



AUTOEFICACIA Y PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

RESUMEN

Mendoza Rodríguez Ricardo A⁽¹⁾
Barreto Guerrero Gabriel⁽²⁾

(1) Licenciado en Psicología. Universidad Yacambú. Diplomado en Psicología de la Salud (UCLA). Sociedad Anticancerosa del Estado Lara. Barquisimeto. Lara. Venezuela.

(2) Licenciado en Psicología. Universidad Yacambú. Magister en Psicología Clínica (URU). Docente En Psicología (UNY)

CONTACTO

psic.ricardomendoza@gmail.com
psicgabobg@gmail.com

Recibido: Febrero 2017

Publicado: Julio 2017

Esta investigación se planteó como objetivo establecer la relación de las variables autoeficacia y percepción de apoyo social con la adherencia terapéutica de pacientes oncológicos en tratamiento de la Sociedad Anticancerosa del Estado Lara, enmarcada en el paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo, descriptivo de correlación, de campo y un diseño transeccional; con una muestra de 40 pacientes, a quienes previo consentimiento informado se les aplicó dos instrumentos: Escala de Autoeficacia General de Bähler y Schwarzer (1993); Cuestionario MOS de Apoyo Social de Sherbourne y Cols (1991) y el Cuestionario para la evaluación de la Adherencia Terapéutica MBG de Martín, Bayarre y Grau (2008). Los resultados fueron: Autoeficacia 33,55 puntos, lo cual indica alta autoeficacia, Percepción de Apoyo Social 84,30 puntos indicando una alta percepción de apoyo social y Adherencia Terapéutica 38,55 puntos lo cual sugiere una adherencia total. Al relacionar Autoeficacia con Adherencia no se obtuvo relación significativa; al hacerlo con Percepción de Apoyo Social y la Adherencia se encontró una relación positiva débil entre dos de sus dimensiones, Apoyo Afectivo y Cumplimiento del Tratamiento $r=416$. Se concluye que no existe una relación significativa entre las variables.

Palabras Claves: Autoeficacia. Percepción de Apoyo Social. Adherencia Terapéutica. Cáncer. Psicología de la Salud.

SELF-EFFICACY AND PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT IN THE THERAPEUTIC ADHERENCE OF ONCOLOGICAL PATIENTS

ABSTRACT

The objective of this research was to establish the relation between the variables self - efficacy and perception of social support with the therapeutic adherence of oncological patients in treatment of the Anticancer Society of the State of Lara, framed in the positivist paradigm, with a quantitative, field and a transectional design; with a sample of 40 patients, who with prior informed consent were given two instruments: Bähler and Schwarzer's (1993) General Self-Efficacy Scale; Social Support MOS Questionnaire by Sherbourne and Cols (1991) and the Questionnaire for the evaluation of MBG Therapeutic Adherence from Martín, Bayarre and Grau (2008). The results were: Self-efficacy 33.55 points, which indicate high self-efficacy, Social Support Perception 84.30 points indicating a high perception of social support and Therapeutic Adherence 38.55 points which suggests a total adherence. When relating Self-efficacy with Adherence no significant relationship was obtained; when doing so with Social Support Perception and Adherence, a weak positive relationship was found between two dimensions, Affective Support and Treatment Compliance $r = 416$. We conclude that there is no significant relationship between variables.

Key words: Self-efficacy. Perception of Social Support. Therapeutic Adherence. Cancer. Health Psychology.



INTRODUCCIÓN

Los seres humanos poseen un instinto innato de supervivencia, el cual genera un impulso dirigido a incrementar, mantener y mejorar la vida, y, por lo tanto, actúa en contra de todo aquello que sea percibido como una amenaza para lograrlo; es por este instinto que el ser humano se ha visto desde siempre en una constante búsqueda por conseguir y mantener el mejor estado de salud posible, ya que esto le va a permitir prolongar su vida y le facilitará adaptarse de manera más satisfactoria a su propia realidad. Por esto a lo largo de la historia se evidencia el trabajo en conjunto realizado para comprender los fenómenos relacionados con la salud.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾ emitió datos estadísticos sobre la esperanza de vida, donde manifestaba un aumento de la misma a nivel mundial, siendo los países de bajo ingreso los que han conseguido un progreso más significativo, logrando en promedio, un aumento de 9 años entre 1990 y 2012, por su parte en los países de altos ingresos el aumento en la esperanza de vida se debe en gran medida al avance en las políticas de salud pública y en el control de las enfermedades no transmisibles, también llamadas enfermedades crónicas. Sin embargo, pese a estos datos esperanzadores, las enfermedades crónicas, como el cáncer, hipertensión, diabetes y la enfermedad renal, continúan ocupando los primeros puestos como agentes causantes en las tasas de mortalidad a nivel mundial⁽²⁾ además mantienen alto número de casos de complicaciones hospitalarias y deterioro de la calidad de vida, siendo un gran desafío para la salud mental y emocional de quienes poseen estas condiciones, ya que la diversa gama de complicaciones asociadas al padecimiento de una enfermedad crónica pueden generar sentimientos desagradables en la persona, tristeza y miedo, que pueden desembocar en trastornos depresivos y ansiosos.

