

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL



**“INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOECONOMICOS EN EL
TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLOGICOS - HOSPITAL
REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO 2016”**

TESIS

PRESENTADA POR:

MARILU JARECA MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PUNO – PERÚ

2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**“INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOECONOMICOS EN EL
TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLOGICOS - HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO 2016.”**

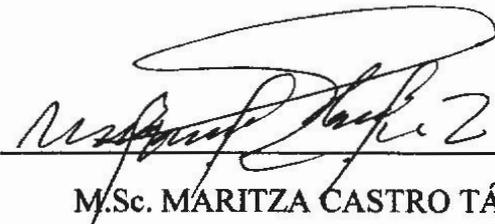
**TESIS PRESENTADA POR:
MARILU JARECA MAMANI**

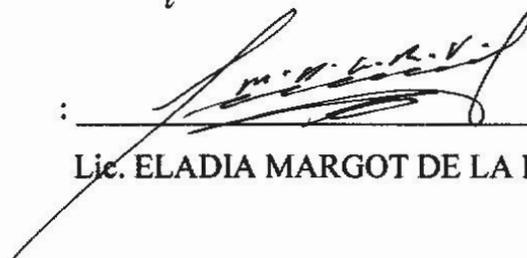
Fecha de sustentación: 03 de febrero del 2017



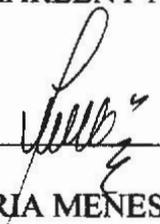
PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

APROBADA POR EL JURADO DICTAMINADOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE : 
M.Sc. MARITZA CASTRO TÁVARA

PRIMER JURADO : 
Lic. ELADIA MARGOT DE LA RIVA VALLE

SEGUNDO JURADO : _____
Lic. KATIA MARLENY ARPASI CHAMBI

ASESOR DE TESIS : 
Dra. LUZ MARIA MENESES CARIAPAZA

Área: Familias, realidades, cambio y dinámicas de intervención.

Tema: Procesos y dinámicas al interior de la familia.

Dedicatoria

A Dios que me da fuerzas para continuar con mi desempeño académico y profesional.

A mi madre, que siempre me brinda su apoyo y comprensión en mi desarrollo profesional.

A la Lic. Nelly Ortega Apaza coordinadora de la Estrategia de Control y Prevención del Cáncer, que me brindó las facilidades para la ejecución del proyecto de investigación.

A mi asesora, Dra. Luz María Meneses Cariapaza que en el proceso de la investigación me brindó su apoyo y colaboración para la realización del informe.

A todos ustedes les dedico este logro...

Marilu

Agradecimientos

A la "Universidad Nacional del Altiplano"- Puno quien permitió formarme académica y humanísticamente, a las autoridades y docentes de la Escuela profesional de Trabajo Social, por haber contribuido en mi formación profesional, para así en el futuro ejercer las funciones del Trabajo Social.

A mi Directora de investigación de tesis, Dra. Luz María Meneses Cariapaza, por sus orientaciones y enseñanzas, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia, dedicación y motivación ha logrado la realización de esta investigación.

A mis miembros de jurados, por su paciencia ante mis errores, por brindarme el tiempo, dedicación y atención adecuada, pese a la demasiada carga laboral que manejan, compartiendo en tiempos cortos sus conocimientos de manera sistematizada.

Mi más amplio agradecimiento al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, a la Estrategia de Control y Prevención del Cáncer, a la Coordinadora Lic. Nelly Ortega Apaza quien me brindo las facilidades para la realización de la investigación, así también a los pacientes oncológicos quienes en la lucha de su enfermedad fueron protagonistas de esta investigación.

Marilu

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE DE FIGURAS.....	vii
INDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	ix
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11

I. INTRODUCCIÓN

1.1.Problema de Investigación.....	12
1.2.Formulación del Problema.....	13
1.3.Objetivos.....	14

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1.Marco Teórico.....	15
2.2.Marco Conceptual.....	21
2.3.Antecedentes.....	29
2.4.Hipótesis.....	33

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.Tipo de Investigación.....	34
3.2.Método de investigación.....	34
3.3.Diseño de Investigación.....	34
3.4.Población.....	35
3.5.Muestra de Estudio.....	35
3.6.Técnicas e Instrumentos.....	37
3.7.Diseño estadístico para probar la hipótesis.....	37

IV. RESULTADOS Y DISCUSION DE LA INVESTIGACION	
4.1.Actividad Laboral De Los Pacientes Oncológicos.....	40
4.2.Ingreso Económico y Tratamiento del Paciente Oncológico.....	43
4.3.Número de necesidades satisfechas y estadio de la enfermedad.....	47
4.4.Relación Familiar y Control del Tratamiento.....	50
4.5.Relación familiar y estadio de la enfermedad.....	54
4.6.Ingreso Económico y Relación Familiar con Respecto a los Controles de Tratamiento.....	57
V. CONCLUSIONES.....	62
VI. RECOMENDACIONES.....	64
VII. REFERENCIAS.....	66
ANEXOS.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Actividad Laboral de los Pacientes Oncológicos Afiliados Al SIS - Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – 2016.....	41
Figura 2: Ingreso Económico de Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Tipo de Tratamiento – Puno 2016.....	44
Figura 3: Número de Necesidades Satisfechas de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según el Estadio de la Enfermedad – Puno 2016.....	48
Figura 4: Relación Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Control de Tratamiento – Puno 2016.....	51
Figura 5: Relación Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Estadio de la Enfermedad – Puno 2016.....	55
Figura 6: Ingreso Económico Y Relación Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Control de Tratamiento – Puno 2016.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Distribución Chi Cuadrado	39
Tabla 2: Actividad Laboral De Los Pacientes Oncológicos Afiliados Al SIS - Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – 2016.....	41
Tabla 3: Ingreso Económico de Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Tipo de Tratamiento – Puno 2016.....	43
Tabla 4: Prueba de la chi cuadrada.....	46
Tabla 5: Número de Necesidades Satisfechas de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según el Estadio de la Enfermedad – Puno 2016.....	47
Tabla 6: Prueba de la chi cuadrada.....	49
Tabla 7: Relación Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Control del Tratamiento Puno 2016.....	51
Tabla 8: Prueba de la chi cuadrada.....	53
Tabla 9: Relación Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional ManuelNúñez Butrón según Estadio de la Enfermedad - Puno 2016.....	55
Tabla 10: Prueba de la chi cuadrada.....	57
Tabla 11: Ingreso Económico Y Relación Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Control de Tratamiento – Puno 2016.....	58
Tabla 12: Prueba de la chi cuadrada.....	60

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

PIB: Producto Bruto Interno

IARC: Agencia Internacional de Investigación en Cáncer

SIS: Seguro Integral de Salud

TGS: Teoría General de Sistemas

RESUMEN

La presente investigación denominada “Influencia de los Factores Socioeconómicos en el Tratamiento de Pacientes Oncológicos - Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno 2016”. Tuvo como objetivo principal demostrar la influencia de las condiciones socioeconómicas familiares en el tratamiento de los pacientes oncológicos y a nivel específico determinar si las condiciones económicas influyen en el tratamiento de pacientes oncológicos y explicar las condiciones sociofamiliares y su influencia en el tratamiento de pacientes oncológicos. Para esta investigación cuantitativa de carácter explicativo, se utilizó el método hipotético deductivo. Los resultados comprueban la hipótesis de que las condiciones socioeconómicas familiares influyen en el tratamiento de los pacientes oncológicos; puesto que el 25% de los pacientes oncológicos tienen bajos ingresos entre 401 a 800 soles y tienen relaciones familiares distantes lo que influye en que estos solo reciban tratamiento a través del Sistema integral de Salud, sin un tratamiento especializado; según la prueba estadística de la chi cuadrada con valores 0,013, inferiores al 0,05 de probabilidad de error se demuestra que existe una relación que las condiciones socioeconómicas y familiares influyen significativamente en el tratamiento de pacientes oncológicos.

PALABRAS CLAVES: Factores Socioeconómicos, Pacientes Oncológicos, Tratamiento, Relaciones Familiares.

ABSTRACT

The present investigation called "Influence of Socioeconomic Factors in the Treatment of Oncologic Patients - Regional Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2016". The main objective was to demonstrate the influence of family socioeconomic conditions on the treatment of cancer patients and at a specific level to determine if the economic conditions influence the treatment of cancer patients and to explain the socio-familial conditions and their influence in the treatment of cancer patients. For this quantitative investigation of an explanatory nature, the deductive hypothetical method was used. The results confirm the hypothesis that family socioeconomic conditions influence the treatment of cancer patients; Since 25% of cancer patients have low income between 401 and 800 soles and have distant family relationships, which influences that they only receive treatment through the Comprehensive Health System, without a specialized treatment; According to the chi-square test with values 0.013, less than 0.05 probability of error, it is shown that there is a relationship that socioeconomic and family conditions significantly influence the treatment of cancer patients.

KEY WORDS: Cancer Patients, Family Relationships, Socioeconomic Factors, Treatment.

I INTRODUCCIÓN

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes.

Los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Lima Metropolitana registraron en el año 2011 un total de 34 000 casos nuevos de cáncer en Lima Metropolitana; asimismo, se diagnosticaron 46 264 casos nuevos a nivel nacional. El incremento de los casos de cáncer en nuestro país puede ser explicado por determinantes como la transición demográfica, la transición epidemiológica, la pobreza, la urbanización, entre otros. Las determinantes sociales de la salud son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas así como los de salud que explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las

diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

La pobreza empeora el acceso de las personas con cáncer a los servicios de salud dentro de un mismo país, las personas pobres tienen mayores probabilidades de desarrollar enfermedades no transmisibles que aquellas con mayores recursos. Por otro lado, el costo derivado de las enfermedades no transmisibles como el cáncer merma significativamente los presupuestos familiares reduciendo el dinero para necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación, requisito básico para escapar de la pobreza.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

En la Región de Puno el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, según las estadísticas y registro del Programa de Prevención y Control de Cáncer se encuentran 90 casos de pacientes oncológicos entre los distintos tipos de cáncer, ellos con diversas condiciones socioeconómicas y familiares, quienes a la vez han sido transferidos a diferentes centros especializados para su tratamiento entre ellos a las ciudades de Arequipa, Lima., de los cuales, no todos los referidos para un tratamiento externo acuden a estos establecimientos hospitalarios debido a que sus ingresos económicos no cubren con las necesidades del hogar por lo tanto la mayoría de estos pacientes al tener escasos recursos económicos se limitan al acceso a estos tratamientos para una mejora en su salud. Es por ello que es de suma importancia ponerle atención no solo a la parte médica de los pacientes sino también ver el lado social, considerando que la enfermedad tiene un tratamiento médico como social, se considera que esta investigación es de vital importancia ya que se no se ha realizado ninguna investigación en el plano social de estas personas

afectas de esta enfermedad, en este contexto se estudió en relación a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la influencia de las Condiciones Socioeconómicas familiares en el Tratamiento de los pacientes oncológicos?.

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1. Objetivo general:

Demostrar la influencia de las condiciones socioeconómicas familiares en el tratamiento del paciente oncológico.

1.3.2. Objetivos específicos:

Determinar las condiciones económicas que influyen en el tratamiento de los pacientes oncológicos.

Explicar las condiciones socio familiares y su influencia en el tratamiento de pacientes oncológicos.

II REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Teoría de Karl Marx

Sebares, F. (2012), menciona que los marxistas centraron su interés en las fuerzas de producción que ubican a la familia como medio de reproducción de la fuerza de trabajo. En las sociedades capitalistas el capital es incapaz por sí mismo de reproducir la fuerza laboral necesaria para la producción social de mercancías; por tanto debe existir un agente que actúe como medio de reproducción de dicha fuerza laboral, responsabilidad que corresponde a la familia en general.

En una economía de mercado la gran mayoría de trabajadores depende de un salario que se incorpora como recurso para su subsistencia y la de su familia. Se está en presencia de una multitud de personas, hombres y mujeres, que en el devenir histórico han perdido su existencia objetiva, es decir, no son propietarios de medios de producción, -han sido separados de la tierra- y dependen de la venta de su fuerza de trabajo; por tanto, ahora su existencia es subjetiva y sólo al encontrar un comprador pueden conectarse al flujo de la economía. El capitalismo convierte así al propietario en asalariado, miembro de la clase trabajadora y, a las familias, en

emprendedoras de procesos para proveer mano de obra, a la vez que homogeniza la iniciación de tales procesos pues éstas parten de la adquisición de un salario. En tal circunstancia su fuerza de trabajo es mercancía y en consecuencia, debe tener valor de uso y valor de cambio.

El valor de cambio de la fuerza de trabajo está dado por el valor de los medios de existencia indispensables para satisfacer necesidades físicas, sociales y culturales del obrero y de su familia. La fuerza de trabajo debe tener un soporte; alguien que la contenga; y sólo existe mientras ese ser depositario esté vivo; desaparecido éste, desaparece la fuerza de trabajo. Para mantener la vida del trabajador y de su familia se necesitan medios de existencia: alimentos, vestido, techo, drogas, etc. Las personas se agotan a diario y deben recuperarse, en una dinámica continua que hace que puedan estar siempre dispuestas a producir; la compensación se hace a cuenta del trabajador y de su familia con base, en parte, en un salario y este es, en síntesis, el valor de cambio del trabajo expresado en dinero.

Como cualquier mercancía, la fuerza de trabajo debe tener un valor de uso, es decir servirle a alguien para algo; ese alguien es el capitalista que compra la mercancía para satisfacer su necesidad de acumulación de excedentes como requisito necesario para mantenerse en el mercado. En esta línea, la mercancía fuerza de trabajo, la compra el capitalista porque en el proceso de producción el obrero genera un valor superior al valor de la fuerza de trabajo que el capitalista le reconoce a través del salario; es decir, crea un excedente que va para el capitalista y que Marx denomina plusvalía.

De acuerdo a la teoría plateada por Marx, desde mi punto de vista la economía o la teoría económica planteada desarrolla el tema de los ingresos económicos de la familia, determinados de acuerdo al trabajo que desarrollan dentro de un ente institucional, considerado como la mano de obra que genera ingresos tanto para la empresa como para la persona, y por ende ingresos que sustenten las necesidades de su familia; por lo tanto esta teoría implica uno o mas de los miembros de la familia tienen que recurrir necesariamente a ofertar su mano de obra para generar mercancías para el soporte de su familia.

2.1.2. Teoría General de Sistemas:

Teoría General de Sistemas (TGS), que fue propuesta por el biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy a mediados del siglo veinte. La TGS propone una terminología y unos métodos de análisis que se han generalizado en todos los campos del conocimiento y están siendo usados extensamente por tecnólogos y por científicos de la Física, la Biología y las Ciencias Sociales.

El vocabulario básico de la TGS, recogido de diversos campos científicos, incluye entre otros los siguientes conceptos: Sistemas y subsistemas, entradas (inputs) y salidas (outputs), cajas negras y realimentación (feed-back).

Sistema es un conjunto organizado de elementos que interactúan entre sí o son interdependientes, formando un todo complejo, identificable y distinto. Por elementos de un sistema se entienden no solo sus componentes físicos sino las funciones que estos realizan.

Algún conjunto de elementos de un sistema puede ser considerado un subsistema si mantienen una relación entre sí que los hace también un conjunto identificable y distinto. Los sistemas reciben del exterior entradas (inputs) en forma, por ejemplo, de información, o de recursos físicos, o de energía. Las entradas son sometidas a procesos de transformación como consecuencia de los cuales se obtienen unos resultados o salidas (outputs). Se dice que hay realimentación o retroalimentación (feed-back): cuando parte de las salidas de un sistema vuelven a él en forma de entrada. La realimentación es necesaria para que cualquier sistema pueda ejercer control de sus propios procesos. Cuando de un subsistema se conocen solo las entradas y las salidas pero no los procesos internos se dice que es una caja negra.

De acuerdo al análisis realizado la teoría de sistemas de Berthalanffy indica que la filosofía de los sistemas en un determinado contexto, comparando con la investigación, se define que el termino de sistema se relaciona con la familia, debido a que la familia es un sistema conformado por subsistemas e interactúan entre ellos, por lo que existe interacciones comunicativas entre ellos y existe una funcionalidad directa entre los miembros, entonces se definiría que de acuerdo a esta teoría la familia viene a ser un sistema cerrado, conformado por subsistemas que interactúan entre ellos, por lo que se toman decisiones dentro de ese ámbito privado.

2.1.3. Trabajo Social y Oncología:

Aguirre et.al. (2004), La especialidad del trabajo social en oncología dependerá del lugar donde se desarrolle la tarea. La incorporación del trabajador social a los diferentes campos de la medicina permite aportar a

otras especialidades conocimientos y elementos adecuados para la mejora de la atención en general.

Respecto a la oncología, el trabajador social en el campo de la salud debe tener incorporados una serie de conocimientos básicos que le permitan intervenir de forma apropiada en cada caso.

La incorporación del trabajador social a un servicio concreto facilitara, tanto al personal asistencial como al propio trabajador social, profundizar en cada situación de forma precisa, ajustándose a la realidad y teniendo en cuenta las características específicas que comportan los diferentes tipos de enfermedades.

Áreas de Influencia:

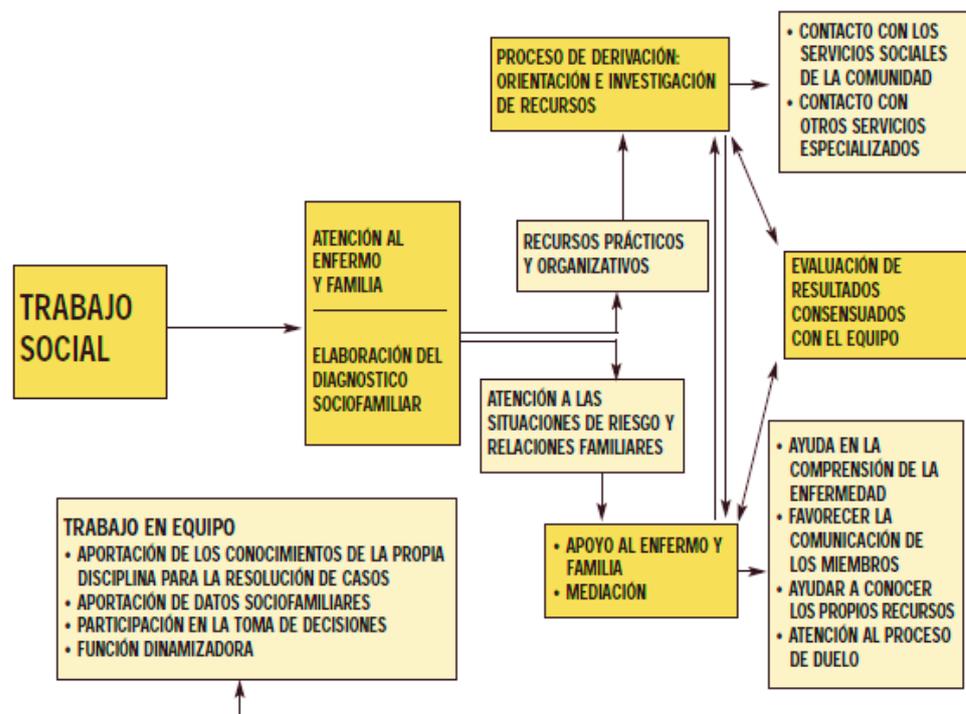
Equipo	Enfermo y familia	Comunidad	Formación /docencia	Investigación
Aportación de conocimientos sociales y culturales asociados a la enfermedad.	Atención para mantener la calidad de vida.	Información, sensibilización y optimización de los recursos comunitarios.	Adquisición y transmisión de técnicas y conocimientos específicos.	Aportación de datos para la mejora de la atención global.

El desarrollo metodológico del trabajo social en la atención oncológica requiere, en primer lugar, tener unos objetivos trazados.

El objetivo general será entender los efectos que provoca la enfermedad del cáncer tanto a nivel personal, familiar, como social, teniendo en cuenta las diferentes influencias socioculturales, y dotar de los

medios necesarios para resolverlos, a la vez que prevenirlos. Así también el trabajador social deberá identificar las problemáticas sociofamiliares producidas o asociadas a la enfermedad del cáncer, tendrá que determinar su procedencia y las consecuencias que se derivan de ellas, para ello deberá poner en marcha sistemas de ayuda que permitan a las personas afrontar la situación en la que se encuentran, así promoverá y evaluará con los responsables los recursos de forma actualizada, es decir, adaptados a los posibles cambios sociales; y por lo tanto deberá dotar a la comunidad de toda aquella información necesaria para la mejora de la salud y la calidad de vida de la población en general, ejerciendo una función de colaboración activa.

Atención sociofamiliar en Oncología



2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Economía:

Parkin, M. (2010), la economía es la ciencia social que estudia las elecciones que los individuos, las empresas, los gobiernos y las sociedades enteras hacen para enfrentar la escasez, así como los incentivos que influyen en esas elecciones y las concilian.

Skousen, M. (2008), la economía es "el estudio de cómo los individuos transforman los recursos naturales en productos y servicios finales que pueden usar las personas"

Considerando las definiciones de los autores se considera que la economía es la adquisición de recursos para complementar necesidades de un hogar, una empresa u otro tipo de institución para que puedan ser útiles para adquirir recursos para su beneficio.

2.2.2. Ingresos

Banco de la república de Colombia (2015), Los ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa, una organización, un gobierno, etc.

El tipo de ingreso que recibe una persona o una empresa u organización depende del tipo de actividad que realice (un trabajo, un negocio, una venta, etc.). El ingreso es una remuneración que se obtiene por realizar dicha actividad.

Por ejemplo, el ingreso que recibe un trabajador asalariado por su trabajo es el salario. Si ésta es la única actividad remunerada que hizo la persona durante un periodo, el salario será su ingreso total. Por el contrario, si esta persona, además de su salario, arrienda un apartamento de su propiedad a un amigo, el dinero que le paga el amigo por el arriendo también es un ingreso. En este último caso, el salario más el dinero del arrendamiento constituyen el ingreso total. Los ingresos pueden ser utilizados para satisfacer las necesidades.

