



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Psicología

Escuela Profesional de Psicología

**Factores de la adherencia terapéutica según variables
sociodemográficas de pacientes en quimioterapia**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Psicóloga

AUTOR

Ana Cristina CHACÓN PÉREZ

ASESOR

Ana Gloria DÍAZ ACOSTA

Lima, Perú

2018

A la memoria de Macarena.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora de tesis, Ana Gloria Díaz Acosta, no solo por la orientación oportuna, asesoría constante y paciencia infinita que me brindo a lo largo de este estudio, sino también por brindarme el impulso para culminarlo.

A mi familia, por confiar en mí y demostrarme su apoyo en cada escalón de mi crecimiento personal y profesional.

A Alejandro, por las charlas interminables que me impulsan día tras día a ser mejor psicóloga y persona.

A los pacientes de este estudio, por ser un ejemplo de lucha y enseñarme a amar la vida con más fuerzas.

RESUMEN

Investigación empírica, de estrategia asociativa y tipo comparativa que tiene como objetivo comparar los factores de la adherencia terapéutica según variables sociodemográficas de pacientes con cáncer.

Se administró la Escala de factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos de Urzúa, Marmolejo y Barr, así como una Ficha sociodemográfica a una muestra de 100 pacientes, de edades entre 20 y 65 años, quienes se encontraban recibiendo quimioterapia.

Los resultados arrojan que las variables sexo, edad y grado de instrucción no muestran diferencias estadísticamente significativas en los factores de la adherencia terapéutica; no obstante las variables pareja y fase de enfermedad evidencian dichas diferencias en el factor Manejo de información, mientras que la variable tipo de cáncer las tiene en el mismo factor y en el de Creencias del paciente asociadas a su enfermedad. En conclusión, las variables sociodemográficas sí generan diferencias significativas sobre los factores de la adherencia terapéutica, aunque no en todos los factores de dicho constructo.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, cáncer, variables sociodemográficas, pacientes oncológicos.

ABSTRACT

Empirical research, of associative strategy and comparative type that aims to compare the factors of therapeutic adherence according to sociodemographic variables of patients with cancer.

The scale of Factors linked to therapeutic adherence in oncological patients from Urzúa, Marmolejo and Barr and a sociodemographic record was administered of a sample of 100 patients, aged between 20 and 65 years, who were receiving chemotherapy.

The results show that the variables sex, age and educational level show no statistically significant differences in the factors of therapeutic adherence; however, the couple variable and phase of disease show these differences in the Information management factor, while the variable type of cancer has them in the same factor and in the Beliefs of the patient associated with their disease. In conclusion, the sociodemographic variables do generate significant differences on the factors of therapeutic adherence, although not in all the factors of said construct.

Keywords: Therapeutic adherence, cancer, sociodemographic variables, oncological patients.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	12
1.2.1. Problema general.	12
1.2.2. Problemas específicos.	13
1.3. Justificación de la investigación	13
1.4. Objetivos de la investigación	14
1.4.1. Objetivo general.	14
1.4.2. Objetivos específicos.	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes	15
2.2. Bases teóricas	19
2.2.1. El proceso oncológico y sus repercusiones psicosociales.	19
2.2.2. Impacto del tratamiento oncológico.	21
<i>2.2.2.1. Quimioterapia.</i>	21
<i>2.2.2.2. Radioterapia.</i>	23
<i>2.2.2.3. Cirugía.</i>	24
2.2.3. Adherencia al tratamiento.	26
<i>2.2.3.1. Definición de adherencia terapéutica.</i>	26
<i>2.2.3.2. Factores intrínsecos al paciente asociados a la adherencia terapéutica.</i>	27
<i>2.2.3.3. Efecto percibido del tratamiento.</i>	28
<i>2.2.3.4. Factores extrínsecos al paciente asociados a la adherencia terapéutica.</i>	28
<i>2.2.3.5. Impacto de la no adherencia terapéutica.</i>	29
2.3. Hipótesis y variables	29
2.3.1. Hipótesis general.	29
2.3.2. Hipótesis específicas.	30

2.4. Identificación de variables	30
2.5. Definición de términos	30
2.5.1. Adherencia al tratamiento.	30
2.5.2. Variables sociodemográficas.	31
III. METODOLOGÍA	32
3.1. Tipo y diseño de investigación	32
3.2. Unidad de análisis	32
3.3. Población de estudio	33
3.4. Tamaño de muestra	33
3.5. Tipo de muestreo	33
3.6. Instrumentos de recolección de datos	33
3.7. Análisis e interpretación de información	36
IV. RESULTADOS	37
4.1. Análisis de resultados psicométricos	37
4.2. Análisis de resultados descriptivos	39
4.3. Análisis de resultados inferenciales	40
V. DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	59

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Operacionalización de la Escala de factores vinculados a la adherencia terapéutica	34
Tabla 2.	Operacionalización de Variables sociodemográficas	35
Tabla 3.	Análisis factorial de la Escala de factores vinculados a la adherencia terapéutica	37
Tabla 4.	Análisis de ítems del factor Creencias del paciente asociadas a su enfermedad	38
Tabla 5.	Análisis de ítems del factor Efecto percibido del tratamiento	38
Tabla 6.	Análisis de ítems del factor Manejo de información	38
Tabla 7.	Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas	39
Tabla 8.	Prueba U-mann Whitney para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica sexo	40
Tabla 9.	Prueba Kruskal – Wallis para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica edad	40
Tabla 10.	Prueba Kruskal – Wallis para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica grado de instrucción	41
Tabla 11.	Prueba U-mann Whitney para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica pareja	41
Tabla 12.	Prueba Kruskal – Wallis para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica tipo de cáncer	42
Tabla 13.	Prueba U-mann Whitney para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica fase de enfermedad	43
Tabla 14.	Análisis de la Bondad de Ajuste de los factores de la adherencia terapéutica	59

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades de mayor incidencia a nivel mundial, así como una de las más severas, afectando al paciente de manera integral. Desde el momento en que el individuo se entera de su diagnóstico, se enfrenta a diversos cambios tanto a nivel físico y psicológico en los diversos contextos donde se desenvuelve. Además de ello, debe hacerle frente a los tratamientos planteados por el personal médico, los cuales muchas veces contienen efectos que lo aquejan.

No obstante, la adherencia terapéutica es de vital importancia para dichos pacientes, dependiendo de ello la recuperación de su salud y el control de su enfermedad. Asimismo tiene una repercusión a nivel de salud pública ya que solo si el paciente se muestra adherente en cuanto a la toma de medicación, presencia en las citas médicas, cambios en su estilo de vida y otras consideraciones que el personal médico le indique, el gasto nacional destinado en su recuperación no será en vano.

Asimismo seguir el tratamiento, depende de diversas variables que han sido objeto de estudio en investigaciones; teniendo en consideración características del personal a cargo del tratamiento, del tratamiento en sí, del paciente y de su entorno, obteniendo como resultados que todas son influyentes en alguna medida para el constructo evaluado.

Es por ello que, tomando en consideración la adherencia al tratamiento como un fenómeno complejo y multifactorial, este estudio busca comparar el constructo en función a variables sociodemográficas del paciente oncológico.

El presente trabajo de investigación, se divide en 5 capítulos:

Capítulo I: El problema de investigación, en el cual se realiza el planteamiento y formulación del problema, como también se plantea la justificación y objetivos de la investigación.

Capítulo II: Marco teórico, el cual comienza con los antecedentes nacionales e internacionales; prosigue con las bases teóricas del proceso oncológico y sus repercusiones psicosociales, el impacto del tratamiento y la adherencia al mismo; y finaliza con las hipótesis y definición de términos.

Capítulo III: Método, donde se explica el tipo y diseño, unidad de análisis, población, tamaño de la muestra, tipo de muestreo, instrumentos de recolección de datos y finaliza con el análisis e interpretación de información.

Capítulo IV: Resultados, donde se informan los resultados obtenidos a nivel psicométrico, descriptivo e inferencial.

Capítulo V: Discusión, donde se interpretan los resultados tomando en consideración las investigaciones previamente realizadas sobre el estudio, para arribar a las Conclusiones y Recomendaciones.

Finalmente se presentan las Referencias bibliográficas y Anexos

I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Cada año aparecen aproximadamente 14 millones casos nuevos de cáncer en el mundo y, al encontrarse esta cifra en aumento, se estima que para el 2030, las tasas de morbilidad alcancen los 20 millones. Incluso en las próximas décadas, se espera que se anteponga a las enfermedades infecciosas como causa de mortalidad (Barrios & Garau, 2017).

En ese sentido, América Latina, a pesar que muestra una incidencia oncológica menor que la Europea o Norteamericana; exhibe la más alta mortalidad por su condición de países en vías de desarrollo y con desigualdades sociales significativas; encontrándose en estas poblaciones que mayormente asisten a los centros hospitalarios cuando la enfermedad se encuentra en estadios avanzados demostrando la falta de políticas preventivas orientadas a la población en su conjunto (Goss et al., 2013).

En Perú el panorama no se aleja de esta realidad; siendo el 55% de los casos diagnosticados en etapa IV y, en consecuencia, esta enfermedad ocupa el segundo lugar de mortalidad nacional siendo la población más afectada los sectores económicos bajos. Ante ello, organismos de salud pública han tomado medidas para brindar un mayor acceso a la atención en salud y así tratar de reducir las tasas antes mencionadas. Tal es el hecho que políticas de aseguramiento como el SIS han logrado mermar la barrera económica; sin embargo, Arroyo et al.(2015) afirma que los obstáculos que aún persisten, e incluso han aumentado su presencia, son la distancia geográfica (siendo la atención de los centros oncológicos centralizada en ciudades grandes como Lima, Arequipa, Trujillo y Cuzco), las largas esperas para la atención y la calidad del servicio en cuanto al respeto por la cultura del paciente (Lazo, Alcalde & Espinosa, 2016; Salazar, Regalado, Navarro, Montanez, Abugatas & Vidaurre, 2013).

A pesar de los esfuerzos en la atención primaria y de la promoción del diagnóstico temprano; la población aún no ha tomado real conciencia de la relevancia por exámenes médicos preventivos y por el contrario aún continúan acudiendo a los centros hospitalarios cuando la fase de la enfermedad se encuentra avanzada, situación que incrementa la estadística de mortalidad.