En relación a lo anterior, estos problemas se originan principalmente debido al cumplimiento inadecuado o incumplimiento total de las recomendaciones que reciben los pacientes por parte del personal sanitario, lo cual explica porque pese al avance en los tratamientos y avances tecnológicos, continúen las grandes tasas de morbilidad y mortalidad, este incumplimiento se explica debido a la complejidad de los tratamientos, tanto en términos de duración, llegando a ser algunos de por vida, como en altos costos y por tener múltiples componentes que

abarcen más allá de la toma de un medicamento o colocación de una inyección, ya que se exige muchas veces cambios drásticos en el estilo de vida, que pueden resultar estresantes para la persona, como por ejemplo, dejar de hacer ciertas actividades placenteras, adaptarse a una dieta y realización de ejercicios específicos.

En este sentido, entendiendo que el interés científico, así como la evolución conceptual están mediados por el momento histórico en el que se desarrollan, no es de extrañar que, ante este panorama, se haya generado en la comunidad científica un aumento en el interés por estudiar conceptos de tanto impacto en la salud y el bienestar, como es el caso de la adherencia terapéutica, y a su vez, se manifiesten también nuevas propuestas teóricas para el desarrollo del concepto. El interés por un estudio más amplio e integral de los fenómenos y procesos relacionados con la salud, produjo como resultado el surgimiento de la Psicología de la Salud, entendida como la rama aplicada de la psicología, que utiliza el conjunto de contribuciones de esta ciencia y las aplica en diversos ámbitos de la salud.

Uno de los principales fenómenos estudiados por la psicología de la salud es el de adherencia terapéutica, definida por la Organización Mundial de la Salud OMS ⁽³⁾ en un informe acerca de promover la adherencia terapéutica a largo plazo, como "el grado en que el comportamiento de una persona - tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria." (p.17). Además, refiere a la adherencia terapéutica como un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores relacionados con: el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, la enfermedad, los aspectos socioeconómicos, el tratamiento y el paciente. Estos factores relacionados a la adherencia se refieren a un conjunto de fenómenos o características que han sido estudiadas y asociados a que se produzca la adherencia terapéutica, entre ellos, dentro de los factores socioeconómicos se encuentra el apoyo social, mientras que en los factores relacionados con el paciente resalta la autoeficacia.

La autoeficacia es un constructo proveniente de la teoría social cognitiva de Albert Bandura, de acuerdo a la cual, la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento⁽⁴⁾ lo define como "los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles

determinados de rendimiento" (p. 7) este constructo se entiende entonces, como la creencia personal de que se posee la habilidad necesaria para realizar una determinada acción "yo puedo hacer esto" junto la creencia de que esa acción producirá un resultado determinado "yo espero obtener este resultado", se enfoca en las creencias del sujeto de poder producir determinada acción.

Esta variable autoeficacia se posiciona como una variable de gran influencia en el comportamiento de las personas, incluidas las conductas en pro de la salud como la toma de un medicamento, por ejemplo, ya que, mientras mayor expectativa de resultados, mayor probabilidad de que se produzca la conducta,⁽⁵⁾ tomando en consideración lo anterior, se comprende que mientras menor autoeficacia posea el paciente, probablemente haya una menor probabilidad de que cumpla con el tratamiento establecido, por lo que acarrearía los problemas ligados a la falta de adherencia anteriormente mencionados, complicando su enfermedad, degenerando su salud física, mental y su capacidad de funcionamiento social.