Organización de Naciones Unidas (2002), “El ingreso del hogar se define como la suma de los ingresos de todos sus miembros y los que se captan de manera conjunta, tanto en efectivo como en especie. En este marco, los dos principales conceptos de ingreso familiar son el ingreso total del hogar y el ingreso disponible del hogar. El ingreso total del hogar es igual a la suma de los ingresos formados por:

- a) Los sueldos y salarios en dinero y especie, las contribuciones de los empleadores a la seguridad social y a planes similares (cajas de pensiones, seguros de enfermedad, etc.), y la renta empresarial bruta de sociedades no incorporadas,
- b) La renta de la propiedad (constituida por la renta imputada de los ocupantes de sus propias viviendas, intereses, dividendos, rentas, regalías, patentes, derechos de autor, y otros similares)
- c) Las transferencias corrientes y otros beneficios recibidos (que incluyen los ingresos de beneficios de la seguridad social, pensiones y beneficios de seguros de vida y otras transferencias corrientes.

Analizando las definiciones se considera que los ingresos son aquellos medios que utilizan las personas para poder satisfacer sus necesidades, como también las necesidades de su hogar, para ello los ingresos deben ser sustanciales a la actividad que realizan las personas.

2.2.3. Actividad Laboral:

Häcker, W. (1986), define a la actividad laboral como "una unidad funcional de procesos motivacionales, volitivos, cognoscitivos (perceptivos, mnésicos, intelectuales) y motores". Según este mismo autor la actividad laboral está caracterizada por las siguientes propiedades psicológicas relevantes: es una actividad consciente dirigida a un fin determinado; está dirigida a la realización de un objetivo como resultado anticipado (producto) que: existe en la imaginación antes de la acción, se regula de acuerdo con la voluntad del objetivo consciente y durante su ejecución se desarrolla fundamentalmente la personalidad. Plantea además que los componentes psíquicos de la actividad laboral están determinados por la tarea de trabajo y que la unidad básica del análisis psicológico de la actividad es la acción, definiendo por acción la unidad psicológica más pequeña de la actividad regida por la voluntad.

INEI (2017), los rubros de las actividades laborales de la población Económicamente Activa son considerados según la categoría de ocupación, los cuales pueden ser:

- Empleador o patrono
- Trabajador independiente
- Empleado

- Obrero
- Trabajador familiar no remunerado
- Otros

Desde mi perspectiva la actividad laboral se considera como el desenvolvimiento de las personas en un determinado oficio para que pueda generar ingresos para su hogar y la satisfacción de necesidades.

2.2.4. Familia

Declaración Universal de los Derechos Humanos (2009), la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”. Y tiene como tipología: la familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar»; la familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines y la familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.

Artículo de Archivos en medicina familiar (2005), La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.

La familia desde el análisis de los dos conceptos se la define como un conjunto de personas que tienen un vínculo afectivo que los une y que los protege, cada miembro cumple una función dentro del hogar lo que implica que cada uno de los individuos velan el uno por el otro para su bienestar.

2.2.5. Relaciones Familiares:

Amarís et.al. (2004), Las relaciones familiares están constituidas por las interacciones entre los miembros que integran el sistema; a partir de estas interacciones se establecen lazos que les permiten a los miembros de la familia permanecer unidos y luchar por alcanzar las metas propuestas. Dichas interacciones se manifiestan por medio de la comunicación, la cual permite observar los conflictos, las reglas y normas que regulan la homeostasis del sistema familiar, ya que el comportamiento de cualquier elemento del sistema lo altera en su totalidad.

El sistema familiar se encuentra compuesto por diferentes subsistemas, entre los que se encuentran: el subsistema individual, conyugal, parental y fraternal.

Según el enfoque sistemático familiar citado por Casas (2009), se plantea que dentro del genograma familiar las relaciones familiares que existen dentro del hogar así para el autor es muy importante que se registren las relaciones entre los miembros de la familia. Para conocer estas relaciones recurriremos tanto a la información aportada por los miembros de la familia, entre ellos menciona los tipos de relaciones que pueden existir dentro de la familia que son:

- Unidos o armonioso
- Distantes

- Pobre o conflictivo
- Apartados o separados

De acuerdo a los autores se puede definir que las relaciones familiares son vínculos establecidos dentro de las interacciones familiares que se dan en el hogar, por lo que influye cada comportamiento de cada miembro que la conforma, por lo que se pueden crear ambientes armoniosos u hostiles dentro de ella.

2.2.6. Cáncer:

El Instituto de Cancerología (2004), “El Cáncer es el nombre de una variedad de, por lo menos, cien enfermedades muy distintas entre sí y que se produce por el crecimiento anormal y desordenado de las células del cuerpo. Esto es causado por alteraciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética ha sido alterada, por lo que las células reciben mensajes erróneos. La célula cancerosa pierde el control de su propio desarrollo, de modo que se divide en más células a mayor velocidad que el resto de tejidos a los que pertenece, sin cumplir las funciones para las que ha sido creada.

La Organización Mundial de Salud (2014), «Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros

órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

Según el análisis de los autores se define desde el plano social que el cáncer es una enfermedad que afecta al paciente no solo físicamente sino psicológicamente afectando también al ambiente en el que se encuentra, resquebrajándose los lazos que existen dentro del hogar.

2.2.7. Tratamiento del Cáncer

Fundación para la excelencia y la Calidad de la Oncología (2014) La detección y tratamiento del cáncer requiere una correcta coordinación de distintas especialidades, aportando una visión integral de la enfermedad para abordar con mayor garantía todos los aspectos del proceso oncológico. Es decir, requiere la actuación de un equipo multidisciplinar donde se incluyan todos los especialistas que actúen en el tratamiento curativo de los pacientes: cirujanos, oncólogos médicos, radioterapeutas, unidad del dolor así como en los cuidados paliativos de los pacientes incluyendo la fase cercana a la muerte o el duelo.

a) Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de medicamentos para tratar una enfermedad, como el cáncer. En muchas ocasiones, a este tratamiento simplemente se le llama “quimio”. Mientras que la cirugía y la radioterapia extraen, destruyen o dañan las células cancerosas en cierta parte del cuerpo únicamente, la quimioterapia surte su efecto a través de todo el cuerpo. La quimioterapia puede destruir las células cancerosas

que han hecho metástasis o se han propagado a otras partes del cuerpo alejadas del tumor primario (original).

b) Radioterapia:

La radioterapia es un tratamiento exclusivamente local o loco-regional (cuando se incluyen los ganglios cercanos al tumor), es decir, trata el cáncer en su lugar de origen y su objetivo varía en función de cuándo se administra.

c) Cirugías:

La cirugía se ha empleado para tratar el cáncer por muchos años. También es un elemento clave en diagnosticar cáncer y determinar qué tanto se pudo haber propagado (un proceso llamado clasificación por etapas o estadificación). Los avances continuos en las técnicas quirúrgicas permiten a los cirujanos realizar operaciones en un número cada vez mayor de pacientes y con buenos resultados. Se conoce como cirugía invasiva a aquella en la que un cirujano requiere hacer un corte para realizar una operación en el cuerpo. Hoy día, las operaciones que conllevan menos cortes (cirugía menos invasiva) se pueden realizar a menudo para extirpar tumores mientras se preserva lo más posible el funcionamiento normal del tejido.

2.2.8. Medios de Tratamiento:

a) Seguro Integral de Salud:

El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la

salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

De esta forma, estamos orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas.

Pero el SIS también busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.

b) Referencias Externas:

Ministerio de Salud (2005) El sistema de Referencia y contrareferencias (SCR), es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.

2.3. ANTECEDENTES

2.3.1. A Nivel Internacional

Otero, A. et.al. (2013), “*Factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento médico por pacientes pediátricos con leucemia aguda*”, cuyo objetivo fue describir la frecuencia de abandono del tratamiento

médico por leucemia aguda por pacientes pediátricos sobre la base de características psicosociales y estadio de la enfermedad; la Hipótesis de la investigación fue el nivel socioeconómico incide en el abandono del tratamiento médico de pacientes pediátricos con leucemia aguda; la metodología fue un estudio comparativo transversal y retrospectivo, donde se realizó el muestreo por conveniencia, fue describir la incidencia de este fenómeno en pacientes con leucemia aguda linfoblástica del Instituto Nacional de Pediatría tratados a lo largo de cinco años. La muestra estuvo constituida por 275 expedientes, incluyendo solo los de aquellos pacientes con diagnóstico de leucemia aguda atendidos por el Departamento de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría de México en el curso de un lustro, quedando al final los correspondientes a 134 pacientes. Se diseñó una hoja de recolección de datos ex profeso para el presente estudio en la que se incluyeron las siguientes variables: género (masculino, femenino); edad al momento del diagnóstico; origen (foráneo o residente en la ciudad de México); tipo de población (rural, urbana); escolaridad (analfabeto, educación básica, nivel medio superior (licenciatura); ocupación (jornalero, hogar, otros); estado civil de los padres (casados, unión libre, separados); clasificación socioeconómica (pobreza extrema, pobreza, situación favorable); acceso a servicios de apoyo económico; fase de tratamiento médico en la que se encontraba el paciente en la fecha de revisión; momento específico del tratamiento (inducción, consolidación, mantenimiento, vigilancia, recaída, fuera de tratamiento oncológico [FTO]); condición a la fecha de revisión (activo, fallecido o se desconoce), y estado en el que se encontraba el paciente (abandono o activo) y los resultados fueron los

siguientes: En este estudio se encontró un índice de 23% ($n = 31$) de abandono radical. Esto coincide con estudios previos en los que los índices de tal abandono oscilan entre 9 y hasta 66% de los pacientes; sin embargo, dicho dato resulta alarmante ya que por cada 3.4 niños que fueron diagnosticados con leucemia e ingresaron a tratamiento en el Instituto Nacional de Pediatría, uno abandona. Los tesisistas llegan a la conclusión de que la precaria condición de vida, la escasa educación o la falta de empleo de las familias de los pacientes de la mencionada institución se traducen en un acceso limitado a los servicios de salud, búsqueda tardía de asistencia médica ante los primeros síntomas y poca comprensión de la gravedad de la enfermedad, por lo que abandonan el tratamiento con mayor facilidad.

Dantas, C. (2011), *“Influencia Del Estilo De Vida Y Los Factores De Riesgo En La Calidad De Vida De Enfermos En Unidad Oncológica”*, cuyo objetivo fue evaluar la influencia del estilo de vida y los factores de riesgo en la calidad de vida de las enfermas de cáncer de mama de una unidad oncológica; la hipótesis de la investigación fue los estilos de vida y factores de riesgo influyen en la calidad de vida de las enfermas de cáncer de mama de una unidad oncológica; la metodología de investigación fue la siguiente: consistió de 60 enfermas con cáncer de mama, Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sociodemográfico, que incluye los datos clínicos de la paciente y los resultados fueron: según su estilo de vida, las mujeres llevaban a cabo una media de $5 \pm 0,956$ actividades, bajando este índice a $4 \pm 1,186$ después de la enfermedad. Antes del cáncer, las pacientes consideraban su capacidad para ejercer las actividades de la vida diaria (AVD's) como excelente (98,3%), estaban muy satisfechas con su estilo de vida (68,3%),

tenían una relación familiar fuerte (95%) y una buena autoestima (71,7%). Después de la enfermedad, pasaron a clasificar su capacidad para ejercer las actividades cotidianas como buena (60%) y regular (31,7%). El grupo de las mujeres muy satisfechas con su estilo de vida (48,3%) se dividió con las que ahora estaban parcialmente satisfechas (48,3%), variaron su relación familiar débil (43,3%), pero sus conceptos de autoestima variaron de normal (36,7%) o bueno (38,3%) para la mayoría a bajo para el 20% de ellas.