Al ser el cáncer una enfermedad crónica y multifactorial, los centros asistenciales depositan sus mayores esfuerzos en su control por medio de tratamientos enfocados en la población que la padece; y de esta manera, aquellos pacientes para quienes el cáncer que antes era sinónimo de un desenlace mortal, ahora cuentan con pronósticos más favorables y mejor calidad de vida (Sarria & Limache, 2013).

Cuando se abordan los tratamientos oncológicos, se toman en cuenta diversos factores por ser estos tratamientos interdisciplinarios de naturaleza biopsicosocial; centrándose inicialmente en el tipo de cáncer y la fase en la que se encuentra. No ajeno a estos requerimientos se encuentran las variables sociodemográficas como el sexo, la edad, los factores de riesgo, entre otros que son útiles al momento de caracterizar el caso en cuanto a oportunidades y dificultades para el tratamiento.

En estas circunstancias, la adherencia al tratamiento tiene un papel fundamental para el pronóstico de la enfermedad. Toda vez que los tratamientos a los cuales son sometidos los pacientes como la quimioterapia, radioterapia, entre otros, causan estragos físicos y psicológicos profundos, insostenibles para muchos de ellos. En ese sentido, Magai, Consedine, Nuegut y Hershman (2007, citado en Palacios & Vargas, 2011) señalan que la tasa de deserción en el tratamiento del cáncer es del 21% de los pacientes.

Por todo lo mencionado, la presente investigación busca estudiar los factores de la adherencia terapéutica en función a variables sociodemográficas de los pacientes que asisten a un instituto de enfermedades oncológicas.

1.2. Formulación del problema

De acuerdo al problema planteado, se hacen las siguientes interrogantes:

1.2.1. Problema general.

- ¿Cuál es la diferencia en los factores de la adherencia terapéutica en función a variables sociodemográficas de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas?

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Cuál es la diferencia en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sexo de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas?
- ¿Cuál es la diferencia en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable edad de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas?
- ¿Cuál es la diferencia en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable grado de instrucción de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas?
- ¿Cuál es la diferencia en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable pareja de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas?
- ¿Cuál es la diferencia en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable tipo de cáncer de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas?
- ¿Cuál es la diferencia en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable fase de enfermedad de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas?

1.3. Justificación de la investigación

La psicooncología como disciplina estudia la relación entre procesos psicológicos y enfermedades neoplásicas, así como utiliza herramientas psicológicas para tratar problemáticas asociadas al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Sebastián & Alonso, 2003 citado en Alonso & Bastos, 2011). Es por ello que el presente estudio busca aportar el conocimiento científico referidos a la adherencia al tratamiento asociado a los factores sociodemográficos permitiendo conocer y precisar las características de las variables implicadas. Asimismo su contribución teórica del análisis empírico de los resultados obtenidos en el estudio.

Por otro lado, a nivel práctico los resultados de la presente investigación conllevarán a proponer programas integrales de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; así como incentivar el trabajo interdisciplinario en el ámbito

hospitalario con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente oncológico y disminuir la incidencia de mortalidad por esta enfermedad.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general.

- Comparar los factores de la adherencia terapéutica en función a variables sociodemográficas de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas.

1.4.2. Objetivos específicos.

- Comparar los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sexo de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas.
- Comparar los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable edad de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas.
- Comparar los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable grado de instrucción de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas.
- Comparar los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable pareja de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas.
- Comparar los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable tipo de cáncer de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas.
- Comparar los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable fase de enfermedad de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Alviz, Martínez, Marrugo, Taron, Díaz y Paut (2016) investigaron sobre la adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de 23 pacientes diagnosticadas de cáncer. Al ser un estudio de corte cuantitativo, descriptivo y transversal, utilizaron el Simplified Medication Adherence Questionnaire, registro de dispensación del hospital, el test de satisfacción ESTAR adaptado y el cuestionario WHOQOL BREF; encontrándose que más de la mitad de los pacientes (54.78%) no fueron adherentes a los tratamientos quimioterapéuticos, estando dicha variable relacionada con la satisfacción al tratamiento, en torno al impacto negativo percibido por las reacciones adversas asociadas a la quimioterapia.

Carbay (2016) describió las conductas resilientes y la adherencia al tratamiento en pacientes con tumores cerebrales, por medio de una metodología cualitativa descriptiva. Para evaluar los niveles de resiliencia, se utilizó la escala de Resiliencia de Wagnild y Young, donde el primer factor involucra competencias personales tales como perseverancia, dominio, etc. y el segundo factor mide aceptación propia y acerca de la vida; mientras que para la segunda variable se utilizó el Cuestionario para la evaluación de la Adherencia Terapéutica MBG que permite valorar el cumplimiento del tratamiento, implicación personal y relación transaccional. Entre los resultados más importantes se pudo encontrar que las redes de apoyo como la familia y la sociedad sirven como soporte en el tratamiento evidenciando conductas como compromiso hacia el proceso médico.

Pascacio, Ascencio, Cruz y Guzmán (2016) identificaron el grado de conocimiento, de adherencia y la relación entre ambos en 80 pacientes diabéticos. Para ello, realizaron un estudio descriptivo transversal, aplicando el instrumento DKQ24 para medir el conocimiento, mientras que el Test de Morisky Green para la adherencia terapéutica. Como resultados resaltantes se encontró relación significativa y positiva entre el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y su adherencia terapéutica, mientras que el nivel de escolaridad no fue una variable con resultados significativos.

Por su parte, Cruz, Dueñas, Martínez, Polo, Sánchez y Perdomo (2014) tuvieron como objetivo describir los factores relacionados con la adherencia a tratamientos oncológicos en 35 pacientes con cáncer gástrico y colorrectal. Para ello, el equipo de investigación elaboró un instrumento que evaluaba variables sociodemográficas, factores socioeconómicos, del personal sanitario, del tratamiento y del paciente; llegando a la conclusión que las variables que tienen mayor efecto en la adherencia son pareja estable, apoyo económico familiar, percepción de que el tratamiento ayuda a la recuperación de la salud y motivación del paciente para luchar contra la enfermedad.

Díaz, Rodríguez, Trujillo y Palacios (2013) buscaron establecer las tasas del cumplimiento con la quimioterapia intravenosa en 107 pacientes oncológicos, así como también conocer factores asociados a su incumplimiento, por medio de un estudio cuantitativo, no experimental, transversal exploratorio. Para analizar la variable cumplimiento, se examinaron las historias clínicas de los pacientes, evaluando el tipo de esquema dispuesto, los números de ciclos cumplidos y el cumplimiento en el tiempo esperado; mientras que también se tomaron en consideración factores tales como edad, sexo, estado civil, tipo de cáncer, estadio de la enfermedad. Dentro de los hallazgos más importantes se encontró que la tasa de cumplimiento fue del 32% y como factor asociado a esta se encontraba el estadio de la enfermedad.

Souza, Pires, Dewult, Inocenti, Silva y Miaso (2013) estudiaron la adhesión al tratamiento y la presencia de depresión en 102 pacientes oncológicos en un periodo de un año. Para ello, utilizaron una metodología cuantitativa, analítico, transversal; recolectaron los datos sociodemográficos por medio de una entrevista semiestructurada; la presencia de depresión, por medio del Inventario de Depresión de Beck; y para la variable adherencia terapéutica, el Test de Morisky. Los resultados indicaron que el 52% de los pacientes es adherente al tratamiento, siendo las variables como sexo, situación socioeconómica, grado de instrucción y duración de enfermedad generadoras de diferencias pero no de manera significativa.

Ximenes, Costa y Rocha (2008) describieron el perfil sociodemográfico de madres de hijos en tratamiento quimioterapéutico. Por medio de un estudio de tipo descriptivo, entrevistaron a 7 madres sobre el tratamiento que recibían sus hijos, encontrando que mostraban bajo conocimiento sobre el mismo, no obstante, en cuanto a la perspectiva de mejora, confiaban que funcionaría. Cabe resaltar que en cuanto al perfil de la muestra, comprendía a madres de escolaridad y nivel socio económico bajo.

Palmeiro, González, Álvarez y Díaz (2006) tuvieron como objetivo determinar si la edad y el sexo de pacientes terminales influyen en el conocimiento de su enfermedad médica. Para ello realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, donde se analizaron las historias clínicas de dichos pacientes en el momento de su muerte en cuanto a su edad, sexo, causa, lugar de la muerte y conocimiento acerca de su diagnóstico. Los resultados encontrados manifiestan que no existen diferencias significativas en función del sexo, mas sí respecto a la variable edad, siendo los más jóvenes quienes poseen un mayor conocimiento de su diagnóstico.

Trejo, Granados, Ortiz y Delgado (2005) realizaron un estudio transversal analítico con una muestra de 228 mujeres con la finalidad de describir los determinantes sociales del conocimiento sobre el cáncer cervical, así como su detección eficaz. El resultado más resaltante fue que las mujeres que pertenecían a mayores niveles educativos mostraban mayor conocimiento tanto de la enfermedad como de los exámenes de despistaje, por lo tanto tendrían mayor acceso a una detección oportuna.

Labrador, F. y Bara, E. (2004) analizaron la influencia de variables sociodemográficas y de valoración médica de 100 pacientes oncológicos respecto a la calidad de información que reciben del oncólogo respecto a su enfermedad y sobre la intervención; encontrando que las variables más influyentes son la edad, el nivel de estudios, el aspecto físico, la actitud y la información previa del paciente, siendo los más jóvenes, con mayor nivel de estudios, mejor aspecto, actitud activa y más información previa, quienes reciben información más específica. Asimismo si bien el tipo de cáncer no genera diferencias significativas, el tipo de intervención sí, siendo los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia quienes son informados en mejor y mayor medida, en comparación a aquellos con tratamiento quirúrgicos, hormonoterapia, inmunoterapia u otro.

Nacionales

Rivera (2016) en su tesis de licenciatura, exploró la relación entre adherencia al tratamiento e incertidumbre a la enfermedad oncológica en 92 mujeres entre 30 y 60 años con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, que recibían tratamientos ambulatorios de quimioterapia y radioterapia. Para medir la adherencia terapéutica se utilizó la Escala de Adherencia al tratamiento del Cáncer- EATC, obteniendo como resultado que el 48,9% de las participantes presentaba un nivel alto de adherencia; mientras que el 28,3%, un nivel promedio; y 22,8% se ubicaron en niveles inferiores. Asimismo la mayoría de las mujeres de la muestra (63%) reportaron ser casadas o

convivientes, por lo cual, cabe la posibilidad de que dicho soporte represente un factor que influye positivamente en la adherencia terapéutica.