Como se mencionó anteriormente, dentro de los factores socioeconómicos que poseen correlación con la adherencia terapéutica, se encuentra un componente social implicado, la percepción de apoyo social, variable que está tomando un papel importante en la psicología en los últimos años, especialmente en la Psicología de la Salud, debido a que se está comenzando a vislumbrar el impacto que posee sobre los fenómenos del binomio Salud-Enfermedad. Es definida como la percepción hipotética que tiene una persona sobre sus recursos sociales disponibles para ser asesorada y ayudada en caso de necesitarlo ⁽⁶⁾ Esta variable, además, ha sido asociada a una peor evolución en las enfermedades crónicas, entre ellas, el cáncer.

En Venezuela existen diversas instituciones especializadas en pacientes oncológicos, entre ellas se encuentra la Sociedad Anticancerosa del Estado Lara, uno de los desafíos que presenta la Institución es el diseño de estrategias que fomenten las conductas de adherencia terapéutica en los pacientes ya que se pudo conocer a través del personal y de los mismos pacientes de la institución así como de sus familiares, que un gran número de los pacientes no cumplen con las instrucciones del personal sanitario, en especial con aquellas que no están relacionadas con la toma de medicamentos o con la asistencia a los procesos de quimioterapia y radioterapia, sino más bien con las recomendaciones que implican un cambio conductual, como por ejemplo, los

cambios de dieta, el ejercicio físico, las actividades recreativas, entre otras, lo cual según manifiestan los pacientes, produce que se sientan desanimados, sin energía, desganados y con un estado de ánimo desagradable, algunos indicaban que la desmotivación al proceso de tratamiento era producida muchas veces por la sensación de soledad al no poseer la compañía de algún familiar o amigo, lo cual ocasionaba que el proceso fuera percibido como más doloroso, también algunos pacientes manifestaban que preferían no confiarle su enfermedad a nadie cercano, ya que consideraban que hacerlo era un símbolo de debilidad y por lo tanto sería objeto de ataques. En este sentido, algunos familiares manifestaron que el proceso de tratamiento se complica mucho cuando el paciente no cumple con las pautas que se le indican, bien sea por desmotivación, falta de confianza en sí mismo o en el tratamiento, lo cual implica un proceso desgastante para ellos como acompañantes, ya que además esto aparece junto a estados de ánimo bajos, desesperanza y conductas desafiantes. Tomando en consideración lo anterior, esta investigación se planteó como objetivo general, analizar la relación entre la autoeficacia y la percepción de apoyo social en la adherencia terapéutica de pacientes oncológicos con tratamiento de radioterapia de la Sociedad Anticancerosa del estado Lara. Y como objetivos específicos, determinar la autoeficacia, la percepción de apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos, relacionar la autoeficacia y la adherencia terapéutica de dichos pacientes y relacionar la percepción de apoyo social y la adherencia terapéutica en los pacientes oncológicos con tratamiento de la Sociedad Anticancerosa del estado Lara.

METODOLOGIA

La presente investigación se encuentra enmarcada dentro del paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo, el cuales aquella postura que considera que la realidad es observable, medible y cuantificable, y a través de esto se puede descubrir cómo funciona la naturaleza y predecir fenómenos naturales. ⁽⁷⁾ Tiene un diseño no experimental puesto que se realiza sin manipular deliberadamente variables. ⁽⁸⁾ El diseño de investigación se encuentra dentro de los diseños transeccionales o transversales ya que los datos se recolectan en un momento único con la finalidad de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. De nivel descriptivo – correlacional, y el tipo de

investigación es de campo. La investigación tomo como población a 60 pacientes oncológicos en tratamiento de radioterapia que asistieron durante los meses de septiembre a noviembre a la Sociedad Anticancerosa del Estado Lara. La muestra estuvo conformada por 40 de estos pacientes, los individuos seleccionados para la aplicación de los instrumentos fueron tomados en cuenta bajo los siguientes criterios: a) pacientes oncológicos en tratamiento de radioterapia, b) usuarios de la Sociedad Anticancerosa del Estado Lara, y c) consentimiento informado. Siendo esta una muestra no probabilística.

Para evaluar la autoeficacia fue utilizada la Escala de Autoeficacia General creada por Baessler y Schwarzer en 1996 la cual, toma como pilar teórico el concepto de autoeficacia propuesto de Albert Bandura en su teoría Social Cognitiva donde la define como la creencia subjetiva de tener la capacidad de realizar la ejecución conductual necesaria de forma exitosa o adecuada para obtener determinados resultados. Está constituida por 10 reactivos, con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento: Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida. Con el objetivo de validar la Escala de Autoeficacia General en la población chilena, se realizó un estudio con una muestra de 360 personas de ambos sexos, con edades comprendidas entre 15 y 65 años de la Comuna de Concepción en Chile. La confiabilidad fue determinada a través de la consistencia interna utilizando el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach con un resultado de (0,84) demostrando así una adecuada consistencia interna, por su parte, la validez se estudió a través de la validez de constructo y de criterio con un promedio de 3,41, con puntajes oscilando entre 3,14 y 3,75 los resultados. Estos hallazgos muestran que el instrumento posee adecuadas características psicométricas para la población que fue estudiada.⁽⁹⁾

