

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades más severas y de mayor incidencia en la salud de las personas (tanto a nivel fisiológico como psicológico) es el cáncer. Según la Organización Mundial de la Salud (2005), esta enfermedad es la primera causa de mortalidad a nivel mundial, afectando al paciente de manera integral, así como a sus familiares, es por ello que se requiere un manejo psicológico y social del paciente con cáncer. Dentro de este marco se debe enfrentar al tema de la información diagnóstica, ya que el enfermo enfrentado por la sospecha o la evidencia concreta de la existencia de una enfermedad neoplásica, sufre un impacto emocional, sus sentimientos de porqué a él y los aspectos de su presunta inmortalidad quedan profundamente afectados, teniendo que reconocer que es un ser humano que puede enfermar y morir (Aresca et al. 2005).

El paciente durante el transcurso de su enfermedad, luego del impacto que le genera enterarse de su padecimiento, se encuentra frente a una serie de cambios en sus estilos de vida, desde dejar de realizar actividades físicas acostumbradas, hasta percibir efectos adversos por los medicamentos y tratamientos aplicados, por lo cual la adherencia al tratamiento médico se estima de gran importancia considerando una definición dinámica del término, donde se la consive como la tendencia de aceptar que el paciente construye junto a su sistema sanitario un plan preventivo o terapéutico y lo sigue voluntariamente, tras un involucramiento y decisión personal, para mejorar su calidad de vida. Así mismo, propone que es la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento, de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su calidad de vida. Di Mateo y Di Nicola (1985, en Ortiz y Ortiz, 2007).

Resaltando la importancia del impacto del tratamiento y la adherencia del paciente con cáncer, se ha elaborado esta investigación utilizando ambas variables.

Para la validación y baremación de las escalas Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Cáncer y FACT-G se evaluó a una muestra de 100 pacientes, del área de oncología de un hospital en Trujillo en el 2012, con quienes se hicieron sesiones individuales de entrevista para la evaluación pertinente.

Aunque la investigación se enmarca en el ámbito psicológico, sus repercusiones son tanto de carácter psicológico, como médico ya que va a identificar el impacto que genera el tratamiento médico del cáncer, así como la adherencia de los pacientes.

El presente trabajo en el capítulo I se presenta el problema, seguido de las variables e hipótesis del problema planteado que sustenta la pregunta de investigación. En base a ello se plantea en el capítulo II el marco teórico, seguido el capítulo III de metodología en donde se encuentran las variables, para describir el método utilizado (diseño, participantes, instrumentos y procedimiento). En el capítulo IV se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos, seguidamente en el capítulo V se pasa a analizar todo el trabajo y los resultados en el capítulo de discusión. En el Capítulo VI, se señalan las conclusiones más importantes de la presente investigación y se plantean recomendaciones con fines de intervención en el problema abordado, tomando en cuenta los objetivos planteados. Finalmente, en el Capítulo VII se encuentran las referencias bibliográficas utilizadas para el presente estudio.

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Una de las enfermedades más severas y de mayor incidencia en la salud de las personas (tanto a nivel fisiológico como psicológico) es el cáncer. Hoy en día las enfermedades neoplásicas se han incrementado de manera brusca. Se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre el 2007 y 2030, pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones, Aresca, Birgin, Blum, Buceta, Figini, Gullas, Iconikoff, Kors, Rosenfeld, (2004); Asimismo, los autores mencionan que dicha enfermedad crónica no sólo acarrea el temor a la muerte, sino también trae consigo diversos cambios psicológicos y físicos, los mismos que pueden intervenir directamente sobre la adherencia al tratamiento.

Dentro de los tratamientos para el cáncer encontramos la cobaltoterapia, es una radiación que se da por unos aparatos denominados bombas de cobalto, en ellos, se pone una pastilla de cobalto radiactivo que será lo que producirá la radiación que persigue destruir las células cancerosas en el área en la que se administra, hay dos maneras de administrar radioterapia; externa y curieterapia, Cubillo (2001). La quimioterapia, es enormemente eficaz para impedir el desarrollo de nuevos tumores, sin embargo al igual que los tratamientos antes mencionados lleva consigo efectos colaterales, los más comunes son la ansiedad, náuseas y vómitos. Los estudios de Cubillo (2001) revelan que el 25% y 65% de los pacientes tratados con quimioterapia se sensibilizan al tratamiento, desarrollando reacciones de ansiedad y presentando náuseas antes del mismo. En total aproximadamente un 25% al 33% de los pacientes experimentan náuseas moderadas o intensas. Entre el 11% y 20% presenta vómitos anticipatorios y el 60% reacciones de ansiedad anticipatoria. Estas reacciones en realidad no son respuestas aprendidas, sino generadas por los efectos del tratamiento médico que pueden conducir a mayores complicaciones tales como; anorexia y desequilibrio metabólicos, además de contribuir a un deterioro general de la condición física y psicológica del paciente, influyendo significativamente en su calidad de vida. Ehrenzweig (2007) realizó un estudio donde constata que los tratamientos para el cáncer están

entre las terapias más complicadas de llevar a cabo, debido a los altos niveles de incertidumbre que generan, ya que la información que se tiene acerca de esta enfermedad, como devastadora, hace que para los pacientes la cura sea algo casi inalcanzable y esto afecta la adherencia a las terapias para lograrlas.

Por otro lado, las investigaciones de Peñacoba, Velasco, Mercado, Moreno, (2005), refieren que el apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud y de la mortalidad en pacientes con cáncer, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes. Las personas que tienen poco o escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas de riesgo para la adquisición del cáncer, así mismo si los pacientes con cáncer tiene un escaso apoyo social llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, muestran menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante, Aresca et al. (2004). Sin Embargo Cella, (2008) nos hace mención de otros aspectos del impacto del tratamiento, reporta que el Impacto al tratamiento comprende aspectos como el soporte familiar y social, impacto físico (dolor y efectos secundarios del tratamiento médico), emocional y capacidad de funcionamiento general. Todas estas subáreas se encuentran de diferente forma afectadas durante el tratamiento para el cáncer.

En Latino América el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el registro de cáncer de Lima Metropolitana, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes de nuestra ciudad capital. El instituto de enfermedades Neoplásicas brinda atención a pacientes portadores de tumores benignos y malignos, dentro de las neoplasias más comunes se encuentran las de mama femenina, las de cuello uterino y las de próstata, INEI (2009). En cuanto a investigaciones, en el Perú esta problemática no ha sido fuente de estudio frecuente, ya que existen en el medio investigaciones en pacientes con cáncer, pero no le han dado una orientación hacia identificar cuánto es que el impacto del tratamiento influye en su adherencia a los procedimientos médicos, considerando que su seguimiento es un tema que

requiere ser ampliamente estudiado, ya que se ha encontrado que la magnitud de la adherencia se encuentra en relación con la naturaleza del régimen, su duración, complejidad, efectos secundarios, costos, beneficios, consecuencias y posiblemente otros factores, Barra (2002). A nivel de la región la Libertad los datos epidemiológicos son aún menores, tal como OncoPerú (2009) refiere que la incidencia del cáncer en una población definida geográficamente se conoce mediante la implantación de un sistema de registro de todos los casos nuevos, sin embargo en un país pobre como el nuestro, esto es difícilmente posible a nivel nacional, sin embargo existen estadísticas de Lima y Trujillo que brindan ciertos indicadores del incremento de esta enfermedad. Ante ello se aprecia la necesidad de investigar para proponer mejoras e intervención multidisciplinaria para las familias y el paciente oncológico, en tal sentido mediante este estudio se busca investigar la relación que existe entre el impacto y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer del Hospital Lazarte Echeagaray de la ciudad de Trujillo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta de investigación es: ¿Existe relación entre el Impacto y la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer?

1.3 JUSTIFICACIÓN

A nivel legal, el presente estudio busca brindar un aporte teórico sustancial bajo el enfoque de promoción de la salud en los pacientes con cáncer siguiendo el Plan Estratégico 2006-2016 de la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer. El cual se sustenta en el Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú (PRONAPRECC), la cual tiene como uno de sus objetivos específicos el Promover la Investigación en Cáncer, priorizando la Promoción y la Prevención.

A nivel teórico, la presente investigación va a responder a escasos estudios realizados en el Perú, resaltando la importancia de conocer la relación que existe entre el impacto del tratamiento y la adherencia, con la finalidad de

proveer información que permita evitar las consecuencias de un manejo inadecuado en el servicio de salud, contribuyendo a la promoción de actividades que reduzcan el impacto del tratamiento en los pacientes con cáncer, que lejos de provocarles mayor dolor, les brinde una mejor calidad de vida, trato humano y adhesión al tratamiento.

A nivel práctico, el estudio realizado ofrece un aporte a la psicooncología, con la Escala de Adherencia al Tratamiento en pacientes con Cáncer EATC, creada para ser utilizada en el diagnóstico y descripción de la adherencia o no adherencia del paciente al tratamiento médico, aportando una herramienta al ámbito clínico en el abordaje en pacientes con cáncer. Dicho instrumento confirmó su solidez en las características psicométricas con su validez y confiabilidad, a partir de las cuales se dispuso de baremos específicos de la población de pacientes con cáncer.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Identificar la relación entre el Impacto y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

1.4.2 Objetivos Específicos

Elaborar la escala de adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

Identificar el nivel del Impacto del tratamiento en los pacientes con cáncer.

Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes con cáncer.

Determinar la relación entre el Impacto del estado físico general de salud y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

Determinar la relación entre el Impacto del ambiente familiar y social y la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

Determinar la relación entre el Impacto del estado emocional y la adherencia en pacientes con cáncer.

Determinar la relación entre el impacto en la capacidad de funcionamiento personal y la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

Identificar las diferencias de la adherencia al tratamiento según el sexo, edad, tipo y tiempo del tratamiento en pacientes con cáncer.

Identificar las diferencias del Impacto del tratamiento según el sexo, edad, tipo y tiempo del tratamiento en pacientes con cáncer.

Identificar las diferencias de las dimensiones de la variable Impacto del tratamiento según el sexo, edad, tipo y tiempo del tratamiento en pacientes con cáncer.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

A continuación se presentaran primero las investigaciones sobre las variables del estudio a nivel internacional y luego las realizadas a nivel nacional en orden al año de publicación.

2.1.1 Internacional

Terol, Rodríguez, Pastor, Mora, Neyra, Neipp y Lizón (2000) realizaron un investigación longitudinal de pacientes con cáncer que recibieron tratamiento de quimioterapia, su objetivo fue evaluar y comparar la calidad de vida y el Estado emocional (ansiedad y depresión) de 21 pacientes oncológicos entrevistados en dos momentos de su enfermedad, al inicio y en sus últimos ciclos de quimioterapia, los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Ansiedad y Depresión (H.A.D. Zigmond, 1983) y el Cuestionario de Calidad de Vida (Toledo et al. 1993). Los resultados mostraron que la calidad de vida global y la condición física percibida se asociaron entre sí con la depresión. Sólo la Condición Física se diferenciaba significativamente entre las fases de estudio. En ambas fases, los Síntomas de Enfermedad, y el Impacto Económico se asociaron, bien con la ansiedad o con la depresión. El Impacto Social se relacionó con la depresión y la ansiedad en la primera fase, y la Discapacidad funcional con la Calidad de vida global, en la segunda.

Sánchez (2005), realizó una investigación en Madrid, su objetivo fue Analizar las variables socioeconómicas, médicas y de afrontamiento que predicen el abandono del tratamiento psicológico grupal en una muestra de pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama. La muestra consistió en 62 pacientes con cáncer de mama, que estaban realizando tratamiento oncológico y que fueron incorporadas a un programa de intervención psicológica grupal. Durante la primera sesión, se administró una batería de cuestionarios a las participantes (COPE, GHQ-12, EORTC-QLQ-C-3.0). A

lo largo de las sesiones se registró la asistencia de las pacientes. Una vez finalizado el tratamiento, se dividió la muestra en dos grupos: pacientes que habían completado el grupo (asistencia de un mínimo del 60% de las sesiones), y pacientes que no lo habían completado. Se analizaron las diferencias entre los dos grupos. La tasa de abandono obtenida en el estudio fue del 27,5%. Las variables predictoras del cumplimiento del tratamiento psicológico en el modelo de regresión logística fueron el emplear la planificación como estrategia de afrontamiento al estrés, y un mayor nivel educativo. La edad, el estado psicopatológico y la calidad de vida no resultaron variables relevantes en la predicción del abandono del tratamiento.

Gaviria, Vinaccia, Riveros, & Quiceno, (2005), realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar la relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Para la investigación se utilizaron cuestionarios: EORTC QLQ-C30, que mide Calidad de Vida; y el módulo específico para cáncer pulmonar de EORTC QLQ-C13. El estudio evidenció que los pacientes perciben una calidad de vida favorable en todas sus dimensiones, siendo de menor intensidad el área emocional, posiblemente por la cantidad de síntomas de dolor que presentan estos pacientes. No se encontró una personalidad resistente definida; sin embargo, son personas que asumen estrategias de afrontamiento adaptativas, como búsqueda de información y apoyo social. Se destaca la importancia de síntomas de dolor y la importancia en la calidad de vida de pacientes a través de otros síntomas y escalas funcionales.

Corral, Matellanes y Pérez (2007) realizaron en el servicio de neumología del hospital de Galdakao (Brasil) un estudio con el objetivo de describir las necesidades psicológicas detectadas en el trabajo psico-oncológico realizado con los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón y con sus familias. Una psicooncóloga proporciona atención psicológica a los pacientes y sus familias desde el mismo momento en que el médico neumólogo les comunica el diagnóstico de cáncer de pulmón. Esta intervención se mantiene a lo largo de su proceso de enfermedad y

tratamiento. El diagnóstico de cáncer de pulmón va a cambiar la estructura vital del paciente y también de su familia, a los que se consideran cuidadores que necesitan a su vez de cuidados emocionales. Se detectaron necesidades emocionales relacionadas con la ansiedad, la culpa y el miedo a la muerte entre otras.

Gavéria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) realizaron una investigación en el Instituto de Medicáncer en Medellín (Colombia), tuvieron como objetivo evaluar calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas en 28 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Se utilizaron los cuestionarios: EORTC QLQ-C30, que mide Calidad de Vida; el CAE, que evalúa afrontamiento al estrés, y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD). Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable. En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontró que la evitación y la reevaluación positiva, fueron más utilizadas a diferencia de la expresión emocional abierta, que fue la menos empleada. Por último, se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión en pacientes con cáncer.

Ehrenzweig, (2007). Realizó un estudio sobre los modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer, la investigación fue realizada en México, tubo un diseño preexperimental correlacional y tuvo como objetivo mostrar varios de los factores que intervienen en la adherencia terapéutica de estos pacientes y comparten un experimento realizado con dos grupos de mujeres adultas con cáncer. El primer grupo estuvo conformado por pacientes de escasos recursos que recibían tratamiento en un hospital público y el otro grupo constaba de pacientes que recibían su tratamiento en clínicas privadas, se aplicaron 5 instrumentos en entrevistas individuales, un cuestionario de datos generales, factores de riesgo, conducta preventiva, relaciones familiares, tipo de tratamiento indicado y su adherencia a este, se aplicaba un cuestionario al acompañante donde se preguntaba acerca del acompañamiento y del apego a las citas de tratamiento, otro instrumento

aplicado fue el de los componentes del modelo de creencias en salud de Champion 1984, la escala de autoeficacia generalizada de Babler y Schwaser 1996 y por ultimo la escala corta de cuatro preguntas desarrollada por Lau, Hartman y Ware en 1986. Se concluye que a pesar de que el cáncer es considerado una enfermedad tan temida, no todas las pacientes reportaron haber seguido las instrucciones de su terapia, las molestias ocasionadas por el tratamiento a diferencia de lo encontrado por otros investigadores, no afectaron el seguimiento de las indicaciones según la respuestas de las pacientes, más bien la adherencia la asociaron con las molestias ocasionadas por la enfermedad, esto es, con creencias o estereotipos sociales que catalogan al cáncer como una enfermedad molesta.

D'Anello, (2009) realizó una investigación en Venezuela, dicho estudio examinó la influencia de características demográficas, estilo relacional y satisfacción del paciente sobre la adherencia al tratamiento. La muestra estuvo conformada por 37 médicos y sus respectivos pacientes (N=141): 30 diabéticos, 49 con problemas cardiovasculares, 18 con cáncer, 32 con padecimientos respiratorios y 12 con enfermedades gastro-intestinales. Se evaluó, desde la perspectiva del médico y del paciente, la adherencia y el estilo relacional; además el paciente evaluó la satisfacción con el trato médico. No se encontró efecto alguno de la edad y sexo del médico, así como tampoco del número de horas de trabajo semanal, tiempo promedio en consulta y especialidad sobre ambas medidas de adherencia. Concluyeron que la relación médico-paciente, vista desde la perspectiva del paciente, y la satisfacción con la atención médica, constituyen variables que afecta la adherencia al tratamiento médico.