2.3.2. A Nivel Nacional

Villalva, F. (2014), “*Tratamiento en pacientes con cáncer: impacto y adherencia*”, cuyo objetivo fue identificar la relación entre el Impacto y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer; la hipótesis de la Investigación fue existe una relación significativa entre la adherencia y el Impacto del tratamiento en pacientes con cáncer; la metodología fue de tipo de investigación sustantiva descriptiva definen una investigación sustantiva, porque combina características de la investigación pura y aplicada y los resultados obtenidos fueron: existe una relación entre el Impacto y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer, lo cual ratifica la multifactoriedad de la variable adherencia. El nivel de la adherencia al tratamiento oscilo en un 47% los pacientes que obtuvieron una adherencia en un nivel Promedio Alto a Alto, un 34% presentaron un nivel Promedio y el 29% un nivel Promedio Bajo a Bajo. El nivel del impacto del tratamiento en los pacientes con cáncer, se obtuvo un nivel Promedio Alto y Alto con un 33%, en un nivel Promedio con un 47% y un nivel Promedio Bajo y Bajo con un 20%; Asi mismo, se observó que el estado físico general de salud tuvo un mayor porcentaje en el nivel Promedio con 61%, el ambiente familiar y social mostró una mayor

incidencia en el nivel Promedio con un 68%, así como Capacidad de funcionamiento personal también presentó un mayor porcentaje también en dicho nivel con un 47%. En contraste con el estado emocional que presentó una mayor incidencia del impacto en el nivel Alto con un 44%.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:

2.4.1. Hipótesis General

- Las condiciones socioeconómicas familiares influyen en el tratamiento de los pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno.

2.4.2. Hipótesis específicas

- Los pacientes oncológicos poseen condiciones económicas que determinan su adhesión a un tratamiento de referencia externa.
- Las condiciones socio familiares influyen en el tratamiento de pacientes oncológicos.

III MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Esta investigación corresponde al paradigma cuantitativo de tipo explicativo causal porque pretende establecer la influencia entre las condiciones socioeconómicas y familiares en el tratamiento de los pacientes oncológicos. Esta investigación está dirigida a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Su principal interés es explicar porque ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o porque se relacionan entre estas variables.

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:

Se trabajó con el método hipotético deductivo, debido a que se desarrolló de lo general a lo específico, considerando que las variables tienen relación con un problema que ya existe.

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Se utilizó el diseño no experimental, ya que esta investigación se realizó sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es una investigación donde no se variaron intencionalmente las variables independientes. Lo que se realizó en esta investigación no experimental fue observar los fenómenos tal y como se presentaron en su contexto natural, para después analizarlos, y para el baseo de

datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, que facilitó el procesamiento de datos para los resultados.

3.4. POBLACIÓN:

La población Universo fue de 90 pacientes registrados en el Programa de Control y Prevención del Cáncer del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno.

3.5. MUESTRA DE ESTUDIO:

La muestra óptima para el presente estudio se halló por métodos de muestreo aleatorio utilizando el tamaño de muestra para la estimación de la proporción poblacional o variable cuantitativa. Haciendo uso de la estadística se determinaron los siguientes resultados: Asumiendo el nivel de confianza del 95% con un margen de error muestral del 5% se obtuvo lo siguiente:

$$P = 0.5 = 50\% \quad \text{Proporción favorable}$$

$$Q = 1 - P = 1 - 0.5 = 0.5 = 50\% \quad \text{Proporción no favorable}$$

$$Z_{(1-\alpha/2)} = \text{Valor de la distribución normal según tablas estadísticas}$$

$$Z_{(1-\alpha/2)} = Z_{(1-0.05/2)} = Z_{(1-0.025)} = 1.96$$

$$e = 5\% = 0.05 = \text{Margen de error muestral}$$

Para hallar el tamaño de muestra óptimo usamos la siguiente fórmula:

Dónde:

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = valor de la distribución Normal según el nivel de confianza deseado.

P = Proporción favorable.

$Q = P - 1$ = Proporción no favorable

e = Margen de error muestral

$N = 90$ de pacientes oncológicos del hospital de Puno

Cuando la fracción n_0/N es más del 10% utilizamos la corrección en caso contrario el tamaño de muestra óptimo será n_0 .

La corrección usada es:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{Corrección usada cuando } n_0/N > 10\% \text{ m}$$

Reemplazando los datos en la formula tenemos:

$$n_0 = \frac{(90)(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(90 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} = 55.38$$

Para lo cual utilizamos el corrector si es necesario.

Entonces: $n_0/N = 122.78/180 = 0.6821 = 68.21\%$ como n_0 es mayor del 10%

hacemos uso del corrector:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{55.38}{1 + \frac{55.38}{90}} = 34.19 = 34$$

Entonces el tamaño de muestra óptimo es de 34 pacientes del Hospital Regional

Manuel Núñez Butrón de Puno.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

3.6.1. La encuesta:

Se utilizó esta técnica para recolectar la información de los pacientes oncológicos en el proceso de ejecución del proyecto de investigación.

- **Instrumento:** El cuestionario elaborado por la tesista para la recolección de datos.

3.6.2. La revisión bibliográfica:

Se utilizó esta técnica para recabar información para la ejecución del Proyecto de Investigación, así como también el informe de la investigación, de acuerdo a las variables utilizadas.

3.7. DISEÑO ESTADÍSTICO PARA PROBAR LA HIPÓTESIS

Se ha utilizado χ^2 (Chi cuadrada) de independencia con $(r-1)(c-1)$ grados de libertad para contrastar la hipótesis, esta se obtuvo a través del paquete estadístico SPSS 22, la que nos permitió determinar la relación que existe entre las variables (causa-efecto).

Estadígrafo de contraste:

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Dónde:

O_{ij} = Frecuencia observada para la ij – esima casilla.

E_{ij} = Frecuencia esperada para la ij – esima casilla.

Criterio de independencia:

H_0 =Las variables son independientes.

H_a =Las variables están relacionadas

Nivel de significancia:

$\alpha = 0.05 = 5\%$

Regla de decisión:

a) Hallamos el valor de la Chi cuadrada tabular (X_t^2)

$$X_{[(r-1)(c-1), \alpha]}^2 \Rightarrow X_t^2$$

Dónde:

$r = \text{Numero de filas .}$

$c = \text{Numero de columnas}$

b) Para hallar el X_t^2 se utilizara la siguiente tabla de distribución de Chi cuadrado

Tabla 1
Distribución Chi Cuadrado χ^2

<i>Grados libertad $g.l$</i>	<i>P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el Chi cuadrado tabulado</i>						
	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1
1	10,827	9,140	7,879	6,634	5,023	3,841	2,705
2	13,815	11,982	10,596	9,210	7,377	5,991	4,605
3	16,266	14,320	12,838	11,344	9,348	7,814	6,251
4	18,466	16,423	14,860	13,276	11,143	9,487	7,779
5	20,514	18,385	16,749	15,086	12,832	11,070	9,236
6	22,457	20,249	18,547	16,811	14,449	12,591	10,644
7	24,321	22,040	20,277	18,475	16,012	14,067	12,017
8	26,123	23,774	21,954	20,090	17,534	15,507	13,361
9	27,876	25,462	23,589	21,666	19,022	16,919	14,683
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

Fuente: Ronald A. Fisher y Frank Yates, Statistical Tables For Biological, Agricultural and Medical Research, 6 Edicion, (Nueva York, Hatner, 1963), p.47

IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se presentan los siguientes resultados de la investigación denominada “Influencia de los Factores Socioeconómicos en el Tratamiento de Pacientes Oncológicos - Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno 2016”, dando respuesta a la hipótesis general y a las hipótesis específicas que se plantearon, el cual fue validado estadísticamente de acuerdo a la prueba de la chi cuadrada (CHI^2), a continuación se detalla los resultados obtenidos de acuerdo a las hipótesis planteadas:

4.1. ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

La economía para las familias es necesaria para satisfacer las necesidades dentro del hogar, porque existe un mínimo vital en el cual las personas deben realizar una actividad laboral para que genere ingresos. Cada actividad realizada compete el aseguramiento a centros de salud de las personas. Así podemos observar esta relación que se genera en según la actividad laboral y el medio de tratamiento del paciente oncológico.

Tabla 2

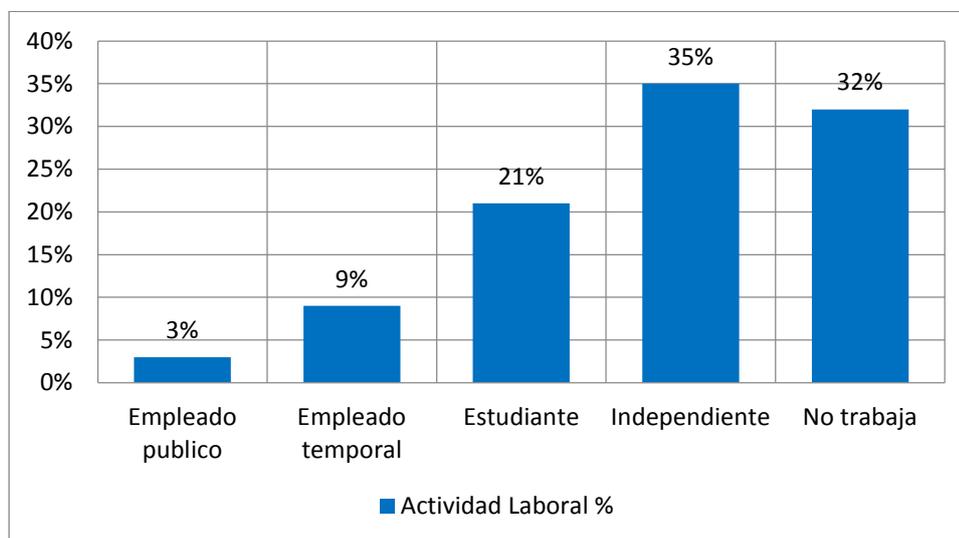
Actividad Laboral de los Pacientes Oncológicos Afiliados al SIS - Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – 2016

Actividad Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Empleado publico	1	3
Empleado temporal	3	9
Estudiante	7	21
Independiente	12	35
No trabaja	11	32
Total	34	100

Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2016

Figura 1

Actividad Laboral de los Pacientes Oncológicos Afiliados al SIS - Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – 2016



Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2016

En la tabla 2 del 100% de pacientes oncológicos, el 35% realizan una actividad laboral independiente (entre ellos ocupaciones de carpinteros, electricistas, comerciantes, entre otros) y están afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS), por lo que se ve que de acuerdo a la actividad laboral que realizan no

genera los ingresos necesarios para acudir a servicios particulares para su tratamiento.

La actividad laboral que presentan los pacientes oncológicos limita al acceso a servicios particulares o el que les permita recurrir a las referencias externas (de acuerdo a la enfermedad se les deriva a diferentes ciudades del país generando un gasto para el traslado de una ciudad a otra), por lo tanto al no encontrar un empleo estable para cubrir sus necesidades básicas dentro de su hogar limita mucha veces al cuidado de su salud y por ende a realizar un tratamiento como es en caso de los pacientes con cáncer, en algunas ocasiones por la actividad que desempeñan son más propensos en contraer dicha enfermedad, por lo tanto las actividades laborales que realizan afectara al acceso a los medios de tratamientos que son necesarios para su recuperación.