Con la finalidad de medir el apoyo social percibido, se usó el Cuestionario MOS de apoyo social⁽¹⁰⁾ este cuestionario busca centrarse en el llamado "apoyo funcional" que es la percepción que tiene el individuo de su red de apoyo y no tanto en el "apoyo estructural" que es el tamaño de su red social, el apoyo funcional es multidimensional comprendiendo dimensiones emocionales, instrumentales, informativos,

valorativos y de compañerismo. Para realizar la corrección de este cuestionario, se aconseja en el análisis factorial unificar los ítems de apoyo emocional e informativo, como resultado quedarían 4 subescalas, de las cuales se obtienen puntuaciones independientes que finalmente pueden unificarse. Para las puntuaciones independientes se toma en cuenta para apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y afectivo (ítems 6, 10 y 20). Los rangos de puntuaciones por subescala son: 8-40 para apoyo emocional, 4-20 para apoyo instrumental y para interacción social positiva, 3-15 para apoyo afectivo y finalmente para la puntuación total sería de 19-95. A mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. Para el baremo de corrección se han empleado los siguientes puntos de corte: 24 para apoyo emocional, 12 para instrumental e interacción social positiva, 9 para apoyo afectivo y 57 para la puntuación total. Con el objetivo de validar el Cuestionario MOS de Apoyo Social en la población Argentina, Rodríguez y Enrique⁽¹¹⁾ realizaron un estudio con una muestra de 375 participantes de ambos sexos, para estudiar la confiabilidad y validez del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio, la extracción de los factores se realizó por el método de componentes principales, con rotación Varimax, el primer factor explica un 45.48% de la varianza, el segundo un 7.44% y el tercero un 6.94% es decir, que entre los tres factores son capaces de explicar el 5.86% de la varianza global. Para la medición de la consistencia interna se utilizó el coeficiente del alfa de Cronbach, la escala tuvo un índice de confiabilidad de .919 para la totalidad de la misma y en cada uno de los factores se obtuvieron valores cercanos al 1, lo que corrobora la consistencia de la prueba.

Finalmente, para evaluar los niveles de adherencia terapéutica se utilizó el Cuestionario para la evaluación de la Adherencia Terapéutica MBG, el cual recoge datos personales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético). Contiene 12 ítems distribuidos por igual en 3 dimensiones: (a) Cumplimiento del tratamiento; la cual evalúa la ejecución del tratamiento médico (Ítems 1, 2, 3 y 4); (b) Implicación personal; la búsqueda y aplicación de estrategias por parte del paciente para facilitar el cumplimiento de las indicaciones médicas (Ítems 5, 6, 8, 9 y 10) y (c) Relación

transaccional; donde se evalúa la relación entre el paciente y su médico dirigida a organizar el tratamiento y su cumplimiento (Ítems 7, 11 y 12). Las respuestas se realizan en una escala tipo Likert con cinco opciones que son Siempre (4); Casi siempre (3); A veces (2); Casi nunca (1); y Nunca (0), siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar donde mientras más alta sea la puntuación mayor adherencia terapéutica, su interpretación se realiza de la siguiente manera, de 38-48 adheridos totales, de 18-37 adheridos parciales y de 0-36 no adheridos.

El cuestionario MBG fue sometido a un proceso de validación por parte de sus autores Martín, Bayarre y Grau⁽¹²⁾, los investigadores obtuvieron un índice de consistencia interna Alfa de Cronbach de ,889. Por su parte, la validez de construcción del cuestionario MBG fue evaluada a través de un análisis factorial por componentes principales utilizando el método de rotación Varimax, los resultados fueron los siguientes: Para la valoración de los ítems según las propiedades básicas de un instrumento formuladas por Moriyama, los autores consideraron que un ítem es Bueno cuando al menos el 70% de los expertos lo evaluó en la categoría Mucho. A continuación, se presentan los resultados obtenidos para cada categoría: Razonable: todos los ítems alcanzaron altas puntuaciones. Discrimina variaciones: los ítems 2, 5, 11 y 12 obtuvieron menos de 70%. Justificable: todos los ítems alcanzaron puntuaciones mayores o iguales a 70%. Claramente definido: todos los ítems alcanzaron altas puntuaciones. Datos factibles de obtener: sólo el ítem 11 obtuvo menos de 70%. Por otro lado, los resultados de la validez de construcción lógica del cuestionario MBG sugieren la presencia de tres factores denominados: Cumplimiento activo, Autonomía ante el tratamiento y Complejidad de la adhesión, que explican el 68,72 % de la varianza acumulada en el MBG y se establecen utilizando el criterio de valor total mayor o igual a 1. El primer factor, Cumplimiento activo, agrupa 5 ítems y explica el 46,45 % de la varianza. El factor 2, Autonomía del cumplimiento contiene 4 ítems que explican el 13,28 % de la varianza. Finalmente, el factor 3 denominado: Complejidad de la adhesión agrupa 3 ítems, este factor sólo explica el 8,99 % de la varianza.

RESULTADOS

Los resultados se analizan según los hallazgos, tal es el caso de anexo 1: En el Cuadro 1, se presentan los resultados arrojados por la población

en estudio referidos a la Autoeficacia General, las puntuaciones de los pacientes oncológicos de la Sociedad Anticancerosa del Estado Lara se orientaron hacia los puntajes máximos en función a la media de cada dimensión de la variable. Los datos se encuentran distribuidos de manera homogénea en función de la media en todas ellas, lo cual sugiere que la mayor parte de los pacientes se orientan a una percepción alta de sus capacidades de eficacia ante diversas tareas. Perciben un alto grado de capacidad y confianza para afrontar dificultades y generalizan sus experiencias de éxito o fracaso a otras áreas de su vida.

La Percepción de Apoyo Social se analiza según el anexo 2 en el Cuadro 2, se muestran los resultados obtenidos por los pacientes oncológicos en cuanto a la Percepción de Apoyo Social, la media de cada dimensión de la variable es alta y los datos se encuentran distribuidos de manera homogénea en función de la media en todas ellas, lo cual indica que la mayor parte de los pacientes se orientan a percibir un alto nivel de apoyo social en diferentes áreas: emocional, al percibir la posibilidad de expresar sus emociones, y sentirse comprendidos, instrumental, es decir, la provisión de ayuda material o tangible, interacción social positiva que hace referencia a la disponibilidad percibida por la persona de contar con miembros en su red social que posean la posibilidad de reunirse, divertirse o pasarlo bien, de tener espacios de esparcimiento agradables y apoyo afectivo entendido como las expresiones de amor y la percepción de disponer alguien a quien amar y sentirse amado.

En relaciona adherencia terapéutica en anexo 3, en el Cuadro 3, se pueden observar las puntuaciones obtenidas por los pacientes oncológicos, quienes arrojaron una media inclinada hacia las puntuaciones máximas para cada dimensión de la variable, así mismo, la desviación estándar muestra que los datos se distribuyen de manera homogénea en función de la media, estas puntuaciones indican que los pacientes son adheridos totales, categoría usada para indicar que existe un alto grado de concordancia entre las recomendaciones recibidas por parte del médico o personal sanitario y las conductas del paciente en relación a la toma del medicamento en la dosis y horario indicado, seguimiento de las recomendaciones dietéticas y de ejercicios físicos, implicación personal manifestada por la búsqueda de medios y estrategias que le permitan cumplir con el tratamiento de manera más fácil y poseer una adecuada relación con el médico en función de

decidir en conjunto cuál será y como se llevará a cabo el régimen terapéutico.

Para analizar la relación de las variables en el Anexo 4 y 5, como es el cuadro 4, se observan las puntuaciones obtenidas de la correlación entre la variable autoeficacia y la adherencia terapéutica. Como puede apreciarse, no se presentó correlación entre las variables y en el cuadro 5, se observan las puntuaciones obtenidas de la correlación entre la variable percepción de apoyo social y la adherencia terapéutica. La misma establece que existe una relación positiva de $r=.416$ entre la dimensión Apoyo Afectivo y Adherencia al tratamiento. Indicando una relación débil de significancia 0.01 con una cola, es decir, es una correlación significativa al 99% de confianza entre dichas dimensiones. Mientras mayor sea el apoyo afectivo percibido mayor serán los comportamientos asociados a cumplir con el tratamiento. Esta relación entre las dimensiones no es suficiente para afirmar que existe una relación entre las variables.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados obtenidos al determinar la Autoeficacia, la Percepción de Apoyo Social y la adherencia terapéutica, se encontró que los pacientes oncológicos que asistieron durante los meses de septiembre a noviembre a la Sociedad Anticancerosa del Estado Lara, arrojaron puntuaciones altas para las tres variables, siendo para la Autoeficacia General un total de 33,55 puntos, evidenciando que los pacientes se orientan a percibir altas capacidades propias para resolver diversas tareas; para la Percepción de Apoyo Social 84,30 puntos, lo cual indica alta percepción de apoyo en diversas áreas y para la Adherencia Terapéutica 38,55 puntos, lo cual sugiere que la mayoría de los pacientes oncológicos se inclinan a una alta adherencia terapéutica, por lo que se pueden clasificar como adheridos totales, ya que se consideran adheridos totales a las puntuaciones que oscilan entre 38 a 48 puntos, siendo esta categoría usada para indicar que los pacientes cumplen con las indicaciones de su tratamiento médico, dietético y régimen de ejercicios, apoderándose y responsabilizándose personalmente con el mismo.

A pesar de obtener puntuaciones altas en las tres variables, al momento de correlacionar la Autoeficacia con la Adherencia Terapéutica, no se encontró correlación entre ellas, lo cual contrasta con diversas investigaciones (Guerra y Lugli,⁽¹³⁾ Marín y Mubayed⁽¹⁴⁾; Canales y Barra,⁽¹⁵⁾ las cuales han encontrado una correlación positiva

entre las variables en enfermedades crónicas, cuyos autores consideran la autoeficacia como un predictor positivo de conductas pro salud, entre ellas, la adherencia terapéutica.

Por otro lado, al relacionar la Percepción de Apoyo Social con la Adherencia Terapéutica se obtuvo una relación positiva de $r=.416$ entre la dimensión Apoyo Afectivo y Adherencia al tratamiento. Indicando una relación débil de significancia 0.01 con una cola, es decir, es una correlación significativa al 99% de confianza entre dichas dimensiones, sin embargo, esta relación no es suficiente para afirmar que existe una relación entre las variables, lo cual, nuevamente contrasta con otras investigaciones⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ las cuales relacionan positivamente las variables, donde a mayor Percepción de Apoyo Social, mayor Adherencia Terapéutica.

Uno de los factores que pudieran explicar estos resultados, es que la mayor parte de la muestra encuestada, eran pacientes nuevos, es decir con poco tiempo de haber recibido el diagnóstico y haber comenzado su tratamiento, el problema de la no adherencia terapéutica en enfermedades crónicas, se produce en gran medida por la larga duración característica de estos tratamientos, es decir, que mientras más se prolongue el tratamiento menor probabilidad de que se presente una adherencia total al mismo, entonces al tener poco tiempo de haber iniciado el tratamiento, los pacientes oncológicos de esta investigación probablemente no hayan experimentado aún la dificultad que supone mantener una adecuada adherencia a largo plazo.

Este razonamiento concuerda con lo planteado por Cuéllar⁽¹⁸⁾ quienes afirman que, en general, el cumplimiento terapéutico disminuye cuando: el tratamiento se prolonga en el tiempo, lo cual podría explicar también porque pese a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud donde afirma que "la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores" (p.XII). Lo cual hace evidente que existe una alta tasa de no adherencia en pacientes con enfermedades crónicas, pese a esto, los sujetos de estudio mostraron en su mayoría una alta adherencia, por lo que, la duración del tratamiento como una característica del régimen terapéutico pudiera ser el factor que permita comprender los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

A través del estudio realizado sobre la relación entre las variables autoeficacia y percepción de apoyo social con la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos de la Sociedad Anticancerosa del Estado Lara. Barquisimeto estado Lara, se logró la elaboración de conclusiones sobre lo planteado en los objetivos específicos, las cuales se presentan a continuación:

En relación al primer objetivo planteado en la presente investigación, el cual está orientado a determinar la autoeficacia, la percepción de apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos, se obtuvo que dichos pacientes obtuvieron una tendencia alta en las tres variables, con respecto a la autoeficacia se orientan a percibirla elevada, con una media general de 33,55 puntos obteniendo puntuaciones altas en todas sus dimensiones: magnitud con una media de 14,70 puntos, fuerza con 10,55 puntos y generabilidad con 11,30 puntos, por lo tanto, se puede afirmar que los pacientes poseen la creencia de ser capaces de ejecutar diversas conductas dirigidas a determinada actividad y que estas generen el resultado deseado, así como una alta capacidad para generalizar estas creencias a otros ámbitos como el cumplimiento del tratamiento.

En cuanto a la percepción de apoyo social, los pacientes oncológicos obtuvieron para la dimensión apoyo funcional obtuvieron un total de 84,30 puntos, asimismo en las diferentes sub dimensiones de apoyo funcional se orientaron a puntuaciones altas, con una media de 35,03 puntos para apoyo emocional, 17,58 puntos para apoyo instrumental, mientras que para la sub dimensión interacción social positiva arrojaron una media de 17,58 puntos, y finalmente para apoyo afectivo la media fue de 14,13 puntos. Esto indica que los pacientes de esta investigación perciben un satisfactorio apoyo de parte de sus familiares y amigos, en diversos ámbitos como hablar de sus emociones, expresarles sus preocupaciones y distraerse de las mismas, así como contar con ellos para que los acompañen durante el proceso del tratamiento.

En relación a la adherencia terapéutica, se evidencio que los pacientes oncológicos presentaron una inclinación por puntuaciones elevadas, lo cual permite categorizarlos como adheridos totales, ya que esta es la categoría usada según señala el test a las puntuaciones que van desde 38 a 48 puntos y la media de la adherencia total de estos pacientes fue de 38,55 puntos, lo cual sugiere una adherencia optima en relación a

las indicaciones recibidas por el personal sanitario. En este sentido, para cada una de sus tres dimensiones los sujetos de estudio obtuvieron puntuaciones altas, con una media de 14,80 puntos para la dimensión cumplimiento del tratamiento, lo cual indica que toman la medicación a la hora y en la dosis indicada, 14,83 puntos para implicación personal, esto indica que los pacientes se apoderan de su proceso de tratamiento y desarrollan estrategias propias dirigidas a facilitar el cumplimiento del mismo y relación transaccional con una media de 8,92 puntos que habla de una adecuada relación personal sanitario – paciente en función de buscar en conjunto como beneficiar la adherencia terapéutica.

Continuando el orden de ideas, para dar respuesta al segundo objetivo de la investigación, dirigido a relacionar la autoeficacia con la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos, se concluye que no existe relación entre las variables, es decir que la creencia de poseer la capacidad de efectuar de manera exitosa una conducta para obtener determinados resultados no posee relación con la adherencia terapéutica en los pacientes que participaron en este estudio.

Asimismo, se da respuesta al tercer objetivo el cual es relacionar la percepción de apoyo social con la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos, se concluye que existe una relación débil entre dos de sus dimensiones, específicamente una relación positiva entre el Apoyo Afectivo y el Cumplimiento del Tratamiento $r=.416$; sin embargo, no se observó una relación significativa entre las variables implicadas.

REFERENCIAS

1. Who.int [Internet] Ginebra: Comunicado de prensa. Organización Mundial de la Salud. [Actualizado 15 May 2014, citado 12 Abr 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>.
2. Gonda, S. Adhesión terapéutica y psicología de la salud infantil. Tópicos en psicología de la salud. Ira ed. Caracas: Publicaciones UCAB; 2011. p. 225-270.
3. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo 2014. Ginebra. 2003.
4. Olaz, F. La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia Contribuciones a la Explicación del Comportamiento Vocacional. Trabajo de grado. Argentina: Facultad Psicología U.N.C; 2001.

5. Miller CK., Gutschall M. y Lawrence F. Instrumentos para Evaluar las Expectativas de Resultados y Autoeficacia respecto del Consumo de Carbohidratos, la Autoevaluación de la Glucosa y el Tratamiento de la Diabetes. PHN [Internet] 2016 [Citado 7 May 2016] 10(6):628-634. Disponible en: <http://www.bago.com.ar/vademecum/bibliografia/instrumentos-para-evaluar-las-expectativas-de-resultados-y-autoeficacia-respecto-del-consumo-de-carbohidratos-la-autoevaluacion-de-la-glucosa-y-el-tratamiento-de-la-diabetes/>
6. Vega O. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichan*. 2011; Vol. 11 (3): 274-286.
7. Terán G. Paradigmas de investigación: concepciones básicas. Artículo de revisión. *UTEQ* 2006: 34-102.
8. Hernández R., Fernández C. y Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 5ta ed. México: Editores S.A. de C.V.; 2010.
9. Cid P., Orellana A. y Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. méd.* 2010; volumen (138): p.5.
10. Sherbourne, C. D., Stewart, & A. L. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*. 1991; 32(6): 705-714.
11. Rodríguez S. y Enrique H. Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. CONICET – CIIPME; 2009. Argentina.
12. Martín A., Bayarre H, y Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Artículo científico. *Revista cubana de Salud Pública*. 2008; vol. 34 (1).
13. Guerra D. y Lugli Z. Variables psicosociales en la adherencia a programas de rehabilitación cardíaca. *Psicología conductual*. 2010; vol. 18 (1) p. 167-181.
14. Marín M. y Mubayed J. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus: Un modelo de ruta. UCLA. 2012.
15. Canales S. y Barra E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Ter Psicol*. 2014; Vol. 29 (1); p. 5-11.
16. Borja J. Apoyo social y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo. *Rev méd Chile*. 2013.
17. González M. y Lugli Z. Apoyo social y adhesión terapéutica en balón intragástrico bioenteric. *Gen*. 2015; vol. 69 (4).
18. Cuéllar S. Predictores de la no adherencia al tratamiento farmacológico en el primer episodio psicótico en pacientes del hospital nacional psiquiátrico. Usal. 2010.

Anexo 1**Cuadro 1 Estadísticos descriptivos Autoeficacia General**

	Siglas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Magnitud	MAG	7	16	14,70	1,897
Fuerza	FZA	6	12	10,55	1,753
Generabilidad	GEN	6	12	11,30	1,324
Autoeficacia General	AG	19	40	36,55	4,169

Anexo 2**Cuadro 2 Estadísticos descriptivos Percepción de Apoyo Social**

	Siglas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Apoyo Funcional	AF	35	95	84,30	17,593
Apoyo Emocional	AE	10	40	35,03	8,836
Apoyo Instrumental	AI	9	20	17,58	3,507
Interacción Social Positiva	ISP	4	20	17,58	4,722
Apoyo Afectivo	AA	7	15	14,13	2,065

Anexo 3**Cuadro 3 Estadísticos descriptivos Adherencia Terapéutica**

	Siglas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cumplimiento del Tratamiento	FSP	8	16	14,80	2,090
Implicación Personal	AFN	6	20	14,83	4,284
Relación Transaccional	REP	0	12	8,92	3,668
Adherencia Terapéutica Total	EEA	22	48	38,55	7,261

Anexo 4**Cuadro 4 Correlaciones entre Autoeficacia y Adherencia Terapéutica**

		Correlación de Pearson			
		Magnitud	Fuerza	Generabilidad	Autoeficacia General
Cumplimiento del Tratamiento	Correlación de Pearson	,010	,178	,022	,087
	Sig. (bilateral)	,949	,273	,892	,596
	N	40	40	40	40
Implicación Personal	Correlación de Pearson	,268	,068	,095	,181
	Sig. (bilateral)	,095	,678	,558	,265
	N	40	40	40	40
Relación Transaccional	Correlación de Pearson	,111	,070	-,074	,056
	Sig. (bilateral)	,496	,666	,648	,730
	N	40	40	40	40
Adherencia Terapéutica Total	Correlación de Pearson	,217	,127	,025	,160
	Sig. (bilateral)	,179	,436	,878	,324
	N	40	40	40	40

Anexo 5

Cuadro 5 Correlaciones entre Percepción de Apoyo Social y Adherencia Terapéutica

		Correlación de Pearson			
		Cumplimiento del Tratamiento	Implicación Personal	Relación Transaccional	Adherencia Terapéutica Total
Apoyo Funcional	Correlación de Pearson	,063	-,108	-,005	-,048
	Sig. (bilateral)	,699	,507	,977	,768
	N	40	40	40	40
Apoyo Emocional	Correlación de Pearson	-,050	-,110	-,039	-,099
	Sig. (bilateral)	,761	,501	,813	,545
	N	40	40	40	40
Apoyo Instrumental	Correlación de Pearson	,023	-,164	,061	-,059
	Sig. (bilateral)	,888	,313	,707	,717
	N	40	40	40	40
Interacción Social Positiva	Correlación de Pearson	,129	-,038	,003	,016
	Sig. (bilateral)	,428	,816	,988	,922
	N	40	40	40	40
Apoyo Afectivo	Correlación de Pearson	,416**	-,087	,015	,076
	Sig. (bilateral)	,008	,592	,928	,643
	N	40	40	40	40
Apoyo Estructural	Correlación de Pearson	,226	,016	,027	,088
	Sig. (bilateral)	,160	,921	,867	,587
	N	40	40	40	40