Galway, Black, Cantwell, Cardwell, Mills, Donnelly, (2009). Realizaron un estudio titulado, intervenciones psicosociales para mejorar la calidad de vida y bienestar emocional para pacientes con cáncer recientemente diagnosticados, fue realizado por la escuela de enfermería y obstetricia de la Universidad de Queen en el Reino Unido, su objetivo fue evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales para mejorar la calidad de vida

y la angustia psicológica general en fase de 12 meses tras el diagnóstico inicial del cáncer. Para ello, hicieron uso de artículos y ensayos obtenidos aleatoriamente de las intervenciones psicosociales relacionadas con el diálogo interpersonal entre un “personal entrenado” y el paciente recién diagnosticado de 3309 registros que fueron identificados, solo 30 se incluyeron en el estudio de acuerdo a unos criterios de selección. En conclusión, los autores obtuvieron variaciones significativas en los participantes, la formación del entrenador, y de contenido de la entrevista hace que les sea difícil llegar a una conclusión firme con respecto a la efectividad de las intervenciones psicosociales para los pacientes con cáncer. Se puede extraer una conclusión preliminar de que las intervenciones realizadas por las enfermeras que comprende información combinada con la atención de apoyo pueden tener un efecto beneficioso sobre el estado de ánimo en una población de pacientes con cáncer.

Pasek, Suchocka, Urbanski, (2012). Realizaron una investigación sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino tratadas con radioterapia, se llevó a cabo en 06 centros de cáncer en Polonia con 250 mujeres hospitalizadas por cualquier estadio de cuello uterino. Usaron el instrumento EORTC QLQ-C30 (v.3) para medir la calidad de vida en los pacientes, esta se llevó cabo tres veces: (1) etapa 1 - antes del tratamiento, al ingreso, (2) la etapa 2 - después del tratamiento, al alta, y (3) la etapa 3 - postratamiento de cinco a seis meses. Los resultados que obtuvieron muestran que el funcionamiento físico se evaluó el peor antes del tratamiento de radiación y se incrementa gradualmente a lo largo de las etapas adicionales, todas las diferencias entre etapas resultaron ser significativas. En contraste, el funcionamiento emocional se obtuvo el más alto antes de la iniciación del tratamiento y fue el más bajo en la etapa 2, una diferencia que resultó ser significativo. Los problemas financieros aumentaron el impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes de manera significativa a lo largo de las etapas consecutivas de este estudio. La edad y la etapa del cáncer no influyó significativamente en la forma en que los participantes perciben su estado de salud global, físico, funcionamiento cognitivo, emocional y social, ni sus dificultades financieras.

En general, la calidad de vida se evaluó como el más alto inmediatamente después del final de la radioterapia.

Harder, Parlour y Jenkins (2012), realizaron un estudio sobre la recopilación de ensayos sobre las intervenciones de Yoga para las mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática de la literatura. Cuyo objetivo fue hacer una revisión sistemática de las intervenciones de yoga existentes y si estas aporta algún beneficio mensurable, tanto física como psicológicamente, para las mujeres con cáncer de mama. El método utilizado fue realizar búsquedas electrónicas en MEDLINE, PyshINFO, La biblioteca de Cochrane, Embase, CINAHL Web, AMED, of Science y Scopus de los artículos publicados hasta junio de 2012. Sólo incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA). Los resultados de los pocos ECA sugieren que es de moderada a buena evidencia de que el yoga puede ser una práctica útil para las mujeres que se recuperan de tratamientos contra el cáncer de mama. Los grandes ECA que utilizaron medidas objetivas y los resultados informados por los pacientes a largo plazo de seguimiento son necesarios para justificar si los beneficios son verdaderas y sostenibles.

2.1.2 Nacional

Raymundo y Ayala (2010), realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la relación entre impacto del tratamiento y las fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. Se utilizó la Escala de Actitud Frente a la Enfermedad y la Escala de Evaluación Funcional de la Terapia de Cáncer. La muestra fue de 60 pacientes de la ciudad de Trujillo, encontrándose lo siguiente: existe una correlación directa entre impacto del tratamiento y todas las fases psicológicas; el estado físico general se correlaciona directamente con las fases de negación, enojo y depresión; el ambiente familiar y social tiene una correlación directa con la fase de aceptación; el estado emocional se correlaciona directamente con todas las fases psicológicas y la capacidad de funcionamiento tiene una relación directa con las fases de enojo y depresión.

Torres (2011), en su tesis de licenciatura en Psicología tuvo como objetivo analizar la relación entre las dimensiones de calidad de vida y el soporte social instrumental, emocional y de acompañamiento social. El estudio de corte transversal y tipo descriptivo. La muestra quedó constituida por 58 pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que tienen entre 31 y 65 años. Los instrumentos aplicados fueron: el SF-36 Health Survey para medir calidad de vida relacionada con la salud y para medir soporte social el Cuestionario de Transacciones de Soporte Social (CTSS) junto con el Cuestionario de Satisfacción de Soporte Social (CSSS). Se encontró una relación positiva entre la satisfacción con el soporte recibido y dimensiones físicas de la calidad de vida ($p=0.31$), una relación positiva entre el soporte emocional y la salud mental ($p=0.33$) y una relación positiva entre el soporte instrumental diario que recibe la paciente y su nivel de energía ($p=0.36$). Así también, El tipo de soporte social que las mujeres reciben con mayor frecuencia es el soporte emocional en el cual se encuentran los niveles más elevados de satisfacción. Mientras que el soporte instrumental orientado al problema es el que reciben con menor frecuencia.

En los antecedentes descritos se aprecia que existen discrepancias para especificar los factores que se encuentran asociados a la adherencia y no adherencia al tratamiento en pacientes con cancer, ya que Terol, et al. (2000) Identificaron que la edad, el estado psicopatológico y la calidad de vida no resultaron variables relevantes en la predicción del abandono del tratamiento, mientras que Ehrenzweig (2007) refiere que la adherencia se asocia con las molestias ocasionadas por la enfermedad y D´Anello (2009), obtuvo que la relación médico pacientes y la satisfacción con la atención médica, consitituyen variables que afectan la adherencia al tratamiento médico, aunando a ello Galway, et al. (2009) reportaron que la intervención de las enfermeras que brindaron información y apoyo tuvo un efecto beneficioso sobre el estado de ánimo en la población de pacientes con cáncer. En tal sentido, se deja abierta la posibilidad de describir los factores asociados a la adherencia, es por ello que el presente estudio busca identificar la relación entre el impacto del tratamiento (físico,

emocional, familiar social y de capacidad de funcionamiento personal) y la adherencia en pacientes con cáncer.

2.2 BASES TEÓRICAS DEL ESTUDIO

2.2.1. Cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) el cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial; se le atribuyen 7,4 millones de defunciones ocurridas en 2004 (aproximadamente un 13% del total). El cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos, el cual puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Existen varios cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes, estos son de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

Cruzado (2010) hace mención de que el cáncer no es una enfermedad única, ya que bajo esa denominación se agrupa una multitud de diferentes procesos clínicos, con un comportamiento diferente de unos a otros, y que tienen como característica común la existencia de una proliferación anormal de células, que tienen la capacidad de diseminarse

por el cuerpo mediante dos mecanismos: por invasión y a la penetración directa de las células cancerosas en el tejido vecino. La metástasis se produce cuando las células cancerosas circulando a través de los vasos sanguíneos y linfáticos llegan a invadir el tejido normal en otras partes del cuerpo.

Hay más de 150 tipos de cáncer, sin embargo los más comunes por el tipo de células afectadas son los siguientes:

- Carcinomas, El más común entre los diferentes tipos de cáncer 85%; proviene de las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo. Los más frecuentes son el cáncer de pulmón, de mama y de colon.
- Sarcomas son cánceres que surgen de las células que se encuentran en los tejidos que sostienen el cuerpo como el hueso, el cartílago, el tejido conectivo, el músculo y la grasa.
- Linfomas son cánceres que se originan en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico.
- Leucemias son cánceres de células inmaduras de la sangre producidas en la médula ósea y que tienden a acumularse en grandes cantidades dentro del torrente sanguíneo.

2.2.2. Psicología y Cáncer

El manejo psicológico y social del paciente con cáncer y su familia es complejo y causa ansiedades, dentro de este marco se debe enfrentar el tema de la información diagnóstica.

El enfermo enfrentado por la sospecha o la evidencia concreta de la existencia de una enfermedad neoplásica sufre un impacto emocional, sus sentimientos de porqué a él y los aspectos de su presunta inmortalidad quedan profundamente afectados. Toda enfermedad implica una herida narcisística, debe reconocer que es un ser humano que puede enfermar Aresca, (2005).

Se ha constatado que es una falsedad intentar dar apoyo a un paciente que “desconoce la verdad”, el paciente comienza una búsqueda frenética de diferentes opiniones, pasa de médico en médico en busca de una curación.

El equipo médico afronta una pérdida de tiempo y a veces da lugar a que el paciente se dirija a una práctica ilegal de la medicina o tratamientos no convencionales.

El médico tratante necesita la colaboración del paciente para afrontar los tratamientos, en general el enfermo sospecha cual es su enfermedad y puede darse que enfrente al médico con sus “sospechas”. El profesional debe aprovechar esta situación para conversar francamente sobre la enfermedad y los métodos que se utilizarán en su caso particular, en general los pacientes desconocen los efectos que tendrán que tolerar.

Sugerir un soporte emocional es conveniente en todos los casos, el paciente se va a sentir contenido, confiado y con más ánimo y podrá atemperar el impacto psicológico de saber que es portador de un cáncer. La psicoterapia aumenta la capacidad de adaptación a la realidad que impone la enfermedad.

Uno de los derechos del paciente oncológico es estar informado acerca de su diagnóstico y tratamiento, en algunos casos aunque lo conoce lo desmiente.

2.2.3. Factores psicosociales que afectan el inicio y curso del cáncer

La investigación en torno a los factores psicosociales que afectan al cáncer se ha centrado en las variables que se discuten a continuación:

2.2.3.1. Hábitos predisponentes para desarrollar cáncer

Entre los hábitos de conducta relacionados con el cáncer se encuentran: La exposición ambiental a carcinógenos, tales como el tabaco, el alcohol, la ingesta de dietas ricas en grasas y bajas fibras, exposición al sol, así como la combinación de estos factores Buceta, (2005). En

concreto, según el colegio de cirujanos de Estados Unidos, el tabaco es la causa evitable más importante de muerte en la sociedad actual y también el problema de salud más importante en este tiempo generando enfermedades como el cáncer.

Así mismo, el incremento en la ingesta de grasas, inadecuado contenido de fibras, deficiente ingesta de nutrientes se asocia con presencia de cánceres localizados en el aparato gastrointestinal u otros tumores hormono dependientes (mama, próstata, ovario, endometrio). Otro factor de riesgo es la exposición a rayos ultravioletas, responsable de 90 % de los cánceres de piel, las explicaciones ocupacionales a carcinógenos, que representa el 4 a 6 por 100 de la mortalidad por cáncer de cérvix.

En este caso, la educación para la salud es fundamental para la adopción de hábitos tales como auto exámenes de senos o testículos. El programa europeo de lucha contra el cáncer estima que podría lograrse una reducción del 16% al 23% de casos de cáncer para el año 2000, si se adoptaran las normas de comportamiento que proponen en su célebre decálogo.

2.2.3.2. Variables de personalidad asociadas al cáncer

Se han llevado a cabo múltiples investigaciones (véase Contrada, Leventhal y O'learly, 1990; Green y Shellenberger, 1991; Ibañez, Romero y Andrey, 1992).en concreto, Grossarth, Mattick, Bastian y Kanazir (1985), Buceta (2005) informan de un estudio prospectivo realizado en Yugoslavia, en el que se tomaron medidas de variables psicosociales a 965 hombres y 388 mujeres, que fueron seleccionados por su mayor riesgo de contraer enfermedades por su edad o por puntuaciones altas en medidas de indefensión crónica o ira. Se evaluó a los participantes en distintas variables psicosociales en 1965 y se valoró a los participantes en 1976, con el objetivo de comprobar si se podía predecir el estado de salud a través de las variables psicosociales. Los resultados del estudio mostraron que en 1976 habían muerto 166

personas, la variable con mayor valor predictivo era la de racionalidad anti emocionalidad. Sucedió que 158 habían muerto de cáncer, y las 38 personas muertas de cáncer de pulmón puntuaban de 10 u 11 sobre la puntuación máxima de 11. la incidencia de cáncer era 40 veces más alta para personas que respondían positivamente a 10 u 11 de las preguntas que para las personas que respondían positivamente a 10 u 11 de las preguntas que para las personas que respondían positivamente a solo 3 o menos. La dimensión de racionalidad anti emocionalidad se refiere a una tendencia a falta de expresión y negación de emociones y a tratar de responder de forma puramente racional.

Temoshock (1992) ha creado un constructo. La personalidad tipo C, que caracteriza a la persona propensa al cáncer como tendente a evitar o negar emociones, falta de expresión emocional, en especial las negativas, inasertividad, cooperatividad y aceptación de la autoridad externa, características opuestas al patrón de personalidad tipo A. La expresión de emociones tales como la tristeza e ira parecen ser beneficiosas para el pronóstico del cáncer.

Otras características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo (Caver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat y Clark, 1993) Buceta (2005) ver la tabla 1.

Tabla 1: Posibles factores de personalidad predisponentes al cáncer

(Modificado de Green y Shellenberger, 1991)

Estilo Interpersonal	Temperamento	Estilo emocional	Estilo cognitivo	Factores sociales.
Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno.	Depresión. Indefensión, desesperanza.	Tranquilidad. Supresión de emociones negativas.	Aceptación estoica. Racional, leal a la realidad.	Soledad. Carencia de apoyo social.
Aceptar la autoridad	Fatiga		Pesimismo.	Carencia de intimidad.
Docilidad y lealtad.				

Green y Shellenberger, Buceta (2005). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades, pág. 501

2.2.3.3. Apoyo social y cáncer

El apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante (Funch y Marshall, 1983; House, Landais y Umberson, 1988) Buceta (2005). En concreto, en personas diagnosticadas de cáncer de mama (estadio I y II) encontraron que el apoyo social percibido predecía el afrontamiento adecuado a la enfermedad, así como la actividad del sistema inmunológico. Estos datos apoyan la importancia de evaluar el apoyo social en el diagnóstico, tratamiento y supervivencia.

2.2.3.4. El estrés y el Cáncer

El estrés puede afectar al inicio del cáncer mediante: los cambios biológicos propios de la respuesta de estrés, especialmente en los cánceres más influidos por factores hormonales, y/o los cambios de

salud o estilo de vida que pueden predisponer a estas enfermedades (Aresca, 2004)

Las respuestas de estrés incluyen cambios en el sistema autonómico, endocrino e inmunológico. En concreto, la activación del eje hipofisario _ corticoadrenal (EJE III) (Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo 1995) se acompañan de liberación de cortisol y glucocorticoides, así como de opiáceos endógenos que inhiben las respuestas inmunológicas. Por ello, se ha constatado que los acontecimientos estresantes tales como el estrés ante los exámenes, el desempleo, pérdidas familiares, carencia de apoyo social y depresión, o el propio diagnóstico de cáncer ginecológico, producen déficit inmunológico.

Los fallos inmunológicos se constatan con mayor frecuencia ante estresores crónicos de larga duración, asociados a relaciones interpersonales (Hebert y Cohen 1993), que suscitan con mayor probabilidad depresión e indefensión, ante los cuales la respuesta psicofisiológica coincide con la activación del EJE III (hipofisario - corticoadrenal). El estrés agudo, de corta duración, controlable, que se acompaña de respuestas de los ejes I y II, incluso produce una activación positiva del sistema inmunológico.

El estrés puede ser un factor determinante en el inicio o curso del cáncer a través de la interferencia con hábitos de conducta saludables, ya que puede suceder que bajo efectos del estrés las personas llevan a cabo conductas, como fumar, beber, patrones de alimentación inadecuados, trastornos del sueño, abandono del ejercicio físico regular, etc. Que son altamente perjudiciales (Linares, 2005).