Raymundo (2014) en su tesis correlacional, tuvo como fin identificar la relación entre impacto y adherencia al tratamiento en 100 pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo. Para medir la variable adherencia, se elaboró una escala dentro de la investigación; mientras que para la variable impacto, se utilizó la Escala de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer. Dentro de los resultados significativos del estudio, se encontró que el 47% de los pacientes presenta un nivel por encima del promedio, 34% se ubican dentro de la norma, y el 29% mostró una adherencia baja al tratamiento. En cuanto a las variables sociodemográficas tomadas en cuenta, se encontró que las variables sexo y edad no resultan relevantes; mientras que en la variable tipo de tratamiento sí se hallaron diferencias altamente significativas entre los pacientes que recibían solo “quimioterapia” a los que recibían en conjunto “cirugía y quimioterapia y/o radioterapia”, en favor a los primeros.

Por su lado, Raymundo y Ayala (2011) investigaron la relación entre el impacto del tratamiento y las fases psicológicas que atraviesan los pacientes oncológicos; aplicando la Escala de actitud frente a la enfermedad a 60 pacientes en un estudio descriptivo correlacional. Entre los hallazgos más importantes se encuentran que el soporte familiar y social están asociados directamente con la actitud positiva o negativa que tenga el paciente ante el cáncer.

Finalmente, Herrera, Díaz y Fermín (2010) determinaron la calidad de vida en 27 pacientes con cáncer de colon y de recto después del tratamiento quirúrgico por medio de un estudio comparativo, longitudinal y analítico. Para ello aplicaron el cuestionario QLQ-C30 a los 3 meses del post-operatorio, teniendo como resultados estadísticamente significativos que los pacientes con cáncer de recto percibían su vida sexual negativamente en comparación a los pacientes con cáncer de colon; mientras que los mismos percibían su vida social en mejores condiciones que los primeros.

2.2. Bases teóricas

2.2.1.El proceso oncológico y sus repercusiones psicosociales.

El cáncer es un diagnóstico que comprende al menos 200 enfermedades, todas ellas asociadas a una serie de situaciones que producen malestar a nivel físico, como también psicológico y social. Asimismo como enfermedad crónica, implica que el paciente se exponga a un proceso dilatado en el tiempo, donde se enfrenta a diversos escenarios en el curso de la enfermedad e incluso antes de ella.

Antes de su experiencia, el sujeto se desarrolla en un ambiente sociocultural donde existe información sobre qué es el cáncer y lo que enfrenta el enfermo oncológico; siendo obtenida la mayor parte del tiempo de un medio informal tal como medios de comunicación y conversaciones cotidianas, que señalan al cáncer con una alta connotación negativa (Alonso & Bastos, 2011; Llinares, Benedito & Piqueras, 2010).

Uno de los conceptos más asociados al término cáncer es “muerte”, muchas veces como una sentencia inminente, por lo cual el paciente se plantea, quizás por primera vez, su vulnerabilidad hacia la misma. También, la percepción del enfermo oncológico apunta a una persona débil, quién atraviesa un proceso doloroso y de constante sufrimiento; lo que puede generar emociones muy intensas tales como tristeza, impotencia y rabia, acompañado de expresiones internas de derrota incluso antes de enfrentarse a la enfermedad (Alonso & Bastos, 2011; Llinares et al., 2010; Palacios & Zani, 2014).

Al recibir el diagnóstico, una de las principales preguntas que se plantea el paciente es el porqué de su enfermedad. Palacios y Zani (2014) observan que los diagnosticados atribuyen factores tales como la exposición a situaciones de riesgo, estrés, herencia, azar o designios divinos, siendo cada una de ellas generadoras de diversas emociones y actitudes consecuentes con dicha percepción. Dependiendo de ello, el paciente asumirá una postura hacia su diagnóstico y utilizará estrategias para hacer frente a las demandas que exige la fase de tratamiento, donde a primera instancia, se verá expuesto a un

empeoramiento de su estado físico y emocional, con la incertidumbre de si el mismo ayudará a controlar la enfermedad (Alonso & Bastos, 2011).

Linares et al. (2010) señalan que los pacientes consideran los tratamientos médicos, en comparación a tratamientos alternativos, como los más efectivos, por lo cual deciden seguirlos a pesar de los largos periodos de espera y estancia hospitalaria. Dicho esto, la persona aumenta su frecuencia de visita al contexto hospitalario y con ello, se interrelaciona con los personajes de dicho ambiente: personal médico y otros enfermos oncológicos; pudiendo ambas relaciones ser decisivas en el ajuste y adaptación a la enfermedad, siendo algunas de estas interacciones positivas tales como cuando el enfermo tiene una comunicación fluida con su médico o cuando pertenece a un grupo de apoyo; mientras otras interacciones resultan no muy productivas, tales como las conversaciones informales donde se relatan historias de síntomas y evolución de enfermedad que pocas veces coinciden entre pacientes pero se asumen como información verídica.

Por otro lado, uno de los contextos más relevantes y cambiantes es el ambiente familiar del enfermo, quien antes como persona sana, dependiendo de su rol de hijo, esposo, padre; asumía funciones socio-económicas dentro de ella. No obstante, al convertirse en un paciente oncológico atravesará un proceso de acomodación a su nuevo rol de enfermo, donde tendrá menor cantidad de responsabilidades y tiempo para brindar a sus seres queridos; teniendo así que modificar su conducta y cognición a esta nueva situación. Asimismo la familia del paciente oncológico cumple una función crucial en la adaptación a la enfermedad; tanto en el sentido rutinario de acompañar durante las consultas médicas, ser responsable de las compras de medicinas u otros insumos que requiera el paciente durante su estancia hospitalaria, como también en muchas ocasiones será el sostén emocional y muchas otras veces más será la motivación para que el paciente continúe con el proceso oncológico, a pesar de lo dificultoso que pueda resultar (Torrice, Santín, Andrés, Menéndez & López, 2002).

Es así que si el tratamiento surge efecto, el paciente logra un periodo libre de síntomas de la enfermedad denominado remisión. En dicho periodo, el paciente espera sentirse bien y reincorporarse a sus actividades cotidianas de inmediato; sin embargo, este suele ser un proceso más largo debido a que debe

volver a adaptarse a la “normalidad”. Surgen cuestionamientos en torno a su propia autonomía, dependencia, vida afectiva y proyectos, los cuales a su vez son intensificados por los sentimientos de angustia respecto al regreso de la enfermedad, siendo esta una fuente de estrés crónico. En cambio, si la enfermedad reaparece o se expande, nos encontramos ante una recidiva o metástasis, donde surgen en el paciente sentimientos de enojo e incluso culpa por no haber controlado la enfermedad, así como entra en la cuenta de que las posibilidades para su recuperación son más limitadas a pesar de que tiene que enfrentar nuevamente los efectos físicos y psicológicos de la etapa del tratamiento (Alonso & Bastos, 2011).

Finalmente, una de las etapas más difíciles es cuando la enfermedad se encuentra en una etapa tan avanzada e incurable que los tratamientos ya no tienen un fin curativo sino más bien buscan aliviar el sufrimiento del paciente terminal. En un primer momento, el paciente se niega a creer en que su enfermedad es incurable y que el esfuerzo no ha tenido el resultado deseado; para luego reaccionar con miedo, ira o tristeza ante dicha situación. También reaparece el miedo a morir inicial con mayor intensidad al percibir la muerte como cercana. Independientemente de su edad, el paciente manifiesta dolor y pena al dejar a sus familiares, proyectos y planes a futuro, así como también pueden surgir sentimientos de culpa e impotencia por asuntos que dejan como no resueltos o pendientes. Sin embargo, algunos pacientes no presentan estas reacciones debido a que su pronóstico permanece oculto por los familiares o personal médico, siendo los sentimientos de incertidumbre y angustia lo que emergen al observar los cambios físicos y pérdida de funciones de su cuerpo que se dan de una manera progresiva y continuada sin ser conscientes del porqué (Fernández, 2004; Getino, 2013).

2.2.2. Impacto del tratamiento oncológico.

2.2.2.1. Quimioterapia.

La quimioterapia es un tratamiento que ataca las células cancerígenas por medio de medicamentos vía oral, endovenosa, intramuscular o intratecal. Al ser de tipo global, puede atacar células sanas además de las tumorales lo que genera efectos secundarios en

los pacientes sometidos a la misma. Aunque dichos efectos son diferentes en cada caso, la caída de pelo y los cambios en el peso corporal son los más representativos (Carson & Odle, 2006; Palacios & Zani, 2014).

Dichos cambios repercuten en la percepción que tiene el paciente sobre sí mismo y en cómo cree que su medio lo observa, muchas veces adjudicándose la etiqueta de “enfermo” lo que puede deteriorar su autoestima y sentido de autonomía. Cabe resaltar que esta situación afectará en diferentes grados a los pacientes dependiendo de variables personales, sobre todo el sexo y la edad; teniendo como premisa que la importancia que le atribuyen a la apariencia, las mujeres a diferencia de los hombres y los jóvenes a diferencia de los adultos mayores, es mayor.

Además de los cambios en la apariencia, la quimioterapia también se encuentra asociada a malestar general, cansancio, dolencias y pérdida de apetito. Aunado a esto, existe una mayor vulnerabilidad a enfermarse y agravar su situación clínica, lo que crea un sentimiento de ambivalencia en el paciente para quien la meta es la cura, pero observa un deterioro en su calidad de vida.

También con respecto a lo económico, hablamos de medicinas que representan un costo significativo para el paciente; quien si pertenece a un sistema de salud público, dicho gasto se ve mermado. Sin embargo la existencia de gastos adicionales tales como alimentación y transporte de sus cuidadores primarios, pueden generar sentimientos de culpa e inutilidad al no poder aportar y a su vez generar gastos económicos en el hogar.

Por otro lado, dependiendo la disposición médica, el paciente recibirá su tratamiento de manera ambulatoria u hospitalizada. La hospitalización supone el aislamiento por temporadas prolongadas de personas significativas para el enfermo. Dicho escenario afecta su vida social y genera aun mayor malestar al encontrar restricciones en los constantes cuidados en torno alimentación y contacto al salir al exterior. En cambio, las ambulatorias son percibidas como menos invasivas e

intensas a nivel emocional y físico, ya que hay la posibilidad de retornar a actividades cotidianas de una manera más mediata, así como tener la compañía de los cuidadores en el proceso.