Según Otero (2013) La precaria condición de vida, la escasa educación o la falta de empleo de los pacientes se traducen en un acceso limitado a los servicios de salud. Por lo que se puede entender que al no tener una actividad laboral estable hace que el paciente oncológico no pueda tener acceso a servicios especializados y por ende a acceder a un tratamiento adecuado para la debida atención a su enfermedad. Por lo tanto los pacientes oncológicos del HRMNB con actividades laborales independientes solo cuentan con el SIS para la atención y control de su enfermedad, lo que se vincula con la aseveración del autor puesto que los pacientes al estar con actividades laborales no formales crean ingresos mínimos, por lo tanto solo pueden satisfacer sus necesidades básicas dentro de su hogar.

En conclusión los pacientes oncológicos desarrollan diversas actividades laborales que son meramente oficios que les brinda solo un ingreso generado por el

trabajo que realizan y como consecuencia estas actividades que realizan no llegan a tener un ingreso mayor al de una canasta familiar, afectando así a la satisfacción de necesidades, y por ende afectando su salud tanto por el trabajo físico como por los síntomas presentados por la enfermedad.

4.2. INGRESO ECONOMICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO:

El ingreso económico dentro del hogar es esencial para la satisfacción de necesidades, así sea alimentación, educación, u otras necesidades entre ellas la salud; esta es determinada desde la canasta básica familiar, por lo que al generar un ingreso adecuado hará que la satisfacción de necesidades sean cubiertas completamente. Se presenta la siguiente tabla 3 donde se ve la relación del ingreso económico y las relaciones familiares:

Tabla 3

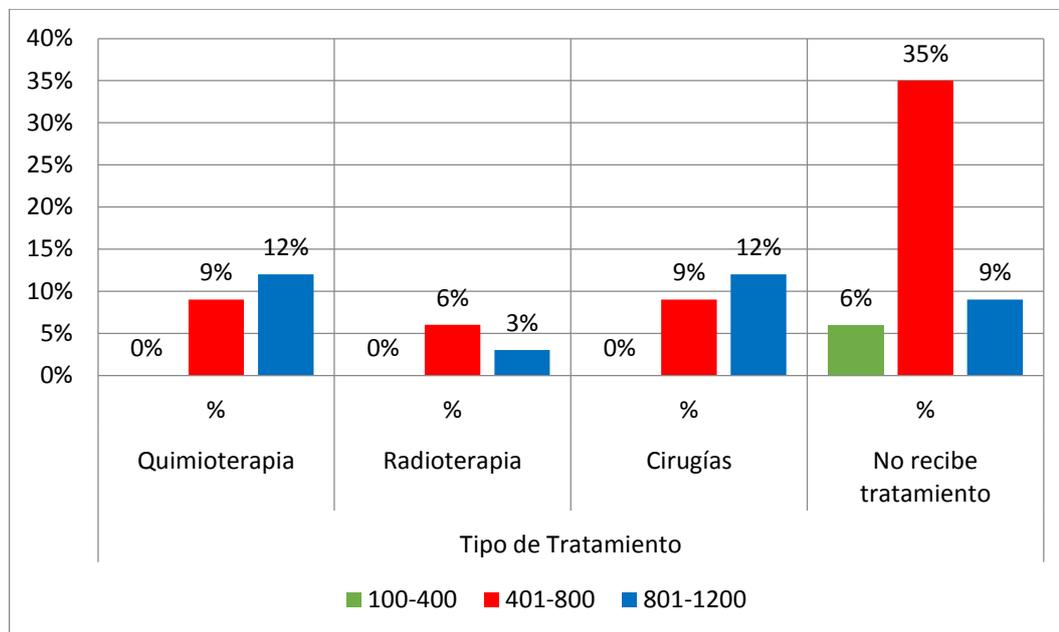
Ingreso Económico de Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Tipo de Tratamiento – Puno 2016

Ingreso Económico	Tipo de Tratamiento									
	Quimioterapia		Radioterapia		Cirugías		No recibe tratamiento		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
100-400	0	0	0	0	0	0	2	6	2	6
401-800	3	9	2	6	3	9	12	35	20	59
801-1200	4	12	1	3	4	12	3	9	12	35
Total	7	21	3	9	7	21	17	50	34	100

Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2016

Figura 2

Ingreso económico de los pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Tipo De Tratamiento – Puno 2016



Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2016

Según la tabla 3 del 100% de pacientes oncológicos encuestados el 35% de ellos tienen un ingreso económico que oscila entre los 401 a 800 soles lo que no les permite tener un tratamiento médico para su enfermedad, por lo que se ve que al no tener un ingreso adecuado para su hogar limita a que pueda acceder a un tratamiento.

Los ingresos económicos de los pacientes oncológicos son escasos para poder acceder a un tratamiento adecuado, puesto que al tener ingresos por debajo de la canasta básica, solo pueden llegar a satisfacer necesidades dentro de su hogar, al tener un ingreso mínimo solo cubren necesidades en el hogar pero dejan de lado el cuidado de su salud, una persona que tenga un oficio y sea independiente solo puede registrar entradas mínimas como de 20 a 30 soles al día, generando así al mes un ingreso entre los 400 a 800 soles de acuerdo al oficio que ejercen, por lo que por

ejemplo una persona que trabaje como mecánico generará ingresos de acuerdo a la cantidad de clientes atendidos, todos los días no podrá tener la misma cantidad de clientes, por lo que hará que varíe el ingreso para su hogar, lo que implica que al observar esta realidad se restringen del cuidado de su salud, por lo tanto los ingresos económicos están relacionados con el tipo de tratamiento que deberían tener por la enfermedad y el estadio que presentan, por lo que al tener escasos recursos económicos limitará tener acceso a un tratamiento médico adecuado para su salud, pues se requiere realizar procedimientos médicos como la quimioterapia, radioterapia y cirugías con los que de alguna forma se pueda realizar un control de su enfermedad y el paciente tenga probabilidades en el proceso de poder curar esta enfermedad.

Según el INEI (2015) la canasta básica familiar es la que permite medir la pobreza monetaria, en base a la capacidad de consumo de productos alimenticios y no alimenticios, para el 2015 los estudios realizados según esta institución la canasta familiar para 4 miembros de familia es de S/ 1260 soles para los pobres no extremos considerando que por miembro el consumo es de S/ 169 soles; por lo tanto los pacientes oncológicos están considerados dentro de esta variable, por lo que sus ingresos son menores a S/ 1260 soles por lo que no logran satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas. Por lo tanto al ver la realidad de los pacientes oncológicos según la investigación del INEI los pacientes oncológicos pertenecen a la pobreza no extrema teniendo consideración de que sus ingresos son menores al de una canasta básica familiar, lo que implica que al estar en la pobreza solo tienen la posibilidad de satisfacer unas cuantas necesidades en su hogar, por lo tanto ellos deberán limitarse en gastos para su tratamiento.

Entonces se puede definir que los ingresos de las familias de pacientes oncológicos son limitados para poder acceder a los tratamientos para su recuperación, por lo que se señala que con los resultados los ingresos son vitales para que un paciente oncológico pueda recuperarse de esta enfermedad y pueda acceder a los tratamientos de acuerdo a su enfermedad debido a que estos tratamientos serán en cierta medida beneficiosos para que puedan sobrellevar su enfermedad.

Prueba de hipótesis

Tabla 4
Prueba de chi-cuadrado

	Valor	G1	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,435 ^a	6	,036
N de casos válidos	34		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Tabla de Distribución Chi Cuadrado

Grados de libertad	Probabilidad de un valor superior - Alfa (α)			
	0,1	0,05	0,025	0,01
1	2,71	3,84	5,02	6,63
2	4,61	5,99	7,38	9,21
3	6,25	7,81	9,35	11,34
4	7,78	9,49	11,14	13,28
5	9,24	11,07	12,83	15,09
6	10,64	12,59	14,45	16,81

Como $x_c^2 = 6,435 > x_t^2 = 12,59$, con 6 grados de libertad, entonces estadísticamente hay evidencias para rechazar la Ho y se acepta la Ha (hipótesis alterna), por lo tanto existe influencia significativa de los

ingresos económicos en el tratamiento de pacientes con cáncer para un nivel de significancia de 0,05 que equivale a un 95% de confianza.

4.3. NÚMERO DE NECESIDADES SATISFECHAS Y ESTADIO DE LA ENFERMEDAD:

Las necesidades humanas son las sensaciones de carencia de bienes o servicios que el hombre tiene. Estas necesidades son exigencias fisiológicas, psicológicas, sociales, personales o espirituales. La alimentación, la vivienda, el vestido, la educación y la recreación son necesidades que deben satisfacerse de lo contrario causara frustración, angustia, e inquietud. A continuación se presenta la tabla 5 para conocer cuántas necesidades satisfacen los pacientes oncológicos relacionados al estadio de su enfermedad:

Tabla 5

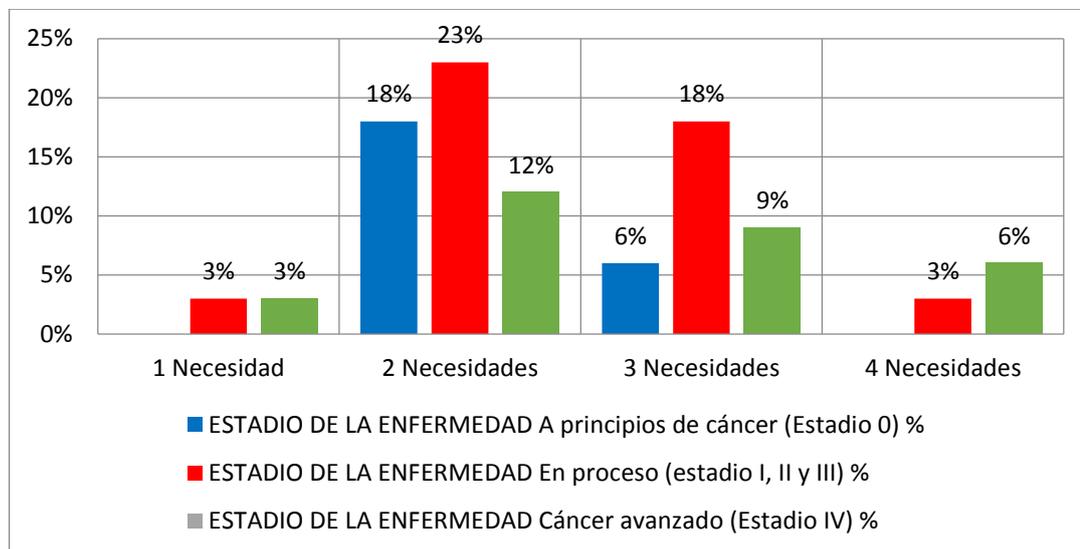
Número de Necesidades Satisfechas de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según el Estadio de la Enfermedad – Puno 2016

NUMERO DE NECESIDADES SATISFECHAS	ESTADIO DE LA ENFERMEDAD							
	A principios de cáncer (Estadio 0)		En proceso (estadio I, II y III)		Cáncer avanzado (Estadio IV)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 Necesidad	-	-	1	3	1	3	2	6
2 Necesidades	6	18	8	23	4	12	18	53
3 Necesidades	2	6	6	18	3	9	11	32
4 Necesidades	-	-	1	3	2	6	3	9
Total	8	23	16	47	10	29	34	100

Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2016

Figura 3

Número de Necesidades Satisfechas de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Según el Estadio de la Enfermedad – Puno 2016



Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2016

En la tabla 5 del 100% de pacientes encuestados el 23% de ellos satisfacen solo dos necesidades y el estadio en el que se encuentra su enfermedad es en proceso de expansión (medicamento en los estadios I, II y III), por lo que se puede decir que los pacientes oncológicos al no satisfacer sus necesidades afecta el estadio de su enfermedad, incrementando así las posibilidades de llegar a un cáncer avanzado.