2.2.3.5. Estrategias de afrontamiento ante el estrés y cáncer

El estudio correcto de los efectos del estrés en el cáncer ha de incluir tanto los acontecimientos estresores como los recursos y estilos de afrontamiento que utilizan los sujetos para hacer frente a las situaciones problemáticas. En este sentido, es muy relevante el estudio de Moorey, Greer y Buceta (2005) sobre los tipos de estrategias de afrontamiento

que pueden adoptar los pacientes de cáncer ante su diagnóstico, estos autores distinguen cinco tipos de estrategias, que se evalúan mediante entrevista y la escala de ajuste mental al cáncer (MAC) a) espíritu de lucha; b) negación; c) fatalismo, estoicismo o aceptación pasiva; d) indefensión y desesperanza; e) preocupación ansiosa, que determinan la valoración subjetiva del diagnóstico, la percepción de control y el pronóstico de la adaptación del sujeto. Ver tabla 2

Tabla 2: Estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer

Estrategias de afrontamiento	Esquema de supervivencia		
	Diagnóstico	Control	Pronóstico
Espíritu de lucha	Desafío	Capacidad de control	Bueno
Negación	Mínima amenaza	Irrelevante	Bueno
Fatalismo	Amenaza	Depende de otros	Desconocido
Indefensión	Pérdida	No hay control	Malo
Preocupación ansiosa	Fuerte amenaza	Capacidad de control	Incierto

Buceta (2005). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades, pág. 504

Pettingale, Morris, Greer y Haybittle (1985) Buceta (2005) evaluaron estas estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en estadio I y llevaron a cabo un seguimiento de 5 a 10 años. Los resultados mostraron que las personas que adoptaban la estrategia de espíritu de lucha tenían un mejor porcentaje de supervivencia, mientras que el 80% de los que adoptaban la indefensión desesperanza morían en los 5 primeros años, no obstante, la muestra utilizada es muy pequeña y es necesario su replicación.

Se ha investigado si las intervenciones psicológicas pueden modificar las estrategias de afrontamiento y, a través de ello, mejorar las

respuestas inmunológicas o aumentar la supervivencia, en este sentido Fawzy, Cousins, Fawzy, Kemeny (1990) encontraron que una breve intervención de 10 sesiones, compuestas de 1) educación para la salud, 2) aumento de habilidades de solución de problemas, 3) manejo de estrés, 4) apoyo psicológico, llevada a cabo en pacientes con melanomas malignos de estadio I y II, producía un aumento en las estrategias generales de afrontamientos conductuales y cognitivas más activas y positivas, una disminución en medidas de depresión, fatiga y perturbación de humor, así como aumentaba la actividad de los natural killers en el grupo tratado frente al control sin tratamiento. Así mismo en un periodo de seguimiento de 6 años se observó una menor recurrencia de la enfermedad y de la mortalidad en el grupo tratado, que mostraba estrategias de afrontamiento conductuales activas, Fawzy, Cousins, Fawzy, Kemeny (1990).

2.2.4. La familia y su lugar ante la enfermedad

Convivir con un paciente con una enfermedad crónica, grave o terminal, distorsiona el funcionamiento habitual de una familia.

El impacto de la enfermedad produce en una primera fase un grado de desorganización que rompe la estructura de funcionamiento establecida Aresca, (2004).

La variedad cuantitativa va a depender de:

- a. Tipo de enfermedad (grado de curabilidad, incapacidad resultante, naturaleza de los procedimientos terapéuticos).
- b. Del consenso social y familiar de esa enfermedad.
- c. El miembro que enferma.
- d. La dinámica del grupo familiar.

Se producen cambios en los miembros de la familia, el equilibrio existente comienza a resquebrajarse, al mismo tiempo esta familia es el sostén del miembro enfermo, es con quien cuenta el equipo profesional

para la recuperación, contención y acontecimientos posteriores al primer momento de la enfermedad.

La enfermedad de un miembro desencadena viejos conflictos que se mantenían ocultos mostrando una homeostasis.

La amenaza de pérdida despierta ansiedad y la pérdida real de origen a la pesadumbre y el dolor, es una de las experiencias más penosas por las que puede atravesar el ser humano, no solo para el que las sufre sino también para el que lo acompaña aunque solo sea por la impotencia que produce el no poder ayudar. La experiencia de pérdida es angustiante y algunas veces inválida, incapacitada, hay un consuelo que no se encuentra (Linares, 2005).

La comunicación entre los miembros de la familia nos indicará las pautas interaccionales de conductas subyacentes. Un indicador de patología familiar son los mensajes encubiertos siendo difícil para los miembros aceptar dos enfermedades simultáneamente desencadenadas, la del paciente y la propia.

La enfermedad muchas veces se sostiene como cómplice de un conflicto que no se puede asumir (Aresca, 2004).

El miembro enfermo puede cumplir diferentes roles:

- a. Medio de unión de la familia.
- b. Medio de ruptura.

Esto nos ayudará a detectar qué podemos esperar de esta familia ante el paciente enfermo, cuál es el lugar del grupo frente a la enfermedad, si es una familia capaz de funcionar como red asistencial, o si la red debe ser generada por otra vía.

Tiene importancia quien es el miembro que enferma:

- a. La madre.
- b. El padre.

- c. Un miembro de la familia ampliada.
- d. Un hijo.

Otra variable que debemos incluir es:

- a. La edad del paciente.
- b. Etapa vital.
- c. Estructura psíquica de base.
- d. Lugar que ocupa en la familia.
- e. Proyectos de la familia.

Las grietas que se producen en los diferentes escalones de la pirámide familiar repercutirá de diferente manera en cada miembro, esto nos permitirá ir armando diferentes estrategias terapéuticas para la reorganización familiar (Birgin y Blum, 2004).

2.2.5. Impacto del tratamiento médico (quimioterapias, cobaltoterapias, etc.) en los pacientes con cáncer

De acuerdo con un estudio reciente, del Instituto Oncológico Dana-Farber y del Hospital Brigham and Women's de Boston (2007), la mitad de todas las personas que son diagnosticadas de cáncer, tienen cáncer terminal o avanzado sufren de depresión, ansiedad o trastornos de adaptación, por lo que les vendría bien la ayuda de su oncólogo para buscar un tratamiento profesional (psicólogo, psiquiatra) y apoyo emocional. Los médicos que tratan el cáncer pueden evaluar los trastornos mentales, pero la herramienta de detección más valiosa es simplemente escuchar a los pacientes, respetar sus sentimientos y su sufrimiento.

Ahora bien, el ajuste o la adaptación psicosocial al cáncer se ha definido como “un proceso interrumpido en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer, y obtener el dominio o el control de

acontecimientos en la vida en conexión con esta afección”. (Brennan, 2001).

La adaptación de las personas, al cáncer, no constituye una instancia, acción o momento aislado, sino una serie de esfuerzos, de respuestas constantes para superar las múltiples tareas que implica el hecho de vivir con esta enfermedad. Su capacidad de adaptación, se enfrenta a diversos retos que varían de acuerdo a la etapa, grado de su enfermedad y a las situaciones emocionales y socioeconómicas por las cuales pueda estar atravesando: apoyo o no de la pareja, identificación de la familia con su estado emocional, respeto y solidaridad en el área laboral y social.

En cuanto al momento y tiempo de duración del stress, depresión o angustia, los períodos comunes más significativos (crisis y retos) para el paciente, comprenden, en primera instancia, el lapso comprendido entre el diagnóstico y el tratamiento: cirugía, quimioterapia, radioterapia. Por otro lado, el enfermo de cáncer sufre la incertidumbre de la posibilidad de remisión o de la recidiva, y, en fase avanzada del cáncer, adicionalmente, está sujeto a la adecuada o insuficiente atención paliativa. No es fácil, para el paciente de cáncer, comportarse y responder a todas estas exigencias de manera asertiva o desprovisto de angustia, incertidumbre e inseguridad. Cada una de las etapas del proceso implica un gran esfuerzo por adaptarse y superar las angustias existenciales y los problemas cotidianos de la vida, que ahora se convierten en problemas y obstáculos difíciles de manejar.

Un especialista en salud mental, constituye un gran apoyo tanto para el paciente como para la familia del mismo. Un psicólogo, psicólogo clínico, psiquiatra, sacerdote u otro asesor espiritual, forman alternativas de ayuda en la comprensión de porqué le sucedió esto y el impacto que esta enfermedad tendrá en su vida de ahora en adelante. Saber que padecer cáncer no es un estigma, culpa o castigo divino, libera al paciente de angustias provenientes de la duda y el temor, aligerando así su carga emocional y, le permite seguir adelante de manera más asertiva.

2.2.6. Impacto del tratamiento

Es el efecto general de un procedimiento o evento que afecta positiva o negativamente a la calidad de vida de quien recibe el tratamiento. Cella, Tulsy, Gray, Sarofian, Linn, Bonomi (2008). Definen el impacto en 4 áreas relacionadas con la calidad de vida.

1. Estado físico general de salud.

Es la especificación de las condiciones físicas del paciente tras la aplicación del tratamiento, se va discriminar mediante la debilidad, energía, náuseas, cumplimiento de obligaciones familiares, presencia de dolor sensación de enfermedad, nivel de actividad diaria, de acuerdo a lo que siente cada paciente.

2. Ambiente familiar y social.

Es un conjunto de condiciones social y familiar que rodean al paciente con cáncer, se va discriminar mediante la percepción de aislamiento de amistades, sensación de recibir apoyo emocional de sus familiares, vecinos y amistades, percepción de que sus familiares han aceptado su enfermedad, la comunicación familiar sobre su enfermedad y por último la actividad sexual durante los últimos años.

3. Estado emocional.

Es la situación en la que se encuentra el paciente concerniente a su emoción, la misma que va a responder de manera adaptativa o no a los cambios producidos por su enfermedad, se discriminan por medio sensación de tristeza, sentirse orgullo de la manera de afrontar de la enfermedad, pérdida de la esperanza de lucha contra la enfermedad, sensación de ansiedad, preocupación por la muerte o empeore su enfermedad.

4. La capacidad del funcionamiento personal.

Es la capacidad de actividad general que puede realizar el paciente a pesar del tratamiento recibido, se discrimina por la capacidad de trabajo,

sentir satisfacción por el mismo, disfrute de la vida, aceptación de la enfermedad, dormir bien, disfrute de los pasatiempos de siempre, sentirse contento con la vida.

En la investigación realizada por Raymundo y Ayala (2010) en pacientes con cáncer de la ciudad de Trujillo, las autoras concluyeron que la mayor parte de los pacientes se ubicaron en un nivel promedio en todas las dimensiones del impacto del tratamiento (estado físico, estado emocional, ambiente familiar y social y capacidad de funcionamiento personal), denotando que los pacientes con cáncer tienden a mantener un deseo de controlar los efectos secundarios del tratamiento, como medio de lucha ante su enfermedad, tal como lo refiere Brennan (2001) que el ajuste o la adaptación psicosocial al cáncer se ha definido como un proceso ininterrumpido en el cual el paciente procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer para obtener el dominio o el control de acontecimientos en la vida en conexión con esta afección. Asimismo, las autoras resaltan la importancia de la relación entre el impacto del tratamiento y las fases psicológicas por las que atraviesa el paciente con cáncer, sustentando que existe una correlación positiva y directa entre estas dos variables, lo cual implica que en cuanto mayores sean los efectos secundarios al tratamiento brindado, mayor repercusión tendrán a nivel familiar, emocional y capacidad de funcionamiento personal, con el deterioro notable de la calidad de vida del ser humano, en ese sentido Cruzado (2009; citado por Raymundo y Ayala 2010) menciona que el estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente ante el problema del cáncer va a depender del grado de patología a nivel clínico, el modo de información recibido, el apoyo social y recursos ambientales, y los efectos del tratamiento.

2.2.7. Adherencia

Dentro de las definiciones sobre adherencia encontramos la propuesta por Hentinen y Kyngäs (1992) en Ortiz y Ortiz, (2007), quienes definen el concepto como un proceso activo, intencional y responsable de cuidado,

en el cual el sujeto trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal de salud. Y finalmente, la definición de Di Mateo y Di Nicola (1985, en Ortiz y Ortiz, 2007), quienes la conceptualizan como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. Así, y de acuerdo con todos estos autores, la tendencia es aceptar que el paciente construye junto a su sistema sanitario un plan preventivo o terapéutico y lo sigue voluntariamente, tras un involucramiento y decisión personal, para mejorar su calidad de vida. Así mismo, propone que es la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. Por su parte, Sánchez, Valín, Pérez, Mostaza, Ortíz, Rodríguez, Carro, Cuevas, Alcoba, (2002), definen la adhesión terapéutica o conducta meta, como la incorporación (puntual, si se trata de una prescripción para un problema agudo; o definitiva, en caso de intervenciones preventivas o trastornos crónicos) en las rutinas cotidianas de la persona (al efecto de fortalecer la nueva práctica, situándola bajo las mismas claves del contexto ambiental y social que controlan otras conductas habituales) de nuevos hábitos (simples o complejos, novedosos o conocidos) beneficiosos para el sujeto (bien por la eliminación de condiciones aversivas como por ejemplo síntomas, desaprobación social, reducción de miedos etc.; bien por la obtención de ventajas, como la mejora de las condiciones de vida, atención social, creencias de autocontrol o de reducción de riesgos, etc.)

Para la OMS (2003) la adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud.

No obstante, para la OMS (2004) el término adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Considera dentro de esta definición el término médico como insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser un prestador de asistencia sanitaria (médico, enfermera u otro profesional de la salud). Además, cuestiona la palabra instrucciones que implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. A su vez, plantea que es fundamental la conformidad del paciente con su tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

Así, la adherencia terapéutica se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para:

- Asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital).
- Tomar los medicamentos como se prescribieron.
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados.
- Completar los análisis o pruebas solicitadas.
- Colaboración Activa.

Sin embargo, si bien consideran teóricamente la importancia del rol activo del paciente en el abordaje e intervención no lo consiguen como una capacidad del paciente, por ello se considera apropiada la definición de colaboración activa, la misma que estaría relacionada a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de

producir un resultado preventivo o terapéutico deseado, según Mateo y Di Nicola (1985, en Ortiz y Ortiz, 2007).

2.2.7.1. Factores interrelacionados con la no-adherencia

Ortiz y Ortiz, 2007 Aunque se enuncien los factores de manera individual, en la práctica clínica se observa superposición entre ellos, por tal razón no deben ser evaluados en forma independiente sino como un asunto complejo multifactorial. Tampoco es conveniente que el médico presuponga la no-adherencia en forma primaria a una personalidad no cooperadora del paciente.

Las razones por las cuales un paciente no cumple con el esquema de tratamiento indicado se pueden agrupar en cuatro categorías:

Factores asociados al paciente

- a. Deterioro sensorial, la pérdida de la visión y/o audición, puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas. La limitación para desplazarse, la pérdida de destreza para abrir envases con protección de seguridad para niños, etcétera.
- b. Deterioro cognoscitivo, y estados alterados del ánimo llevan a que la información no se procese o se elabore de manera alterada, por ejemplo: demencias, depresiones, ansiedad, etcétera. En estos casos las distracciones y la información atropellada pueden representar una sobrecarga, que altera significativamente el aprendizaje, generando diversas formas de procesamiento de la información:
 - Omisión parcial o total del contenido
 - Filtración de acuerdo con creencias personales
 - Aprendizaje incorrecto
 - Aprendizaje fuera de tiempo

- Aprendizaje incompleto, al procesar sólo una pequeña parte.

Factores asociados a la enfermedad

En ocasiones el paciente se adapta a los síntomas o a la condición en la que se encuentra y prefiere vivir con síntomas leves que seguir el esquema de tratamiento. Hay menos adherencia cuando se toma el medicamento de modo preventivo, en el caso de enfermedades asintomáticas o cuando no hay consecuencias inmediatas.

La adherencia a la terapia es especialmente difícil en el caso las enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo, por ejemplo en las enfermedades mentales, en las cuales la adherencia a la terapia es un verdadero reto para el cuidador, quien depende de la cooperación del paciente.

Factores asociados al medicamento o tratamiento

En general se considera que hay alta adherencia al tratamiento cuando éste es corto o por tiempo limitado. La adherencia al medicamento disminuye en los siguientes casos:

- Procesos crónicos
- Polifarmacia, cuando varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo
- Cuando el esquema de dosis es complicado
- Cuando la vía de administración requiere personal entrenado
- Cuando el medicamento exhibe eventos adversos de consideración.

La percepción que el paciente tiene del medicamento debe ser tenida en cuenta en especial cuando éste afecta el desempeño cotidiano. La clase terapéutica del medicamento también afecta la adherencia, siendo alta en los medicamentos cardiovasculares y antidiabéticos (por el temor a morir si no se toma) y baja con el uso de sedantes y antidepresivos.

En el caso de no-adherencia al medicamento, las situaciones más frecuentes son:

- No iniciar la toma del medicamento.
- No tomarlo de acuerdo a las instrucciones.
- Omitir una o más dosis.
- Duplicar la dosis (sobredosis).
- Suspensión prematura del tratamiento.
- Tomar la dosis a una hora equivocada.
- Tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico.
- Tomar el medicamento con bebidas o alimentos prohibidos o con otros medicamentos contraindicados.
- Medicamentos vencidos o guardados en lugares no apropiados.
- Uso inadecuado de los dispositivos de administración, como es el caso de los inhaladores.

Factor ambiental e interacción médico/paciente

El paciente que vive solo (en la mayoría mujeres) con frecuencia falla en cumplir con la adherencia al tratamiento. Pueden ser factores a tener en cuenta; el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos en salud (tomar medicinas solo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, o darse el caso que, si la dosis dada es buena, una dosis mayor es mejor).

Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación. La adherencia se puede afectar si el paciente no tiene una adecuada habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación médico-paciente o viceversa es deficiente. La duración de

la consulta es también causa de no-adherencia si no se dispone de suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo.

2.2.8. Implicaciones de la no-adherencia terapéutica

Las consecuencias de la no adherencia al tratamiento están relacionadas con las condiciones específicas del paciente y su patología y transitan en un amplio rango de aspectos que van desde pérdida en la calidad de vida del paciente y su familia e incremento en los costos para el paciente y el sistema de salud, hasta casos de reconocida gravedad que comprometen la vida del paciente. La adherencia a la terapia es un concepto relevante en caso de recomendaciones para la planificación familiar, el control de la obesidad, terapias de rehabilitación e inclusive para la apropiación de hábitos saludables (dejar de fumar, disminuir la ingesta de sal, restringir el colesterol y cumplir con el ejercicio o actividad física requerida), complementarios a la terapia farmacológica. La lista de posibles consecuencias de la no-adherencia terapéutica es amplia, como lo es la complejidad del fenómeno de adherencia a la terapia. Algunos ejemplos son:

- La omisión de la medicación antiarrítmica que puede llevar al paciente a paro cardíaco.
- El no uso de las gotas para el glaucoma, puede resultar en daño irreparable del nervio óptico.
- En el caso de los antihipertensivos se puede desencadenar hipertensión de rebote, agravado por el hecho de constituir una enfermedad silenciosa.
- Infecciones recurrentes, resistentes y el surgimiento de gérmenes multirresistentes, cuando no se toman de la manera adecuada los antibióticos.
- Mayor número de hospitalizaciones y gravedad creciente de las mismas en el caso de tratamientos con inhaloterapia.

- El rechazo agudo postoperatorio, rechazo crónico y pérdida del trasplante, son, en muchos casos, el resultado de la no adherencia a la terapia.

Si el médico tratante no es consciente de la no-adherencia, puede cometer errores como:

- Prescribir dosis mayores que resultan innecesarias y en algunos casos peligrosas.
- Ordenar estudios invasivos innecesarios.
- Ordenar estudios que incrementan costos al sistema.
- Cambiar la terapia ante la falta de respuesta clínica.

Los eventos de no-adherencia al medicamento pueden también revelar una prescripción innecesaria. Es el caso del paciente que se siente mejor cuando no toma el medicamento y el médico tratante ignora este hecho.

De todos los grupos de edad, los ancianos son los que más se benefician con los avances tecnológicos en medicamentos. Estudios epidemiológicos han mostrado que el 25% de los pacientes mayores de 65 años ingieren seis o más medicamentos y que el 25% de todos los que están en la tercera edad consumen al menos cuatro medicamentos diferentes. Entre los grupos terapéuticos prescritos con mayor frecuencia en la tercera edad están los medicamentos cardiovasculares, los antibióticos, los diuréticos y los sicotrópicos.

También es cierto que en este grupo se incrementa el riesgo de fallas en la adherencia a la terapia, con serias consecuencias, mayor dificultad en la detección y en el manejo.

Desde 1969 hay publicaciones informando que el 58% de los paciente mayores cometen errores cuando toman la medicación National Institute of Health, (1990), cifra que es prácticamente idéntica a la reportada en el 2005 de 59% por la American Heart Association (AHA). Un hecho

similar se observa con el número de hospitalizaciones debidas a fallas en la toma de los medicamentos, en las que prácticamente no existe variación; en 1977 era de 10% National Institute of Health, (1990), y en el año 2005 la AHA informa el mismo porcentaje, y muy similares a las reportadas por Martin del 10% (citado en Silva, G.; Galeano, E.; y, Correa, J.; 2005), y Col del 11.4% (citado en Silva, G.; Galeano, E.; y, Correa, J.; 2005).

2.2.9. Modelo de cognición social

Se ha pensado que los perfiles de morbilidad y mortalidad de un país se encuentran ligados a patrones particulares de conducta que pueden ser modificados, y que cualquier individuo puede adoptar conductas saludables para contribuir a su salud y bienestar.

Las conductas de salud fueron definidas por Kasl y Cobb, en 1966, como “cualquier actividad realizada por una persona que la cree saludable, con el propósito de prevenir una enfermedad o detectarla en una etapa asintomática” (Conner & Norman, 1996). Aunque ha sido una definición limitada, ha permitido el estudio de una variedad de conductas tales como el uso de los servicios médicos, la adherencia a los regímenes médicos y las conductas saludables autodirigidas, ante ello se han propuesto modelos que buscan explicar la cognición social:

2.2.9.1 El modelo de creencias en salud (MCS)

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada para promover el desarrollo sanitario en todas las regiones del mundo, así como para luchar contra las enfermedades, además del desarrollo de las ciencias sociales y del reconocimiento de que los aspectos médicos y sociales no eran suficientes para explicar el complejo fenómeno de la salud-enfermedad, por ello dan especial importancia a tres dimensiones básicas para analizar en cualquier episodio de enfermedad: la percepción de la susceptibilidad y/o vulnerabilidad ante la enfermedad, la percepción del grado de amenaza de la misma, la evaluación subjetiva de las repercusiones a la salud, y en lo social, las

implicaciones de la enfermedad y la percepción de los beneficios, y la evaluación de probables dificultades para llevar a cabo determinadas conductas (Álvarez, 2002; citado por Ehrenzweig, 2007).

Las dos primeras dimensiones de proceso salud enfermedad vendrían a representar la percepción personal de riesgo ante la enfermedad y determinarían la motivación para realizar la conducta, las otras representarían el grado de accesibilidad a conductas y ocasiones de llevarla a cabo. La esfera individual estaría afectada por elementos externos, como los indicadores demográficos, y psicológicos que determinarían la conducta y las creencias en salud.

Es en este contexto en que, en la década de los 50, Rosenstock, Hochbaum y Leventhal, psicólogos sociales en los Estados Unidos de América, desarrollan el modelo de creencias en salud (MCS), con la finalidad de explicar los comportamientos relacionados con la salud (Álvarez, 2002; citado por Ehrenzweig, 2007).

El MCS analiza dos aspectos de las representaciones individuales de la conducta de salud en respuesta a la amenaza de la enfermedad, estos son: a) la percepción de la amenaza de la enfermedad y b) la evaluación de las conductas para contrarrestar la amenaza. El primero va a depender de dos clases de creencias, la susceptibilidad percibida, esto es, la posibilidad de desarrollar el padecimiento y la severidad anticipada, que es la percepción de la gravedad del padecimiento y sus consecuencias. Del mismo modo el segundo consta de dos distintos tipos de creencias, las relacionadas con los beneficios o la eficacia de la conducta de salud recomendada y las referidas a los costos o barreras de llevar a cabo tal conducta.

Además, el modelo propone disparadores de la conducta de salud apropiada denominados claves para la acción, las cuales pueden provenir de fuentes internas (percepción de un síntoma) o externas (interacciones interpersonales o mensajes de educación para la salud a través de la comunicación de masa). Otro aspecto incluido

posteriormente en el modelo fue la motivación en salud del individuo o la buena disposición a preocuparse por aspectos en materia de salud (Sheran & Abraham, 1996; Cabrera, Tascón & Lucumí, 2001; citados en Ehrenzweig, 2007).

En 1977, el MCS se usó inicialmente en estudios enfocados a conductas preventivas como realizarse pruebas de rayos X para tuberculosis, vacunarse para polio e influenza o llevar a cabo la prueba de Papanicolaou. Posteriormente, en 1984, se estudiaban conductas como tabaquismo, consumo de alcohol, dieta, ejercicio y chequeo de presión sanguínea (Marteau, 1993; citado en Ehrenzweig, 2007), así como las diferencias entre el uso de la mamografía y el autoexamen de mama.

Entretanto, se analizaban las conductas del rol de enfermo, que incluían adherencia con los tratamientos para hipertensión, diabetes tipo insulino dependiente y no insulino dependiente, enfermedad renal, obesidad y asma (Marteau, 1993; citado en Ehrenzweig, 2007).

Las contribuciones positivas del modelo han sido (Álvarez, 2002; citado en Ehrenzweig, 2007):

- 1) Conceptuar las creencias como elementos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad.
- 2) Un intento de sistematizar un modelo que permitió estudiar la influencia de las creencias referentes a las conductas ante la enfermedad.
- 3) Sirvió para demostrar que existe una fuerte relación entre la percepción de adquirir alguna enfermedad y las conductas preventivas.

A pesar de ser uno de los modelos más utilizados, adolece de varias fallas: no incorpora variables cognitivas que son altamente predictivas de conductas en otros modelos tales como la intención de ejecutar la conducta o la presión social, la percepción de control sobre la ejecución de la conducta, y es un modelo estático, esto es, no hace distinción

entre una etapa motivacional relacionada con variables cognitivas y una fase volicional donde la acción es planeada, ejecutada y mantenida (Conner & Norman, 1996; citado por Ehrenzweig, 2007).

2.2.9.2 Autoeficacia y conductas de salud

La teoría de la autoeficacia de Bandura (1987) menciona que las expectativas de eficacia, constructo principal de la teoría, pueden influir en la salud de las personas en tanto existen variables cognitivas motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia de los comportamientos elegidos y, además, mediadores cognitivos de las respuestas al estrés, en tanto el estrés crónico tiene un efecto adverso sobre la salud (Villamarín, 1990; Schwarzer & Fuchs, 1996; citado por Ehrenzweig, 2007).

Para Bandura (1987), la expectativa de eficacia es la creencia de que se es capaz de ejecutar exitosamente el comportamiento requerido para obtener determinados resultados, en otras palabras, es la confianza en la propia habilidad para realizarla.

Esto es, las personas se preparan para ejecutar la conducta, imaginando escenarios de cómo y bajo qué circunstancias la realizarían, en cuyo caso la autoeficacia tendría un papel importante en tanto los individuos apoyan la ejecución de su comportamiento en autocreencias optimistas de ejecución, así, la ejecución posterior representaría el resultado exitoso de las actividades cognitivas en las etapas de planeación y preparación.

Se han investigado la autoeficacia y las conductas preventivas en salud en pacientes dentales en relación con el uso del hilo dental, en mujeres asintomáticas en la utilización del autoexamen mamario para la prevención del cáncer, en alcohólicos para la reducción del patrón de ingesta de alcohol y en cuanto al control del dolor en pacientes artríticos (Schwarzer & Fuchs, 1996; citado por Ehrenzweig, 2007).

2.2.9.3 Valor asignado a la salud

Este es un modelo poco reportado en la bibliografía sobre los modelos de cognición social, sin embargo representa una alternativa interesante en tanto propone que los individuos no asignan a su salud un valor uniforme, esto es, para todos, la salud no es lo más importante en su vida.

El concepto de salud como un valor ha sido menospreciado en la investigación en salud, según Lau, Hartman y Ware (1986), e ilustran la importancia de evaluar este factor al reportar un estudio donde se analizan el locus de control interno y el alto valor asignado a la salud, en el que se observa que de manera aislada estos modelos no eran capaces de predecir el autoexamen de mama.

Sin embargo, al ser considerados en combinación se encontraron con una correlación positiva entre ellos. Así, aquellas mujeres que creían tener control sobre su salud, que el azar no las controlaba y que además le asignaran un alto valor a la salud era significativamente más probable que se hicieran el autoexamen de mama (Marteau, 1993; citado por Ehrenzweig, 2007).

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis General

Existe una relación significativa entre la adherencia y el Impacto del tratamiento en pacientes con cáncer.

2.3.2 Hipótesis Específica

Existe una relación significativa entre el Impacto del estado físico general de salud y la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

Existe una relación significativa entre el Impacto del ambiente familiar y social y la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

Existe una relación significativa entre el Impacto del estado emocional y la adherencia en pacientes con cáncer.

Existe una relación significativa entre la capacidad de funcionamiento personal y la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

Existen diferencias significativas en la adherencia al tratamiento según el sexo, edad, tipo y tiempo del tratamiento en pacientes con cáncer.

Existen diferencias significativas en el Impacto del tratamiento según el sexo, edad, tipo y tiempo del tratamiento en pacientes con cáncer.

Existen diferencias significativas en las dimensiones de la variable Impacto del tratamiento según el sexo, edad, tipo y tiempo del tratamiento en pacientes con cáncer.

2.4 DEFINICION DE VARIABLES Y CONCEPTOS

Impacto del tratamiento

Es el efecto general de un procedimiento o evento que afecta positiva o negativamente a la calidad de vida de quien recibe el tratamiento. Cella, Tulskey, Gray, Sarofian, Linn, Bonomi (2008) definen el impacto funcional del tratamiento en 4 áreas relacionadas con la calidad de vida.

Estado físico general de salud.

Es la especificación de las condiciones físicas del paciente tras la aplicación del tratamiento, se va discriminar mediante la debilidad, energía, náuseas, cumplimiento de obligaciones familiares, presencia de dolor sensación de enfermedad, nivel de actividad diaria, de acuerdo a lo que siente cada paciente.

Ambiente familiar y social.

Es un conjunto de condiciones social y familiar que rodean al paciente con cáncer, se va discriminar mediante la percepción de aislamiento de amistades, sensación de recibir apoyo emocional de sus familiares, vecinos y amistadas, percepción de que sus familiares han aceptado su enfermedad, la comunicación familiar sobre su enfermedad y por último la actividad sexual durante los últimos años.

Estado emocional.

Es la situación en la que se encuentra el paciente concerniente a su emoción, la misma que va a responder de manera adaptativa o no a los cambios producidos por su enfermedad, se discriminan por medio sensación de tristeza, sentirse orgullo de la manera de afrontar de la enfermedad, pérdida de la esperanza de lucha contra la enfermedad, sensación de ansiedad, preocupación por la muerte o empeore su enfermedad.

La capacidad del funcionamiento personal.

Es la capacidad de actividad general que puede realizar el paciente a pesar del tratamiento recibido, se discrimina por la capacidad de trabajo, sentir satisfacción por el mismo, disfrute de la vida, aceptación de la enfermedad, dormir bien, disfrute de los pasatiempos de siempre, sentirse contento con la vida.

Adherencia

Hentinen y Kyngäs (1992, en Ortiz y Ortiz, 2007), definen el concepto como un proceso activo, intencional y responsable de cuidado, en el cual el sujeto trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal de salud.

2.5. Operacionalización de las variables

Impacto del tratamiento

Se obtiene con las repuestas de los 18 ítems de la escala de impacto del tratamiento FACT – G.

Variable	Dimensiones	Ítems
Impacto del tratamiento	Impacto Físico	1,2,3,4
	Impacto Familiar Social	1,2,3,4
	Impacto Emocional	1,2,3
	Capacidad de funcionamiento personal	1,2,3,4,5,6,7

Adherencia

Se obtiene con las respuestas de los 23 ítems de la escala de adherencia al tratamiento en pacientes con Cáncer, identifica el nivel en el que se encuentra la adherencia, considerando un nivel Bajo, Medio y Alto.

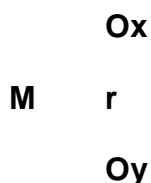
CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

Tipo de investigación sustantiva descriptiva. Sánchez y Reyes (1996, 2006), definen una investigación sustantiva, porque combina características de la investigación pura y aplicada; es decir, se asume una perspectiva teórica para describir y explicar un problema y al mismo tiempo los resultados del estudio pueden ser de utilidad para la población sobre la que se realiza la investigación.

Se utilizará el diseño descriptivo correlacional. Este diseño según Sánchez y Reyes (1996), se orienta a determinar el grado de relación existente entre dos o más variables en una misma muestra de sujetos, cuyo diagrama es el siguiente:



Donde:

M : muestras

Ox : Impacto del tratamiento y enfermedad

Oy : Adherencia al tratamiento.

R : Relación

3.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

Se trabajó con pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años que acude al hospital EsSalud Víctor Lazarte Echeagaray de Trujillo.

3.3 POBLACIÓN DEL ESTUDIO

En el Hospital Lazarte de Trujillo se atienden a 300 pacientes con cáncer al mes.

3.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple (Scheaffer, 2005), cuya fórmula es la siguiente:

$$n_0 = \frac{z^2 PQ}{E^2}, \quad \text{reajustándose a}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad \text{donde}$$

- n_0 : Tamaño preliminar de muestra.
- P: Proporción de adolescentes con tumores benignos con bajo nivel de cohesión familiar ($Q = 1-P$).
- E : Error de muestreo.
- N : Tamaño de población.
- n : Tamaño de muestra.