Asimismo a pesar de las limitaciones y pérdidas mencionadas durante este tratamiento, estudios indican que los pacientes refieren que estas se atenúan a medida que transcurre el tiempo, incluso viendo mejoras en su calidad de vida al recuperar funciones perdidas antes del inicio de la misma (Palacios & Zani, 2014; Ríos & Cruzat, 2015).

2.2.2.2. Radioterapia.

La radioterapia es un tratamiento bastante utilizado, siendo el 60% de los pacientes sometidos a ella, ya sea con finalidad curativa o paliativa. En un primer momento, el efecto que causa en muchos la disposición de recibir radioterapia es temor, debido a la noción construida socioculturalmente sobre la radioactividad. Esto se evidencia en interrogantes de los pacientes si pueden tener contacto con sus familiares o si permanecen con la radiación después del tratamiento.

Posterior a este primer impacto, se programan varias sesiones las cuales tratan de atacar las células cancerígenas utilizando pequeñas cantidades de radiación. Cabe resaltar que la radioterapia no destruye las células cancerígenas de inmediato, demorándose días o semanas e incluso prolongándose después de culminada la misma. De la misma forma, uno de los más importantes momentos es cuando el paciente ve demarcado su cuerpo, experimentando emociones intensas que implican por un lado la alteración de su imagen corporal y por otro lado, el recordatorio de su diagnóstico.

Una vez recibido el tratamiento, producto de la afectación de las células sanas, el paciente puede experimentar efectos secundarios siendo los más reportados: sequedad, quemazón, picazón o ampollas en la piel. También reportan cansancio o agotamiento y episodios de diarrea posterior a las sesiones de radioterapia que imposibilitan la realización de sus actividades cotidianas. Es destacable mencionar

que según la parte del cuerpo tratada, pueden surgir diversos efectos específicos, tales como: si el tratamiento fue en el cerebro, el paciente puede experimentar caída del cabello, dolor de cabeza y visión borrosa; mientras que si hablamos de un tumor mamario, puede presentar sensibilidad e inflamación en dicha zona; cabeza y cuello, representan la caída del pelo en esa zona, dificultad para tragar, dolor de oídos y cambios en el sentido del gusto; el área pélvica, puede presentar diarrea, náuseas y vómitos, como también cambios sexuales y de fertilidad.

Finalmente, aunque la mayoría de síntomas desaparecen en 2 meses o menos tiempo, existen efectos secundarios de mayor repercusión tales como infertilidad o la aparición de un cáncer secundario (Manfrin & Fontao, 2008; National Cancer Institute, 2007).

2.2.2.3. Cirugía.

Un tratamiento quirúrgico implica la extirpación de una neoplasia visible ya sea con finalidad curativa, al remover todo el tumor y zonas adyacentes; preventiva, al remover el área probablemente maligna; diagnóstica, al extraer tejido y analizarlo en su composición; citoreductiva, al remover los rezagos de otro tratamiento; y paliativa, cuando remover todo el tumor no es posible y solo se busca reducir los síntomas (Alonso & Bastos, 2011; Carson & Odle, 2006).

Aunque las técnicas e innovaciones en la práctica médica se han beneficiado con sus múltiples avances, someterse a una cirugía implica un cierto grado de riesgo lo cual puede generar en un primer momento sentimientos de ansiedad en el paciente. Aunado a ello, los procedimientos quirúrgicos tienen relación con dolor, internamiento, posibles complicaciones, que pueden desencadenar cuadros de estrés agudo en los mismos (Cázares, Vinaccia, Quiceno & Montoya, 2016).

Así mismo, hablar de cirugía, es referirse a un tratamiento donde destacan la aparición de cicatrices, amputaciones y asimetrías que afectan en un primer plano a nivel estético. Incluso, dependiendo

de la localización del tumor y el tipo de intervención (parcial o radical) puede alterar no solo la apariencia de la zona tratada, tal como en las cirugías de cabeza y cuello, donde la curación del cáncer significa la presencia de cicatrices sino la deformación del rostro. Este tratamiento también representa la pérdida de funcionalidad de un órgano, tales como la laringectomía, que implica la pérdida de la voz o la histerectomía, que representa la pérdida de capacidad reproductiva en las pacientes con cáncer de ovario. Dichos sucesos pueden repercutir en la vida del paciente tanto a nivel personal y social, ya que además de la afectación de su imagen corporal también la pérdida de funciones puede representar una merma en su calidad de vida.

Cabe resaltar que dentro de la casuística estudiada, las investigaciones resaltan el impacto psicológico de la mastectomía en pacientes con cáncer de mama, ya que además de la merma en su autoestima y vida sexual debido a la percepción de la pérdida del atractivo físico, muchas presentan sentimientos de inutilidad, inseguridad e inhibición social asociado al menoscabo de la función materna y de pareja. De igual manera, otra población frecuentemente estudiada son los pacientes ostomizados quienes tienen que realizar cambios en hábitos de higiene, alimentación, modos de vestir, actividades de ocio y vida sexual (tanto hombres como mujeres), lo cual requiere la adaptación del mismo a este nuevo estilo de vida (Grau, Llanta, Chacón & Fletes, 1999; Cunyer, 2014). Finalmente los pacientes amputados de miembros inferiores o superiores, producto de cánceres que afectan el tejido conectivo y conjuntivo del cuerpo, suelen presentar problemas físicos que se interrelacionan inmediatamente con psicológicos, tales como percibirse diferentes frente a la sociedad y encontrarse constantemente pendiente a lo que la misma piense de ellos, todo ello aunado a una merma en su independencia lo que puede generar dificultad para relacionarse con los otros (Ocampo, Henao & Vásquez, 2010).

2.2.3. Adherencia al tratamiento.

2.2.3.1. Definición de adherencia terapéutica.

La adherencia terapéutica ha sido estudiada como un fenómeno complejo que abarca diversas conductas relacionadas al seguimiento de un tratamiento médico. Los primeros planteamientos la consideraban una característica estable y difícilmente modificable de la persona, por lo cual, debido a la insuficiencia e imprecisión de estos conceptos, surgieron enfoques que dieron mayor relevancia a factores ambientales y aprendizaje previos de los individuos. De estos enfoques, parten dos grandes líneas de estudio: la primera, relacionada al modelo biomédico, define adherencia como “el grado en que el paciente cumple con las instrucciones brindadas por el médico o personal de salud en cuanto a la toma de medicación, seguimiento de una dieta o modificación de estilos de vida”, siendo el paciente un ente pasivo y obediente respecto al primero (Haynes, 1979; citado en Martin & Grau, 2004).

En relación a ello Karoly (1993, citado en Martín, 2004) señala algunas deficiencias de este enfoque, dentro de las cuales encontramos: unidimensionalidad, clasificando a las personas como adherentes o no adherentes al tratamiento sin permitir describir las múltiples opciones que pueden existir en relación al acatamiento de la prescripción médica; centrada en el personal de salud, quien se revela como un personaje autoritario, capaz de controlar la conducta del cumplimiento; y su reduccionismo, donde solo se tiene en cuenta el aspecto relacional y no considera factores intrínsecos del paciente. En cambio, el concepto que se encuentra acorde al modelo biopsicosocial, propone la participación activa y voluntaria del paciente dentro del tratamiento médico para obtener los resultados deseados; siendo él mismo, agente de la recuperación de su salud (DiMatteo & DiNicola, 1982; citado en Martin & Grau, 2004).

A pesar de las diferencias entre ambas propuestas a nivel teórico como práctico, ambas apuntan a que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y con ello logre cambios significativos que permitan mejorar su vida (Urzúa, Marmolejo & Barr, 2010).

2.2.3.2. Factores intrínsecos al paciente asociados a la adherencia terapéutica.

Si bien la adherencia terapéutica es un evento complejo condicionado por diversos factores, es también un comportamiento humano, regulado por componentes subjetivos, abarcando las experiencias privadas, expectativas, creencias y motivaciones del paciente en relación a su enfermedad, pronóstico y tratamiento, así como también la perspectiva en torno a su autoeficacia (Martín, 2004; Urzúa, Marmolejo & Barr, 2010).

Diversos modelos intentan dar explicación a cómo dichos factores intervienen en los sujetos para que tomen una acción respecto a su salud. Dentro de ellos los modelos de expectativa-valor, resaltan variables como las percepciones y motivaciones del sujeto, siendo los factores sociodemográficos y psicosociales como influyentes más no determinantes de las conductas saludables. El modelo de creencias sobre la salud hace hincapié en cuán vulnerable se percibe la persona de padecer una enfermedad y verse afectado por la misma; tomando una acción siempre y cuando exista un mayor beneficio en recibir un tratamiento. En cambio, el modelo de la acción razonada y conducta planificada, resaltan el papel de la motivación y el grado de control percibido como determinante de los comportamientos de salud, por lo cual el sujeto debe sentir el control sobre su propio desempeño para obtener los resultados deseados en un tratamiento (León, Medina, Barriga, Ballesteros & Herrera, 2004).

2.2.3.3. Efecto percibido del tratamiento.

Dentro de este factor, se encuentran las características del régimen terapéutico (en cuanto a la complejidad, duración, secuelas) y el efecto que el paciente percibe sobre su tratamiento.

Al respecto, Martin y Grau (2004) explican que abarcan tanto los cambios comportamentales que debe realizar el paciente, así como la complejidad de los mismos, la presencia de efectos colaterales y cuan prolongadas serán estas en el tiempo constituyen determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica.

Asimismo Vico (2011) al referirse sobre los tratamientos quimioterapéuticos, menciona que dentro de los efectos secundarios más comunes se encuentran las náuseas y vómitos; sin dejar de lado a la mucositis, estreñimiento, diarrea, alopecia y otras dolencias. En relación a ello, Ríos y Cruzat (2015) afirman que si bien dichos síntomas son asociados al deterioro de la calidad de vida, son pasajeros y no resultan interferentes en las actividades cotidianas de los pacientes.

2.2.3.4. Factores extrínsecos al paciente asociados a la adherencia terapéutica.

Dentro de este acápite se abarcan las variables del contexto que influyen en su decisión de continuar o no el tratamiento. En este conjunto, podemos encontrar como más resaltante la interacción que tiene con el personal a cargo de su cuidado.