Las necesidades que presentan los pacientes oncológicos conjuntamente con el estadio de la enfermedad se relacionan de acuerdo al grado de preocupación o la desesperación por no cubrir sus necesidades, por lo que se genera una relación directa que afecta a su enfermedad, por lo tanto el paciente que al tener esta enfermedad se vera mas afectado por los problemas familiares como la carga familiar que pueda tener dentro de su hogar, llegando a frustrarse tanto por la alimentación de su familia, educación de los hijos o como problemas que pueden afectar directamente al paciente.

Según Schnake (2012) “No nos permitiremos hablar ni de “la enfermedad” ni “del órgano” como algo separado de la persona total. Nuestro único esfuerzo está encaminado a que esa persona asuma a ambos como algo que le está ocurriendo a ella en su organismo. Si aquí hay un “otro”, y ese es el órgano acusado, desde el inicio necesitamos explorar la relación de la persona con el acusado, con el supuesto agresor”. ”Aun cuando algo venido del entorno haya penetrado en el interior mismo de esa persona, el proceso que estamos definiendo ocurre y modifica toda la persona. Se hace, por lo tanto, indispensable conectarnos con esa “totalidad” que forman la persona y su dolencia. Por lo tanto comparando con la autora podemos decir que los pacientes con cáncer tienen esa relación persona enfermedad, puesto que la persona con cáncer al tener una carga emocional su enfermedad se verá afectada y se expandirá a mas órganos, en otras palabras pasará al estadio terminal de su enfermedad.

Desde mi punto de vista se considera que las necesidades satisfechas de los pacientes oncológicos al ser afectados tanto por los ingresos y la actividad laboral que desempeñan los pacientes afectan a su estadio de su enfermedad, considerando que en cuanto el estadio del paciente incrementa afectará tanto al paciente como a su enfermedad.

Prueba de hipótesis

Tabla 6

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,646^a	4	,031
N de casos válidos	34		

10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Tabla de Distribución Chi Cuadrado

Grados de libertad	Probabilidad de un valor superior - <i>Alfa</i> (α)			
	0,1	0,05	0,025	0,01
1	2,71	3,84	5,02	6,63
2	4,61	5,99	7,38	9,21
3	6,25	7,81	9,35	11,34
4	7,78	9,49	11,14	13,28

Como $x_c^2 = 8,646 > x_t^2 = 9,49$, con 4 grados de libertad, entonces estadísticamente hay evidencias para rechazar la H_0 y se acepta la H_a (hipótesis alterna), por lo tanto existe influencia significativa entre las necesidades que satisfacen los pacientes con cáncer y el estadio de la enfermedad para un nivel de significancia de 0,05 que equivale a un 95% de confianza.

4.4. RELACION FAMILIAR Y CONTROL DEL TRATAMIENTO

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, pero también en las relaciones que presentan dentro del hogar, relaciones que determinan el comportamiento de los miembros de la familiar y la interacción de los mismos de acuerdo a cualquier situación. Para lo cual se considera como aspecto esencial para v el comportamiento y la interacción de los miembros de las familias de los pacientes oncológicos, para ello se describe la siguiente tabla

Tabla 7

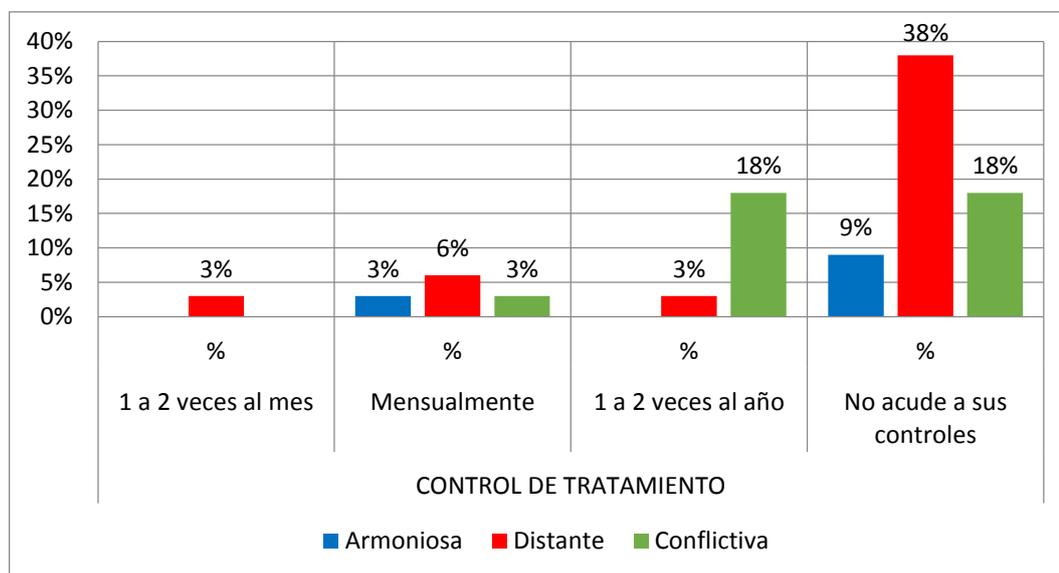
Relación Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Control del Tratamiento Puno 2016

Relación Familiar	CONTROL DE TRATAMIENTO								TOTAL	
	1 a 2 veces al mes		Mensualmente		1 a 2 veces al año		No acude a sus controles			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Armoniosa	-	-	1	3	-	-	3	9	4	12
Distante	1	3	2	6	1	3	13	38	17	50
Conflictiva	-	-	1	3	6	18	6	18	13	38
TOTAL	1	3	4	12	7	21	22	65	34	100

Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2016

Figura 4

Relación familiar de los pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según el Control del Tratamiento Puno 2016



Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2016

En la tabla 7 del 100% de pacientes oncológicos encuestados el 38% de ellos tienen una relación familiar distante y no acuden a sus controles en sus centro de salud, por lo que se puede interpretar que los pacientes oncológicos al tener una

relación distante entre sus miembros el paciente oncológico no cuenta con el apoyo de sus familiares para el acompañamiento a tratamientos.

Las relaciones familiares que se generan dentro de las familias de los pacientes oncológicos según los resultados son distantes lo que no hace saber es que el paciente una vez diagnosticado con esta enfermedad sufre alteraciones en su conducta por lo que lo único que se viene a la mente es la muerte, considerándolo de esta manera es que las relaciones en la familia se alteran pues la interacción entre los miembros se cortan, y por ende al paciente oncológico muchas veces lo dejan solo en su enfermedad y no lo acompañan a controles de tratamiento pues el mismo comportamiento del paciente se vuelve irritante y distante.

Según Aguirre (2004), En un primer momento, el diagnóstico sumerge a la familia en una crisis, al producirse un impacto emocional repentino e inesperado. La enfermedad aparece como una amenaza al equilibrio conseguido por aquella familia. Nada volverá a ser igual...hay familias en las que esta etapa se traduce en una gran movilización familiar, se produce una brusca alteración del ritmo de vida familiar donde cada miembro tiene una actitud particular hacia la enfermedad y se tienen que adaptar al cambio de roles. Según la investigación realizada nos da a conocer que las relaciones entre los miembros de las familias de los pacientes oncológicos son afectadas directamente, puesto que al ser diagnosticados con esta enfermedad las conductas que se asimilan en la familia son producto de la mera presencia de la muerte, pues empíricamente se podría decir que al ser diagnosticado con cáncer lo primero que se nos viene a la mente es la muerte, por lo que la persona se estigmatiza con esta enfermedad.

Analizando las variables se considera que las relaciones familiares en ámbito oncológico son aquellas que pueden fortalecer al paciente oncológico para el beneficio de su salud y así crear un clima adecuado para que el paciente pueda sobrellevar su enfermedad, ya que solo los tratamientos no bastan para la recuperación de los mismos sino es necesario que la familia intervenga durante el proceso de tratamiento de los pacientes. Los pacientes dentro de sus familias se sienten vulnerables a cualquier problema que pueda afectarle directamente como las prohibiciones de las actividades que alguna vez realizo así por ejemplo puede ser la limitación a frecuentar lugares públicos, o como también las interacciones sociales, lo que ocasiona a que el paciente entre en un estado de depresión, para ello la familia tiene un rol importante al ser cuidador del paciente.

Prueba de hipótesis

Tabla 8

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	G1	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,364 ^a	6	,038
N de casos válidos	34		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Tabla de Distribución Chi Cuadrado

Grados de libertad	Probabilidad de un valor superior - <i>Alfa</i> (α)			
	0,1	0,05	0,025	0,01
1	2,71	3,84	5,02	6,63
2	4,61	5,99	7,38	9,21
3	6,25	7,81	9,35	11,34
4	7,78	9,49	11,14	13,28
5	9,24	11,07	12,83	15,09
6	10,64	12,59	14,45	16,81

Como $x_c^2 = 6,435 > x_t^2 = 12,59$, con 6 grados de libertad, entonces estadísticamente hay evidencias para rechazar la H_0 y se acepta la H_a (hipótesis alterna), por lo tanto existe influencia significativa de las relaciones familiares en el control de tratamiento de pacientes con cáncer para un nivel de significancia de 0,05 que equivale a un 95% de confianza.