Para determinar el tamaño de la muestra se asumirá una confianza del 95% ($Z = 1.96$), un error de muestreo de 5.0% ($E = 0.05$), y una varianza $PQ = 0.0475$, ($P = 0.05$, $Q = 0.05$).

$$n_0 = \frac{1,96^2 (0,05 \times 0,95)}{0,05^2}$$
$$= 384$$

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384}{300}}$$

$$n = 100$$

3.5 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El tipo de muestreo a realizado fue probabilístico aleatorio simple. De acuerdo a la Tabla 3, se encontró que según el género la muestra se distribuyó en femenino con un 79% y masculino con un 21%, con edades entre 19-29 años un 4%, 30-39 años un 7%, 40-49 años un 11%, 50-59 años un 25%, 60-69 años un 26%, 70-79 años un 23% y de 80-89 años un 4%, en relación al tipo de diagnostico el cáncer de mama fue el más frecuente con un 35% de los casos, seguido del cáncer de colon por un 13% y linfoma por un 12%. De acuerdo al tipo de tratamiento se obtuvo que cirugía más quimioterapia y/o radioterapia estaba representado por el 43% de los casos, solo la quimioterapia el 35% y quimioterapia más radioterapia ascendió al 8%. Finalmente, con respecto al tiempo de tratamiento se obtuvo que un 32% se encontraba con menos de 06 meses, el 27% entre 06 meses a 01 año y el 15% entre 1 año a menos de 02 años.

Tabla 3. *Características de la muestra*

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad	19-29	4	4.0
	30-39	7	7.0
	40-49	11	11.0
	50-59	25	25.0
	60-69	26	26.0
	70-79	23	23.0
	80-89	4	4.0
	Sexo	Femenino	79
Masculino		21	21.0
Diagnóstico	Cáncer de mama	35	35.0
	Cáncer de colon	13	13.0
	Linfoma	12	12.0
	Cáncer de pulmón	9	9.0
	Cáncer de útero	9	9.0

	Cáncer de próstata	7	7.0
	Cáncer de estomago	4	4.0
	Cáncer a la lengua	2	2.0
	Metástasis	4	4.0
	Cáncer de recto	2	2.0
	Cáncer de ovario	2	2.0
	Cáncer de piel	1	1.0
Tipo de tratamiento	Cirugía y quimioterapia y/o rad	43	43.0
	Quimioterapia	35	35.0
	Quimioterapias y radioterapias	8	8.0
	Control	5	5.0
	Paliativos	5	5.0
	Cirugía y control	4	4.0
Tiempo de tratamiento	menos de 6 meses	32	32.0
	de 6 meses a 1 año	27	27.0
	1 año a menos de 02 años	15	15.0
	2 años a menos de 03 años	9	9.0
	3 años a menos de 05 años	11	11.0
	5 a más años	6	6.0
		100	100.0

3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. Escala de evaluación funcional de la terapia del cáncer (functional of cáncer therapy scales - fact g versión 4)

Esta escala fue creada por Cella, Tulskey, Gray, Sarofian, Linn, Bonomi y cols. Teniendo una adaptación española hecha por Cella, Hernández., Bonomi, Corona, Vaquero, Shimoto y Baez (2008). Asimismo la prueba presentó una fiabilidad del 0.721, mediante el uso de estadístico de Alfa de Cronbach, fue estandarizada con una población de 100 pacientes con cáncer del Hospital Belén de Trujillo, quienes se encuentran recibiendo tratamiento. Esta escala tiene como objetivo la evaluación de la calidad de vida de cualquier tipo de enfermo con cáncer para conocer el impacto del tratamiento y la enfermedad en ésta. Las áreas que evalúa la escala son las siguientes: estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional, capacidad de funcionamiento personal. La aplicación dura un promedio de cinco minutos y puede ser aplicada a pacientes que se encuentren atravesando cualquier fase psicológica de la enfermedad pudiendo ser auto administrada o a

través de una entrevista. Cabe resaltar que para la estandarización de la escala se aplicó a modo de entrevista a cada uno de los pacientes participantes.

Descripción de la escala de evaluación funcional de la terapia del cáncer:

La primera versión de este cuestionario fue creado por Cella y sus colaboradores en 1993. Está diseñado para evaluar la calidad de vida subjetiva de los enfermos con distintos tipos de cáncer y en diferentes estadios de la enfermedad. Por su fácil llenado, el paciente lo puede rellenar sin necesidad de ayuda del personal sanitario, además, por su brevedad y simplicidad responde a las restricciones realistas de una prueba clínica. Su estructura es multidimensional y tiene como objetivo evaluar el impacto del tratamiento y de la enfermedad en la calidad de vida de los enfermos (Cella y cols., 1993).

El FACT-G, versión española, contiene 34 ítems distribuidos en 4 áreas relacionadas con la calidad de vida: “el estado físico general de salud”, “el ambiente familiar y social”, “El estado emocional” y “la capacidad de funcionamiento personal”. (Cella y cols., 2008).

Para la investigación la prueba fue estandarizada a la población de pacientes con cáncer del hospital Belén de Trujillo por Ayala y Raymundo (2010), donde se realizó una revisión de los ítems, para verificar que cuenten con la terminología adecuada para ser aplicada a la población, luego de ello se aplicó la escala a un grupo de 100 pacientes con cáncer de la institución en mención, encontrándose en el análisis de fiabilidad que se evaluó estadísticamente mediante el Alfa de Cronbach, consiguiendo las siguientes consistencias internas satisfactorias: “el estado físico general de salud” (0,80), “el ambiente familiar y social” (0,649), “el estado emocional” (0,73), y “la capacidad de funcionamiento personal” (0.82). La consistencia interna total fue de 0,721, debido a ello se tuvieron que eliminar algunos ítems ya que presentaban un efecto negativo en la fiabilidad

general, lo ítems eliminados fueron; GP2, GP3, GP4 (Estado Físico General de Salud), GS1, GS2, GS7 (Ambiente Familiar y Social) y GE2, GE3, GE5 (Estado Emocional).

Normas de Administración:

Las escalas FACIT están diseñado para que el propio paciente se la auto administre, pero también puede ser administrada por formato de entrevista, tal y como fue aplicada para la estandarización del instrumento ya que esta es una manera más adecuada para la aplicación de la prueba. Los pacientes deben ser instruidos para leer las instrucciones breves en la parte superior de la página. Después de una correcta comprensión del paciente ha sido confirmada, se le debe alentar para completar todos los elementos de orden, sin saltarse ninguna. Algunos pacientes pueden sentir que una determinada cuestión no es aplicable a ellos y por lo tanto saltarán el tema por completo. Los pacientes deben ser alentados a marcar con un círculo la respuesta que es más aplicable. Si, por ejemplo, un paciente no está recibiendo ningún tratamiento, el paciente debe hacer un círculo "para nada" a la pregunta "Me molestan los efectos secundarios del tratamiento".

Corrección e Interpretación:

La puntuación de subescala = [suma de las puntuaciones tema] x [N de los elementos en la subescala] / [N de ítems Esto no se debe confundir con los diferentes sub-escala tasa de respuesta al ítem, lo que permite una puntuación subescala se promedia por faltar ítems si se responde más del 50%. Además, una puntuación total sólo debe calcularse si todas las subescalas de los componentes han resultados respondidos.

De otra parte, según la Tabla 3, se obtuvo que la confiabilidad de la Escala de Impacto de Tratamiento en pacientes oncológicos fue 0.696, es decir, un nivel bajo de confiabilidad (Ary, Jacobs y Razavieh, 1990; citado en Aliaga y cols., 2006). En relaciones a las dimensiones del mismo instrumento se halló un alfa de cronbach:

dimensión física, 0.824, moderada confiabilidad (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004); dimensión social y familiar, 0.481, inaceptable (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004); dimensión emocional, 0.843, moderada confiabilidad (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004); y, dimensión funcional, 0.880, moderada confiabilidad (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004).

b. ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE CÁNCER

La Escala fue creada el 2011 para los fines de la investigación, la cual se encuentra en base a cinco áreas según los criterios de adherencia terapéutica estipulados por la OMS, así como se agregó la definición colaboración activa, propuestas por diversos autores como Mateo y Di Nicola (1985). Dicha escala pasará por una validez de jueces, para luego sacar su validez y confiabilidad y se culminará con la obtención de los baremos dirigidos a la población de estudio, dicho baremos estarán orientados a la identificación el nivel de adherencia en los pacientes con cáncer.

En la Tabla 4 se realizó un análisis de confiabilidad a través de la técnica de consistencia interna, y siendo la Escala de Adherencia al Tratamiento de Cáncer, de tipo likert, se hizo uso del coeficiente alfa de cronbach. En dicho análisis se obtuvo un alfa de cronbach igual a 0.834, lo cual indica un nivel de confiabilidad Moderado (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004).

En relación a las correlaciones ítem-test de la Escala de Adherencia al Tratamiento de Cáncer en pacientes oncológicos se apreció que si bien los ítems 1, 6, 7 y 13 obtienen correlaciones inferiores a 0.20, su eliminación no elevaría sensiblemente la confiabilidad del instrumento; por tanto, la gran mayoría de los ítems poseen índices de discriminación aceptables (Ary, Jacobs y Razavieh, 1990; citado en Aliaga y cols., 2006).

3.7 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se recopilaron los datos del Hospital Lazarte de Trujillo referente a la cantidad de pacientes con cáncer que son atendidos en dicha institución.

Una vez con la población especificada, se procedió a extraer la muestra mediante la ecuación estadística del muestreo aleatorio simple.

Se realizó la validación y confiabilidad de la escala de adherencia al tratamiento de cáncer.

Se pidió el permiso respectivo al área de oncología del hospital Lazarte de Trujillo, para realizar la aplicación de las escalas, solicitando el permiso respectivo para la ejecución del proyecto.

Se le explicó a cada participante la finalidad de la investigación, así como se le entregó la hoja de consentimiento informado respetando su autonomía, lo cual nos sirvió para la aplicación de las escalas, resaltando el valor de la administración de las pruebas.

Se realizó el análisis estadístico de las escalas aplicadas. Haciendo uso en primer lugar de la prueba de normalidad Kolgomorov-Smirnov para determinar si la muestra proviene de una distribución normal, en el presente estudio se encontró normalidad en ambas variables. Posteriormente, se utilizó la prueba paramétrica de contraste R de Pearson para determinar la correlación entre las variables de estudio; asimismo, para realizar las comparaciones se considero conveniente utilizar la prueba paramétrica T de student para muestras independientes y la prueba paramétrica ANOVA de un factor, en esta ultima se utilizó la prueba post-doc Tukey para comparaciones múltiples.

Por último, se elaborará la discusión de resultados y las conclusiones respectivas, culminando así con la realización del informe de investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Según la tabla 4, se observa que un 47% de los pacientes tienen una adherencia en un nivel Promedio Alto a Alto, un 34% presenta un nivel Promedio y el 29% de los pacientes tiene una adherencia Promedio Bajo a Bajo.

Tabla 4. *Niveles de adherencia al tratamiento*

VARIABLE Y DIMENSIONES	NIVELES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE (%)
Adherencia al tratamiento	Alto	36	36.0
	Promedio	11	11.0
	Alto	34	34.0
	Promedio	15	15.0
	Bajo	14	14.0
	Bajo	14	14.0
	TOTAL	100	100

En la tabla 5, se aprecia un impacto del tratamiento a nivel Promedio Alto y Alto con un 33%, en un nivel Promedio con un 47% y un nivel Promedio Bajo y Bajo con un 20%; Así mismo, se observa que el estado físico general de salud tiene un mayor porcentaje en el nivel Promedio con 61%, el ambiente familiar y social muestra mayor incidencia en el nivel Promedio con un 68%, así como Capacidad de funcionamiento personal también presenta un mayor porcentaje en dicho nivel con un 47%. En contraste con el estado emocional que presenta una mayor incidencia del impacto en el nivel Alto con un 44%.

Tabla 5. Niveles del Impacto del tratamiento

VARIABLE Y DIMENSIONES	NIVELES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE (%)
Impacto del tratamiento	Alto	12	12.0
	Promedio	21	21.0
	Alto	47	47.0
	Promedio	9	9.0
	Bajo	11	11.0
	TOTAL	100	100
Estado físico general de salud	Alto	6	6.0
	Promedio	61	61.0
	Bajo	43	43.0
TOTAL	100	100	
Ambiente familiar y social	Alto	18	18.0
	Promedio	68	68.0
	Bajo	14	14.0
TOTAL	100	100	
Estado emocional	Alto	44	44.0
	Promedio	30	30.0
	Bajo	36	36.0
TOTAL	100	100	
Capacidad de funcionamiento personal	Alto	25	25.0
	Promedio	47	47.0
	Bajo	38	38.0
TOTAL	100	100	

Según la Tabla 6, tenemos que ambas variables y sus dimensiones obtuvieron un p-valor superior a 0.05, es decir, que poseen distribución normal. Por lo anterior se hará uso de las pruebas paramétricas en los posteriores análisis.

Tabla 6. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov de las variables de estudio y sus dimensiones

Variables	N	Media	DS	K - S	p
Adherencia al Tratamiento de Cáncer	100	69.70	9.78	1.274	0.078
Escala de Impacto del Tratamiento	100	34.74	8.76	1.272	0.079
Dimensión Física	100	8.66	4.05	0.747	0.633

Dimensión Social y Familiar	100	4.60	2.89	1.150	0.142
Dimensión Emocional	100	6.61	3.24	1.305	0.066
Dimensión Funcional	100	14.87	6.41	0.973	0.300

4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

En la Tabla 7 se observa que no existen correlaciones significativas entre el impacto y la adherencia al tratamiento.

Tabla 7. *Correlaciones entre la variable de Impacto del Tratamiento con la variable Adherencia al Tratamiento de Cáncer*

IMPACTO DEL TRATAMIENTO		Adherencia al Tratamiento de Cáncer
Impacto del Tratamiento	Correlación de Pearson	.027
	Sig. (bilateral)	.789
	N	100

En la Tabla 8 se observa que no existen correlaciones significativas entre la dimensión física y la adherencia al tratamiento.

Tabla 8. *Correlaciones entre la Dimensión Física con la variable Adherencia al Tratamiento de Cáncer*

IMPACTO DEL TRATAMIENTO		Adherencia al Tratamiento de Cáncer
Dimensión Física	Correlación de Pearson	.158
	Sig. (bilateral)	.117
	N	100

En la Tabla 9 se observa que no existen correlaciones significativas entre la dimensión familiar social y la adherencia al tratamiento.

Tabla 9. *Correlaciones entre la dimensión familiar social con la variable Adherencia al Tratamiento de Cáncer*

IMPACTO DEL TRATAMIENTO		Adherencia al Tratamiento de Cáncer
Dimensión Social y Familiar	Correlación de Pearson	.040
	Sig. (bilateral)	.690
	N	100

En la Tabla 10 se observa que no existen correlaciones significativas entre la dimensión emocional y la adherencia al tratamiento.

Tabla 10. *Correlaciones entre la Dimensión Emocional con la variable Adherencia al Tratamiento de Cáncer*

IMPACTO DEL TRATAMIENTO		Adherencia al Tratamiento de Cáncer
Dimensión Emocional	Correlación de Pearson	-.146
	Sig. (bilateral)	.146
	N	100

En la Tabla 11 se observa que no existen correlaciones significativas entre la dimensión emocional y la adherencia al tratamiento.

Tabla 11. *Correlaciones entre la Dimensión Capacidad de Funcionamiento Personal con la variable Adherencia al Tratamiento de Cáncer*

IMPACTO DEL TRATAMIENTO		Adherencia al Tratamiento de Cáncer
Dimensión Capacidad de Funcionamiento personal	Correlación de Pearson	-.007
	Sig. (bilateral)	.943
	N	100

Dentro de la Tabla 12 se utilizó la prueba T de student para muestras independientes con el fin de encontrar diferencias significativas de la Adherencia al Tratamiento de Cáncer según sexo, sin embargo, no se encontró dichas diferencias.

Tabla 12. Prueba de T de Student para muestras independientes para estimar si existen diferencias de la Adherencia al Tratamiento de Cáncer según sexo

Variable	Sexo	N	Rango promedio	t	gl	p
Adherencia al tratamiento de cancer	Femenino	79	69.25	-.885	98	.378
	Masculino	21	71.38			

Del mismo modo, tenemos en la Tabla 13 que no existen diferencias significativas a nivel de el Impacto del Tratamiento y sus dimensiones según sexo.

Tabla 13. Prueba de T de Student para muestras independientes para estimar si existen diferencias del Impacto del Tratamiento y sus dimensiones según sexo

Variable	Grupo	N	Rango promedio	t	gl	p
Impacto del Tratamiento	Femenino	79	34.53	-.460	98	.647
	Masculino	21	35.52			
Dimensión Física	Femenino	79	8.35	-1.471	98	.145
	Masculino	21	9.81			
Dimensión Social y Familiar	Femenino	79	4.68	.558	98	.578
	Masculino	21	4.29			
Dimensión Emocional	Femenino	79	6.90	1.748	98	.084
	Masculino	21	5.52			
Dimensión Funcional	Femenino	79	14.59	-.831	98	.408
	Masculino	21	15.90			

Con el objetivo de encontrar diferencias de la Adherencia al Tratamiento de Cáncer según edad se aplicó la prueba ANOVA de un factor, sin embargo, en la Tabla 14 no se encontró diferencias significativas.

Tabla 14. Prueba ANOVA de un factor para estimar si existen diferencias de la Adherencia al Tratamiento de Cáncer según edad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	572.168	6	95.361	.997	.432
Intra-grupos	8896.832	93	95.665		
Total	9469.000	99			

Así también, en la Tabla 15 se aplicó la prueba ANOVA de un factor para encontrar diferencias de la variable Impacto del Tratamiento y sus dimensiones según edad, encontrándose diferencias a nivel de la variable Impacto del Tratamiento y de la dimensión Capacidad de Funcionamiento personal.

Tabla 15. Prueba ANOVA de un factor para estimar si existen diferencias del Impacto del Tratamiento y sus dimensiones según edad

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Impacto del Tratamiento	Inter-grupos	1716.267	6	286.045	4.530	.000**
	Intra-grupos	5872.973	93	63.150		
	Total	7589.240	99			
Dimensión Física	Inter-grupos	149.279	6	24.880	1.566	.166
	Intra-grupos	1477.161	93	15.883		
	Total	1626.440	99			
Dimensión Social y Familiar	Inter-grupos	23.910	6	3.985	.461	.836
	Intra-grupos	804.090	93	8.646		
	Total	828.000	99			

Dimensión Emocional	Inter-grupos	17.123	6	2.854		
	Intra-grupos	1020.667	93	10.975	.260	.954
	Total	1037.790	99			
Dimensión Funcional	Inter-grupos	656.864	6	109.477		
	Intra-grupos	3410.446	93	36.671	2.985	.010*
	Total	4067.310	99			

* p < 0.05, ** p < 0.01

Se realizó el análisis de comparaciones múltiples de la variable Impacto del tratamiento del Tratamiento según edad, donde se encontró diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los grupos de edades: 30-39 y 40-49, 30-39 y 50-59, 30-39 y 60-69, y, 30-39 y 70-79; en todas ellas a favor del grupo de edad 30-39.

Tabla 16. Comparaciones múltiples para estimar si existen diferencias en el Impacto del Tratamiento según edad

	(I) Edad agrupada	(J) Edad agrupada	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
HSD de Tukey	19-29	30-39	7.786	4.981	.706	-7.23	22.80
		40-49	-8.864	4.640	.479	-22.85	5.12
		50-59	-7.260	4.279	.620	-20.16	5.64
		60-69	-5.346	4.268	.871	-18.21	7.52
		70-79	-2.674	4.305	.996	-15.65	10.30
		80-89	.250	5.619	1.000	-16.69	17.19
	30-39	19-29	-7.786	4.981	.706	-22.80	7.23
		40-49	-16.649(*)	3.842	.001	-28.23	-5.07
		50-59	-15.046(*)	3.398	.001	-25.29	-4.80
		60-69	-13.132(*)	3.384	.004	-23.33	-2.93
		70-79	-10.460(*)	3.430	.045	-20.80	-.12
		80-89	-7.536	4.981	.736	-22.55	7.48
	40-49	19-29	8.864	4.640	.479	-5.12	22.85
		30-39	16.649(*)	3.842	.001	5.07	28.23
		50-59	1.604	2.875	.998	-7.06	10.27
		60-69	3.517	2.858	.880	-5.10	12.13
		70-79	6.190	2.913	.347	-2.59	14.97
		80-89	9.114	4.640	.444	-4.87	23.10
	50-59	19-29	7.260	4.279	.620	-5.64	20.16
		30-39	15.046(*)	3.398	.001	4.80	25.29
		40-49	-1.604	2.875	.998	-10.27	7.06
		60-69	1.914	2.226	.977	-4.79	8.62

	70-79	4.586	2.296	.423	-2.33	11.51
	80-89	7.510	4.279	.581	-5.39	20.41
60-69	19-29	5.346	4.268	.871	-7.52	18.21
	30-39	13.132(*)	3.384	.004	2.93	23.33
	40-49	-3.517	2.858	.880	-12.13	5.10
	50-59	-1.914	2.226	.977	-8.62	4.79
	70-79	2.672	2.275	.902	-4.18	9.53
	80-89	5.596	4.268	.845	-7.27	18.46
70-79	19-29	2.674	4.305	.996	-10.30	15.65
	30-39	10.460(*)	3.430	.045	.12	20.80
	40-49	-6.190	2.913	.347	-14.97	2.59
	50-59	-4.586	2.296	.423	-11.51	2.33
	60-69	-2.672	2.275	.902	-9.53	4.18
	80-89	2.924	4.305	.993	-10.05	15.90
80-89	19-29	-.250	5.619	1.000	-17.19	16.69
	30-39	7.536	4.981	.736	-7.48	22.55
	40-49	-9.114	4.640	.444	-23.10	4.87
	50-59	-7.510	4.279	.581	-20.41	5.39
	60-69	-5.596	4.268	.845	-18.46	7.27
	70-79	-2.924	4.305	.993	-15.90	10.05

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

De otra parte, se desarrollo las comparaciones múltiples de la dimensión Capacidad de Funcionamiento personal donde se obtuvo diferencias significativas en los siguientes grupos de edad: 30-39 y 40-49; y, 30-39 y 50-59; en ambas a favor del grupo de edad 30-39.

Tabla 17. Comparaciones múltiples para estimar si existen diferencias de la dimensión Capacidad de Funcionamiento personal según edad

	(I) Edad agrupada	(J) Edad agrupada	Diferencia de medias (I-J)		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	19-29	30-39	3.786	3.796	.953	-7.65	15.23
		40-49	-6.045	3.536	.611	-16.70	4.61
		50-59	-4.380	3.261	.830	-14.21	5.45
		60-69	-2.923	3.252	.972	-12.73	6.88
		70-79	-.674	3.281	1.000	-10.56	9.21
		80-89	1.000	4.282	1.000	-11.91	13.91
	30-39	19-29	-3.786	3.796	.953	-15.23	7.65
		40-49	-9.831(*)	2.928	.019	-18.66	-1.01
		50-59	-8.166(*)	2.590	.034	-15.97	-.36
		60-69	-6.709	2.579	.137	-14.48	1.06
		70-79	-4.460	2.614	.614	-12.34	3.42
		80-89	-2.786	3.796	.990	-14.23	8.65
	40-49	19-29	6.045	3.536	.611	-4.61	16.70

	30-39	9.831(*)	2.928	.019	1.01	18.66
	50-59	1.665	2.191	.988	-4.94	8.27
	60-69	3.122	2.178	.782	-3.44	9.69
	70-79	5.372	2.220	.202	-1.32	12.06
	80-89	7.045	3.536	.426	-3.61	17.70
	19-29	4.380	3.261	.830	-5.45	14.21
50-59	30-39	8.166(*)	2.590	.034	.36	15.97
	40-49	-1.665	2.191	.988	-8.27	4.94
	60-69	1.457	1.696	.978	-3.66	6.57
	70-79	3.706	1.750	.351	-1.57	8.98
	80-89	5.380	3.261	.651	-4.45	15.21
	19-29	2.923	3.252	.972	-6.88	12.73
60-69	30-39	6.709	2.579	.137	-1.06	14.48
	40-49	-3.122	2.178	.782	-9.69	3.44
	50-59	-1.457	1.696	.978	-6.57	3.66
	70-79	2.249	1.733	.851	-2.98	7.47
	80-89	3.923	3.252	.890	-5.88	13.73
	19-29	.674	3.281	1.000	-9.21	10.56
70-79	30-39	4.460	2.614	.614	-3.42	12.34
	40-49	-5.372	2.220	.202	-12.06	1.32
	50-59	-3.706	1.750	.351	-8.98	1.57
	60-69	-2.249	1.733	.851	-7.47	2.98
	80-89	1.674	3.281	.999	-8.21	11.56
	19-29	-1.000	4.282	1.000	-13.91	11.91
80-89	30-39	2.786	3.796	.990	-8.65	14.23
	40-49	-7.045	3.536	.426	-17.70	3.61
	50-59	-5.380	3.261	.651	-15.21	4.45
	60-69	-3.923	3.252	.890	-13.73	5.88
	70-79	-1.674	3.281	.999	-11.56	8.21

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

De acuerdo a la Tabla 18, se halló diferencias altamente significativas ($p < 0.01$) de la variable Adherencia al Tratamiento de Cáncer según el tipo de tratamiento.

Tabla 18. Prueba ANOVA de un factor para estimar si existen diferencias de la Adherencia al Tratamiento de Cáncer según tipo de tratamiento

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3384.426	5	676.885	10.457	.000**
Intra-grupos	6084.574	94	64.730		
Total	9469.000	99			

** $p < 0.01$

En la Tabla 19 se realizó las comparaciones múltiples a la variable Adherencia al Tratamiento de Cáncer obteniéndose diferencias

significativas ($p < 0.05$) entre los siguientes tipos de tratamiento: “quimioterapia” y “control”, “quimioterapia” y “cirugía y quimioterapia y/o radioterapia”, a favor en ambas de la “quimioterapia”. Asimismo, entre “control” y “cirugía, quimioterapia y/o radioterapia” se obtuvo una media mas alta a favor de control. En cuanto a las diferencias entre “Quimioterapia y radioterapia” con “control” y “cirugía, quimioterapia y radioterapia”, lo datos obtenidos se encuentran a favor de “quimioterapia y radioterapia”, en el tipo de tratamiento “paliativo” se obtuvo diferencias con “control”, “cirugía, quimioterapia y radioterapia” y “cirugía y control”, con una media a favor de “paliativo”.

Tabla 19. Comparaciones múltiples para estimar si existen diferencias de la Adherencia al Tratamiento de Cáncer según tipo de tratamiento

(I) Tipo de Tratamiento	(J) Tipo de tratamiento	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
Quimioterapia	Control	17.871(*)	5.849	.034	.85	34.89
	Quimioterapias y radioterapias	-1.129	3.153	.999	-10.30	8.04
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	8.139(*)	1.832	.000	2.81	13.47
	Cirugía y control	11.171	3.846	.051	-.02	22.36
	Paliativos	-9.343	3.331	.065	-19.03	.35
Control	Quimioterapia	-17.871(*)	5.849	.034	-34.89	-.85
	Quimioterapias y radioterapias	-19.000(*)	6.360	.041	-37.50	-.50
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	-9.733	5.820	.553	-26.66	7.20
	Cirugía y control	-6.700	6.731	.918	-26.28	12.88
	Paliativos	-27.214(*)	6.451	.001	-45.98	-8.45
Quimioterapias y radioterapias	Quimioterapia	1.129	3.153	.999	-8.04	10.30
	Control	19.000(*)	6.360	.041	.50	37.50
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	9.267(*)	3.098	.040	.25	18.28
	Cirugía y control	12.300	4.587	.089	-1.04	25.64
	Paliativos	-8.214	4.164	.366	-20.33	3.90
Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	Quimioterapia	-8.139(*)	1.832	.000	-13.47	-2.81
	Control	9.733	5.820	.553	-7.20	26.66
	Quimioterapias y radioterapias	-9.267(*)	3.098	.040	-18.28	-.25
	Cirugía y control	3.033	3.801	.967	-8.03	14.09

	Paliativos	-17.482(*)	3.279	.000	-27.02	-7.94
Cirugía y control	Quimioterapia	-11.171	3.846	.051	-22.36	.02
	Control	6.700	6.731	.918	-12.88	26.28
	Quimioterapias y radioterapias	-12.300	4.587	.089	-25.64	1.04
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	-3.033	3.801	.967	-14.09	8.03
	Paliativos	-20.514(*)	4.711	.000	-34.22	-6.81
Paliativos	Quimioterapia	9.343	3.331	.065	-.35	19.03
	Control	27.214(*)	6.451	.001	8.45	45.98
	Quimioterapias y radioterapias	8.214	4.164	.366	-3.90	20.33
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	17.482(*)	3.279	.000	7.94	27.02
	Cirugía y control	20.514(*)	4.711	.000	6.81	34.22

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Se observa en la Tabla 20 diferencias altamente significativas ($p < 0.01$) en la variable Impacto del Tratamiento y la dimensión física según el tipo de tratamiento.

Tabla 20. Prueba ANOVA de un factor para estimar si existen diferencias del Impacto del Tratamiento y sus dimensiones según tipo de tratamiento

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Impacto del Tratamiento	Inter-grupos	1385.073	5	277.015		
	Intra-grupos	6204.167	94	66.002	3.078	.002**
	Total	7589.240	99			
Dimensión Física	Inter-grupos	228.846	5	45.769		
	Intra-grupos	1397.594	94	14.868	0.286	.013**
	Total	1626.440	99			
Dimensión Social y Familiar	Inter-grupos	12.407	5	2.481		
	Intra-grupos	815.593	94	8.677	0.439	.920
	Total	828.000	99			
Dimensión Emocional	Inter-grupos	23.668	5	4.734		
	Intra-grupos	1014.122	94	10.789	2.300	.820
	Total	1037.790	99			
Dimensión Funcional	Inter-grupos	443.354	5	88.671		
	Intra-grupos	3623.956	94	38.553	4.197	.051
	Total	4067.310	99			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

En la Tabla 21 se realizó las comparaciones múltiples para la variable Impacto al Tratamiento. En esta se encontró diferencias significativas ($p < 0.05$) en los siguientes tipos de tratamiento: “cirugía y control” y “cirugía y quimioterapia y/o radioterapia”; “cirugía y control” y “paliativo”; a favor en ambas de “cirugía y quimioterapia y/o radioterapia” y “paliativo”.

Tabla 21. Comparaciones múltiples para estimar si existen diferencias del Impacto del Tratamiento según tipo de tratamiento

	(I) Tipo de tratamiento	(J) Tipo de tratamiento	Diferencia de medias (I-J)		Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	Quimioterapia	Control	2.386	5.906	.999	-14.80	19.57	
		Quimioterapias y radioterapias	1.636	3.184	.996	-7.63	10.90	
		Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	-4.463	1.850	.162	-9.84	.92	
		Cirugía y control	8.886	3.884	.209	-2.41	20.19	
		Paliativos	-7.971	3.364	.178	-17.76	1.81	
	Control	Quimioterapia	-2.386	5.906	.999	-19.57	14.80	
		Quimioterapias y radioterapias	-.750	6.423	1.000	-19.44	17.94	
		Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	-6.849	5.877	.852	-23.95	10.25	
		Cirugía y control	6.500	6.797	.930	-13.28	26.28	
		Paliativos	-10.357	6.514	.607	-29.31	8.59	
	Quimioterapias y radioterapias	Quimioterapia	-1.636	3.184	.996	-10.90	7.63	
		Control	.750	6.423	1.000	-17.94	19.44	
		Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	-6.099	3.128	.379	-15.20	3.00	
		Cirugía y control	7.250	4.631	.623	-6.22	20.72	
		Paliativos	-9.607	4.205	.211	-21.84	2.63	
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	Quimioterapia	4.463	1.850	.162	-.92	9.84	
		Control	6.849	5.877	.852	-10.25	23.95	
		Quimioterapias y radioterapias	6.099	3.128	.379	-3.00	15.20	
		Cirugía y control	13.349(*)	3.839	.010	2.18	24.52	
		Paliativos	-3.508	3.311	.896	-13.14	6.12	

Cirugía y control	Quimioterapia	-8.886	3.884	.209	-20.19	2.41
	Control	-6.500	6.797	.930	-26.28	13.28
	Quimioterapias y radioterapias	-7.250	4.631	.623	-20.72	6.22
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	-13.349(*)	3.839	.010	-24.52	-2.18
	Paliativos	-16.857(*)	4.757	.008	-30.70	-3.02
Paliativos	Quimioterapia	7.971	3.364	.178	-1.81	17.76
	Control	10.357	6.514	.607	-8.59	29.31
	Quimioterapias y radioterapias	9.607	4.205	.211	-2.63	21.84
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	3.508	3.311	.896	-6.12	13.14
	Cirugía y control	16.857(*)	4.757	.008	3.02	30.70

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

De otra parte, en la Tabla 22 se realizó las comparaciones múltiples según la dimensión Física del Impacto al Tratamiento. Se aprecia diferencias significativas ($p < 0.05$) en los siguientes tipos de tratamiento: “radioterapias y paliativos” y “paliativo”, a favor de paliativo.

Tabla 22. Comparaciones múltiples para estimar si existen diferencias de la dimensión Física del Impacto del Tratamiento según tipo de tratamiento.

(I) Tipo de tratamient	(J) Tipo de tratamiento	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
Quimioterapia	Control	-1.057	2.803	.999	-9.21	7.10
	Quimioterapias y radioterapias	1.818	1.511	.834	-2.58	6.21
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	-1.499	.878	.530	-4.05	1.05
	Cirugía y control	2.143	1.843	.853	-3.22	7.51
	Paliativos	-4.343	1.596	.081	-8.99	.30
Control	Quimioterapia	1.057	2.803	.999	-7.10	9.21
	Quimioterapias y radioterapias	2.875	3.048	.934	-5.99	11.74
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	-.442	2.789	1.000	-8.56	7.67
	Cirugía y control	3.200	3.226	.919	-6.19	12.59
	Paliativos	-3.286	3.092	.895	-12.28	5.71
Quimioterapias y radioterapias	Quimioterapia	-1.818	1.511	.834	-6.21	2.58
	Control	-2.875	3.048	.934	-11.74	5.99
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	-3.317	1.485	.232	-7.64	1.00
	Cirugía y control	.325	2.198	1.000	-6.07	6.72
	Paliativos	-6.161(*)	1.996	.031	-11.97	-.35
Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	Quimioterapia	1.499	.878	.530	-1.05	4.05
	Control	.442	2.789	1.000	-7.67	8.56
	Quimioterapias y radioterapias	3.317	1.485	.232	-1.00	7.64
	Cirugía y control	3.642	1.822	.351	-1.66	8.94
	Paliativos	-2.844	1.572	.465	-7.42	1.73
Cirugía y control	Quimioterapia	-2.143	1.843	.853	-7.51	3.22

	Control	-3.200	3.226	.919	-12.59	6.19
	Quimioterapias y radioterapias	-.325	2.198	1.000	-6.72	6.07
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	-3.642	1.822	.351	-8.94	1.66
	Paliativos	-6.486	2.258	.055	-13.05	.08
	Quimioterapia	4.343	1.596	.081	-.30	8.99
	Control	3.286	3.092	.895	-5.71	12.28
Paliativos	Quimioterapias y radioterapias	6.161(*)	1.996	.031	.35	11.97
	Cirugía y quimioterapia y/o radioterapia	2.844	1.572	.465	-1.73	7.42
	Cirugía y control	6.486	2.258	.055	-.08	13.05

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

En la Tabla 23 se aplicó la prueba ANOVA de un factor en la variable Adherencia al Tratamiento de Cáncer, donde se detecto diferencias altamente significativas ($p < 0.01$) según tiempo de tratamiento.

Tabla 23. Prueba ANOVA de un factor para estimar si existen diferencias de la Adherencia al Tratamiento de Cáncer según tiempo de tratamiento

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1489.612	5	297.922	3.510	.006**
Intra-grupos	7979.388	94	84.887		
Total	9469.000	99			

** $p < 0.01$

En la Tabla 24, se observa las comparaciones múltiples de la variable Adherencia al Tratamiento de Cáncer. Se halló diferencias significativas ($p < 0.05$) en los siguientes tiempos de tratamiento: “menos de 6 meses” y “5 a más años”, a favor de estos últimos.

Tabla 24. Comparaciones múltiples para estimar si existen diferencias de la Adherencia al Tratamiento de Cáncer según tiempo de tratamiento

(I) Tiempo de tratamiento	(J) Tiempo de tratamiento	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
menos de 6 meses	de 6 meses a 1 año	-4.491	2.408	.430	-11.50	2.51
	1 a 2 años	-7.617	2.883	.097	-16.00	.77
	2 a 3 años	-6.083	3.476	.503	-16.20	4.03
	3 a 5 años	-5.932	3.220	.444	-15.30	3.44
	5 a más años	-14.917(*)	4.099	.006	-26.84	-2.99
HSD de Tukey de 6 meses a 1 año	menos de 6 meses	4.491	2.408	.430	-2.51	11.50
	1 a 2 años	-3.126	2.967	.898	-11.76	5.51
	2 a 3 años	-1.593	3.546	.998	-11.91	8.72
	3 a 5 años	-1.441	3.296	.998	-11.03	8.15
	5 a más años	-10.426	4.158	.132	-22.52	1.67

	menos de 6 meses	7.617	2.883	.097	-.77	16.00
	de 6 meses a 1 año	3.126	2.967	.898	-5.51	11.76
1 a 2 años	2 a 3 años	1.533	3.885	.999	-9.77	12.84
	3 a 5 años	1.685	3.657	.997	-8.96	12.33
	5 a más años	-7.300	4.451	.574	-20.25	5.65
	menos de 6 meses	6.083	3.476	.503	-4.03	16.20
	de 6 meses a 1 año	1.593	3.546	.998	-8.72	11.91
2 a 3 años	1 a 2 años	-1.533	3.885	.999	-12.84	9.77
	3 a 5 años	.152	4.141	1.000	-11.90	12.20
	5 a más años	-8.833	4.856	.459	-22.96	5.29
	menos de 6 meses	5.932	3.220	.444	-3.44	15.30
	de 6 meses a 1 año	1.441	3.296	.998	-8.15	11.03
3 a 5 años	1 a 2 años	-1.685	3.657	.997	-12.33	8.96
	2 a 3 años	-.152	4.141	1.000	-12.20	11.90
	5 a más años	-8.985	4.676	.396	-22.59	4.62
	menos de 6 meses	14.917(*)	4.099	.006	2.99	26.84
	de 6 meses a 1 año	10.426	4.158	.132	-1.67	22.52
5 a más años	1 a 2 años	7.300	4.451	.574	-5.65	20.25
	2 a 3 años	8.833	4.856	.459	-5.29	22.96
	3 a 5 años	8.985	4.676	.396	-4.62	22.59

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Según la Tabla 25, se aplicó la prueba ANOVA de un factor a la variable Impacto del Tratamiento y sus dimensiones. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en ésta y sus dimensiones según el tiempo de tratamiento.

Tabla 25. Prueba ANOVA de un factor para estimar si existen diferencias de el Impacto del Tratamiento y sus dimensiones según tiempo de tratamiento

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Inter-grupos	765.654	5	153.131		
Impacto del Tratamiento	Intra-grupos	6823.586	94	72.591	2.109	.071
	Total	7589.240	99			
	Dimensión	Inter-grupos	101.409	5	20.282	1.250
Física	Intra-grupos	1525.031	94	16.224		

	Total	1626.440	99			
Dimensión Social y Familiar	Inter-grupos	43.742	5	8.748		
	Intra-grupos	784.258	94	8.343	1.049	.394
	Total	828.000	99			
Dimensión Emocional	Inter-grupos	21.756	5	4.351		
	Intra-grupos	1016.034	94	10.809	.403	.846
	Total	1037.790	99			
Dimensión Funcional	Inter-grupos	225.596	5	45.119		
	Intra-grupos	3841.714	94	40.869	1.104	.364
	Total	4067.310	99			

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación fue relacionar el Impacto y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer, donde se obtuvo la caracterización de la muestra como; pacientes de género femenino un 79% y masculino un 21%, con edades entre 19-29 años un 4%, 30-39 años un 7%, 40-49 años un 11%, 50-59 años un 25%, 60-69 años un 26%, 70-79 años un 23% y de 80-89 años un 4%, evidenciando una mayor incidencia entre edades de 50 a 79 años. En relación al diagnóstico se identificó a pacientes con cáncer de mama un 35%, Cáncer de colon un 13%, Linfomas 12%, Cáncer de pulmón 9%, cáncer de útero 9%, cáncer de próstata 7%, cáncer de estómago 4 %, cáncer de lengua 2%, metástasis 4%,cáncer de recto 2%, cáncer de ovario 2% y de piel un 1%, siendo el de mayor insidencia el cáncer de mama y de colon, esto se corrobora con las estadísticas actualizadas al 2009 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN quienes consideran que al año 2009 el cáncer con mayor prevalencia era el cáncer de cuello uterino con 1585 casos, seguido del cáncer de mama con 1192 casos. Por otro lado, según el tipo de tratamiento: un 43% recibían cirugía y quimioterapia y/o radioterapia; un 35% solo quimioterapia; quimioterapia y radioterapia un 8%; control un 5%; paliativos un 5% y cirugía y control un 4%. Se aprecia que más del 50% de los pacientes reciben más de 2 tipos de tratamientos. En cuanto al tiempo de tratamiento el 32% de los pacientes muestrales tienen menos de 6 meses de tratamiento, el 27% de 06 meses a 1 año, el 15% de 1 año a menos de 2 años, el 9% de 2 años a menos de 3 años, el 11% de 3 años a menos de 5 años y el 6% de 5 años a más.

En cuanto a los niveles de adherencia al tratamiento se obtuvo que un 47% de los pacientes presentaron un nivel que iba del promedio alto a alto en su adherencia, mientras que el 34% se encontraron en un nivel promedio y el 29% se ubicaron

del nivel desde el promedio bajo a bajo. Si bien la mayor parte de los pacientes presentaron una buena adherencia al tratamiento médico, es importante considerar al 29% de pacientes que obtienen niveles bajos, tomando en cuenta lo propuesto por Ehrenzweig, (2007) quien sostiene que la adherencia esta asociada a las molestias ocasionadas por la enfermedad, aclarando que estas molestias son creencias o estereotipos sociales que catalogan al cáncer como un enfermedad molesta, así mismo Sanchez (2005), reportó que dos de las variables predictoras del cumplimiento del tratamiento fueron el emplear la planificación como estrategia al afrontamiento al estrés y el nivel educativo. Ante lo cual, se debe considerar que la muestra fue recogida de una entidad publica pero que converge a personas de clase media, media baja y media alta.

Los niveles obtenidos en la variable de impacto del tratamiento se distribulleron de la siguiente manera; el 23 % de los pacientes obtuvo un nivel de Impacto del tratamiento de promedio alto a alto, mientras que el 47% obtuvo un nivel promedio, y el 18% presentó un nivel de promedio bajo a bajo, se considera elevada la cantidad de pacientes que presentan un impacto del tratamiento de un nivel promedio a alto con un 70%, considerando el estudio hecho por el Instituto Oncológico Dana-Farber y del Hospital Brigham and Women's de Boston (2007), quienes consideraron que la mitad de todas las personas que son diagnosticadas de cáncer, tienen cáncer terminal o avanzado sufren de depresión, ansiedad o trastornos de adaptación, por lo que les vendría bien la ayuda de su oncólogo para buscar un tratamiento profesional. En el análisis de las dimensiones se apreció que en el estado físico general de salud el 61% obtuvo un nivel promedio, en el ambiente familiar y social predominó el nivel promedio con un 68%, en el estado emocional se obtuvo un nivel alto en el 44%, y promedio en un 30%, en la capacidad del funcionamiento personal se obtuvo un 47% en el nivel promedio y un 38% en el nivel bajo. Dichos datos se corroboran por lo hayado por Raymundo y Ayala (2010), quienes ubicaron en su estudio un nivel promedio en todas las dimensiones del impacto del tratamiento, sin embargo, se resalta que el impacto

en el estado emocional es alto en su mayoría, lo cual se corrobora con el estudio de Terol, et al (2000) quienes informaron que la calidad de vida global y la condición física percibida se asociaron entre sí con la depresión, así mismo Gaviria, et. al (2005) identificaron que los pacientes con cáncer perciben una calidad de vida favorable en todas sus dimensiones, siendo de menor intensidad el área emocional, posiblemente por la cantidad de síntomas de dolor que presentan estos pacientes.

Habiendo sido el objetivo del presente estudio determinar la relación existente entre el impacto y la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer se aprecia que no existe relación significativa. Lo cual implica, que el nivel del impacto del tratamiento médico no guarda relación con la adherencia que el paciente tenga a este. En tal sentido, se reafirma lo expuesto por Ortiz y Ortiz, (2007) quien apesar de describir los factores de la no adherencia de manera individual, refiere que en la práctica clínica se observa superposición entre ellos, por tal razón no deben ser evaluados en forma independiente sino como un asunto complejo multifactorial. Cabe agruparse a los factores que se han medido en la prueba del impacto del tratamiento, según la clasificación hecha por Ortiz y Ortiz, (2007), quienes indican que en la no adherencia se aprecian los factores asociados al paciente, a la enfermedad, al medicamento o tratamiento y factores ambientales e interacción médico paciente. La prueba del impacto del tratamiento mide solo los factores asociados al tratamiento, ambientales y al paciente (impacto físico, emocional, familiar y capacidad de funcionamiento personal), dejando de lado los otros factores descritos por el autor.

En tal sentido se reafirma la multifactoriedad de la adherencia al tratamiento, esto se sustenta con el estudio hecho por Sánchez (2005), donde concluyen que la edad, el estado psicopatológico y la calidad de vida no resultaron variables relevantes en la predicción del abandono del tratamiento. Así mismo, se apreció que las dimensiones del impacto al tratamiento: impacto físico, emocional, familiar y su capacidad de funcionamiento personal no guardan relación significativa con la

adherencia al tratamiento, resaltando que no influyen significativamente en el seguimiento y cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes con cáncer, tal como se sustenta en el estudio de Ehrenzweig, (2007), quien refiere que las molestias ocasionadas por el tratamiento no afectaron el seguimiento de las indicaciones según las respuestas de los pacientes.

A nivel comparativo, no se encontraron diferencias significativas entre el Impacto del tratamiento y adherencia al tratamiento según el sexo de los pacientes, ello implica que el sexo masculino o femenino no influye en el nivel de impacto y adherencia al tratamiento médico.

Con relación a la edad de los pacientes no se obtuvo diferencia significativa con la variable adherencia, sin embargo si se obtuvo una diferencia significativa con la variable impacto del tratamiento y su dimensión capacidad de funcionamiento personal. En tal sentido, se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edades: 30-39 y 40-49, 30-39 y 50-59, 30-39 y 60-69, y, 30-39 y 70-79; en todas ellas a favor del grupo de edad 30-39, lo cual indica que existe un menor impacto del tratamiento en los pacientes con edades de 30 a 39 años a diferencia de los otros rangos de edades. Esto estaría asociado a que son pacientes jóvenes y la posibilidad de tener otras patologías asociadas (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, etc) que limiten su recuperación es menor.

En las comparaciones de los niveles de adherencia según tipo de tratamiento se halló diferencias altamente significativas, obteniéndose diferencias significativas entre los siguientes tipos de tratamiento: “quimioterapia” y “control”, “quimioterapia” y “cirugía y quimioterapia y/o radioterapia”, a favor en ambas de la “quimioterapia”. Lo cual indica que los pacientes que reciben solo quimioterapia presentan una mayor adherencia que los que reciben control, cirugía y quimioterapia y/o radioterapia en su conjunto. Asimismo, entre “control” y “cirugía, quimioterapia y/o radioterapia” se obtuvo que los pacientes que se encuentran en control cuentan con una mayor adherencia. En cuanto a las diferencias entre “Quimioterapia y radioterapia” con los tipos de tratamiento de “control” y “cirugía,

quimioterapia y radioterapia”, se identificó que la media se encuentran a favor de “quimioterapia y radioterapia”, en tal sentido, quienes reciben quimioterapia y radioterapia juntos tienen una mejor adherencia, esto se corrobora con el estudio realizado por Pasek, et., al. (2012) quienes obtuvieron que el funcionamiento físico en pacientes con cáncer se evaluó el peor antes del tratamiento de radiación y se incrementó gradualmente a lo largo de las etapas adicionales, todas las diferencias entre etapas resultaron ser significativas. En contraste, el impacto emocional se obtuvo el más alto antes de la iniciación del tratamiento y fue el más bajo en la etapa de recuperación, una diferencia que resultó ser significativa. Así mismo, informan que los problemas financieros aumentaron el impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes de manera significativa a lo largo de las etapas consecutivas del tratamiento médico, en conclusión los autores resaltan que la calidad de vida de los pacientes se evaluó como el más alto inmediatamente después del final de la radioterapia.

En el tipo de tratamiento “paliativo” se obtuvo diferencias con “control”, “cirugía, quimioterapia y radioterapia” y “cirugía y control”, con una mejor adherencia con quienes reciben tratamiento paliativo, considerando que este último aborda la intervención en el manejo de los síntomas con mayor énfasis del dolor. En conclusión los pacientes que tuvieron tratamiento con “quimioterapia”, “control” y “quimioterapia y radioterapia” presentaron mejores niveles de adherencia, sin embargo es importante resaltar que el tipo de tratamiento no es un determinante claro de que se desarrolle una alta o baja adherencia, ya que la adherencia terapéutica se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente a lo que se resalta la colaboración activa relacionada a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado, según Mateo y Di Nicola (1985, en Ortiz y Ortiz, 2007). En tal sentido, se debe considerar que existen diferentes factores que desarrollan la adherencia terapéutica.

En la variable impacto del tratamiento se encontró diferencias significativas con los siguientes tipos de tratamiento: “cirugía y control” y “cirugía y quimioterapia y/o radioterapia”; “cirugía y control” y “paliativo”. Lo cual indica que existe un mayor impacto del tratamiento en los pacientes que recibieron “cirugía y quimioterapia y/o radioterapia” y tratamiento “paliativo”. En la dimensión Física del Impacto del Tratamiento. Se aprecia diferencias significativas en los siguientes tipos de tratamiento: “quimioterapia y radioterapia” y “paliativo”, a favor de paliativo, lo cual indica que hay un mayor impacto del estado físico en pacientes que llevan un tratamiento paliativo a diferencia de quienes reciben radioterapia y quimioterapia, se sustenta con lo estipulado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) quienes identifican que el tratamiento paliativo se brinda frente a la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, hay una falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, así como se presentan numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, hay una gran impacto emocional y familiar en relación a la muerte, considerando que se tiene un pronóstico de vida inferior a los 6 meses.