En referencia a la relación con el profesional sanitario, el paciente realiza un conjunto de evaluaciones asociadas al cumplimiento de sus necesidades, expectativas y deseos. Cabe resaltar que si bien años atrás la satisfacción del paciente giraba en torno a las habilidades del galeno para resolver su necesidades médicas, actualmente también se toman en cuenta aspectos interpersonales como la sensibilidad ante su problema y el trato humanitario que se recibe del mismo; siendo ambos componentes esenciales a la hora de establecer la relación

médico- paciente y el estilo de comunicación entre ambos (Martin & Grau, 2004; Sánchez et al., 2012).

Al respecto, Holguin et al. (2006; citado en Urzúa et al., 2010) plantean que solo cuando la información que se brinda al paciente es amoldada a sus necesidades, va a contribuir a un afrontamiento positivo a la enfermedad. Asimismo Cirici (2002) añade que la falta de información sobre la enfermedad y/o tratamiento, comprendido en términos como confundir indicaciones terapéuticas, errar entre los efectos secundarios del tratamiento y de la enfermedad, desentenderse de las pautas de administración; es una de la variables más habituales por las que un paciente abandona su tratamiento.

2.2.3.5. *Impacto de la no adherencia terapéutica.*

El no seguir el tratamiento prescrito por el personal médico acarrea diversas consecuencias, tanto a nivel clínico, generando problemas de salud pública; como económico; derivados del incremento de la mortalidad y morbilidad de los pacientes no adherentes.

Es por ello importante enfatizar en aquellos factores de riesgo que dificultan el seguimiento de un tratamiento. Respecto a ello, se menciona que la dificultad en la comprensión, la falta de monitoreo y la cronicidad de la enfermedad son variables importantes a tomar en cuenta a la hora que un paciente decide discontinuar su terapéutica (Dilla, Valladares, Lizán & Sacristán, 2009).

2.3. Hipótesis y variables

2.3.1. Hipótesis general.

- Las diferencias en los factores de la adherencia terapéutica en función a las variables sociodemográficas de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas son significativas.

2.3.2. Hipótesis específicas.

- Las diferencias en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sexo de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas son significativas.
- Las diferencias en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable edad de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas son significativas.
- Las diferencias en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable grado de instrucción de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas son significativas.
- Las diferencias en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable pareja de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas son significativas.
- Las diferencias en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable tipo de cáncer de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas son significativas.
- Las diferencias en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable fase de enfermedad de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia en un instituto de enfermedades oncológicas son significativas.

2.4. Identificación de variables

- Adherencia al tratamiento
- Variables sociodemográficas: Sexo, edad, grado de instrucción, estado civil, tipo de cáncer, fase de enfermedad.

2.5. Definición de términos

2.5.1. Adherencia al tratamiento.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que abarca diversas conductas relacionadas al seguimiento de un tratamiento, a la persistencia del

mismo a lo largo del tiempo y la forma en como el paciente participa activamente en él, orientado a la eficiencia del mismo.

2.5.2. Variables sociodemográficas.

Conjunto de datos que describen a una población en cuanto a características generales en un momento determinado, que permiten dividirla en grupos, hacer proyecciones y predicciones que llevan a la reflexión del investigador y a la exploración de posibles soluciones.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Según la clasificación de Ato, López y Benavente (2013), el estudio corresponde a una investigación no experimental de tipo empírica, que emplea la estrategia asociativa.

Asimismo encaja dentro del diseño comparativo, contrastando una variable de un grupo pre- existente, donde los participantes son seleccionados según sus diferencias individuales tales como sexo, edad u otro.

3.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis hace referencia a la entidad mayor de que lo será el centro específico de estudio; es decir, responde a la pregunta ¿quién? es el objeto de interés en la investigación (Carrasco, 2005).

En ese sentido, la unidad de análisis es un paciente que se encuentre recibiendo quimioterapia, que cumpla con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes que se encuentre recibiendo un tratamiento curativo
- Edad: Entre 20 y 65 años.
- Conocimiento de diagnóstico oncológico.

Criterios de exclusión

- Pacientes con tratamiento paliativo.
- Que sea menor de 20 o mayor de 65 años.
- Pacientes con nivel educativo menor de primaria incompleta.
- Pacientes oncológicos con enfermedades psiquiátricas o deterioro cognitivo.

3.3. Población de estudio

La población del estudio está constituido por todos los pacientes (n=100) que se encuentren recibiendo un tratamiento quimioterapéutico durante el último bimestre del 2017, en el turno tarde, en un instituto de enfermedades neoplásicas.

3.4. Tamaño de muestra

La muestra está conformada por los 100 pacientes que acuden al servicio de quimioterapia ambulatoria.

3.5. Tipo de muestreo

Ramírez (1996) plantea el muestreo censal, aquel donde todos los participantes de la investigación son parte de la muestra. Es por ello que, al considerar accesible el número de sujetos, se utilizó este tipo de muestreo.

3.6. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado es el creado por Urzúa et al. (2010), denominado *Escala de factores vinculados a la adherencia terapéutica*, el cual en su versión original contiene 20 ítems; sin embargo, un ítem se repite en dos factores, por lo cual será tomado en cuenta una sola vez, quedando 19 ítems. A continuación, se presenta la organización de la escala (Tabla 1):

Tabla 1

Operacionalización de la Escala de factores vinculados a la adherencia terapéutica

Factor	Sub factores	Ítems
Factores intrínsecos del paciente (Creencias del paciente asociadas a su enfermedad)	Expectativas de auto eficacia	2. Pienso que puedo luchar contra la enfermedad. 3. Tengo la fuerza para salir adelante con mi enfermedad. 5. Tengo las herramientas para salir adelante con la enfermedad. 7. Sé que puedo seguir adelante con mi tratamiento. 8. Sé que tengo las habilidades para colaborar con mi tratamiento. 12. Creo que puedo superar la enfermedad.
	Estrategias de afrontamiento	6. Cuando me interesa saber acerca de mi enfermedad pregunto. 9. Confío en que Dios me ayudará a salir adelante. 10. Sé que Dios me entrega la fuerza necesaria para superar la enfermedad.
	Creencias acerca del curso de la enfermedad	1. Creo que el tratamiento me dará buenos resultados. 4. El tratamiento me ayudará a mejorar.
	Motivación	19. Siento que a pesar de los efectos secundarios es mejor continuar el tratamiento.
Efecto percibido del tratamiento	Relación costo-beneficios del tratamiento	15. Desde que comencé el tratamiento todo ha ido mejorando. 16. Pienso que el tratamiento ha hecho que los síntomas de la enfermedad disminuyan. 7. Sé que puedo seguir adelante con mi tratamiento.
	Efectos secundarios del tratamiento	17. Me he sentido mejor desde que empecé el tratamiento. 18. Cada día me siento un poco mejor.
Factores extrínsecos (Manejo de información por parte del paciente)	Información	13. Manejo de información respecto de lo que significa vivir con cáncer. 14. Manejo información respecto de las consecuencias de seguir o no un tratamiento.

Fuente: Adaptado de Úrzua et al. (2010).

Asimismo, para la comparación de los factores vinculados a la adherencia, se tomaron en cuenta las siguientes variables sociodemográficas (Tabla 2):

Tabla 2
Operacionalización de Variables sociodemográficas

Variable	Categoría
Sexo	Hombre
	Mujer
Edad	20-29 años
	30-39 años
	40-49 años
	50-65 años
Grado de instrucción	Primaria completa o Secundaria incompleta
	Secundaria completa
	Estudios superiores incompletos
	Profesión técnica
	Profesión universitaria
Pareja	Con pareja
	Sin pareja
Tipo de cáncer	Cáncer del aparato locomotor
	Cáncer de sangre y hematológico
	Cáncer del sistema digestivo y gastrointestinal
	Cáncer del aparato genitourinario y reproductor
	Cáncer de piel y mama
	Otros tipos de cáncer
Fase de enfermedad	Fase sin metástasis ni recidiva
	Fases con metástasis y recidiva

Fuente: Elaboración propia.

3.7. Análisis e interpretación de información

El proceso y análisis de la información recolectada se realizará con el programa estadístico IBM SPSS statistics 22. Para el análisis psicométrico, se procederá un análisis factorial exploratorio de los ítems; mientras que la confiabilidad, se medirá a través del estadístico Alfa de Crombach.

Por otro lado, para describir la muestra estudiada, se utilizarán tablas de distribución de frecuencia mientras que para el análisis inferencial, se evaluará la normalidad de la muestra por medio de la prueba Kolmogorov- Smirnov: si la prueba tiene una distribución normal se utilizarán los estadísticos T student y Anova; mientras que si tiene una distribución no paramétrica, se usarán las pruebas U de Mann Whitney y Kruskal – Wallis para establecer la existencia de diferencias significativas.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados psicométricos

Para obtener la validez de la prueba, se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax, siendo el total de varianza explicada el 60%. Mientras que para cada factor, se eligieron los reactivos que tuvieron un peso o carga factorial mayor a 0.30; asimismo cuando un ítem tuvo cargas de ese nivel en dos o más factores, se le agrupo en el factor en el que tenía la saturación más alta. Cabe resaltar que cuando los ítems poseían un peso menor a lo indicado eran eliminados, siendo el caso de 3 ítems de la prueba original, quedando la versión final como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3

Análisis factorial de la Escala de factores vinculados a la adherencia terapéutica

	Factor		
	Creencias del paciente asociadas a su enfermedad	Efecto percibido del tratamiento	Manejo de información
1. Creo que el tratamiento me dará buenos resultados	.43		
2. Pienso que puedo luchar contra la enfermedad	.70		
3. Tengo la fuerza para salir adelante con mi enfermedad	.63		
4. El tratamiento me ayudará a mejorar	.57		
5. Cuando me interesa saber de mi enfermedad pregunto			.49
6. Sé que puedo seguir adelante con mi tratamiento		.53	
7. Sé que tengo las habilidades para colaborar con mi tratamiento	.49		
8. Siento que puedo superar la enfermedad	.82		
9. Creo que puedo superar la enfermedad	.80		
10. Manejo información respecto de lo que significa vivir con cáncer			.77
11. Manejo información respecto de las consecuencias de seguir o no un tratamiento			.69
12. Desde que comencé el tratamiento, todo ha ido mejorando		.64	
13. Pienso que el tratamiento ha hecho que los síntomas disminuyan		.62	
14. Me he sentido mejor desde que empecé el tratamiento		.82	
15. Cada día me siento un poco mejor		.58	
16. Siento que a pesar de los efectos secundarios, es mejor continuar el tratamiento		.70	

Por otro lado, al efectuar el análisis de ítems y confiabilidad de los factores del cuestionario, se observa que el valor del alfa de Crombach es mayor que 0.76 en cada una de ellas; de igual forma la correlación ítem – test es mayor a 0.30, lo cual afirma que el instrumento es confiable para los fines propuestos (Tabla 4, 5 y 6).

