análisis sociodemográfico que las puntuaciones fueron significativamente más altas entre las mujeres que en los hombres, siendo necesario tener en cuenta que un poco más de la mitad de sus participantes (58%) eran mujeres en tanto, que en el presente estudio el sexo femenino está presente en la mayoría de los sujetos evaluados siendo un 83.7% (251) y los niveles de preocupación por el cáncer también fueron desiguales al hallar niveles bajos, mostrando con ello una gran diferencia en los grupos según sexo que tiene cada estudio. Y, de los hallados por Murphy et al. (2018) quienes encontraron que las mujeres reportaron preocupación general por el cáncer de manera más frecuente que los hombres siendo estas relacionadas al hecho de ser generalmente más ansiosas así mismo, hallaron mayor predominio de mujeres en preocupación específicas de cáncer relacionado a la implicancia emocional, física y social que un diagnóstico de este tipo conlleva, dichas diferencias podrían encontrar su génesis en la falta de concientización con el tema que la población evaluada en este estudio muestra, ya que ello les impide tomar

conciencia de lo que implica un diagnóstico de cáncer y como cambiaría sus vidas, al estar concentrados en las diversas dolencias que experimentan y que se vuelven sus mayores preocupaciones independientemente del sexo al que pertenecen.

Así mismo, según el rango de edad (60 – 75 y 76 – 92), se obtuvo que no existen diferencias estadísticamente significativas, lo cual podría encontrar su génesis en las características sociales similares a que los grupos de edad están expuestos así como, a la desinformación que los adultos mayores mantienen respecto a temas de salud sin clasificación de edades de ninguna índole englobando muy por el contrario a toda una sociedad en su conjunto. Dichos hallazgos difieren de los descritos por Murphy et al. (2018) quienes encontraron que personas mayores reportaron menos frecuencia de preocupación por el cáncer, proponiendo como posible explicación cierta familiaridad con el cáncer o menor temor a los resultados de cáncer, y de los encontrados por Hidalgo et al. (2015) quienes hallaron mayores preocupaciones en los participantes más jóvenes, diferencias que podrían entenderse mejor si consideramos que en el primer estudio citado, el rango de edad de la muestra fue entre los 18 – 70 con una media de 42.9 años de edad y en la segunda investigación mencionada, participaron personas de 50 años a más y que la edad media fue de 60.5 años en tanto, que de la presente investigación la edad media fue de 72.76 años de edad, analizando así rangos de edades desiguales. Sin embargo, cabe mencionar que en este análisis ambas investigaciones coinciden con los resultados obtenidos en este estudio al hallar menos preocupación en personas con mayor edad.

Así también, se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas según el estado civil que mantiene el adulto mayor. Resultados que pueden entenderse mejor si tomamos en cuenta que la poca concientización sobre el tema lo vuelve invisible, más aún en las relaciones que mantenemos a diario donde no es un tema a tratar con los familiares directos como son las parejas, a pesar de la historia familiar de cáncer que carga esta población, no podríamos hablar acerca de un riesgo que no percibimos como nuestro. Sin embargo, y contrario a ello el paciente que sí es oncológico, al precisar apoyo emocional vivencia la relación de pareja de otro modo, como refiere el instituto nacional del cáncer (2017) algunas relaciones son fortalecidas en tanto, que otras reforzadas por los cambios que conlleva tanto emocional y físicamente la experiencia del cáncer. Dichos datos coinciden con los

hallados por Murphy et al. (2018) quienes reportaron que no hubo diferencias según el estado civil en su muestra trabajada, similitud que se explica mejor analizando la distribuciones similares en cuanto al estado civil de ambos grupos evaluados, teniendo así que la investigación citada el 63.1% (1194) son casados o convivientes y en el presente estudio, los casados y convivientes representan el 52% (156), evidenciando que los grupos de casados y convivientes conforman un poco más de la mitad ambos estudios, seguidos de los solteros y viudos.