En las diferencias de la Adherencia al Tratamiento de Cáncer según tiempo de tratamiento, se halló diferencias significativas entre los pacientes que tuvieron un tiempo de tratamiento “menor de 6 meses” y “5 a más años”, a favor de estos últimos, lo cual indica que los pacientes que tienen de 5 a más años de tratamiento presentaron una mejor adherencia en relación a quienes tienen un tiempo de tratamiento menor a los 6 meses, esto se sustenta con el estudio realizado por Raymundo y Ayala (2010), quienes encontraron que el impacto del tratamiento se relaciona de forma directa con las fases psicológicas por las que atraviesa el paciente con cáncer, considerando que las fases psicológicas tiene como objetivo el identificar la aceptación del paciente de su propia enfermedad, lo cual sería un factor importante en la adherencia al tratamiento médico, en tal sentido los pacientes que tienen menos de 6 meses en tratamiento, se encuentran en las primeras fases psicológicas que se ausmen frente a una enfermedad como el cáncer (negación, enojo, regateo y depresión), sería por ello que su nivel de

adherencia es bajo a comparación de quienes tienen de 5 años a más, ya que estos pacientes, por el tiempo de tratamiento, ya han logrado aceptar su enfermedad, mejorando significativamente su adherencia.

Si bien el impacto del tratamiento no guarda relación con el nivel de adherencia del paciente, sí influye en la calidad de vida del mismo, considerando que el presente estudio identificó un alto impacto emocional producto de la enfermedad y los temores que esta acarrea. En tal sentido, se realza la necesidad de una intervención multidisciplinaria, donde se cuente con un médico psiquiatra, un psicólogo, y un asistente social, quienes brinden el soporte emocional necesario, para facilitar el proceso de intervención, con la búsqueda de la aceptación de la enfermedad, la misma que ayudará en la adherencia al tratamiento médico, tal como lo estipulan Galway, et., al. (2009) quienes identificaron que las intervenciones realizadas por las enfermeras que comprende información combinada con la atención de apoyo pueden tener un efecto beneficioso sobre el estado de ánimo en una población de pacientes con cáncer. Considerando los estudios realizados por Pettingale, et., al. (1985), citados por Buceta (2005) quienes obtuvieron que las personas que adoptaban la estrategia de espíritu de lucha tenían un mejor porcentaje de supervivencia, mientras que el 80% de los que adoptaban la indefensión desesperanza morían en los 5 primeros años. Brindar una atención digna y humanizada genera fortalezas personales para la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, mejorando su espíritu de lucha y por ende la respuesta al tratamiento.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en el presente estudio permiten concluir:

No existe una relación entre el Impacto y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer, lo cual ratifica la multifactoriedad de la variable adherencia.

El nivel de la adherencia al tratamiento oscilo en un 47% los pacientes que obtuvieron una adherencia en un nivel Promedio Alto a Alto, un 34% presentaron un nivel Promedio y el 29% un nivel Promedio Bajo a Bajo.

El nivel del impacto del tratamiento en los pacientes con cáncer, se obtuvo un nivel Promedio Alto y Alto con un 33%, en un nivel Promedio con un 47% y un nivel Promedio Bajo y Bajo con un 20%; Así mismo, se observó que el estado físico general de salud tuvo un mayor porcentaje en el nivel Promedio con 61%, el ambiente familiar y social mostró una mayor incidencia en el nivel Promedio con un 68%, así como Capacidad de funcionamiento personal también presentó un mayor porcentaje también en dicho nivel con un 47%. En contraste con el estado emocional que presentó una mayor incidencia del impacto en el nivel Alto con un 44%.

No existe relación significativa entre el Impacto del estado físico general de salud y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

No existe relación significativa entre el Impacto del ambiente familiar y social y la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

No existe relación significativa entre el Impacto del estado emocional y la adherencia en pacientes con cáncer.

No existe relación significativa entre el impacto en la capacidad de funcionamiento personal y la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

No existe diferencias significativas en la adherencia al tratamiento según el sexo y edad, sin embargo según el tipo de tratamiento se obtuvo diferencias significativas entre: “quimioterapia” y “control”, “quimioterapia” y “cirugía y quimioterapia y/o radioterapia”, a favor en ambas de la “quimioterapia”. Entre “control” y “cirugía, quimioterapia y/o radioterapia” se obtuvo una media mas alta a favor de control. En cuanto a las diferencias entre “Quimioterapia y radioterapia” con “control” y “cirugía, quimioterapia y radioterapia”, lo datos obtenidos se encuentran a favor de “quimioterapia y radioterapia”, en el tipo de tratamiento “paliativo” se obtuvo diferencias con “control”, “cirugía, quimioterapia y radioterapia” y “cirugía y control”, con una media a favor de “paliativo”. En cuanto al tiempo del tratamiento en pacientes con cáncer se halló diferencias significativas en los siguientes tiempos: “menos de 6 meses” y “5 a más años”, a favor de estos últimos.

No existe diferencias significativas del Impacto del tratamiento según el sexo, sin embargo según edad, se encontró diferencias significativas entre los grupos de edades: 30-39 y 40-49, 30-39 y 50-59, 30-39 y 60-69, y, 30-39 y 70-79; en todas ellas a favor del grupo de edad 30-39. Según el tipo de tratamiento se obtuvieron diferencias significativas en impacto del tratamiento y la dimensión física; en la primera mencionada se obtuvo diferencias significativas con los siguientes tipos de tratamiento: “cirugía y control” y “cirugía y quimioterapia y/o radioterapia”; “cirugía y control” y “paliativo”; a favor en ambas de “cirugía y quimioterapia y/o radioterapia” y “paliativo”. En la dimensión física se obtuvo diferencias significativas con los tipos de tratamiento: “radioterapias y paliativos” y “paliativo”, a favor de paliativo. Con relación al tiempo del tratamiento no se encontraron diferencias significativas con el impacto del tratamiento ni sus dimensiones.

La escala de adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer obtuvo un alfa de cronbach igual a 0.825, lo cual indica un nivel de confiabilidad Moderado.

RECOMENDACIONES

Basándose en los hallazgos y el análisis de la información del presente trabajo, se recomienda lo siguiente:

Aplicar un programa de intervención terapeuta según la Organización Mundial de Salud (2005) con un enfoque cognitivo conductual (Cruzado 2009), con la finalidad de ayudar a los pacientes con cáncer en el proceso de adherencia al tratamiento médico, el mismo que involucre un enfoque multifactorial (Ortiz y Ortiz, 2007)

Brindar técnicas para el manejo de la ansiedad y depresión considerando que se identificó un alto impacto en la dimensión del estado emocional, Es importante mencionar que según Romero (2005) la información inicial del diagnóstico es importante para evitar una fase persistente de la negación, por ello una información reiterada es mejor, por lo que se debe facilitar la máxima posible.

Dar información al paciente y a sus familiares sobre su enfermedad aliviará con el tiempo el grado de ansiedad de los mismos Romero (2005), sin embargo tras la mejora en la comunicación, expresión de emociones y resolución de conflictos a nivel familiar, se buscará aumentar el apoyo del ambiente familiar y social.

Buscar un equilibrio emocional en el paciente, mediante la escucha activa y acompañamiento, brindándole estrategias para una adecuada expresión emocional, considerando también lo referido por Cruzado (2009), quien menciona que la información que reciba el paciente, el apoyo social, recursos ambientales, y los efectos del tratamiento influirán en su estilo de afrontamiento, y por ende en su estado emocional.

Integrar en el abordaje oncológico una evaluación al paciente para identificar su nivel de adherencia y el impacto que esta causándole el tratamiento recibido, con la finalidad de brindarle un abordaje no solo a nivel farmacológico, sino considerar las necesidades psicológicas del paciente.

Es necesaria la existencia de una intervención multidisciplinaria a los pacientes con cáncer, ya que los profesionales de salud de esta unidad deberían considerar la importancia de la adherencia y el impacto del tratamiento, con la finalidad de brindar el apoyo requerido. Tal como lo refiere Aresca et al. (2004) que en cuanto más integrativo y desde distintos ángulos sea el abordaje a realizarse, más posibilidades tiene la persona de estar mejor.

Realizar un estudio basado en la relación de la adherencia y variables multifactoriales que permitan organizar mejor la intervención en pacientes con cáncer para brindarles una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aresca, L., Birgin, D., Blum, S., Buceta, E., Figini, M., Gullas, S., Iconikoff, R., Kors, B., Rosenfeld, C. (2004). *Psicooncología diferentes miradas*. Argentina: Lugar.
- Brennan. J. (2001). Adjustment to cancer. Extraído el 04 de noviembre, 2009 de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq>.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cancer*. Madrid: Sintesis.
- Cella D. (2008) FACT-G 4ta version, extraído el 07 de julio 2009, recuperado de <http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>.
- Cella, D. Hahn, A. & Dineen, K. (2002) Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: Differences between improvement and worsening. *Quality of Life Research*, 11, 207-221.
- Cella, D., Tulsky, D., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bononi, A., Silberman, M., Yellen, S., Winicour, P., Brannom, J., Eckberg, K. (marzo, 1993). The functional assesment of cancer therapy scale; development and validation of the general measure. *Journal of clinical Oncology*, 11(03), 570 – 579.
- Corral, M. Matellanes, F. y Perez, I. (2007), El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia, *Mapfre Medicina*, 18 (02), 108 – 113.
- D'Anello, S., Barreat, Y., Escalante, G., Benitez, A. (mayo 2011). Relación medico paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento medico. *MedULA*, 18(1), 33-39.
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 7-21.
- Galway, K. Black, A. Cantwell, M. Cardwell, C. Mills, M. Donnelly, M. (2009). Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed

cancer patients. *Pubmed*. Recuperado de
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007064/full>

Gavéria, A., Vinaccia, E., Riveros M. & Quiceno J. (2005), Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología desde el Caribe*, 18, 45-65

Gavéria, A., Vinaccia, E., Riveros, M. & Quiceno J. (2007). "Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico". *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.

Peñacoba, C. Velasco, L. Mercado, F. Moreno, R. (2005). Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 15(02), 195-206.

Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.

Raymundo, O. Ayala, I. (2010). Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. *Revista de Psicología*, 13(01), 59-73.

Sánchez, V. Valín, L. Pérez, M. Mostaza, J. Ortiz, J. Rodríguez, M. Carro, J. Cuevas, M. Alcoba, M. (2002). Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 20(10):491-7.

Sánchez, N. Torres, A. Camprubi, N. Vidal, A. Salamero, M. (2005). Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cancer de mama. *Psicooncología*, 2(1), 21-32.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. [Fecha de acceso 18 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>

Romero, R. (2005) "La terapia psicológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: un estudio preliminar". España: Editorial F. Gil.

- Terol, M. Rodríguez, J. Pastor, M. Mora, M. Neyra, J. Neipp, M. y Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*. 16(02), 159.
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica; Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Valle, M. (2006). *“Síntomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama”*. Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Lima

ANEXOS

EATC

Edad:

Tratamiento:

.....

Sexo:

Ocupación:

.....

INSTRUCCIONES

A continuación te presentamos una serie de preguntas las cuales deberá marcar con un aspa (X) en los casilleros **NUNCA, CASI NUNCA, CASI SIEMPRE Y SIEMPRE** según lo que le suceda actualmente. Responda con sinceridad

		Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
1	Asisto a las consultas de seguimiento programadas en el consultorio y/o hospital.				
2	Cumplo las indicaciones relacionadas con la dieta.				
3	Si no recuerdo la fecha de mi cita, llamo o me acerco al hospital para recordar la fecha exacta.				
4	Acudo en la fecha establecida a las terapias como; quimioterapia, radioterapia sin necesidad que mi familia y amigos me recuerden la fecha.				
5	Tomo las dosis indicadas.				
6	Adeco las actividades de mi vida diaria según los horarios de mi medicación.				
7	Asisto a las terapias prescritas ya sea quimioterapias, radioterapias.				
8	Tomo los medicamentos en el horario establecido.				
9	Recuerdo la fecha de mi próxima cita de seguimiento en el				

	hospital y/o consultorio.				
10	Realizo los ejercicios físicos indicados.				
11	Cumplo el tratamiento sin supervisión de mi familia o amigos.				
12	No fumo desde que inicié mi tratamiento.				
13	A pesar de que el médico me restringió algunas actividades, continuo realizándolas como si estuviera sano.				
14	No tomo bebidas alcohólicas desde que inicié mi tratamiento.				
15	Me resulta fácil cumplir con el tratamiento.				
16	Mi médico tratante y yo, decidimos de manera conjunta, el tratamiento a seguir.				
17	Cada cita le informo a mi médico tratante los efectos (buenos o malos) que me produjeron los tratamientos administrados.				
18	Considero que es importante realizarme las pruebas y análisis que el médico solicite.				
19	Utilizo recordatorios (agenda, mensajes al celular, marcas en el calendario, etc.) que faciliten la realización del tratamiento.				
20	Mi médico tratante y yo dialogamos sobre los beneficios y aspectos negativos del tratamiento.				
21	Le manifiesto abiertamente al médico mi conformidad o disconformidad con el tratamiento.				
22	Ejecuto voluntariamente todas las pruebas y análisis que el médico me solicita.				
23	Llamo a mi médico tratante cada vez que me siento mal.				

Gracias por completar el cuestionario

FACT-G (4ª Versión)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD		Nada	Un Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1	Me falta energía	0	1	2	3	4
2	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
3	Me siento enfermo(a)	0	1	2	3	4
4	Tengo que pasar tiempo acostado(a)	0	1	2	3	4
AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL		Nada	Un Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1	Recibo apoyo por parte de mis familiares	4	3	2	1	0
2	Mi familia ha aceptado mi enfermedad	4	3	2	1	0
3	Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	4	3	2	1	0
4	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo)	4	3	2	1	0
ESTADO EMOCIONAL		Nada	Un Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1	Me siento triste	0	1	2	3	4
2	Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
3	Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4
CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL		Nada	Un Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar)	4	3	2	1	0
2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)	4	3	2	1	0
3	Puedo disfrutar de la vida	4	3	2	1	0
4	He aceptado mi enfermedad	4	3	2	1	0
5	Duermo bien	4	3	2	1	0
6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre	4	3	2	1	0
7	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual	4	3	2	1	0

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Lugar y Fecha

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
Tratamiento en pacientes con cáncer: Impacto y Adherencia.

El objetivo del estudio es: Conocer la relación entre el impacto y la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer del hospital Victor Lazarte Echegaray 2012.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como a responder cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere pertinente.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

Nombre, firma y matrícula del Investigador responsable

BAREMOS DE LA ESCALA FACTOR G

PERCENTILES	PUNAJES TOTALES DIRECTOS	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA
99	57-72	Alto
90	49	Alto
80	42	Promedio Alto
70	41	Promedio Alto
60	39	Promedio
50	35	Promedio
40	34	Promedio
30	31	Promedio
20	29	Promedio Bajo
10	25	Bajo
1	0-21	Bajo

BAREMO PARA LA DIMENSIÓN ESTADO FÍSICO GENERAL DE LA SALUD DE LA ESCALA FACTOR G

PERCENTILES	PUNAJES DIRECTOS	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA
99	15-16	Alto
90	13-14	Alto
80	11-12	Alto
70	8-10	Promedio
60	7	Promedio
50	5-6	Promedio
40	4	Promedio
30	2-3	Promedio
20	1	Bajo
10	0	Bajo
1	---	---

BAREMO PARA LA DIMENSIÓN AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL DE LA ESCALA FACTOR G

PERCENTILES	PUNAJES DIRECTOS	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA
99	11-12	Alto
90	9	Alto
80	7	Promedio
70	6	Promedio
60	5	Promedio
50	5	Promedio
40	4	Promedio
30	3	Promedio
20	2	Promedio
10	1	Bajo
1	0	Bajo

BAREMO PARA LA DIMENSIÓN ESTADO EMOCIONAL DE LA ESCALA FACTOR G

PERCENTILES	PUNAJES DIRECTOS	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA
99	11-12	Alto
90	10	Alto
80	---	---
70	8-9	Promedio
60	7	Promedio
50	6	Promedio
40	5	Bajo
30	---	---
20	3	Bajo
10	1	Bajo
1	0	Bajo

BAREMO PARA LA DIMENSIÓN CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL DE LA ESCALA FACTOR G

PERCENTILES	PUNAJES DIRECTOS	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA
99	26-28	Alto
90	22-25	Alto
80	20-21	Alto
70	17-19	Promedio
60	16	Promedio
50	14-15	Promedio
40	12-13	Promedio
30	11	Promedio
20	7-10	Bajo
10	3-6	Bajo
1	0-2	Bajo

BAREMOS DE LA EATC

PERCENTILES	PUNAJES TOTALES DIRECTOS	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA
99	88-92	Alto
90	83	Alto
80	80	Alto
70	74-77	Promedio Alto
60	70	Promedio
50	67	Promedio
40	65	Promedio
30	64	Promedio Bajo
20	62	Promedio Bajo
10	59	Bajo
1	23-58	Bajo