Tabla 4

Análisis de ítems del factor Creencias del paciente asociadas a su enfermedad

	μ	<i>SD [DE]</i>	r_{it}	α
Ítem 1	3.64	.50	.42	.83
Ítem 2	3.87	.36	.63	.79
Ítem 3	3.87	.39	.58	.80
Ítem 4	3.74	.46	.60	.79
Ítem 7	3.81	.41	.49	.81
Ítem 8	3.86	.34	.67	.79
Ítem 9	3.84	.39	.66	.78
	3.80	.29		.82

Tabla 5

Análisis de ítems del factor Efecto percibido del tratamiento

	μ	<i>SD [DE]</i>	r_{it}	α
Ítem 6	3.83	.49	.46	.83
Ítem 12	3.54	.65	.64	.80
Ítem 13	3.58	.63	.57	.81
Ítem 14	3.52	.75	.80	.77
Ítem 15	3.37	.76	.57	.82
Ítem 16	3.77	.51	.58	.81
	3.64	.44		.83

Tabla 6

Análisis de ítems del factor Manejo de información

	μ	<i>SD [DE]</i>	r_{it}	α
Ítem 5	3.27	.87	.41	.86
Ítem 10	3.01	.96	.70	.54
Ítem 11	3.28	.88	.68	.57
	3.19	.75		.76

4.2. Análisis de resultados descriptivos

En cuanto a los resultados descriptivos, se encontró que la mayor parte de la muestra se ubica en el rango de edad de 50-65 años; pertenece al sexo hombre; posee un grado de instrucción de secundaria completa y tiene actualmente pareja (casados o convivientes); mientras que respecto a la enfermedad, gran parte de la muestra padece un cáncer que afecta la sangre o su sistema hematológico (leucemias o linfomas) y se encuentra en las últimas fases de la enfermedad, es decir ha pasado por un recidiva o el cáncer primario se ha expandido a otra parte de su cuerpo (Tabla 7).

Tabla 7

Distribución de frecuencia de las variables sociodemográficas

Variable	Rango	f
Edad	1. 20-29 años	30
	2. 30-39 años	13
	3. 40-49 años	12
	4. 50-65 años	45
Sexo	1. Hombre	53
	2. Mujer	47
Grado de instrucción	1. Primaria completa o Secundaria incompleta	14
	2. Secundaria completa	43
	3. Estudios superiores incompletos	23
	4. Profesión técnica	13
	5. Profesión universitaria	7
Pareja	1. Con pareja	60
	2. Sin pareja	40
Tipo de cáncer	1. Cáncer del aparato locomotor	7
	2. Cáncer de sangre y hematológico	27
	3. Cáncer del sistema digestivo y gastrointestinal	20
	4. Cáncer del aparato genitourinario y reproductor	17
	5. Cáncer de piel y mama	21
	6. Otros tipos de cáncer	8
Fase de enfermedad	1. Fase sin metástasis ni recidiva	48
	2. Fase con metástasis y recidiva	52

4.3. Análisis de resultados inferenciales

En cuanto a la comprobación de hipótesis, se encontró lo siguiente: Respecto a la variable sociodemográfica sexo, edad y grado de instrucción se observa que los factores de la adherencia terapéutica obtienen un $p > 0.05$, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas en dichas variables (Tabla 9, 10 y 11).

Tabla 8

Prueba U-mann Whitney para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica sexo

	<i>p</i>	<i>Mdn</i>	
		Hombres	Mujeres
Creencias del paciente asociadas a su enfermedad	.37	20,00	20,00
Efecto percibido del tratamiento	.86	21,00	21,00
Manejo de información	.77	12,00	12,00

$p < 0.05^*$; $p < 0.01^{**}$

Tabla 9

Prueba Kruskal – Wallis para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica edad

	<i>p</i>	<i>Mdn</i>			
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-65 años
Creencias del paciente asociadas a su enfermedad	.09	19,00	20,00	20,00	20,00
Efecto percibido del tratamiento	.41	21,00	19,00	23,00	21,50
Manejo de información	.20	11,00	12,00	12,00	12,00

$p < 0.05^*$; $p < 0.01^{**}$

Tabla 10

Prueba Kruskal – Wallis para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica grado de instrucción

	<i>p</i>	<i>Mdn</i>				
		Primaria completa	Secundaria completa	Estudios superiores incompletos	Profesión técnica	Profesión universitaria
Creencias del paciente asociadas a su enfermedad	.11	20,00	20,00	20,00	20,00	19,00
Efecto percibido del tratamiento	.46	20,50	21,00	19,00	20,50	22,00
Manejo de información	.53	12,00	12,00	11,00	12,00	12,00

p<0.05*; p<0.01**

Respecto a la variable pareja, se encuentra un $p= 0.01$ en el factor Manejo de información, por lo cual se podría decir que sí existen diferencias significativas (Tabla 12).

Tabla 11

Prueba U-mann Whitney para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica pareja

	<i>p</i>	<i>Mdn</i>	
		Con pareja	Sin pareja
Creencias del paciente asociadas a su enfermedad	.98	20,00	20,00
Efecto percibido del tratamiento	.23	22,00	21,00
Manejo de información	.01	12,00	11,00

p<0.05*; p<0.01**

Así mismo, respecto a la variable tipo de cáncer, se encontró un $p<0.05$ en el factor Creencias del paciente asociadas a su enfermedad y en el factor Manejo de información, resultando en ambos casos diferencias significativas (Tabla 13).

Tabla 12

Prueba Kruskal – Wallis para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica tipo de cáncer

	<i>p</i>	<i>Mdn</i>					
		Aparato locomotor	Sangre y hematológico	Sistema digestivo y gastrointestinal	Aparato genitourinario y reproductor	Piel y mama	Otros tipos de cáncer
Creencias del paciente asociadas a su enfermedad	.11	19,00	19,00	20,00	20,00	20,00	19,00
Efecto percibido del tratamiento	.46	20,00	21,00	20,50	19,00	22,00	21,00
Manejo de información	.53	11,00	11,00	12,00	12,00	12,00	12,00

p<0.05*; *p*<0.01**

Finalmente, en relación a la variable fase de enfermedad, se encontró un *p*< 0.05 en el factor Manejo de información, siendo dicho resultado significativo (Tabla 14).

Tabla 13

Prueba U-mann Whitney para los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sociodemográfica fase de enfermedad

	<i>p</i>	<i>Mdn</i>	
		Fase sin metástasis ni recidiva	Fase con metástasis y recidiva
Creencias del paciente asociadas a su enfermedad	.51	19,50	20,00
Efecto percibido del tratamiento	.18	20,00	22,00
Manejo de información	.04	11,00	12,00

p<0.05*; p<0.01**

V. DISCUSIÓN

La adherencia terapéutica es un constructo multifactorial donde se ven involucrados componentes de diversa naturaleza. Es así que para su estudio, algunas investigaciones resaltan el papel del contexto del paciente, tal como Carbay (2016); otras destacan las características de la enfermedad como Díaz et al. (2013); mientras otras, variables sociodemográficas del individuo (Cruz et al., 2014; Raymundo, 2014; Rivera, 2016).

En este sentido, la presente investigación se realizó una descripción de la muestra estudiada en cuanto a las variables sexo, edad, grado de instrucción, pareja, tipo de enfermedad y fase de la misma; cuyos resultados respecto al sexo de los participantes, la muestra se inclina ligeramente a favor de los hombres, lo cual es diferente a las estadísticas planteadas en los últimos años, donde las mujeres presentan mayor incidencia de la enfermedad (Rolando & Ramos, 2013). Frente a este resultado sería conveniente evaluar el porcentaje de tipo de cáncer por cada sexo y su prevalencia en el estudio, ya que esto puede influir en los resultados hallados.

En cuanto al rango etario, la muestra se ubica con mayor frecuencia en el último grupo (50 – 65 años) siendo dicha información similar a la encontrada durante el periodo 2006 – 2011 por Ramos y Rolando (2013); donde mujeres advierten la presencia de un cáncer con mayor frecuencia durante las de edades de 50 a 59 años, mientras que los hombres a partir de los 70.

En relación al grado de instrucción, la mayor parte de la muestra culminó sus estudios secundarios sin seguir carreras técnicas o profesionales. Al respecto estudios previos demuestran que este podría ser un factor relevante para el desarrollo de la enfermedad, tal como lo mencionan Corral, Cueva, Yépez y Montes (1996), que la baja escolaridad es un factor de riesgo en el carcinoma de cuello uterino, mientras que Chirinos, Carbajal, Segura, Combe y Akib (2007), lo encuentran como parte del perfil de un paciente con cáncer gástrico.

En cuanto a la variable pareja, los resultados indican que el 60% de evaluados mantiene una relación estable (casados o convivientes), mientras que el porcentaje restante no mantiene una relación en la actualidad. En relación a ello, considerando a la familia como sostén emocional del paciente oncológico (Torrico et al., 2002) y a la pareja como parte de ella; dicha situación podría ser beneficiosa para el paciente sobre todo en las fases con

metástasis y/o recidiva donde hay mayores complicaciones a nivel físico y emocional; es así que en ese sentido Pérez, González, Mielles y Uribe (2017) encuentran que mujeres casadas tienen un apoyo emocional alto, hombres solteros tienen un apoyo emocional medio.

Respecto al tipo de cáncer, los resultados hallados demuestran que las leucemias y los cánceres hematológicos, son los que ocupan el primer lugar, seguidos de los gastrointestinales y los de la piel/mama. Esto coincide con investigaciones en territorio nacional, donde se afirma que (después del cáncer de cérvix) los linfomas, el cáncer de mama y de estómago son aquellos que se reportan con mayor frecuencia (Rolando & Ramos, 2013). Cabe resaltar que si bien el cáncer es un enfermedad multicausal, existe evidencia que el estilo de vida del individuo responde a factores de riesgo para desarrollar la enfermedad; siendo así el bajo consumo de frutas, verduras y el alto consumo de comidas ahumadas, influyentes para los cánceres del sistema digestivo; mientras que el sobrepeso y la obesidad, se relacionan con el cáncer de mama; la exposición frecuente a la radiación solar, para el cáncer de piel; y para los cánceres hematológicos, el encontrarse expuesto prolongadamente a pesticidas y/o compuestos químicos. Por esta razón se considera que el abordaje del cáncer debe estar orientado desde la promoción de la salud, instruyendo al individuo sobre estilos de vida saludables e impulsando su práctica, se plantea como la solución más óptima en nuestro medio tal como lo señalan Ramos y Rolando (2013).