En cuanto al análisis de las diferencias al comparar la calidad de vida según sexo, edad y estado civil en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas referentes a la variable calidad de vida según el sexo del adulto mayor. Lo cual podría atribuirse a que las condiciones para la obtención de una vida de calidad son experimentadas en su conjunto y que según la teoría de los dominios de Olson y Barnes (citado en Grimaldo, 2011) en todas las áreas de actuación en la que el ser humano se desempeña en su día a día, experiencia que los adultos mayores evaluados poseen sin diferenciar si son hombres o mujeres, se enfrentan a las mismas circunstancias en el logro de una vida de calidad como lo es el deterioro de su salud, el aislamiento social creciente al que se ven obligados a realizar por las limitaciones que su independencia marca, la indiferencia de la sociedad frente a las necesidades que demandan, etc.

Datos que coinciden con los encontrados con Corugedo et al. (2014) quienes tras sus hallazgos refieren que la calidad de vida no está asociada significativamente al sexo del adulto mayor, siendo similar en que ambos grupos de estudio están expuestos a las mismas condiciones en la experiencia de satisfacción con la vida sin distinción del sexo al que pertenecen y, con el estudio realizado por Mazacón (2017) quien entre otros hallazgos encuentra que la variable sexo no influyó significativamente en la calidad de vida de los adultos mayores refiriendo en su análisis que hombre o mujer la predisposición a sufrir complicaciones que afectan su salud limita practicar estilos de vida saludable, coincidiendo en que los adultos mayores evaluados sin distinción del sexo al que pertenecen, experimentan afectaciones físicas muy similares entre sí, condiciones que podrían estar interactuando con la calidad de vida que perciben.

Por otro lado, difieren de los hallazgos realizados por Melguizo et al. (2012) al evaluar los factores que se asocian a la calidad de vida en adultos mayores, determino que respecto a la calidad de vida relacionada a la salud, las mujeres alcanzaron mejor promedio ya que, al mantenerse en el hogar la predispone a mayor actividad, al analizar dichas diferencias, se debe tomar en consideración que el mayor predominio de los encuestados en este estudio lo muestra el sexo femenino, y a pesar de que culturalmente las actividades dentro del hogar son relacionadas en su mayoría con mujeres y crean actividades por desempeñar, en las evaluadas este hecho no propicia mejores niveles de calidad de vida. Difiere también del estudio hecho por Tremolada (2017) que encontró diferencias significativas de acuerdo al sexo en dos de sus componentes y en cinco dimensiones al evaluar la calidad de vida relacionada a la salud, en favor del sexo masculino, atribuyendo al reporte de más enfermedades en las mujeres que en los hombres, diferencia que puede deberse a la predominancia de más hombres (24) que mujeres (16) en su estudio, a diferencia de la presente investigación que cuenta con mayor número de mujeres (251) que hombres (49) las mismas que a nivel tanto físico, emocional y hasta cultural poseen mayores demandas que influyen en su disfrute de una vida de calidad, como lo son las desventajas vividas a nivel físico, los cambios hormonales a los que se ven más expuestas o las responsabilidades en casa que culturalmente se tienen además, de los que se les adjudican como el cuidado de los niños, etc.

Así mismo, según el rango de edad (60 – 75 y 76 – 92), se obtuvo que no existen diferencias estadísticamente significativas. Lo cual podría explicarse mejor si consideramos que las diferencias en el rango de edad en los adultos mayores evaluados no es equivalente con el deterioro progresivo de su salud propia de esta etapa, ya que las personas encuestadas referían en su mayoría diversas dolencias y quejas respecto a su salud. Datos que coinciden con los reportados por Corugedo et al. (2014) quienes en sus resultados refieren que la calidad de vida no posee una asociación significativa a la edad del adulto mayor, mostrando de forma similar al presente estudio que el rango de edades de mayor predominio van desde los 60 - 79 y en este análisis el rango de edad más representativo es de 60 -75 (196 sujetos). Y difieren con lo encontrados por García (2014) el cual concluyó que en general los hombres adultos mayores aprecian su calidad de vida como buena sin embargo, al compararlo por grupos de edad (60 a 65 – 66 a 83) aquellos de 66 y más años,

consideran que tienen muy buena calidad de vida, dicha diferencia podría entenderse considerando que el rango de edades con mayor calidad de vida propuestos por García abarcan gran parte del grupo evaluado por el presente estudio, donde los rangos de edades son de 60 – 75 y de 76 – 92 no diferenciando entre los grupos alguna diferencia en cuanto a su calidad.

Así también, se pudo observar que no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable calidad de vida según el estado civil que mantiene el adulto mayor. Resultados que pueden ser mejor entendidos si consideramos que según niveles, la dimensión familia es calificado con un nivel de calidad de vida óptima por más del 70% de encuestados, dato que sumado a la nula existencia de diferencias según estado civil, nos estaría indicando que red familiar posee gran valor para los adultos mayores independiente del estado civil en el cual se encuentran. Los resultados expuestos coinciden con los hallados por Melguizo et al (2012) quienes al evaluar los factores asociados a la calidad de vida de adultos mayor, según factores sociodemográficos, observó que quienes viven en unión libre reportan mejores resultados en bienestar físico y apoyo comunitario, los datos recabados por la presente investigación coinciden en cierta forma con lo del citado autor, ya que predomina una mala calidad de vida, y los que viven en unión libre son solo un 10.7% (32) descartando así un bienestar físico y, las carencias que poseen como grupo de adultos mayores dan muestra del poco apoyo comunitario con el que cuentan, siendo los casados (41.3%) y solteros (36.7%) los que consideran no tener calidad de vida. Y, contrastan de los obtenidos por Alfonso, Soto y Santos (2016) quienes encontraron un predominio en altos niveles de calidad de vida en una muestra que estuvo representada en un 50% por adultos mayores casados seguido de un predominio de viudos. Las diferencias encontradas podrían deberse a que seguidos de los casados 41.3%, en la presenta muestra destacan los solteros 36.7% en tanto, que los viudos solo representan el 11.3% de la población encuestada, condiciones que podrían estar marcando la diferencia con respecto a su percepción de calidad de vida.

En cuanto al objetivo general de la presente investigación, se centró en determinar la relación existente entre la preocupación por el cáncer y la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur. Los resultados obtenidos evidencian que no existe relación es decir, la presencia de preocupación por el cáncer no está junto a la calidad de vida en los adultos mayores evaluados.

Tras la recapitulación de la literatura, estos hallazgos no cuentan con reporte de estudios previos. Es así que, tanto dicha variable como la correlación expuesta en la presente investigación, no cuentan con antecedentes y por el contrario precisan estar presentes en estudios posteriores. Sin embargo, tras dicho resultado es conveniente en este análisis de correlación entre preocupación por el cáncer y calidad de vida, tener presente que según la sociedad estadounidense de oncología clínica (2016) el cáncer no está entre las principales preocupaciones de salud en las personas mayores de 65 años, y se pierde entre otras tantas afecciones de salud que en esta etapa se experimentan. Volviéndose un factor predisponente al deterioro de una vida de calidad de esta población. Enunciado evidenciado a lo largo de las evaluaciones, donde los participantes a la investigación referían experimentar diversos cuadros de salud que afectan su calidad de vida ignorando el de la aparición de algún tipo de cáncer así como, diversos factores para una mala calidad de vida muy lejanas a una preocupación por el cáncer, como lo fueron la condición socioeconómica, las responsabilidades familiares, la precaria infraestructura de su centro o de su casa en algunos casos y la soledad física o emocional en otros.

5.2. Conclusiones

1. En el 78.7% de la población objeto de estudio, predominan bajos niveles de preocupación por el cáncer en tanto que, un poco más del 20% notifica indicadores altos, mostrando así la preocupación por el cáncer no está dentro de las principales preocupaciones de esta población.
2. El 62.7 % de los adultos mayores se ubican en niveles de mala y tendencia a baja calidad vida. Manifestando que tanto, a nivel interno como externo carecen de elementos individuales que propicien la experiencia y el disfrute de una vida de calidad.
3. Con respecto al nivel de calidad de vida según dimensiones, los adultos mayores evaluados, muestran altos niveles de calidad de vida en áreas de familia con un 73.7% (221) en contraste de la área de salud, donde predominan los niveles más bajos con porcentajes de 28.7% y 27.3 % ubicados en tendencia a baja calidad de vida y mala calidad de vida, respectivamente. Esto podría estar influenciado por el reconocimiento de los familiares como los proveedores de ese apoyo emocional que perciben y por la declinación gradual de su salud, ambas condiciones presentes en la experiencia de una vida de calidad.
4. No existe correlación entre la preocupación por el cáncer y las dimensiones de la calidad de vida. Pudiendo concluir con ello que en los adultos mayores evaluados coexisten variedad de condiciones que afectan la calidad de vida en la mayoría de sus dimensiones donde la preocupación por el cáncer no está presente en ninguna de ellas.
5. No existen diferencias al comparar la variable preocupación por el cáncer en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur según, sexo, edad y estado civil.

En cuanto al sexo, podría ser por el predominio de mujeres (83.7%) que hombres, lo cual vuelve desigual la comparación.

Según la edad, las nulas diferencias se deben a que a pesar de ser tan diversas las edades este grupo etario al parecer, mantienen las mismas características en cuanto a los cambios físicos.

Según el estado civil, estas no diferencias podrían deberse a que cuentan con el apoyo de otros familiares que no son necesariamente sus parejas.

6. No existen diferencias al comparar la variable calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur según, sexo, edad y estado civil. Las cuales podrían deberse a causas similares a las encontradas en las diferencias según, la variable preocupación por el cáncer.
7. No existe asociación entre la preocupación por el cáncer y la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur. Perdiéndose la preocupación por el cáncer entre otras tantas afecciones de salud que lo evaluados experimentan y que podrían estar influyendo en la disminución de su calidad de vida.

5.3. Recomendaciones

1. Desarrollar un programa y trabajar en la sensibilización por el cáncer en los adultos mayores, ya que preocupaciones bajas pueden también traducirse a falta de chequeos rutinarios, la no adherencia a tratamientos, precarias acciones de autocuidado, etc... que implicarían aumento de factores de riesgo y por ende afectación en la calidad y esperanza de vida de los adultos mayores en el Perú.
2. Contemplar en futuras investigaciones la correlación de la calidad de vida con otras variables contribuyendo así, a un mayor conocimiento del comportamiento de la población adulta mayor de Lima Sur y delimitando las líneas de acción a seguir para el logro de altos niveles en la calidad de vida de esta población.
3. Crear campañas que propicien y refuercen los lazos familiares como factores protectores frente a diversas problemáticas que rodean al adulto mayor así como, considerar en estudios de correlación a la calidad de vida con variables relacionadas a la salud en el adulto mayor, así poder identificar con mayor exactitud aquellas que repercuten tanto a nivel psicológico como emocional en su calidad de vida.
4. Considerar en próximas investigaciones a adultos mayores que si cuentan con antecedentes personales de cáncer y así evaluar la relación que mantienen con las diferentes dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor, ya que la actuación en pro de la calidad de vida del ser humano requiere ser propiciado en cualquier etapa de la vida.
5. Considerar evaluar diferencias de la variable preocupación por el cáncer en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur, con otras variables sociodemográficas como el nivel socioeconómico y el nivel de académico alcanzado, lo cual nos podría dar mayores alcances frente a la falta de conciencia frente esta problemática.
6. Considerar evaluar diferencias de la variable calidad de vida con otras variables sociodemográficas como el diagnóstico de alguna enfermedad, la ocupación actual y el nivel de académico alcanzado por los adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.

7. Ampliar el estudio a adultos mayores que no se encuentren inscritos en instituciones públicas de Lima Sur, a fin de obtener mayores indicios del papel que juega la preocupación por el cáncer en la calidad de vida del adulto mayor.

REFERENCIAS

- Aguilar, J., Álvarez, J. y Lorenzo, J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International journal of developmental and educational psychology*, 4(1), 161-168. Recuperado de http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD_010423_161-168.pdf
- Alfonso, L., Soto, D. y Santos, N. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es&tlng=es
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 13(2), 152-182. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>
- Bartley, T. (2012). *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para el cáncer*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Recuperado de <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>
- Bernat, J. y Jensen, J. (2014). Medición de la preocupación por el cáncer disposicional en China y Bélgica: una validación intercultural. *Revista de oncología psicosocial*, 32(2), 189-206. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997738/>
- Bonilla, S. y Sosa, C. (2005). *Evaluación de las prácticas de crianza y su impacto en la calidad de vida infantil en una muestra de escuelas PEC y NO PEC en el municipio de Puebla* (Tesis de pregrado). Recuperado de http://caterina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo_6.html#
- Cabrera, E., Zabalegui, A., y Blanco, I. (2010). Versión española de la Cancer Worry Scale (Escala de Preocupación por el Cáncer: adaptación cultural y análisis de la validez y la fiabilidad). *Medicina Clínica*, 136(1), 8-12. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310005786>

- Caycho, T., Ventura, J., Noe, M., Barboza, M., Arias, W., Reyes, M. y Rojas, C. (2018). Evidencias psicométricas iniciales de una medida breve sobre preocupación por el cáncer. *Psicooncología*, 15(2), 315-325. Recuperado de <https://doi.org/10.5209/PSIC.61438>
- Ccerhuayo, J. (2018). *Calidad de vida en el adulto mayor hipertenso que acude al consultorio externo de medicina del hospital Marino Molina scippa – essalud – Comas - 2018* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/18049>
- Cortinas, C. (2011). *Cáncer: herencia y ambiente*. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouasp/reader.action?docID=4559448&query=c%25C3%25A1ncer#>
- Corugedo, M., García, D., González, V., Crespo, G., González, G., y Calderín, M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2), 208-216. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006&lng=es&tlng=es
- Durand, S. (2017). *Calidad de vida del adulto mayor en un CAM de Lima Metropolitana 2017* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7773>
- Fuentes, P. (2013). *Estudio de validación de un cuestionario para evaluar calidad de vida universitaria en los estudiantes de la facultad de medicina de la universidad de Chile* (Tesis pregrado). Recuperado de <https://docplayer.es/72607002-Universidad-de-chile-facultad-de-ciencias-sociales-escuela-de-ciencias-sociales-carrera-de-psicologia.html>
- García, F. (2014). *Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de Toluca* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11799/41351>

- García, J. y Vélez, C. (2017) Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2). Recuperado de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/746/863>
- Grimaldo, M. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento psicológico*, 8(15), 17-38. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3339312>
- Grimaldo, M. (2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit*, 17(2), 173-185. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200007&lng=es&tlng=es
- Grimaldo, M. (2012). Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. *Informes Psicológicos*, 12(11), 89-102. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/avances2012/mariagrimaldo.pdf>
- Gutiérrez, E., Gil, P., Prieto, A. y Díaz, A. (2017). Conductas apropiadas en educación física y el deporte en la escuela y validación de la escala. *Cuadernos de psicología del deporte*, 17(2), 99-110. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232017000200011&lng=es&tlng=es.
- Hay, J., Buckley, T. y Ostroff J. (2005). El papel de la preocupación por el cáncer en la detección del cáncer: una revisión teórica y empírica de la literatura. *Psicooncología*, 14(7), 517-34. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15490428>.DOI: 10.1002 / pon.864
- Hernández, J., Chávez, S. y Yhuri, N. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 680-688. Recuperado de <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2551/2578>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Recuperado de <https://markainvestigacion.wordpress.com/2019/01/14/libro-de-sampieri-sobre-metodologia-de-investigacion-6ta-edicion/>

Hidalgo, J., Sotos, J., Herráez, M., Rosa, M., López, J. y Ortiz, M. (2015). Factores asociados con la preocupación por el cáncer en personas de 50 años o más, España, 2012-2014. *Prevención de enfermedades crónicas*, 12, E226. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26704444>

Instituto nacional de cáncer (2017) *Enfrentar al cáncer con su cónyuge o su pareja*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/adaptacion-al-cancer/conyuge-o-pareja>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). *Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012*. Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/registro-de-cancer-en-lima-metropolitana/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). *Datos epidemiológicos*. Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019a). *Perú tiene una población de 32 millones 131 mil 400 habitantes al 30 de junio del presente año*. Recuperado de http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/notadeprensa123_1.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019b). *Situación de la población adulta mayor*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/adultomayorjunio.pdf>

- Landinez, N., Contreras, K. y Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista cubana de salud pública*, 38(4), 562-580. Recuperado de https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008
- Mazacón, B. (2017). *Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud*. (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6561>
- McCaul, K. y Goetz, P. (s/f). *Preocupación*. Instituto nacional de cáncer. Recuperado de <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/worry.html>
- Mejía, M., Rivera, P., Urbina, M., Alger, J., Maradiaga, E., Flores, S.,...Sierra, L. (2014). Discapacidad en el adulto mayor: características y factores relevantes. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 11(2), 27-33. Recuperado de http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo2_RFCMVol11-2-2014-5.Revision.Discapacidad.Adulto.Mayor.pdf
- Melguizo, E., Acosta, A., y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 261-268. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522012000200008&script=sci_abstract&tlng=es
- Ministerio de Salud del Perú (2015). *Documento técnico: “organización de los círculos de adultos mayores en los establecimientos de salud del primer nivel de atención”*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3271.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2017). *Boletín epidemiológico del Perú*. (26). Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/21.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2018a). *Análisis de las causas de mortalidad en el Perú, 1986-2015*. Recuperado de https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_mortalidad.pdf

- Ministerio de Salud del Perú (2018b). *Boletín epidemiológico del Perú*. (27). Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/52.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2018c). *Boletín epidemiológico del Perú*. (27). Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/31.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2019). *Boletín epidemiológico del Perú*. (28). Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/05.pdf>
- Murphy, P., Marlow, L., Waller, J. y Vrinten, C. (2018). ¿Qué tiene un diagnóstico de cáncer que preocuparía a las personas? Una encuesta poblacional de adultos de Inglaterra. *BMC Cáncer*, 18(86). Recuperado de <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-017-3963-4>
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books/about/Psicologia_de_la_Salud_Health_Psychology.html?id=LXR_dkV_XNcC&redir_esc=y
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019b). *Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2019c). *Perfiles oncológicos de los países, 2014*. Recuperado de <https://www.who.int/cancer/country-profiles/es/>
- Pablo, G. (2016). *Calidad de vida del adulto mayor de la casa "Polifuncional Palmas Reales" Los Olivos – Lima* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2276>

- Parraga, Y. (2017). *Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3420/Parraga%20Huaroc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez, A. (2015). *Propiedades psicométricas de las versiones en inglés y español de la escala de preocupación por el cáncer en mujeres hispanoamericanas* (Tesis de maestría). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/48498059.pdf>
- Poblete, F., Matus, C., Díaz, E., Vidal, P. y Ayala, M. (2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Revista de Ciencias de la Actividad Física UCM*, 16(2), 71-77. Recuperado de <http://revistacaf.ucm.cl/article/view/80/84>
- Sabino, C. (2001). *Desarrollo y calidad de vida*. Recuperado de <http://ciudadanoaustral.org/biblioteca/16.-Carlos-Sabino-Desarrollo-y-calidad-de-vida.pdf>
- Sociedad estadounidense de oncología clínica. (2016). *Cuando el cáncer no es su única preocupación de salud*. Estados Unidos: Cancer.net. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/para-adultos-mayores/cuando-el-c%C3%A1ncer-no-es-su-%C3%BAnica-preocupaci%C3%B3n-de-salud>
- Stassen, K. (2009). *Psicología del Desarrollo - Adulterez y Vejez*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Tremolada, S. (2017). *Calidad de vida y sentido de coherencia en adultos mayores de un centro geriátrico de Lima* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/9855>
- Vidal y Benito, M. (2012). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos aires, Argentina: Polemos.
- Vrinten, C., Jaarsveld, C., Waller, J., Wagner, C. y Wardle, J. (2014). La estructura y los correlatos demográficos del miedo al cáncer. *BMC Cáncer*, 14(597). Recuperado de <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-14-597>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p>¿Existe relación entre la preocupación por el cáncer y la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación que existe entre la preocupación por el cáncer y la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el nivel de preocupación por el cáncer en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur. • Describir el nivel de calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur. • Describir el nivel de calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de 	<p>Hipótesis general Existe una relación inversa y significativa entre la preocupación por el cáncer y la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>H₁: Existen bajos niveles de preocupación por el cáncer en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.</p> <p>H₂: Existen altos niveles de calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.</p> <p>H₃: Existen altos niveles de calidad de vida en la dimensión familia y</p>	<p>V1: PREOCUPACIÓN POR EL CÁNCER</p> <p>Unidimensional</p> <p>V2: CALIDAD DE VIDA</p> <p>Factores:</p> <p>F1: Hogar y Bienestar Económico</p> <p>F2: Amigos, Vecindario y Comunidad</p> <p>F3: Vida Familiar y Familia Extensa</p> <p>F4: Educación y Ocio</p>	<p>Enfoque Cuantitativo</p> <p>Diseño No experimental</p> <p>Tipo Correlacional</p>	<p>Población: Adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur, en el año 2019.</p> <p>Muestra: Para obtener la muestra se utilizó un censo ya que, permite considerar todos los individuos pertenecientes a la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) y estuvo conformado por 300 adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur, en el año 2019.</p>

	<p>Lima Sur, según sus dimensiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación que existe entre la escala de preocupación por el cáncer y las dimensiones de la escala de calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur. • Analizar las diferencias al comparar la preocupación por el cáncer según sexo, edad y estado civil en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur. • Analizar las diferencias al comparar la calidad de vida según sexo, edad y estado civil en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur. 	<p>bajos niveles en la dimensión salud en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.</p> <p>H₄: Existe una relación significativa entre la escala de preocupación por el cáncer y las dimensiones de la escala de calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.</p> <p>H₅: Existen diferencias significativas en la preocupación por el cáncer en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur según sexo, edad y estado civil.</p> <p>H₆: Existen diferencias significativas en la calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur según sexo, edad y estado civil.</p>	<p>F5: Medios de Comunicación</p> <p>F6: Religión</p> <p>F7: Salud</p>		
--	--	---	---	--	--

Anexo 2: Instrumento 1
Escala de preocupación por el cáncer de Lerman et al. (1991)
Versión peruana de la EPC por Caycho et al. (2018)

Por favor, encierre en un círculo el número que está debajo de la respuesta más adecuada para usted:

1. Durante el mes pasado. ¿Con que frecuencia ha pensado usted sobre sus probabilidades de desarrollar cáncer?

Nunca o en raras ocasiones	Algunas Veces	A menudo	Casi todo el tiempo
1	2	3	4

2. Durante el mes pasado, el pensar sobre la posibilidad de desarrollar cáncer ¿ha afectado su estado de ánimo?

Nunca o en raras ocasiones	Algunas Veces	A menudo	Casi todo el tiempo
1	2	3	4

3. Durante el mes pasado, el pensar sobre la posibilidad de desarrollar cáncer ¿ha afectado su capacidad para realizar sus actividades de "día a día"?

Nunca o en raras ocasiones	Algunas Veces	A menudo	Casi todo el tiempo
1	2	3	4

4. ¿Hasta qué punto le preocupa a usted la posibilidad de desarrollar cáncer algún día?

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
1	2	3	4

5. ¿Con qué frecuencia se preocupa usted sobre la posibilidad de desarrollar cáncer?

Nunca o en rara vez	De vez en cuando	Frecuentemente	Constantemente
1	2	3	4

6. El estar preocupado por desarrollar cáncer ¿es un problema importante para usted?

No, en absoluto	Un poco	Sin duda es un problema	Sí, es un problema muy serio
1	2	3	4

Anexo 3: Instrumento 2
Escala de calidad de vida de Olson y Barnes (1982)
adaptado por Grimaldo Muchotrigo, Mirian (2003)

A continuación te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Que tan satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTA				
	1	2	3	4	5
	Insatisfecho	Un poco satisfecho	Más o menos satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho
HOGAR Y BIENESTAR ECONÓMICO					
1. Tus actuales condiciones de vivienda					
2. Tus responsabilidades en la casa					
3. La capacidad de tu familia para satisfacer sus necesidades básicas					
4. La capacidad de tu familia para darles lujos					
5. La cantidad de dinero que tienes para gastar					
AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD					
6. Tus amigos					
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad					
8. La seguridad en tu comunidad					
9. El barrio donde vives					
10. Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos, etc.)					
VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA					
11. Tu familia					
12. Tus hermanos					
13. El número de hijos en tu familia					
14. Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)					

EDUCACIÓN Y OCIO					
15. Tu actual situación escolar					
16. El tiempo libre que tienes					
17. La forma como usas tu tiempo libre					
MEDIOS DE COMUNICACIÓN					
18. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión					
19. Calidad de los programas de televisión					
20. Calidad del cine					
21. La calidad de periódicos y revistas					
RELIGIÓN					
22. La vida religiosa de tu familia					
23. La vida religiosa de tu comunidad					
SALUD					
24. Tu propia salud					
25. La salud de otros miembros de la familia					

Anexo 4: Informe de originalidad

PREOCUPACIÓN POR EL CÁNCER Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE LIMA SUR

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

15%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

4%

2

repositorio.autonoma.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote

Trabajo del estudiante

1%

5

repositorio.upao.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru

Trabajo del estudiante

1%

7

Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Trabajo del estudiante

1%

Anexo 5: Autorización de instituciones



Villa El Salvador, 06 de noviembre del 2019

DRA. ELIZABETH BARRIGA VELASCO
SUB GERENCIA DE SALUD Y POBLACIONES VULNERABLES (MUJER CIAM,
OMAPED Y DEMUNA) DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO.

Stamp: VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, SUBGERENCIA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO Y ARCHIVO, 08 NOV. 2019, D.S. 27731, FOLIOS: 01, HORA: 12:57, FIRMA: [Signature]

De nuestra mayor consideración
Presente. –

Es grato dirigirme a Usted para expresarle nuestro cordial saludo a nombre de las autoridades de la Universidad Autónoma del Perú y el nuestro, así mismo, aprovechamos la oportunidad para solicitarle autorice el ingreso a nuestra estudiante de la Carrera de Psicología: **MARÍA TERESA MAGALLANES GAZCO**; quien, como parte de su trabajo de investigación titulado: "Preocupación por el cáncer y calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur.", necesita aplicar pruebas psicológicas, para el recojo de datos del mencionado trabajo. La joven asistirá a su despacho para coordinar con Ud. los detalles pertinentes de lo que realizará.

Esperando contar con su valioso apoyo y agradeciendo a su gentil deferencia, reitero mi cordial saludo.

Atentamente.

Stamp: Universidad Autónoma del Perú, Dr. Victor Hugo Villanueva Acosta, Dirección de la Carrera Profesional de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Psicología

Anexo 6: Consentimiento informado

Yo _____ declaró haber sido informado (a) de los fines de la investigación titulada “preocupación por el cáncer y calidad de vida en adultos mayores de instituciones públicas de Lima Sur” llevada a cabo por la estudiante de la carrera de psicología de la Universidad Autónoma del Perú, María Teresa Magallanes Gazco.

Me han indicado también que tendré que responder a dos test, los cuales tendrán una duración de 10 minutos aproximadamente.

Reconozco que mi participación en este estudio es estrictamente voluntaria, que no se me ha solicitado ningún dato que me identifique, que se me ha explicado que la información que brinde será confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los indicados por la investigadora.

He sido informado que puedo hacer preguntas durante la evaluación y que puedo retirarme cuando así lo decida y, que de tener mayores consultas puedo contactar al correo maite_magallanes@hotmail.com