4.5. RELACIÓN FAMILIAR Y ESTADIO DE LA ENFERMEDAD:

Los familiares a cargo del paciente, proporcionan una variedad compleja de tareas de apoyo que comprende el dominio físico, psicológico, espiritual y emocional, lo que puede ayudar a su mejora de su enfermedad como también a que no genere una carga emocional para que no avance a un estadio crítico del paciente. A continuación se detalla la relación que tiene el estadio de la enfermedad con las relaciones familiares que presentan los pacientes oncológicos:

Tabla 9

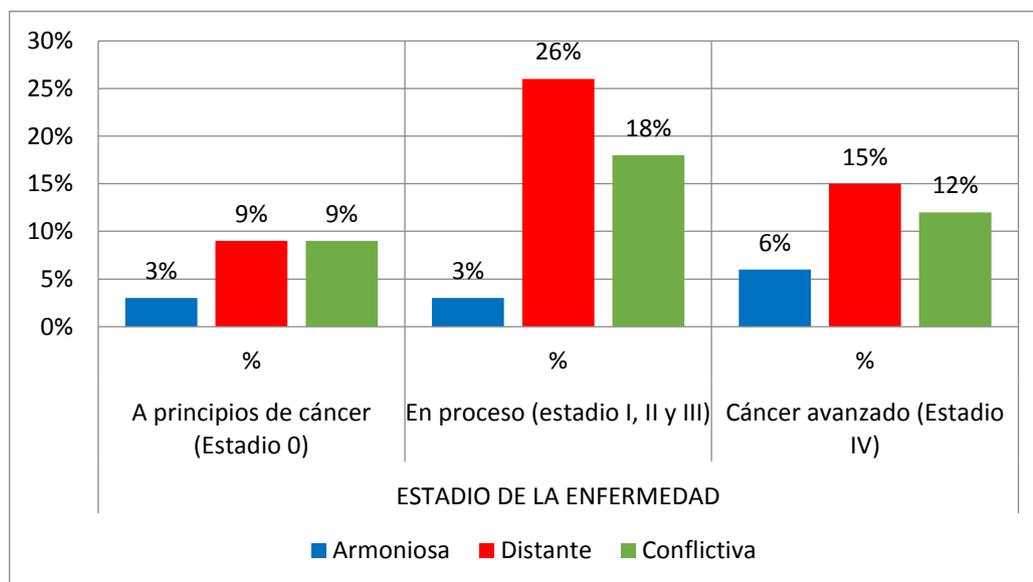
Relación Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Estadio de la Enfermedad – Puno 2016

RELACIÓN FAMILIAR	ESTADIO DE LA ENFERMEDAD							
	A principios de cáncer (Estadio 0)		En proceso (estadio I, II y III)		Cáncer avanzado (Estadio IV)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Armoniosa	1	3	1	3	2	6	4	12
Distante	3	9	9	26	5	15	17	50
Conflictiva	3	9	6	18	4	12	13	39
Total	7	21	16	47	11	33	34	100

Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2016

Figura 5

Relación Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Estadio de la Enfermedad – Puno 2016



Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2016

En la tabla 9 del 100% de pacientes encuestados el 26% de ellos tienen relaciones familiares distantes y están en proceso de su enfermedad (estadio I, II y

III), por lo que se puede observar que las relaciones familiares influyen en el estadio de la enfermedad de los pacientes oncológicos, provocando una alteración en su organismo y en su personalidad.

La relación entre estas dos variables es, que las relaciones familiares son importantes para que el enfermo pueda tener una mejor convivencia con su enfermedad, por lo que el paciente oncológico requiere del cuidado de los miembros de su familia considerando que el paciente al tener esta enfermedad sufre una estigmatización con la misma, y así en el proceso de ella recae por tener conflictos dentro de su hogar.

Según Glajchen (2004) Los familiares que cuidan del paciente desempeñan una función importante en el manejo del cáncer; contar con su cooperación e incluirlos como núcleo de la atención médica desde el principio, se considera ingredientes fundamentales para el tratamiento eficaz del cáncer. La mayoría de los equipos de oncología reconocen este hecho y tratan de incluir a los familiares que prestan su asistencia en la planificación y toma de decisiones relacionadas con el tratamiento y su ejecución. Contrastando con los resultados de la investigación los pacientes oncológicos no tienen ese acompañamiento por parte de la familia por lo que su enfermedad va acrecentando, y por ende puede llegar al último estadio y como consecuencia de ello la muerte.

Considerando los resultados obtenidos se considera que las relaciones familiares distantes afectan al paciente oncológico, exponiendo al paciente a que su enfermedad pueda expandirse, ya sea por la condición de las relaciones que tienen dentro de su hogar más la carga de la enfermedad, ocasionándole un avance en el estadio de su enfermedad que podría ocasionar la muerte del paciente oncológico.

Prueba de hipótesis

Tabla 10

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,636 ^a	6	,041
N de casos válidos	34		

III 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Tabla de Distribución Chi Cuadrado

Grados de libertad	Probabilidad de un valor superior - Alfa (α)			
	0,1	0,05	0,025	0,01
1	2,71	3,84	5,02	6,63
2	4,61	5,99	7,38	9,21
3	6,25	7,81	9,35	11,34
4	7,78	9,49	11,14	13,28
5	9,24	11,07	12,83	15,09
6	10,64	12,59	14,45	16,81

Como $x_c^2 = 6,435 > x_t^2 = 12,59$, con 6 grados de libertad, entonces estadísticamente hay evidencias para rechazar la Ho y se acepta la Ha (hipótesis alterna), por lo tanto existe influencia significativa de las relaciones familiares y el estadio de su enfermedad, para un nivel de significancia de 0,05 que equivale a un 95% de confianza.

4.6. INGRESO ECONOMICO Y RELACION FAMILIAR CON RESPECTO A LOS CONTROLES DE TRATAMIENTO

El ingreso familiar de las familias determinadas desde la canasta básica familiar son importantes para la satisfacción de necesidades básicas dentro de la familia así como también las relaciones familiares determinan las interacciones de

los miembros del hogar. Por lo tanto se presenta la siguiente tabla donde se relacionan estas dos variables con los controles de los tratamientos de los pacientes oncológicos.

Tabla 11

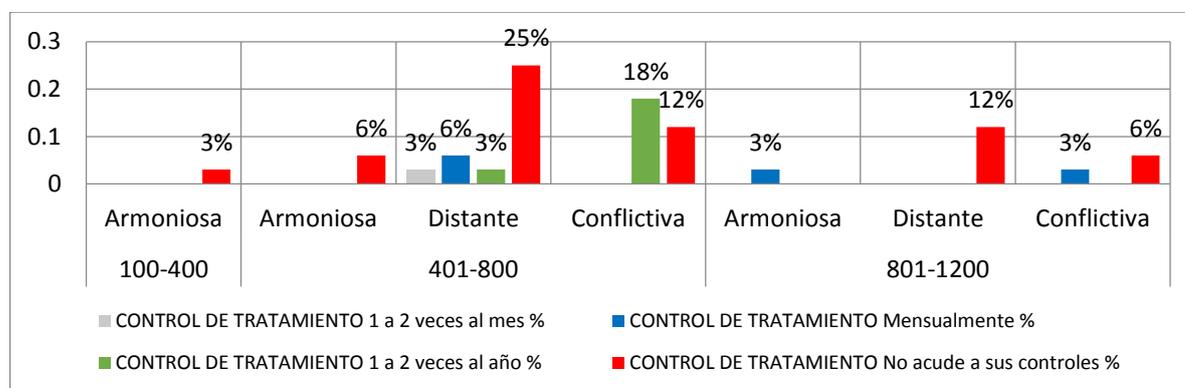
Ingreso económico y relación familiar del Paciente Oncológico del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según control de tratamiento – Puno 2016

Ingreso Económico	Relación Familiar	CONTROL DE TRATAMIENTO								Total	
		1 a 2 veces al mes		Mensualmente		1 a 2 veces al año		No acude a sus controles			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
100-400	Armoniosa	-	-	-	-	-	-	1	3	1	3
	Armoniosa	-	-	-	-	-	-	2	6	2	6
401-800	Distante	1	3	2	6	1	3	9	25	13	37
	Conflictiva	-	-	-	-	6	18	4	12	10	30
	Armoniosa	-	-	1	3	-	-	-	-	1	3
801-1200	Distante	-	-	0	0	-	-	4	12	4	12
	Conflictiva	-	-	1	3	-	-	2	6	3	9
TOTAL		1	3	4	12	7	21	22	64	34	100

Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2016

Figura 6

Ingreso Económico y Relación Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón según Control de Tratamiento – Puno 2016



Fuente: Encuesta realizada a pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2016

En la tabla 11 del 100% de pacientes oncológicos encuestados un total de 25% de los encuestados tienen un ingreso económico que oscila entre los 401 a 800 soles y tienen una relación familiar distante entre sus miembros afectando así a que no puedan acudir a sus controles de salud, por lo que están propensos a fallecer prontamente por no tener un cuidado debido de su salud, debido a que sus ingresos y relaciones no son las mejores para su persona.

Los ingresos económicos que tienen las familias de los pacientes oncológicos son menores a una canasta familiar deseable y las relaciones familiares no son las mejores dentro de su hogar, por lo que afectan directamente a que el paciente no pueda acudir a controles de salud, por lo que afecta a la persona en sí tanto en su comportamiento como en el proceso de su enfermedad.

Según el INEN (2013) La pobreza empeora el acceso de las personas con cáncer a los servicios de salud, las personas pobres tienen mayores probabilidades de desarrollar enfermedades no transmisibles que aquellas con mayores recursos. Por otro lado, el costo derivado de las enfermedades no transmisibles como el cáncer merma significativamente los presupuestos familiares reduciendo el dinero para necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación, requisito básico para escapar de la pobreza. Por lo tanto como resultado de la investigación vemos que las familias de los pacientes oncológicos se consideran dentro de la pobreza debido a los ingresos captados por ellos son menores a una canasta básica familiar.

En el caso de las relaciones familiares Según Drie Trill (2006) La persona con cáncer se puede sentir hostil y enfadada. En realidad, tiene muchos motivos para estarlo, como no poder llevar una vida como la anterior al diagnóstico, según los resultados de la investigación los miembros de las familias de los pacientes

oncológicos tienen una relación distante, generando una alteración de comportamiento del paciente. Por lo tanto ingresos y relaciones familiares afectan al cuidado y atención del paciente oncológico.

Según las variables y las definiciones de las mismas se puede analizar que los ingresos de un paciente oncológico deben ser los necesarios para que puedan acudir a los controles de sus tratamientos o puedan acceder a un tratamiento adecuado para su recuperación y para ello se entrelaza con las relaciones familiares que tienen dentro de su hogar por lo que tanto familia como medicina se entrelazan para que un paciente con cáncer pueda alargar o pueda llegar a curar su enfermedad.

Prueba de hipótesis

Tabla 12

Pruebas de chi-cuadrado

INGRESOS		Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
100-400	Chi-cuadrado de Pearson	. ^b		
	N de casos válidos	1		
401-800	Chi-cuadrado de Pearson	10,286^c	6	,013
	N de casos válidos	25		
801-1200	Chi-cuadrado de Pearson	4,444 ^d	2	,018
	N de casos válidos	8		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	9,636 ^a	6	,041
	N de casos válidos	34		

Tabla de Distribución Chi Cuadrado

Grados de libertad	Probabilidad de un valor superior - <i>Alfa</i> (α)			
	0,1	0,05	0,025	0,01
1	2,71	3,84	5,02	6,63
2	4,61	5,99	7,38	9,21
3	6,25	7,81	9,35	11,34
4	7,78	9,49	11,14	13,28
5	9,24	11,07	12,83	15,09
6	10,64	12,59	14,45	16,81

Como $x_c^2 = 6,435 > x_t^2 = 12,59$, con 6 grados de libertad, entonces estadísticamente hay evidencias para rechazar la H_0 y se acepta la H_a (hipótesis alterna), por lo tanto existe influencia significativa de los ingresos económicos y las relaciones familiares en el tratamiento de pacientes con cáncer para un nivel de significancia de 0,05 que equivale a un 95% de confianza.

V CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores socioeconómicos y familiares afectan directamente al tratamiento de los pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, ya que el 25% de los pacientes oncológicos no acuden a los tratamientos médicos por tener insuficientes ingresos económicos que oscilan entre los 401 a 800 soles así también presentan una relación distante en su entorno familiar, lo que afecta al paciente oncológico en su tratamiento y rehabilitación, pues las dos variables son necesarias para que el paciente oncológico tenga condiciones favorables para la recuperación de su enfermedad. Se considera que las dos variables estudiadas según la prueba estadística de la chi cuadrada con valores 0,013 inferiores al 0,05 existe una relación significativa entre las variables en tal sentido las condiciones socioeconómicas y familiares influyen significativamente en el tratamiento de pacientes oncológicos.

SEGUNDA: El 35% de los pacientes oncológicos se dedican a trabajos independientes (oficios como carpinteros, electricistas, comerciantes, artesanas, entre otros) y cuentan con ingresos por debajo de la canasta básica familiar debido a que un 38% tienen ingresos que oscilan entre los 401 a 800 soles lo que limita al acceso a un tratamiento y rehabilitación médica. Para esta variable como resultado según la prueba estadística de la chi cuadrada con valor 0,036 inferior al 0,05 existe una relación significativa entre las variables en tal sentido las condiciones socioeconómicas influyen significativamente en el tratamiento de pacientes oncológicos.

TERCERA: Las relaciones familiares afectan al tratamiento de los pacientes oncológicos debido a que un 38% de pacientes oncológicos mantienen una relación familiar distante lo cual influye en que no acudan a su tratamiento, ya que el paciente al ser diagnosticado con esta enfermedad tiende a mostrar diversas reacciones desde

sentimientos de tristeza, dependencia, frustración que altera las relaciones familiares en su entorno, por lo tanto condiciona las relaciones en el espacio familiar ya que sus cuidadores enfrentan situaciones de estrés y desesperación para lo cual no estuvieron preparados; según la prueba estadística de la chi cuadrada con valores 0,041 inferior al 0,05 existe una relación significativa entre las variables en tal sentido las relaciones familiares influyen significativamente en el tratamiento de pacientes oncológicos.

VI RECOMENDACIONES

PRIMERA: A la Dirección Regional de Salud implementar un centro especializado para brindar tratamiento a pacientes oncológicos, a través del Programa de Prevención y Control del Cáncer, como política de Salud a nivel nacional dar la propuesta mediante la intervención de diversos profesionales de salud, entre ellos doctores, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales para el manejo y seguimiento de los casos de los pacientes. En este contexto se debe promover brindar un sistema integral de salud para pacientes oncológicos de bajos recursos económicos y con factores de riesgo familiar

SEGUNDA: A la Estrategia de Control y Prevención del Cáncer del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón realizar estudios más específicos de las condiciones de los pacientes oncológicos para que puedan acceder a servicios de tratamientos en la misma Región de Puno, por profesionales de la salud como también profesionales sociales, entre ellos el Trabajador Social que podría realizar el seguimiento a los casos de pacientes oncológicos, a través de visitas domiciliarias y de informes de casos.

TERCERA: A la Dirección del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno pueda implementar el área del Trabajador Social Oncológico para que pueda apoyar a los pacientes oncológicos y así intervenir en el proceso de tratamiento del mismo a través de la participación de la familia como cuidadora principal del paciente así como también la intervención individual, a la vez desarrollar una intervención grupal para poder unificar tanto familia como paciente en el proceso de su enfermedad como también en caso de muerte procesos de duelo capacitar a la familia para afrontar el desarrollo de un nuevo proceso.

CUARTA: Al Coordinador de la Estrategia de Prevención y Control del Cáncer realizar programas de asesoría y consejería a los pacientes y sus familias, para fortalecer los lazos familiares y para que puedan comprender las consecuencias de tener la

enfermedad del cáncer, así como también la posibilidad del requerimiento del profesional de Trabajo Social para su equipo multidisciplinario.

QUINTA: A la Facultad de Trabajo Social realizar convenios con el Hospital u otros centros de salud a través de la Decana de la facultad para que los estudiantes puedan intervenir en el área oncológica y así ampliar la intervención en el ámbito de la salud oncológica del Trabajador Social, poniendo énfasis en el cuidado de pacientes y la intervención con familia durante el proceso de la enfermedad oncológica.

VII REFERENCIAS

- Aguirre et.al. (2004). *Modelo de Trabajo Social en la atención Oncológica*. España.
- Amarís et.al. (2004). *Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en la "La Cangrejera"*. Colombia.
- Archivos en medicina familiar (2005). II. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Bertalanffy (1976). *Teoría General de los Sistemas, Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México
- Caceres, L. (2007). *Manual para el Paciente Oncológico y su familia*. España
- Casas, G. (2009). *Una Perspectiva Sistémica de la Familia*. Perú
- Dantas, C. (2011). *Influencia del estilo de vida y los factores de riesgo en la calidad de vida de enfermos en unidad oncológica* (Tesis de Maestría). Universidad de Granada - Granada
- Die, T. (2006). *Impacto Psicosocial del Cáncer*. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Enciclopedia Británica, (2009). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*
- Fundación para la excelencia y la Calidad de la Oncología (2014) "*Generalidades en Oncología*" Recuperado <https://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>
- Generalidades en Oncología (2014) "*Encuestas de Ingresos y Gastos de los Hogares. Un estudio Técnico*", Programa para desarrollar la capacidad nacional para efectuar Encuestas de Hogares, departamento de Desarrollo Económico y Social de las Naciones Unidas y la División de Estadística - Nueva York

- Gillis, J. (1996). *A world of their own making: myth, ritual, and the quest for family values*. New York
- Häcker, W. (1986). *Selección de lecturas de psicología del trabajo*. Universidad de la Habana. Cuba.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2013). *Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú*. Lima.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2015) *Informe Técnico No 1 Enero 2017*. Lima
- Mill, J. (1844). *Composiciones sobre algunas cuestiones pendientes de economía política*.
- Mill, J. (1836). London and Westminster. *On the Definition of Political Economy, and on the Method of Philosophical Investigation in that Science*, 4 (26), 1-29.
- Ministerio de Salud (2005). *Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos*. Perú.
- Organización de Naciones Unidas (2002), Publicado en la organización de Naciones Unidas – New York. Recuperado: <file:///C:/Users/dl/Downloads/Income-Spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el Cáncer*.
- Otero, A. et.al. (2013). *Factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento médico por pacientes pediátricos con leucemia aguda*. México

- Parkin M. (2010) *Resumen de Microeconomía*, Publicado en Perú recuperado
http://www.academia.edu/15075504/Resumen_de_Microeconomia_MICHAEL_PARKIN_CAP_1_y_2
- Robles, M. (1999). *Determinación del ingreso Familiar Encuesta Integrada de Hogares 1997 – 1988*. Paraguay.
- Seguro Integral de Salud (2011). *Quienes Somos*. Publicado en Perú. Recuperado
http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html,
- Schnake, A. (2012). Enfermedad, síntoma y carácter. *Diálogos gestálicos con el cuerpo*. Chile: Cuatro Vientos.
- Sebares, C. (2012). *La teoría Económica de Marx* . Madrid - España
- Skousen, M. (2008) *"La Economía en Tela de Juicio"*, Publicado en Guatemala
Recuperado <http://economiausacgt.blogspot.pe/2009/05/definiciones-de-economia.html>
- Villalva, F. (2014). *Tratamiento en pacientes con cáncer: impacto y adherencia*. Perú

ANEXOS

ANEXO 1**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO****ENCUESTA DIRIGIDA PARA LOS PACIENTES ONCOLOGICOS DEL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2016**

Objetivos: El cuestionario tiene como finalidad obtener información sobre la influencia de las condiciones socioeconómicas y familiares en el tratamiento de los pacientes oncológicos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno. Información que será eminentemente confidencial, agradeciéndole anticipadamente su apoyo y sinceridad en las respuestas.

DATOS GENERALES:**1. ¿Cuántos años tiene usted?**

- a. 10 a 20
- b. 21 a 30
- c. 31 a 40
- d. 41 a 50
- e. 51 a 60
- f. 61 a Más

2. Sexo

- a. Masculino
- b. Femenino

3. Estado civil

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Viudo
- d. Divorciado
- e. Conviviente

I. FAMILIA Y ASPECTO SOCIOECONOMICO**4. ¿Cuántos miembros componen su familia?**

- a) 1 a 2
- b) 1 a 5
- c) 5 a más

5. ¿Quiénes conforman su familia?

- a) Mamá, papá
- b) Esposo(a) e hijos
- c) Mamá, papá, hermanos
- d) Solo(a) hermanos
- e) Solo(a) con hijos
- f) Solo

6. ¿Cuál es la relación que ud. tiene con los miembros de su familia?

- a) Armoniosa
- b) Distante
- c) Conflictiva

1. ¿Quién lo acompaña en su cuidado y rehabilitación?

- a) Sus padres
- b) Solo su mamá
- c) Solo su papá
- d) Sus hermanos
- e) Su pareja
- f) Sus hijos
- g) Otros familiares.....

2. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

- a) Primaria incompleta
- b) Primaria completa
- c) Secundaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Superior completa

- f) Superior incompleta
- g) Sin instrucción

3. ¿Cuál es su empleo o actividad laboral actual?

- a) Empleado público
- b) Empleado temporal
- c) Estudiante
- d) Independiente
- e) No trabaja
- f) Otros.....

10. ¿Quiénes aportan económicamente a su hogar?(puede marcar más de uno)

- a) Padre
- b) Madre
- c) Hijos
- d) Cónyuge
- e) Otros familiares

11. ¿Cuál es su ingreso familiar mensual?

- a) 100 – 400
- b) 401 – 800
- c) 801 – 1200
- d) 1201 – a más

12. ¿Cuál es el destino prioritario de los ingresos?

- a) Alimentación
- b) Vestido
- c) Salud
- d) Servicios básicos
- e) Educación
- f) Otros

13. ¿Cuántas necesidades básicas satisface adecuadamente?

- a) No satisface

- b) 1 necesidad
- c) 2 necesidades
- d) 3 necesidades
- e) 4 necesidades
- f) De 5 a más necesidades

II. TRATAMIENTO ONCOLOGICO

1. ¿Qué tipo de cáncer presenta Ud.?

- a) Cáncer de mama
- b) Cáncer de cuello uterino/cérvix
- c) Cáncer de próstata
- d) Cáncer de estómago
- e) Cáncer de pulmón
- f) Otro tipo de cáncer (leucemias, cáncer a los huesos, etc.)

2. ¿En qué etapa de la enfermedad se encuentra Ud.?

- a) A principios de cáncer (Estadio 0)
- b) En proceso (Estadio I, II y III)
- c) Cáncer avanzado (Estadio IV)

3. ¿Cuál es el medio y/o seguro que utiliza para su tratamiento?

- a) Mediante seguro integral salud
- b) Mediante referencia externa a centros especializados externos.
- c) Mediante tratamiento privado

4. ¿A qué tipo de servicio acude para el control y seguimiento de su enfermedad?

- a) HRMNB – Puno
- b) Honorio Delgado – Arequipa
- c) IREN SUR – Arequipa
- d) INEN – Lima
- e) Ninguno
- f) Otros.....

5. ¿Con qué frecuencia acude Ud. realiza sus controles?

- a) 1 a 2 veces al mes
- b) Mensualmente
- c) 1 a 2 veces al año
- d) Semanalmente
- e) No acude a sus controles

6. ¿Qué tratamiento recibe Ud.?

- a) Quimioterapia
- b) Radioterapia
- c) Cirugías
- d) No recibe tratamiento

GRACIAS POR SU

COLABORACION