En relación a la fase de la enfermedad, se encontró que un porcentaje mayoritario de la muestra revelaba metástasis y recidiva. Dicha situación podría estar relacionada con un déficit en la cultura preventiva que permitiría un diagnóstico temprano (Goss et al., 2013), como también podría estar ligado al incumplimiento del tratamiento o al seguimiento inadecuado del mismo como lo afirma Ginarte (2001).

Por otro lado, respecto al análisis inferencial, en relación a la variable sexo, esta no presenta diferencias significativas en los factores de la adherencia terapéutica del estudio. Al respecto, mientras que Raymundo (2014) encontró que no generaba diferencias con el constructo adherencia terapéutica, Souza et al. (2013), encontraron que dicha variable es generadora de diferencias pero no de manera significativa. Cabe resaltar que en ambos casos los autores estudian la adherencia como una globalidad, a diferencia de este estudio. Asimismo investigaciones previas que identifiquen las diferencias entre hombres y mujeres respecto al factor Creencias asociadas a su enfermedad, no han sido encontrados; en relación al Manejo de información, Palmeiro et al. (2006) no halló diferencias significativas en la

variable; y respecto al factor Efecto percibido del tratamiento, estudios previos demuestran que posterior a intervenciones quirúrgicas, tanto hombres como mujeres tienen dificultades en distintas esferas de su vida, como la sexual, pero no especifican si la variable es generadora de diferencias (Grau et al., 1999). Por lo tanto, los resultados de la presente investigación concuerdan con los trabajos citados.

Respecto a la variable edad, tampoco presenta diferencias significativas en los factores de la adherencia terapéutica. En relación a ello, Palmeiro et al. (2006) encontraron diferencias significativas en relación al conocimiento sobre el curso de su enfermedad en pacientes terminales, a favor de los más jóvenes, mientras que acerca de la percepción del tratamiento y el manejo de información, estudios previos en pacientes oncológicos no han sido encontrados. No obstante, cabe resaltar que si bien la variable edad pueda no ser generadora de diferencias significativas en el manejo de información, si pueden existir dichas diferencias respecto al acceso a la misma, teniendo en cuenta que posiblemente son los más jóvenes quienes tienen mayor acceso a fuentes electrónicas. Asimismo, mientras la persona se encuentre en un rango etario muy joven o muy mayor, tendrá menos acceso a hablar con el personal médico directamente, siendo los familiares quienes se encarguen de ello.

Sobre la variable grado de instrucción, en la presente investigación no se encontraron diferencias significativas al ser comparadas las categorías de dicha variable en los factores de la adherencia terapéutica. Al respecto Pascacio et al. (2016) tiene resultados semejantes al encontrar que el nivel de escolaridad no influye en el grado de conocimiento en pacientes con una enfermedad crónica, no obstante Ximenes et al. (2008) encuentran creencias positivas acerca del curso de la enfermedad pero escaso conocimiento sobre la quimioterapia de sus hijos en mujeres de baja escolaridad. En relación a ello, si bien en el presente estudio, el grado de instrucción no generó diferencias significativas, la comprensión lectora pueda ser la variable generadora de dichas diferencias, ya que en la muestra seleccionada se tomaron en cuenta individuos con un nivel mínimo de comprensión lectora para poder realizar las preguntas de la prueba.

Respecto a la variable pareja, se encontraron diferencias significativas en el factor Manejo de información, a favor de quienes cuentan con una pareja. En relación a ello, es importante reconocer a la pareja como miembro de la nueva familia del enfermo oncológico, quien en muchas ocasiones hará el papel de cuidador primario, por lo cual estará inmerso en la enfermedad oncológica, en el ambiente hospitalario y se relacionará también con otros

familiares, adquiriendo nuevos conocimientos y aplicándolos en el cuidado de su enfermo; como también decidiendo la cantidad de información que recibirá su familiar acerca del curso y pronóstico de su enfermedad (Fernández, 2004; Getino, 2013).

Relacionado a la variable tipo de cáncer, se encontraron diferencias significativas en cuanto a los factores Creencias del paciente asociadas a su enfermedad y Manejo de información. En torno a ello Herrera et al. (2010) encuentran en su muestra de pacientes con cáncer de recto y de colón, diferencias en su esfera social y sexual, post intervención quirúrgica, así como también Labrador y Bara (2004), no encuentran diferencias respecto al tipo de información que obtienen los enfermos oncológicos dependiendo del tipo de cáncer, pero sí del tipo de intervención. Es por ello que, frente a los resultados de la presente investigación y los antecedentes, se puede entender que el tipo de cáncer tendrá repercusión en la adherencia del paciente, tomando en cuenta de que de esta variable también dependen los síntomas de la enfermedad, la visibilidad de la misma, los cambios en la calidad de vida y el tipo de intervención que requerirá. Con todo ello, su actitud frente a la enfermedad, las creencias asociadas a la misma y la información que pueda obtener será influenciado.

Respecto a la variable fase de enfermedad, no se hallaron diferencias significativas al ser comparadas en los factores Creencias del paciente asociadas a su enfermedad y Efecto percibido del tratamiento, no obstante se encontraron dichas diferencias con el factor Manejo de información, a favor de quienes se encuentran en fases con metástasis y recidiva. Al respecto, Pérez et al. (2017) encontraron que un 57% de su muestra, constituida por un 68% de pacientes con un tiempo de enfermedad mayor a 7 meses, escogía un estilo de afrontamiento activo con búsqueda de alternativas para su recuperación. Ambos resultados podrían ser explicados debido a que, en la medida que el individuo tenga una mayor exposición a su enfermedad; tendrá también que involucrarse más en el proceso y con ello adquirirá mayor conocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento (Llinares et al., 2010).

Como apreciación final de este estudio, podemos decir que, respecto a la hipótesis general, se encuentran diferencias significativas en algunas de las variables sociodemográficas, con lo cual estas serían relevantes en el estudio de los factores de la adherencia terapéutica. No obstante, también sería conveniente estudiar otras variables como el contexto socio-familiar, ya que, de acuerdo a los estudios encontrados la familia, al ser la primera fuente de socialización, repercutirá en nuestras creencias, percepciones sobre determinadas situaciones como lo es una enfermedad oncológica (Torrice et al., 2002); así como también tomar en cuenta las variables del propio tratamiento es de vital importancia, ya

que la quimioterapia es un tipo de intervención que si bien produce efectos secundarios a corto plazo, también suscita mejoras rápidamente, siendo los propios individuos quienes revelan alivios respecto a los síntomas de la enfermedad (Palacios & Zani, 2014; Ríos & Cruzat, 2015), lo cual puede influir sobre la percepción del tratamiento y con ello sobre las creencias sobre su enfermedad, en cuanto a su progreso y expectativas de mejora, asimismo el contacto con el personal médico y otros pacientes durante prolongadas horas podría influir sobre la información que obtienen, en comparación con otros tipos de intervención.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se arribó al finalizar esta investigación son las siguientes:

- Existen diferencias significativas en los factores de la adherencia terapéutica en función de las variables sociodemográficas de la investigación, con lo cual se resalta la importancia de los mismos al estudiar dicho constructo.
- No existen diferencias significativas en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable sexo de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia, lo que significaría que dicha variable no genera diferencias en cuanto las creencias, percepción y manejo de información de la enfermedad de manera significativa como lo señalan estudios previos, siendo otras las variables las que podrían brindar dichas diferencias.
- No existen diferencias significativas en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable edad. No obstante, sería de vital importancia estudiar dicha variable en el acceso a la información, ya que al encontrarse los pacientes en los extremos de los rangos etarios, son otras las personas, en calidad de cuidadores, quienes serán sus vías de comunicación con el personal médico.
- No existen diferencias significativas en los factores de la adherencia terapéutica en función a la variable grado de instrucción; lo que supondría que, al tener todos los pacientes comprensión lectora, dicha variable no genera diferencias significativas.
- Existen diferencias significativas en el factor Manejo de información en función a la variable pareja; lo que resaltaría el papel de cuidador primario de la pareja y de la información que provee al enfermo oncológico, durante toda su enfermedad.
- Existen diferencias significativas en los factores Creencias del paciente asociadas a su enfermedad y Manejo de información en función a la variable tipo de cáncer; lo que podría suponer que el tipo de cáncer también incluye variables tales como la visibilidad del tumor, los síntomas de la enfermedad y el tipo de intervención, las cuales podrían influenciar en dichas diferencias.

- Existen diferencias significativas en el factor Manejo de información, en función a la variable fase de enfermedad, lo que supondría que el tiempo que se encuentra expuesto el paciente a su enfermedad influye en la información que maneja sobre la misma.

RECOMENDACIONES

Así mismo, en base al análisis del estudio, las recomendaciones son las siguientes:

- Fomentar el trabajo multidisciplinario en el abordaje oncológico, tomando en cuenta las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del paciente.
- Elaborar protocolos de atención hospitalaria para el paciente oncológico que consideren mantener informado al paciente sobre su diagnóstico, progreso de su enfermedad, intervención y tratamiento.
- Implementar grupos de apoyo psicológicos para pacientes con cáncer que permitan la expresión y adecuación de emociones y cogniciones sobre la enfermedad y el tratamiento a fin de favorecer la adherencia al último.
- Desarrollar otras investigaciones en las que se consideren establecer análisis comparativos entre otras variables sociodemográficas tales como lugar de procedencia, antecedentes familiares de enfermedad oncológica y nivel socioeconómico, así como también con variables del contexto socio familiar y del tipo de intervención médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, C. & Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica contemporánea*, 2(2), 187-207. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>

Alviz, A., Martínez, J., Marrugo, A., Taron, A., Díaz, A. & Paut, A. (2016). Adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en el Hospital Universitario del Caribe. *Pharmaceutical care*, 18(6), 251-264. Recuperado de <http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/355/270>

American Psychological Association (2002). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (6 ed.)*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.

Arroyo, J., Velásquez, A., Céspedes, S., Malo, M., Pedroza, J., Saco, A. & Zamora, V. (2015). Acceso a la atención y financiamiento en salud. En CENTRUM Futuro (dirección). *La salud hoy: Problemas y soluciones*. Coloquio llevado a cabo en CENTRUM Católica, Lima.

Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038 -1059. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>

Barrios, E. & Garau, M. (2017). Cáncer: Magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay*, 4(1), 9-46. Recuperado de <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/270/119>

Carbay, N. (2016). *Conductas resilientes y su adhesión al tratamiento en pacientes con tumores cerebrales* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/8023>

Carrasco, S. (2005). *Metodología de la investigación científica*. Lima: Editorial San Marcos

Carson, R. & Odle, T. (2006). Cáncer. En Gale Virtual Reference Library. *The Gale Encyclopedia of Medicine* (pp. 701-709). Detroit: Gale

Cázares, F., Vinaccia, S., Quiceno, J. & Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 10(2). doi: <http://dx.doi.org/10.21500/19002386.2480>

Cirici, R. (2002). La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Revista de psiquiatría de la facultad de Medicina de Barcelona*, 29(4), 232-238. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/ibc-20202?lang=pt>

Chirinos, J., Carbajal, L., Segura, M., Combe, J. & Akib, S. (2012). Cáncer Gástrico: Perfil epidemiológico 2001 – 2007. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 32(1). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292012000100008

Corral, F., Cueva, P., Yépez, J. & Montes, E. (1996). La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 121(6), 511–517. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/15413/v121n6p511.pdf?sequence=1>

Cruz, U., Dueñas, D., Martínez, K., Polo, Y., Sánchez, L. & Perdomo, A. (2014). Adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las unidades oncológicas. *RFS Revista Facultad de Salud*, 6(1), 14 -19. doi: <https://doi.org/10.25054/rfs.v6i1.148>

Cunyer, A. (2014). *Procesos oncológicos y afectación de la imagen corporal* (Tesis de licenciatura, Universitat Internacional de Catalunya). Recuperado de https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/242793/Anna_Maria_Cunyer_Comenge.pdf?sequence=1

Díaz, M., Rodríguez, M., Trujillo, N. & Palacios, X. (2013). Cumplimiento con la quimioterapia intravenosa y algunos factores asociados a éste en pacientes oncológicos adultos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 467-482. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a02.pdf

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria*, 41(6), 342-348. doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031

Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*, 47(6), 251-254. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>

Getino, M. (2013). Estudio cualitativo a pacientes de cáncer con soporte paliativo en atención hospitalaria. *Ciencia & SaudeColetiva*, 18(9), 2531-2539. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900007&script=sci_abstract&tIng=es

Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General integral*, 17(5), 502 – 505. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016

Goss, P., Lee, B., Badovinac, T., Strasser, K., Chavarri, Y., Villareal, C., ...Azenha, G. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology Comisión*, 14(5), 391-436. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70048-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70048-2)

Grau, J., Llantá, M., Chacón, M. & Fleites, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Revista cubana de oncología*, 15(1), 49-65. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc09199.pdf

Herrera, J., Díaz, J. & Fermín, Y. (2010). Comparación de la percepción de la calidad de vida en pacientes con tratamiento quirúrgico y/o adyuvante en cáncer de colon y cáncer de recto en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 30(2), 137- 147. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v30n2/a06v30n2.pdf>

Labrador, F. & Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1(1), 51-66. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/38820197.pdf>

Lazo, O., Alcalde, J. & Espinosa, O. (2016). *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos*. Lima: Colegio Médico del Perú, Recuperado de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/164/165>

León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. & Herrera, I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Editorial UOC

Llinares, L., Benedito, M. & Piqueras, A. (2010). El enfermo de cáncer: Una aproximación a su representación social. *Psicología & Sociedades*, 22(2), 318-327. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/12.pdf>

Manfrin, R. & Fontao, M. (2008). La experiencia de los pacientes sometidos a radioterapia oncológica: Una medicina-veneno. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600010>

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008

Martín, L. & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14(1), 89-99. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869/1597>

National Cancer Institute (2007). *La radioterapia y usted. Apoyo para las personas con cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/radioterapia-y-usted.pdf>

Ocampo, M., Henao, L. & Vásquez, L. (2010). *Amputación de miembro inferior: Cambios funcionales, inmovilización y actividad física* (Documento de investigación, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano). Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/09/09ecdc88-5c0d-47d6-955f-a671bbc97c45.pdf

Palacios, X. & Vargas, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: Una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 8(2-3), 423-440. doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37890

Palacios, X. & Zani, B. (2014). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos. *Revista diversitas. Perspectivas en psicología*, 10(2), 207-223. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n2/v10n2a03.pdf>

Palmeiro, G., González, M., Álvarez, S. & Díaz, G. (2006). Influencia de la edad y el sexo en la información del paciente en fase terminal. *Atención primaria*, 38(6), 365-366. doi: <https://doi.org/10.1157/13093379>

Pascacio, G., Ascencio, G., Cruz, A. & Guzmán, C. (2016). Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 22(1-2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/487/48749482004/>

Pérez, P., González, A., Mielles, I. & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento psicológico*, 15(2), 41-54. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a04.pdf>

Ramírez, T. (1996). *Cómo hacer un proyecto de investigación (3 ed.)*. Caracas: Carhel.

Ramos, W. & Rolando, D. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud.

Raymundo, O. (2014). *Tratamiento en pacientes con cáncer: impacto y adherencia* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3522>

Raymundo, O. & Ayala, I. (2011). Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. *Revista de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo*, 13(1), 59 – 73. Recuperado de http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/309/198

Ríos, M. & Cruzat, C. (2015). Percepción y significados asociados a la calidad de vida en pacientes hemato – oncológicos. *Revista chilena de Neuro -Psiquiatría*, 53(4), 261-268. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000400006

Rivera, C. (2016). *Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino* (Tesis de licenciatura). Recuperado de tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7474

Salazar, M., Regalado, R., Navarro, J. Montanez, D., Abugatas, J. & Vidaurre, T. (2013). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30(1), 105-112. Recuperado de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/166/167>

Sánchez, J., Zuñiga, A., Rubio, J., Palma, S., Leiva, K., Betanco, A., Landa, E. & Fernández, K. (2012). Satisfacción del paciente oncológico con la atención médica recibida en el hospital general San Felipe y Hospital Escuela. *Revista de la facultad de ciencias médicas*, 9(1), 34-41. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/lil-699540>

Sarria, G. & Limache, A. (2013). Control del cáncer en el Perú: Un abordaje integral para un problema de salud pública. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30(1), 93-98. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100018

Souza, B. Pires, F., Dewult, N., Inocenti, A., Silva, A. & Miasso, A. (2013). Pacientes em uso de quimioterápicos: depressao ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 61 -68. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033324008_2.pdf

Torraco, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18(1), 45-59. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16718103>

Trejo, U., Granados, J., Ortiz, L., Delgado, G. (2005). Diferencias sociales de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las mujeres trabajadoras de una universidad de la ciudad de México. *Revista Española de Salud Pública*, 79(3). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000300008

Urzúa, A., Marmolejo, A., Barr, C. (2010). Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. *Universitas Psychologica*, 11(2), 587-598. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672012000200020

Vico, I. (2011). *Paciente en tratamiento quimioterápico: Manejo de las complicaciones*. Recuperado de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_paciente_tratamiento_quimioterapico.pdf

Ximenes, F., Costa, C. & Rocha, J. (2008). La percepción de las madres de niños con cáncer en relación con el tratamiento de quimioterapia. *Revista Cubana de Enfermería*, 14(3-4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300008

ANEXOS

Anexo 1. Análisis de la bondad de ajuste de los factores de la adherencia terapéutica

Los resultados a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov muestran valores menores a 0.05, lo que significaría que los estadísticos a utilizarse son no paramétricos (Tabla 14).

Tabla 14

Análisis de la Bondad de Ajuste de los factores de la adherencia terapéutica

	μ	<i>SD [DE]</i>	Sig
Creencias del paciente asociadas a su enfermedad	19,10	1,36	,000
Efecto percibido del tratamiento	20,61	2,86	,000
Manejo de información	11.43	.81	,000

Sig < 0.05

Anexo 2. Ficha de datos sociodemográficos

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:

Sexo:

**Grado de
instrucción:**

Secundaria incompleta	Secundaria completa	Estudios superiores incompletos	Profesión técnica	Profesión universitaria
--------------------------	------------------------	---------------------------------------	----------------------	----------------------------

Estado civil:

Soltero (a)	Casado (a)	Conviviente	Divorciado (a)	Viudo (a)
-------------	------------	-------------	----------------	--------------

Diagnóstico médico : _____

Metástasis : **Si / No**

Recidiva : **Si / No**

Anexo 3. Escala de factores vinculados a la adherencia terapéutica

	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Creo que el tratamiento me dará buenos resultados.				
2. Pienso que puedo luchar contra la enfermedad				
3. Tengo la fuerza para salir adelante con mi enfermedad				
4. El tratamiento me ayudara a mejorar.				
5. Tengo las herramientas para salir adelante con la enfermedad.				
6. Cuando me interesa saber de mi enfermedad, pregunto.				
7. Sé que puedo seguir adelante con mi tratamiento.				
8. Sé que tengo las habilidades para colaborar con mi tratamiento.				
9. Confío en que Dios me ayudara a salir adelante.				
10. Sé que Dios me entrega la fuerza necesaria para superar la enfermedad.				
11. Siento que puedo superar la enfermedad.				
12. Creo que puedo superar la enfermedad.				
13. Manejo información respecto de lo que significa vivir con cáncer.				
14. Manejo información respecto de las consecuencias de seguir o no un tratamiento.				
15. Desde que comencé el tratamiento, todo ha ido mejorando.				
16. Pienso que el tratamiento ha hecho que los síntomas disminuyan.				
17. Me he sentido mejor desde que empecé el tratamiento.				
18. Cada día me siento un poco mejor.				
19. Siento que a pesar de los efectos secundarios, es mejor continuar el tratamiento.				

Anexo 4. Consentimiento informado

Estimado participante

Se dirige ante usted, Ana Cristina Chacón Pérez con DNI 74051236; egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El propósito del presente es explicarle la siguiente evaluación, la cual consiste en la aplicación de un cuestionario sobre adherencia terapéutica.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas de este instrumento. Esto tomará aproximadamente 10 minutos.

Asimismo la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, por lo cual sus respuestas al instrumento serán anónimas.

Desde ya se agradece su participación.

Yo.....

identificado con DNI acepto de forma voluntaria mi participación en esta investigación.

.....
FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA: