



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Adherencia terapéutica farmacológica y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor

AUTOR

Gloria Melissa PACHECO FEIJOÓ

ASESOR

Dr. Luis Enrique PODESTÁ GAVILANO

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Pacheco G. Adherencia terapéutica farmacológica y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Unidad de Posgrado; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Gloria Melissa Pacheco Feijoó
Tipo de documento de identidad	44452719
Número de documento de identidad	44452719
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9530-962X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Luis Enrique Podestá Gavilano
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08250651
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-0122-8835
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08732866
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Alicia Jesús Fernandez Gusti
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09137019
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Katia Ninoska EcheGARAY Castro
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40838156
Datos de investigación	

Línea de investigación	Enfermedades Crónicas no transmisibles
Grupo de investigación	Ética en la formación y ejercicio profesional
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	Hospital Edgardo Rebagliati Martins
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Marzo a junio 2021
URL de disciplinas OCDE	http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.09 http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.21



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado

Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGÍSTER

En la ciudad de Lima, a los 24 días del mes de mayo del año dos mil veintitrés siendo las 12:00 hrs, bajo la presidencia del Dr. Manuel Hernan Izaguirre Sotomayor con la asistencia de las Profesoras: Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti (Miembro), Mg. Katia Ninoska Echegaray Castro (Miembro) y el Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano (Asesor); la postulante al Grado de Magíster en Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor, Bachiller en Medicina, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis titulada: **“ADHERENCIA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2021”** con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO (18)**. A continuación, el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL DOLOR**, a la postulante **GLORIA MELISSA PACHECO FEIJOÓ**.

Se extiende la presente Acta en dos originales y siendo las 13:10 hrs, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti
Profesor Principal
Miembro

Mg. Katia Ninoska Echegaray Castro
Profesor Auxiliar
Miembro

Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano
Profesor Principal
Asesor

Dr. Manuel Hernan Izaguirre Sotomayor
Profesor Principal
Presidente



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado



INFORME DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD N° 028

El Vicedecano de Investigación y Posgrado y Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, deja constancia que:

La tesis (X) Proyecto de investigación () o trabajo de investigación ()

Titulada/o: **“Adherencia terapéutica farmacológica y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de dolor y cuidados paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021”**

Presentada/o por **GLORIA MELISSA PACHECO FEIJOÓ**

Para optar el

Grado de Doctor () en

Grado de Magister (X) en **CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL DOLOR**

Título de Segunda Especialidad () en

Diplomado () en

Ha sido sometida/o a evaluación de originalidad, con el programa informático de similitudes Software TURNITIN con **Identificador de la entrega N° 2093754855**

En la configuración del detector se excluyeron:

- Textos entrecomillados
- Bibliografía
- Cadenas menores de 40 palabras
- Anexos

El resultado final de similitudes fue del 10%

Por lo tanto, el documento arriba señalado * **CUMPLE** con los criterios de originalidad requeridos.

*cumple o no cumple

Operador del software: **DR. JORGE WALTER CALDERON MORALES**

Lima, 15 de mayo de 2023.



Firmado digitalmente por IZAGUIRRE
SOTOMAYOR Manuel Hernan FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14.06.2023 10:43:19 -05:00

.....
Dr. MANUEL HERNAN IZAGUIRRE SOTOMAYOR

Director de la Unidad de Posgrado

DEDICATORIA

Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles esta tesis a mis padres Samuel y Gloria porque han fomentado en mí el deseo de superación y han sido los pilares fundamentales para seguir avanzando.

A mis hijos Camilo y Rodrigo que son la motivación de mi vida, por su paciencia y comprensión con este proyecto, por el tiempo que me han concedido para poder culminar esta meta con éxito.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos a lo largo de mi vida.

A mis colegas de la unidad de dolor y cuidados paliativos de mi hospital quienes trabajan incansablemente para tratar de aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
LISTA DE FIGURAS	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	11
1.1 Situación problemática	11
1.2 Formulación del problema.....	13
1.3 Justificación teórica	13
1.4 Justificación práctica	14
1.5 Objetivos	15
1.5.1 Objetivo general.....	15
1.5.2 Objetivos específicos	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes del problema.....	16
2.2 Bases teóricas	22
2.3 Hipótesis de la investigación	28
2.4 Marco conceptual	29
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	32
3.1. Área o sede de estudio.....	32
3.2. Población y Muestra.....	32
3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión	33
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	33
3.5. Validez y confiabilidad del Instrumento	35
3.6. Proceso de recolección, procesamiento y análisis de datos.....	36
3.7. Aspectos éticos, consentimiento informado	37
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	38
4.1 Presentación de resultados.....	38
4.2 Prueba de contrastación de hipótesis	41
4.3 Discusión de resultados.	48
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	52
Conclusiones	52
Recomendaciones.....	53
Limitaciones.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

ANEXOS	60
A. Matriz de consistencia de proyecto	60
B. Consentimiento informado	61
C. Instrumentos que se aplicaron para la recolectar información	63
D. Confiabilidad	67

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Niveles de la Calidad de vida	34
Cuadro 2. Niveles de adherencia terapéutica	35
Cuadro 3. Niveles del coeficiente de correlación de Spearman.....	37
Cuadro 4. Características clínico - epidemiológicas	38
Cuadro 5. Dimensiones de la variable adherencia terapéutica farmacológica.....	40
Cuadro 6. Dimensiones de la variable calidad de vida	41
Cuadro 7. Adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida	42
Cuadro 8. Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos y la calidad de vida	43
Cuadro 9. Seguimiento médico conductual y la calidad de vida	44
Cuadro 10. Autoeficacia y la calidad de vida	45
Cuadro 11. La edad, tiempo de enfermedad y la adherencia terapéutica farmacológica influyen en la calidad de vida.....	47
Cuadro 12. Resumen ANOVA: edad, tiempo de enfermedad y la adherencia terapéutica farmacológica con la calidad vida	47
Cuadro13. Evaluación de la regresión múltiple: edad, tiempo de enfermedad y la adherencia terapéutica farmacológica con la calidad vida.....	48
Cuadro 14. Otros diagnósticos oncológicos.....	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representación gráfica de la adherencia y la persistencia.....	24
Figura 2. Sexo de pacientes oncológicos	39
Figura 3. Adherencia terapéutica farmacológica	39
Figura 4. Calidad de vida en pacientes oncológicos	40
Figura 5. Adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida	42
Figura 6. Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos y la calidad de vida	43
Figura 7. Seguimiento médico conductual y la calidad de vida.....	44
Figura 8. Autoeficacia y la calidad de vida.....	46

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.

Metodología: Investigación de tipo correlacional, prospectivo, transversal, observacional y cuantitativo. El tamaño de muestra la conformaron 184 pacientes con enfermedad oncológica en estadio I, II y III atendidos en el servicio del hospital en estudio. Se usó el cuestionario SF-36 para valorar la calidad de vida y la escala de Adherencia terapéutica de Soria et al y para responder a los objetivos se aplicó la prueba de correlación Rho de Spearman.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue 61 ± 13.5 años, siendo el 66.1% mujeres, asimismo, el 35.3% tenían estudios universitarios. El 18.5% fueron diagnosticados de cáncer de mama, el 12% de próstata y 9.2% de cérvix. El 34.8% eran amas de casa, siendo el tiempo promedio de la enfermedad de 3.8 años. Se observó que el 49.5% tuvieron una buena adherencia terapéutica farmacológica, mientras que el 42.9% tuvo una calidad de vida menor a 19 puntos considerada muy baja. Se evidenció que la adherencia terapéutica farmacológica ($p < 0.001$; $Rho = 0.679$) y sus dimensiones: control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos ($p < 0.001$; $Rho = 0.651$), seguimiento médico conductual ($p < 0.001$; $Rho = 0.643$) y autoeficacia ($p < 0.001$; $Rho = 0.691$) se relacionaron significativamente con la calidad de vida.

Conclusión: La adherencia terapéutica se relaciona significativamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.

Palabras Clave: Adherencia terapéutica farmacológica, calidad de vida, pacientes oncológicos.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between pharmacological therapeutic adherence and quality of life in patients with oncological disease treated in the Pain and Palliative Care Unit of the Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.

Methodology: Correlational, prospective, cross-sectional, observational and quantitative research. The sample size was made up of 184 patients with stage I, II and III oncological disease treated at the service of the hospital under study. The SF-36 questionnaire was used to assess quality of life and the therapeutic adherence scale of Soria et al, and Spearman's Rho connection test was applied to respond to the objectives.

Results: The average age of the patients was 61 ± 13.5 years, being 66.1% women, likewise, 35.3% had university studies. 18.5% were diagnosed with breast cancer, 12 with prostate cancer and 9.2% with cervical cancer. 34.8% were housewives, the average time of illness being 3.8 years. It was observed that 49.5% had a good pharmacological therapeutic adherence, while 42.9% had a quality of life lower than 19 points being very low. It was evidenced that pharmacological therapeutic adherence ($p < 0.001$; $Rho = 0.679$) and its dimensions: control over drug and food intake ($p < 0.001$; $Rho = 0.651$), behavioral medical follow-up ($p < 0.001$; $Rho = 0.643$) and self-efficacy ($p < 0.001$; $Rho = 0.691$) were significantly related to quality of life.

Conclusion: The pharmacological therapeutic adherence significant relationship to quality of life in patients with oncological disease treated in the Pain and Palliative Care Unit of the Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.

Key Words: Pharmacological therapeutic adherence, quality of life, cancer patients.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación problemática

El cáncer es una enfermedad que inicia en cualquier parte del cuerpo, por la diseminación de células que empiezan a crecer anormalmente, es decir que el proceso normal de envejecimiento y muerte celular empieza a retrasarse e inicia la formación y división de células nuevas innecesarias, ocasionando la formación de masas denominadas tumores. (Instituto Nacional de Cáncer, 2015) Es considerada por la Organización Mundial de la Salud (2018) como la primera causa de muerte en el mundo, el 2015 ocurrieron 8.8 millones de muertes, es decir que cada 6 defunciones una era producto del cáncer. 70% de los casos corresponde a países de ingresos bajos y medios; el 30 a 50% puede ser prevenido con un estilo de vida saludable.

En América Latina, la incidencia de esta enfermedad es considerada grave, ya que para el 2020 la estimación en cifras es un incremento del 67% y en el Perú la estimación de esta enfermedad se encuentra alrededor de 150 por cada 100 mil habitantes, siendo los más frecuentes el cáncer de mama, cuello uterino y estómago. (Rivera, 2016)

Hernando y Col (2014) mencionan que, para asumir este proceso oncológico, el paciente se expone a diferentes tratamientos entre los que se encuentra la quimioterapia y/o radioterapia y la cirugía. Los cuales generan un gran nivel de incertidumbre, pues en muchas ocasiones los pacientes necesitan del apoyo familiar constante para continuar con el proceso. Así mismo, la capacidad de seguir con el tratamiento de forma óptima es necesario contar factores socioeconómicos, un equipo de salud adecuado, factores que permitan integrar la capacidad de incorporar el tratamiento a un estilo de vida.

El estilo de vida es un patrón de comportamiento que refleja aspectos individuales y grupales el cual influye sobre la estructura social, pero que puede tener un amplio impacto sobre la salud del ser humano, sobre todo ante la experiencia de una enfermedad crónica que el cual genera cambios físicos, dolor, cambios metabólicos, limitaciones motoras, deterioro cognitivo, relaciones disfuncionales, ansiedad, depresión y otros. (Guamán, 2017)

La falta de adherencia al medicamento según las recomendaciones terapéuticas es un obstáculo continuo para la salud y calidad de vida y que consecuentemente eleva los costos sociosanitarios. (Conthe, 2014) Han estimado que el 40% de casos son no adherentes a la terapéutica, sobre todo en enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega al 20% y las enfermedades crónicas pueden llegar al 45% y es posible elevarse mucho más si el tratamiento afecta el estilo de vida de la persona. (Álvarez, 2016)

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes, actualmente existen medicamentos potentes que incrementan la esperanza de vida al curar o prevenir las patologías. Pero este impacto, se reduce en cuanto a efectividad debido al no seguimiento de las recomendaciones. (Perdomo, Marín, y García, 2019)

En la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos (UDCP) del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) se prioriza el alivio del dolor y el cuidado personalizado, además de brindar atención integral e interdisciplinaria, realizando interconsultas a los pacientes con enfermedad oncológica a las diferentes especialidades con el objetivo de aliviar el sufrimiento, dar apoyo espiritual, orientación psicológica y nutricional. A pesar de ello, los estudios centrados en la calidad de vida de pacientes oncológicos del nosocomio en mención refieren deficiencias en relación con este aspecto. En el estudio de Moyano et al. (2018) el 18% de las mujeres con cáncer de mama percibieron una calidad de vida baja. Así mismo, Purizaca (2018) refirió que la calidad de vida fue escasa en el 22,2% de los casos oncológicos terminales. Por otro lado, la adherencia terapéutica evidenciada en pacientes con cáncer no es muy alta, ya sea por una mala distribución de sus recursos, la cultura sobre educación en salud o por la falta de equidad para el acceso de la atención en salud. Por ende, se presume que no son muchos los pacientes con enfermedades oncológicas que cumplen con el tratamiento,

siendo esta una posible causa de una inadecuada calidad de vida en este grupo, debido a la posible presencia de recaídas, secuelas e incluso fallecimiento prematuro. A pesar de la posible relación entre las variables no existen estudios locales sobre el tema, de tal manera que no hay evidencia científica que pueda demostrar relación entre las mismas. En este contexto, se plantea la ejecución de este estudio.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuál es la relación entre la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica?

¿Cuál es la relación entre la dimensión seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica?

¿Cuál es la relación entre la dimensión autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica?

1.3 Justificación teórica

El estudio se ha enfocado en las principales debilidades que son observadas en los pacientes con una enfermedad oncológica, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, bien es cierto que el tratamiento se enfoca en incrementar la calidad de vida y extender los años de vida de un paciente, evitando el progreso de la enfermedad, la vulnerabilidad a la que se encuentran expuestos es mayor, generando dificultades para adherirse correctamente al tratamiento terapéutico, pues la calidad de vida se ve afectada desde el inicio del diagnóstico. Por ello, la presente incrementará la información disponible sobre la adherencia farmacológica y la calidad de vida, aumentando la evidencia de la importancia de la adherencia terapéutica a los cuidados

paliativos en pacientes con enfermedad oncológica y sus repercusiones en su calidad de vida, llenando los vacíos de conocimiento existentes respecto al tema. Así también, los profesionales de la salud interesados en el tema podrán ampliar el tema de estudio por ende este trabajo servirá de respaldo para futuras investigaciones, así como para tomar en cuenta en la práctica profesional diaria, considerando que el fin de la profesión médica es brindar salud al paciente bajo las mejores condiciones de vida.

1.4 Justificación práctica

El trabajo ampliará la visión que tenemos respecto al tema para ampliar las perspectivas de abordaje sobre pacientes afectados física y emocionalmente, de tal forma que se generen mejorías sobre la calidad de atención. Se pretende también que el personal encargado valore la adherencia terapéutica farmacológica a los cuidados paliativos como parte esencial del tratamiento del cáncer y se asuma que es indispensable para conseguir los objetivos del manejo en pacientes con enfermedad oncológica y garantizar la efectividad del mismo.

Justificación legal

“Ley General de salud (Ley N° 26842)” donde se especifica que “el Estado es promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud” (Congreso de la Republica, 1997).

“Ley Marco de Ciencia, Tecnología e Innovación (Decreto Supremo N° 032-2007-ED)” que en el Art. N° 2, refiere que “el desarrollo, promoción, consolidación, transferencia y difusión de la Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica, son de necesidad pública y de preferente interés nacional” (El Peruano, 2007).

“Decreto Supremo N° 009-2012-SA”, donde se declara de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú, en el inciso a.5 “Fortalecimiento de la investigación y vigilancia epidemiológica”, se insta a la ejecución de la investigación en oncología donde se promueva la salud y prevención del mismo.

“Ley N° 30486, Art. N° 1”, que crea el “Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas”, Art N° 3, que tiene como objetivo general asegura la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud con el fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores (El Peruano, 2016).

Finalmente es importante señalar que el estudio es viable ya que se solicitaran con antelación los permisos a las autoridades correspondientes, asimismo es factible ya que la investigadora cuenta con los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para llevar a cabo cada etapa de la investigación.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.

1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar la relación entre la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica.
- Determinar la relación entre la dimensión seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica.
- Determinar la relación entre la dimensión autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco filosófico o epistemológicos de la investigación

La adherencia al tratamiento se puede definir como la medida en que un paciente actúa de acuerdo con el intervalo prescrito y la dosis de un régimen de dosificación (Peh et al., 2021). La evaluación de la adherencia al tratamiento es una práctica clínica estándar en una variedad de condiciones crónicas incluyendo enfermedades oncológicas (Zaugg et al., 2018).

El fenómeno de no adherencia a la terapia plantea una enorme variedad de consideraciones filosóficas; primero la dificultad de medir las tasas de adherencia crea un problema epistémico con respecto a la eficacia de los tratamientos prescritos. En segundo lugar, dado que las enfermedades a menudo se clasifican como refractarias en función del aparente fracaso de los medicamentos estándar, la validez de esta clasificación se enfrenta a un problema epistémico similar. Esto, a su vez, genera problemas éticos cuando las terapias se restringen a casos considerados refractarios (Reach, 2019).

Según Sócrates, es imposible que actuemos de formas que sabemos que no debemos; seguir deliberadamente algún curso de acción es, por definición, considerado como el mejor a seguir, tomando en cuenta todos los aspectos. Aunque esto podría ser falso en algunas circunstancias, por ejemplo: la sensación de saber que realmente se debe dar un paseo, pero permaneciendo en el sofá, o saber que se debe levantar por la mañana, pero presionando el botón de repetición del despertador (Glackin y d'Ancona, 2019).

Uno de los primeros críticos de este punto de vista fue Aristóteles, quien hizo una distinción entre la razón y los deseos. Mencionó que cuando alguien es *eudaimon*, la razón y deseos están alineados. Pero cuando el carácter como agente práctico no se ha

formado total o adecuadamente, o está temporalmente fuera de lugar, el deseo y la razón se mueven en diferentes direcciones. Es decir, la mayoría de las fallas para actuar como se debe no surgen de una falencia en comprender o preocuparse lo suficiente por lo que se debe hacer; más bien son fracasos de la acción, por los cuales se sabe perfectamente lo que se debe hacer, pero son incapaces de vencer los deseos e inclinaciones para llevarlo a cabo (Amdie et al., 2022).

Entender la falta de adherencia al tratamiento como debilidad de la voluntad, tiene el potencial de reorientar la relación médico-paciente de una manera menos crítica y, por lo tanto, más abierta y honesta, ayudando así a remediar los problemas relacionados. Dos aspectos en particular se destacan, primero entender la no adherencia bajo este concepto significa que no necesariamente resulta de la falta de información del paciente. Segundo, también significa que no se debe a que el paciente tenga valores equivocados o no considere su tratamiento como suficientemente importante (Amir et al., 2018).

Es razonable que un paciente tome sus medicamentos como se le aconsejó inicialmente, pero al experimentar efectos adversos o, de hecho, ningún efecto, toma la decisión de no tomar más dosis. La falla aquí está en que esta decisión no se comunicó al médico o, de hecho, cuando este curso de acción es inapropiado, el prescriptor no ha establecido expectativas realistas para el paciente con respecto a sus beneficios potenciales y el inicio de la acción. Se propone, por tanto, que la admisión honesta de la acción de incumplimiento (por parte del prescriptor y del paciente) es la clave para mejorar el uso de los medicamentos (Glackin y d'Ancona, 2019).

La epistemología, o teoría del conocimiento, es una rama de la filosofía; es el estudio de lo que saben los seres humanos, cómo saben lo que saben y cómo validar afirmaciones de conocimiento. Dos paradigmas filosóficos, el empirismo y el interpretativismo, se relacionan con la adherencia y calidad de vida en casos oncológicos (Kelly et al., 2018).

El empirismo es una teoría del conocimiento que afirma que el conocimiento proviene de las experiencias sensoriales. El empirismo enfatiza la objetividad, la observación, la experimentación, la correlación, la verificación y la justificación. Las partes, el tema

principal de un estudio, se examinan y miden, y sus vínculos se identifican con fiabilidad y validez (Brown y Dueñas, 2019). Cada estudio de una parte conduce al conocimiento de la realidad total. El método científico basado en el empirismo se enfoca en la medición precisa, cuantificación de datos, análisis estadístico y descripción de resultados. El científico toma una posición objetiva con los participantes del estudio para evitar prejuicios personales hacia los datos que puedan influir en los resultados del estudio. El científico prueba hipótesis y establece relaciones (Boon y Van Baalen, 2019).

Un paradigma interpretativo incluye las suposiciones de que la verdad es múltiple o posiblemente desconocida, y que la realidad es relativa, compleja, holística y cambiante. La indagación científica utilizando un enfoque interpretativo intenta comprender las experiencias y la vida cotidiana de los participantes desde su perspectiva, así como los diversos significados que les han asignado (Chakrabarti, 2016).

2.2 Antecedentes del problema

A continuación, se describen los estudios hallados bajo la misma línea de investigación, considerando que algunos hacen hincapié a la adherencia farmacológica para la terapia del dolor en pacientes con patologías crónicas en general.

Antecedentes internacionales

Gonzales (2018), “Estudio del cumplimiento terapéutico del tratamiento oncológico dispensado en oficina de farmacia en pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata”, evaluaron el cumplimiento terapéutico del tratamiento oncológico. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. En las pacientes con cáncer de mama resultaron cumplidoras el 88.14%, se realizó una comparación entre la adherencia del tratamiento oncológico y el número de fármacos 4.33 versus 3.44 $p=0.780$, no resultó significativa la relación. El 87.1% de los pacientes con cáncer de próstata son cumplidores y la relación entre adherencia y número de fármacos fue 8.00 versus 11.00 $p=1$, no resultó significativa.

Pedraza, Vega y Nava (2018), “Versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica”, actualizaron el instrumento de adherencia terapéutica. Estudio de corte

transversal. Las dimensiones que más se relacionaron a los pacientes con enfermedades crónicas fueron atención médica y el cumplimiento de recomendaciones efectuadas por el personal sanitario.

García (2018), “Efectos de la calidad de vida en la adherencia al tratamiento de quimioterapia en el servicio de oncología del Hospital Eugenio Espejo”, la realizó su estudio con el propósito de demostrar una correlación entre las variables, pudo evidenciar que la calidad de vida y la adherencia al tratamiento se relacionaban de manera significativa baja e indirecta, ello debido a que mientras más alta sea la calidad de vida, la adherencia del paciente oncológico será menor.

Finck y otros (2018), “Quality of life in breast cancer patients: associations with optimism and social support”, examinaron la calidad de vida y la relación entre optimismo y soporte social. La calidad de vida resultó significativa en el aspecto emocional $p < 0.001$ y social $p < 0.001$ y el optimismo permitió a los pacientes afrontar mejor la situación. El 84.17% y el 87.10% de los pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata son considerados cumplidores a la adherencia terapéutica. Las variables que influyeron sobre la calidad de vida fueron el cansancio, estrés, calidad de sueño, consumo de alcohol y tabaco.

Rojas y Flores (2016) “Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio” hallaron que en un poco más de la mitad de los pacientes con IAM, la adherencia era total, y la calidad de vida era baja, demostrando de esta manera que la correlación era significativa negativa y modesta, por lo que interpreta que a mayor adherencia terapéutica mayor calidad de vida tienen los pacientes con IAM.

Castañeda (2015), “Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica”, relacionaron la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. Estudio descriptivo, de correlación, cuantitativo y corte transversal. La calidad de vida (CV) obtuvo una media de 104.17 y la adherencia al tratamiento obtuvo 51% bajo riesgo y 41.75% riesgo medio para no adherirse. Se halló una relación débil entre ambas variables $r = 0.232$ $p = 0.003$. Finalmente, la relación entre CV y adherencia es débil.

Castillo (2015), “Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico - uterino, Cartagena (Colombia), 2012”, determinaron la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino. Estudio descriptivo y transversal. La calidad de vida fue afectada en los aspectos sociales, estado funcional, físico e interferencia del tratamiento en su vida familiar y problemas económicos con 51.9%, 48.1% y 47.2% respectivamente, es decir que la calidad de vida se ve afectada de forma importante.

Timmerman y otros (2014) “Adherence to pharmacological pain therapy in patients with nonmalignant pain: the role of patients' knowledge of pain medication”, investigaron la asociación entre el conocimiento y la adherencia a una prescripción farmacológica en pacientes con dolor crónico no maligno. Estudio observacional y prospectivo. Más de la mitad de los pacientes tenían conocimiento sobre la prescripción farmacológica actual, la adherencia fue mayor luego de la segunda visita médica. Concluyeron que el conocimiento de la prescripción se asocia con la adherencia.

Gallardo y Franco (2014), “Calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis” encontraron que los pacientes con insuficiencia renal tenían adherencia relacionado con el cumplimiento de las consultas médicas, tratamiento farmacológico, pero no con la actividad física y el aspecto nutricional, por lo cual influía en que tengan calidad de vida regular.

Hirschberg, Donatti, Rijana y Selan (2014) “La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial” al realizar un estudio relacional, pudieron identificar que la calidad de vida relacionada con la salud se relacionaba de manera significativa y positiva con la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos, demostrando así que una adecuada adherencia influye en una alta calidad de vida.

Hernando y otros (2014), “Adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las unidades oncológicas”, describieron los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal. Estudio descriptivo de corte transversal. La población superaba los 51 años, demostraron tener

una adherencia favorable debido apoyo del equipo de salud y la muestra de interés que tiene sobre los pacientes. La adherencia se dio en el 86% de los pacientes que acuden oportunamente a las sesiones y tratamiento.

Markotic y otros (2013), “Adherence to pharmacological treatment of chronic nonmalignant pain in individuals aged 65 and older”, quienes estudiaron la adherencia al tratamiento farmacológico del dolor crónico no malignos, así como sus factores y actitudes del paciente. Estudio observacional, prospectivo y transversal. Más de la mitad de los pacientes no eran adherentes, el dolor era moderado según EVA en los pacientes en evaluación, la polifarmacia se correlacionó con la no adherencia. Concluyeron que la intensidad y la falta de adherencia necesitan de una mayor monitorización por parte del personal sanitario.

Antecedentes nacionales

Álvarez (2018), “Calidad de vida, soporte social y autoeficacia para la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama”, quien busca determinar asociación entre “calidad de vida, soporte social y la autoeficacia para la adherencia al tratamiento de cáncer”. Fue un estudio correlacional en 143 mujeres con neoplasia mamaria. Se determinó que el “bienestar emocional y material, e intimidad se asociaron a la adherencia terapéutica”.

Orihuela (2017), “Relación entre sentido de coherencia y adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de un hospital nacional de Lima Metropolitana”, donde se determinó el grado de asociación entre el sentido de coherencia y la adherencia al tratamiento. Estudio descriptivo correlacional en 85 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Se encontró que asociación entre ambas variables, donde el sentido de coherencia fue predictor de adhesión al tratamiento (65,44%)

Rivera (2016), “Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino”, exploraron la relación entre la “adherencia al tratamiento y la incertidumbre”. Estudio con enfoque transversal de tipo correlacional. El nivel de adherencia al tratamiento fue alto en 48.9%, promedio 28.3% y bajo 10.9%.

Raymundo (2014), “Tratamiento en pacientes con cáncer: impacto y adherencia”, quisieron estimar la relación entre la adherencia y el impacto del tratamiento neoplásico. Fue un estudio correlacional en 100 pacientes oncológicos. Se encontró que no hay asociación entre ambas variables sin embargo la adherencia se asoció con el tipo y el tiempo del manejo.

2.3 Bases teóricas

Cáncer

El cáncer es una enfermedad que ocasiona diversos cambios sobre el bienestar de un paciente, afecta el estado físico, psicológico, social, emocional lo que ocasiona gran necesidad por parte de los pacientes que exigen apoyo de la familia y de los profesionales de salud durante el proceso de curación, lo que mejora la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos. Modifica la naturaleza y el orden de las necesidades requeridas por el paciente entorno a su estado de salud y varía de acuerdo con la situación que experimenta como ocurre en la primera fase del diagnóstico, en el proceso de hospitalización y en el tratamiento. Los pacientes suelen sentirse insatisfechos sobre todo cuando el proceso de la enfermedad ocasiona restricciones sobre la vida diaria. (Ayala y Sepúlveda, 2017)

Cuidados Paliativos

Está definido como, enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades amenazantes para vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la evaluación e identificación temprana, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016)

Medicamentos antineoplásicos y tratamiento farmacológico en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos.

En la última década con el avance tecnológico y científico, han devenido nuevos medicamentos antineoplásicos, lo que ha mejorado las expectativas de supervivencia en pacientes oncológicos además de conservar o mejorar su

calidad de vida. (Ministerio de Salud del Perú, 2016) particularmente, el tratamiento farmacológico en la unidad de dolor y cuidados paliativos sigue esta premisa, es decir, busca mejorar la calidad de vida del paciente oncológico, mediante un manejo orientado al alivio del dolor y otros problemas físicos, que podrían acontecer. (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016)

La indicación y decisión del tratamiento estará a cargo del médico responsable quien diseñará el manejo, este a la vez debe contar con la participación del paciente y familia, de tal manera que se garantice la seguridad, vigilancia de reacciones adversas, confort del paciente y cumplimiento de la adherencia. (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016) La prescripción médica de medicamentos controlados se hará mediante una receta especial.

Los medicamentos considerados como esenciales de acuerdo con el Petitorio Nacional de Medicamentos esenciales (PNUME) son:

- Anestésicos generales y oxígeno
- Medicamentos para el dolor y cuidados paliativos, donde se incluyen: analgésicos no opiáceos y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), analgésicos opiáceos, anticonvulsivantes, medicamentos para otros síntomas en cuidados paliativos.
- Antiácidos
- Antiulcerosos
- Antieméticos
- Antiespasmódicos
- Laxantes

Adherencia terapéutica farmacológica

La Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por Parra (2017) define a la adherencia terapéutica como el cumplimiento y la magnitud de seguir la indicación médica para llevar a cabo un tratamiento o textualmente “Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (Cordier y Cottin, 2015) Es decir que el paciente modifica una conducta para orientarla a la

adquisición de un medicamento, una vez que esto se logra es posible decir con certeza que el tratamiento se está cumpliendo, por lo cual el paciente acepta el diagnóstico y la necesidad de tomar el medicamento del que depende el pronóstico de la enfermedad.

La adherencia terapéutica requiere que el paciente identifique una importancia activa con una colaboración voluntaria por medio de un comportamiento adecuado con la finalidad de obtener un resultado favorable y deseado. (Álvarez, 2016)

La adherencia se caracteriza por continuarse bajo 3 etapas (Álvarez, 2016):

- Inicia con la aceptación terapéutica del paciente y la puesta en práctica.
- Adherencia y seguimiento continuo.
- Incorporación a un estilo de vida saludable

Ibarra y Morrillo (2017) extrajeron que por medio de un consenso europeo “European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence (ESPACOMP)” definen la adherencia de la siguiente manera: “el proceso en el que el *paciente toma la medicación como se le ha prescrito*”

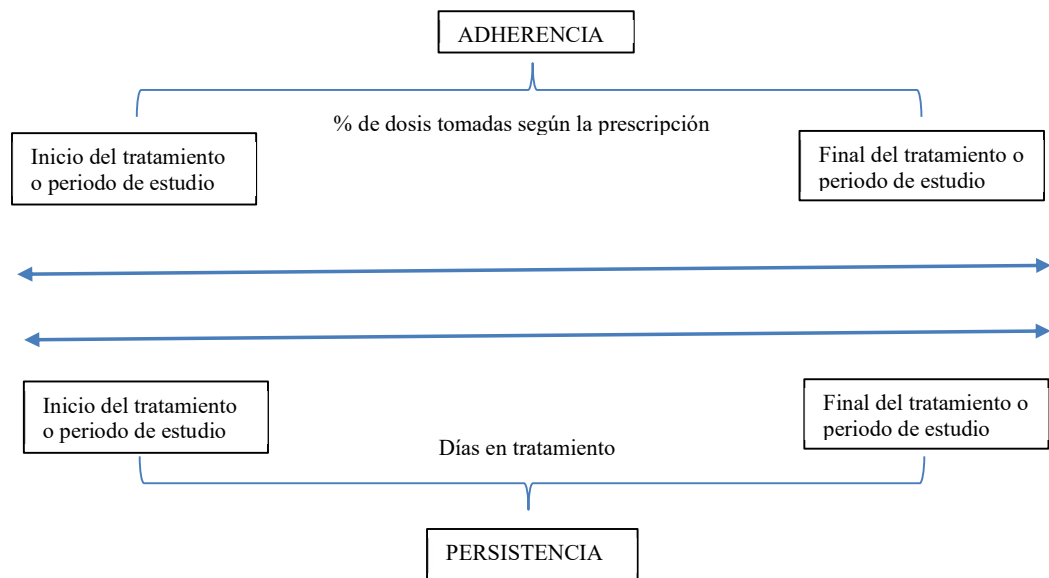


Figura 1. Representación gráfica de la adherencia y la persistencia

Extraído de. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento, Ibarra y Morrillo (2017)

Menciona la OMS que la falta de adherencia terapéutica en enfermedades crónicas tiene repercusiones negativas clínicas y económicas por ende tiende considerarse un problema sanitario de salud pública. (Parra, 2017). Por ende, para facilitar la valoración de la adherencia del paciente se ha formulado diversos instrumentos, pero en este estudio se hará énfasis en la escala MBG.

Escala de Medición para la Adherencia Terapéutica

Trujano et al., aplicó en su estudio del 2009, una escala basada en tres factores (Soria Trujano, Vega Valero, y Nava Quiroz, 2009); con el propósito de evaluar el cumplimiento y recomendaciones médicas. (Zegarra Miranda, 2018)

El Control sobre la Ingesta de medicamentos y alimentos

Aborda específicamente sobre la predisposición que tiene el paciente hacia la puntualidad de la hora de ingerir los medicamentos sin importar la longitud del tratamiento; así también si este va acompañado de alguna dieta rigurosa, o restricción de algún hábito placentero. Al mismo tiempo incluye la posibilidad de aceptar la realización de alguna actividad física y la satisfacción de una adecuada relación médico-paciente, que influye en la continuación con el tratamiento. (Soria Trujano, Vega Valero, y Nava Quiroz, 2009)

En sí la participación del paciente es un punto importante para identificar problemas clínicos relacionados con los medicamentos y así lograr un control eficiente de la terapia. (Kari, Kortejärvi, Airaksinen, y Laaksonen, 2018)

Respecto al control dietético en sobrevivientes adolescentes y adultos a neoplasias entre los 15 y 39 años, debido a sus necesidades fisiológicas y psicosociales únicas del cáncer sugieren ser diseñadas con abordaje de apoyo social, modo de entrega y adaptación individual por los efectos metabólicos adversos a largo plazo a los que son sometidos. (Skiba, y otros, 2020)

El seguimiento médico conductual

Este factor está relacionado con la periodicidad de análisis complementarios indicados por el médico tratante, la asistencia a las consultas periódicas, la búsqueda de atención ante la presencia de signos de alarma advertidas por el médico culminado el tratamiento, atención correspondiente a la severidad de la enfermedad, cumplimiento de análisis de rutina sano y la sensación de confianza

hacia el médico por su interés hacia la patología. (Soria Trujano, Vega Valero, y Nava Quiroz, 2009)

En algunas neoplasias, como el cáncer de mama, las mujeres no reciben recomendaciones adecuadas sobre su estilo de vida saludable, dieta, realización de ejercicio físico, control de peso; entre otros. Generando así, el aumento del riesgo de recaídas. (Labrador Ortega, Rodríguez Sánchez, y Rodríguez García, 2017) Inclusive la situación del seguimiento en provincia, son aún más frecuentes los casos de abandono de tratamiento por un proceso de seguimiento carente. (Paolino y Arrossi, 2012)

La autoeficacia

La autoeficacia hace referencia a “una competencia personal amplia y estable sobre la efectividad de la conducta de una persona para afrontar diversas situaciones potencialmente estresantes”. (Pereyra Girardi, Ronchieri Pardo, Rivas, y Trueba, 2018) En un estudio sobre el dolor lumbar crónico, represento ser un factor mediador importante ($\beta = -5.3$ [IC 95%: -10.2; -0.4]) para la función de alta en pacientes que recibían fisioterapia. (Riley, Bialosky, y Coronado, 2020)

Importancia de la adherencia terapéutica en el tratamiento farmacológico

El seguimiento de las indicaciones del profesional es relevante, ya que tendrá impacto en aspectos clínicos, sociales y familiares de los pacientes oncológicos. (Álvarez, 2016)

El identificar si la adherencia es adquirida por el paciente, permite aplicar las estrategias para manejar al paciente; pues en el caso de adherencia no intencionada es por motivos involuntarios, principalmente por olvidos o descuido. (Ibarra y Morrillo, 2017)

Pero también puede haber adherencia primaria, es decir presencia de un nuevo tratamiento y falta de interés por recoger medicamentos; y adherencia secundaria, que es la toma inadecuada de fármacos. (Ibarra y Morrillo, 2017)

Calidad de vida

La calidad de vida se puede definir como “la percepción que tiene un individuo sobre su posición en la vida en un contexto cultural y en relación a metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. (Haraldstad et al. 2019) La calidad de vida también está determinada por el grado en que los sentimientos, esperanza y deseos de una persona se corresponden con su logro.

El término calidad de vida incorpora cuatro dimensiones:

- “Salud física”, “sensaciones somáticas, síntomas de enfermedad y efectos secundarios del tratamiento”
- “Salud mental”, “sensación positiva de bienestar hasta formas no patológicas de angustia psicológica y trastorno psiquiátrico diagnosticable”
- “Salud social”, “evaluación de los aspectos cuantitativos y cualitativos de los contactos e interacciones sociales”
- “Salud funcional”, “funcionamiento físico en términos de autocuidado, movilidad y nivel de actividad física como el rol social en relación con la familia y el trabajo”. (Marcel, 2014)

El cáncer, es una enfermedad crónica que ocasiona un constante padecimiento que desmejora la calidad de vida, sobre todo por ser inevitable y que establecen alteraciones relacionadas con la terapéutica. (Castillo, 2015)

El impacto de la noticia, sobre padecer una enfermedad como el cáncer, es negativo para la calidad de vida pues altera aspectos, “psicológicas, física, social, espiritual y sexual”. Esta patología tiene una amplia implicancia sobre el cuerpo del afectado que ocasiona “dolor, náuseas, vómitos, fatiga”, que siempre tiene un resultado desagradable. En el área de salud, la calidad de vida es una herramienta que debe ser utilizada constantemente, pues brinda la percepción de afectado en relación a su patología, especialmente sobre aspectos físicos, emocionales y sociales, que permite al profesional de salud enfocarse en su calidad de vida. (Castillo, 2015) Es una sensación personal del bienestar que

surge a partir de la satisfacción y la insatisfacción con las áreas de la vida que son importantes de la persona. (Puerto y Carrillo, 2015)

Dimensiones

- “Función física, grado en que la salud limita las actividades físicas, entre ellas el autocuidado, caminar e inclinarse”
- “Rol físico, grado en el que la salud física interviene en el trabajo y otras actividades diarias, donde el rendimiento es, en consecuencia, menor”
- “Dolor corporal, grado de intensidad del dolor y su efecto en la persona”
- “Salud general, valoración personal de la salud, donde se incluye el estado de salud actual, perspectivas a futuro y la resistencia a enfermar”
- “Vitalidad, pérdida de energía o presencia de fatiga”
- “Rol social, presencia de limitación en actividades sociales (ejemplo: cena con amigos)”
- “Rol emocional, dificultad en el trabajo o en la práctica de actividades diarias, debido a problemas emocionales”
- “Salud mental, presencia de sentimientos depresivos o nerviosismo”
(Araya, Barrantes, Fernández, Rodríguez y García, 2017)

2.4 Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

HG. La relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021, es directa.

Hipótesis específicas

- **H1.** El control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica se relaciona directamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica.
- **H2.** El seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica farmacológica tiene relación directa con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica.

- **H3.** La autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica se relaciona directamente a la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica.

2.5 Marco conceptual

- **Calidad de vida:** valoraciones de la persona sobre la percepción de su salud tanto de forma objetiva como subjetiva debido a la alteración que ocasiona la enfermedad crónica. (Hernández y Landero, 2014).
- **Adherencia terapéutica farmacológica:** “proceso en el que el paciente toma la medicación tal como el profesional de salud se lo ha prescrito”. (Ibarra y Morrillo, 2017).
- **Radioterapia:** utilización médica de la radiación ionizante para el tratamiento del cáncer especialmente, pero también para otras patologías no malignas, el cual consiste en la administración de una dosis de radiación más alta a un volumen definido en el sitio del tumor, mientras se minimiza la dosis a tejidos y órganos sanos (Rosenblatt y Zubizarreta, 2017).
- **Quimioterapia:** hace referencia a la utilización de productos químicos para la inhibición de las células malignas o los agentes infecciosos de una patología como los microorganismos sin afectar demasiado a las células huésped, por ello se pueden dividir en dos categorías, la quimioterapia contra el cáncer y la quimioterapia antimicrobiana, los medicamentos que pertenecen a estas categorías, son diferentes a los demás, ya que su finalidad es matar o inhibir el organismo objetivo y tienen un efecto nulo mínimo en la célula huésped (Alam, Farooq, Sing, Dubey, Kumar, Kumari, et al. 2018). Cabe precisar que en el presente estudio no se evaluarán o analizarán dichos tratamientos (Radioterapia y Quimioterapia), considerando que este estudio está enfocado en pacientes referidos a la UDCP del HNERM.

Identificación de variables

- Variable 1: adherencia terapéutica farmacológica
- Variable 2: calidad de vida
- Variables intervinientes: características clínico – epidemiológicas

Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Dimensiones	Valores	Instrumento /Fuente de información	
Variable 1 Adherencia terapéutica farmacológica	Grado en el que el paciente sigue el tratamiento prescrito, para el resultado terapéutico deseado	Cumplimiento de los tratamientos e indicaciones médicas brindadas al paciente oncológico, mediante La Escala de Adherencia Terapéutica	Cualitativo	Ordinal	“Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos”	Mala adherencia terapéutica (21 a 48 puntos) Regular adherencia terapéutica (49 a 76 puntos) Buena adherencia terapéutica (77 a 105 puntos)	"Escala de Adherencia Terapéutica	
					“Seguimiento médico conductual”			
					“Autoeficacia”			
Variable 2 Calidad de vida	Concepto que refleja preocupación por modificar y mejorar las condiciones de vida	Valoración de la vida de los pacientes oncológicos en relación a su salud, medida mediante el cuestionario SF-36.	Cualitativo	Ordinal	Función física	Muy baja (0 a 19 puntos) Relativamente baja (20 a 39 puntos) Promedio (40 a 59 puntos) Relativamente alta (60 a 79 puntos) Muy alta (80 a 100 puntos)	SF - 36	
					Rol físico			
					Dolor corporal			
					Salud general			
					Vitalidad			
					Rol social			
					Rol emocional			
Salud mental								
Variables intervinientes Características clínico - epidemiológicas	Sexo	“Características reproductivas que diferencian a varones de mujeres”	Características biológicas que diferencian al varón de la mujer.	Cualitativo	Nominal	--	Masculino Femenino	Cuestionario
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente oncológico hasta el momento de realizado el estudio.	Cuantitativo	Razón	--	Años	
	Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Nivel más alto de educación que el paciente oncológico ha recibido durante su vida.	Cualitativo	Ordinal	--	Sin instrucción Primaria Secundaria Técnico Superior	

	Ocupación	Condición de ser contratado en una actividad o servicio por un salario o pago	Oficio al cual se dedica el paciente oncológico independientemente de la profesión que pueda tener.	Cualitativo	Nominal	--	Sin ocupación Ama de casa Dependiente Independiente
	Diagnóstico oncológico	Determinación de la naturaleza de una enfermedad oncológica	Establecimiento claro y conciso de la enfermedad que tiene el paciente oncológico en evaluación.	Cualitativo	Ordinal	--	Cáncer de piel Cáncer de estomago Cáncer de mama Cáncer de cérvix
	Tiempo de enfermedad	Periodo de tiempo con la enfermedad	Tiempo transcurrido desde la realización del diagnóstico oncológico hasta el momento de aplicada la encuesta de estudio.	Cualitativo	Razón	--	Meses Años

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Área o sede de estudio

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins está ubicado en el Jirón Edgardo Rebagliati N.º 490 - Distrito de Jesús María Lima. Perú.

3.2. Población y Muestra

Unidad de análisis: Pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP del HNERM 2021.

Población: 350 pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP del HNERM 2021.

Tamaño de muestra: Para calcular el tamaño de muestra se usó la fórmula de población finita (N=350).

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

$$N=350$$

$$Z_{\alpha}=1.96$$

$$p=0.5$$

$$q=0.5$$

$$d=0.05$$

$$n = 184$$

Tipo y técnica de muestreo: Probabilístico y aleatorio simple. Es decir, se hizo una lista enumerando al total de la población (desde el número 1 hasta el total de la

población), luego de ello se ingresó al programa SPSS vs 25 para hacer la selección de la muestra (presionando los comandos del programa se escogió al azar 184 fichas). Finalmente, obtenido la numeración de la muestra se procedió a encuestar a cada paciente respetando el número de llegada hasta completar el tamaño de muestra.

3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos, varones y mujeres.
- Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer confirmado no menos de 6 meses, en estadios clínicos: I, II y III, que sean atendidos en la UDCP del HNERM, entre los meses de marzo a julio de 2021, y acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con problemas que limiten su capacidad de verbalización y/o problemas cognitivos -conductuales que dificulten la aplicación del instrumento.
- Pacientes con problemas psicológicos y/o psiquiátricos, con incapacidad de responder el cuestionario.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

Técnicas e instrumentos: Encuesta y cuestionario (Anexo C), este tuvo las siguientes secciones:

A. Características generales: Se recopilaron datos del sexo, edad, nivel de instrucción, ocupación, diagnóstico oncológico y tiempo de enfermedad.

B. Calidad de vida: Se utilizó el cuestionario SF-36, este ha sido desarrollado en los Estados Unidos, pero, ha sido traducido en varios idiomas y ha sido adaptado originalmente en España, por Alonso, Prieto y Anto (1995) mientras que la propiedades psicométricas han sido probadas en México y en Argentina, obteniendo una confiabilidad por encima de 0.7, además las dimensiones Función física, Rol físico y Rol emocional la confiabilidad supera el 0.90. A nivel nacional este instrumento fue validado en el año 2012, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.82 que varió entre 0.66 y 0.92 en sus dimensiones, por lo cual se

considera un instrumento con propiedades psicométricas apropiadas con respecto a la consistencia interna, la validez de constructo y la estructura factorial. (Aguilar, 2017; Salazar, 2012)

Este instrumento estuvo conformado por 36 ítems, divididos por 8 dimensiones, las cuales son: función física, conformado por 10 ítems, rol físico, conformado por 4 ítems, dolor corporal conformado por 2 ítems, salud general, conformado por 5 ítems, vitalidad, conformado por 4 ítems, función social, conformado por 2 ítems, rol emocional, conformado por 3 ítems y salud mental, conformado por 5 ítems. Cada uno de estos ítems tienen opciones de respuesta en escala Likert, donde los ítems son transformados a una escala con rango de 0 cuando es el peor estado de salud y 100 cuando es el mejor estado de salud, por ello los puntajes mayores son considerados como mejor calidad de vida, y puntajes menores son considerados como peor calidad de vida, pudiéndose categorizar de la siguiente manera: (Aguilar, 2017; Salazar y Bernabé, 2012; López, y otros, 2014)

Cuadro 1.

Niveles de la Calidad de vida

Categoría	Puntajes
“Muy baja”	0 a 19 puntos
“Relativamente baja”	20 a 39 puntos
“Promedio”	40 a 59 puntos
“Relativamente alta”	60 a 79 puntos
“Muy alta”	80 a 100 puntos

Fuente: Aguilar (2017)

C. Adherencia terapéutica farmacológica: Se utilizó la Escala de Adherencia Terapéutica desarrollada por Soria, Vega y Nava (2009), el cual está conformada por 21 ítems, divididos en 3 factores de dimensiones: control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos (conformado por 7 ítems), seguimiento médico conductual (conformado por 7 ítems), y autoeficacia (conformado por 7 ítems). Este instrumento tiene opciones de respuesta en escala Likert (nunca (1), pocas veces (2), frecuentemente (3), muy frecuentemente (4) y siempre (5)), dando la siguiente categorización:

Cuadro 2.

Niveles de adherencia terapéutica

Categorías de adherencia terapéutica	Puntajes
“Mala adherencia terapéutica”	21 a 48 puntos
“Regular adherencia terapéutica”	49 a 76 puntos
“Buena adherencia terapéutica”	77 a 105 puntos

Fuente: Percepción de apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Consultorio externo de endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017. (Zegarra, 2017)

3.5. Validez y confiabilidad del Instrumento

Calidad de vida – “Cuestionario SF-36”: en el estudio elaborado por Salazar y Bernabé (2012), tras realizar la validez de dicho cuestionario, encontraron que todas las escalas discriminaron bien entre los subgrupos de personas que diferían en sexo, edad y nivel socioeconómico. Posteriormente en el entorno nacional Aguilar (2017), evaluó la validez de constructo de la prueba tras aplicar en poblaciones que presentan alguna patología, hallando diferencias significativas.

Adherencia terapéutica – “Escala de Adherencia Terapéutica desarrollada por Soria, Vega y Nava (2009)”: en el entorno nacional Chalco (2021) demostró que este instrumento cuenta con un V Aiken de 0.87, demostrando así su validez. Por otro lado, obtuvo una alta fiabilidad mediante un Alpha de Cronbach de 0.919, posteriormente cada uno de sus ítems obtuvieron una fiabilidad superior a 0.883, y para cada uno de sus factores o dimensiones también se obtuvo alta fiabilidad, para el primer factor: control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos el Alpha de Cronbach fue de 0.877, para el segundo factor: seguimiento médico conductual el Alpha de Cronbach fue de 0.798 y para el tercer factor: autoeficacia, el Alpha de Cronbach fue de 0.850 (Soria, Vega y Nava, 2009), adicionalmente este instrumento ha sido utilizado en el entorno nacional en el estudio realizado por Zegarra (2017).

Para este estudio, el instrumento en general fue aplicado a la totalidad de la muestra, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, como resultado se obtuvo un valor de 0.772 para la adherencia terapéutica farmacológica y 0,910 para la calidad de vida,

demostrando que ambos cuestionarios fueron confiables para su aplicación a la muestra total.

3.6. Proceso de recolección, procesamiento y análisis de datos

Se solicitaron los permisos a las entidades correspondientes para la ejecución del proyecto, así mismo estos fueron socializados con el personal correspondiente de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos de la entidad en estudio para tener acceso a los pacientes oncológicos que cumplan con los criterios de selección, a dichos pacientes se les solicito firmar un consentimiento informado para su participación, de la misma manera, se pidió autorización a los familiares del paciente. Luego se les entregó el cuestionario utilizado como instrumento para esta investigación, cada uno de los cuestionarios estuvo codificado para su identificación.

Posteriormente, cada uno de los cuestionarios ya llenados pasaron por una evaluación de calidad y luego los datos fueron vaciados a una hoja de cálculo para su análisis y finalmente obtener los resultados.

Análisis e interpretación de la información

Se construyó una base de datos en el programa SPSS 25, la cual pasó por un proceso de consistencia (clasificación y depuración de registros), posterior a ello se realizó el análisis estadístico respectivo.

Análisis descriptivo: Se calcularon medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas (edad tiempo de enfermedad), mientras que las variables cualitativas (sexo, nivel de instrucción, ocupación, diagnóstico oncológico, calidad de vida, adherencia terapéutica farmacológica) en frecuencias absolutas y relativas.

Análisis inferencial: Para determinar la relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes oncológicos se calculó el coeficiente de correlación de Spearman considerando un nivel de significancia del 5 %, donde un valor $p < 0.05$ fue considerado significativo. A continuación, se presentan los valores entre los que oscila el coeficiente:

Cuadro 3.

Niveles del coeficiente de correlación de Spearman

Rango de r	Significado
0.00 - 0.25	“Escasa o nula”
0.25 - 0.50	“Débil”
0.51 - 0.75	“Entre moderada y fuerte”
0.76 - 1.00	“Entre fuerte y perfecta”

Fuente: El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman Caracterización (Martínez, Tuya, Martínez, Pérez, y Cánovas, 2009)

Presentación de resultados

Cuadros y gráficos. Se usó el programa Microsoft Excel 2013.

3.7. Aspectos éticos, consentimiento informado

El presente trabajo de investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, así como, del Comité de Ética del Hospital Nacional Rebagliati Martins.

La elaboración del presente estudio se realizó bajo la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Última revisión en la asamblea número 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013 (Asociación Médica Mundial, 2017).

Se tomó en consideración los principios bioéticos de Belmont; justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia. De la misma forma, se resalta que no existe riesgo alguno que dañe la integridad del participante, puesto que solo se llenó un cuestionario con preguntas sobre el tema. Se pidió que los sujetos incluidos en la investigación firmen de manera voluntaria y libre un consentimiento informado (Anexo B), previa discusión del propósito de estudio y objetivos del mismo. Así mismo, se pidió los familiares responsables brinden su autorización para la participación.

Se resalta que para conservar la confidencialidad no se pidió nombres y apellidos, los cuestionarios fueron codificados para su reconocimiento.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados

Cuadro 4.

Características clínico - epidemiológicas de pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.

Características clínico - epidemiológicas	N	%
Edad en años	61.0 ± 13.5	
Sexo		
Femenino	121	66.1%
Masculino	62	33.9%
Nivel de instrucción		
Primaria	15	8.2%
Secundaria	72	39.1%
Técnico	32	17.4%
Universitario	65	35.3%
Diagnóstico oncológico		
Cáncer de mama	34	18.5%
Cáncer de próstata	22	12.0%
Cáncer de cérvix	17	9.2%
Mieloma Múltiple	11	6.0%
Cáncer Pulmonar	10	5.4%
Cáncer colorrectal	10	5.4%
linfoma de Hodgkin	8	4.3%
Cáncer de estómago	7	3.8%
Cáncer renal	6	3.3%
Cáncer de Páncreas	5	2.7%
Otro	54	29.3%
Ocupación		
Sin ocupación	41	22.3%
Ama de casa	64	34.8%
Dependiente	47	25.5%
Independiente	32	17.4%
Tiempo de enfermedad años	3.8 ± 5.8	
Total	184	100.0%

El cuadro 4 muestra que la edad promedio fue 61 años, siendo el 66.1% mujeres (ver figura 2), asimismo, el 35.3% tenían estudios universitarios. El primer caso de diagnóstico oncológico de mayor frecuencia fue el cáncer de mama con 18.5%, en segundo lugar, estuvo el cáncer de próstata con 12.0% y en tercer lugar el cáncer de cérvix con 9.2%, no obstante, el 29.3% tuvieron otro tipo de cáncer. El 34.8% eran amas de casa, siendo el tiempo promedio de la enfermedad de 3.8 años.

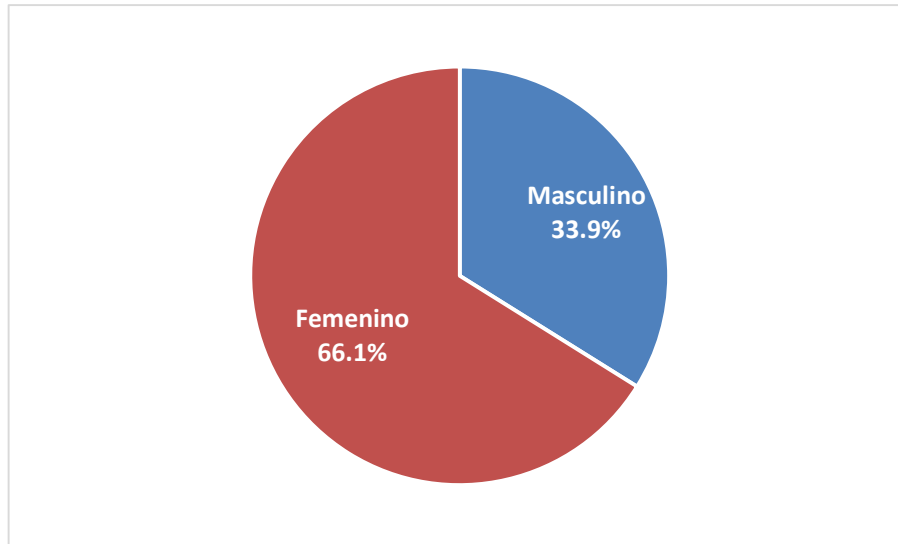


Figura 2. Sexo de pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.

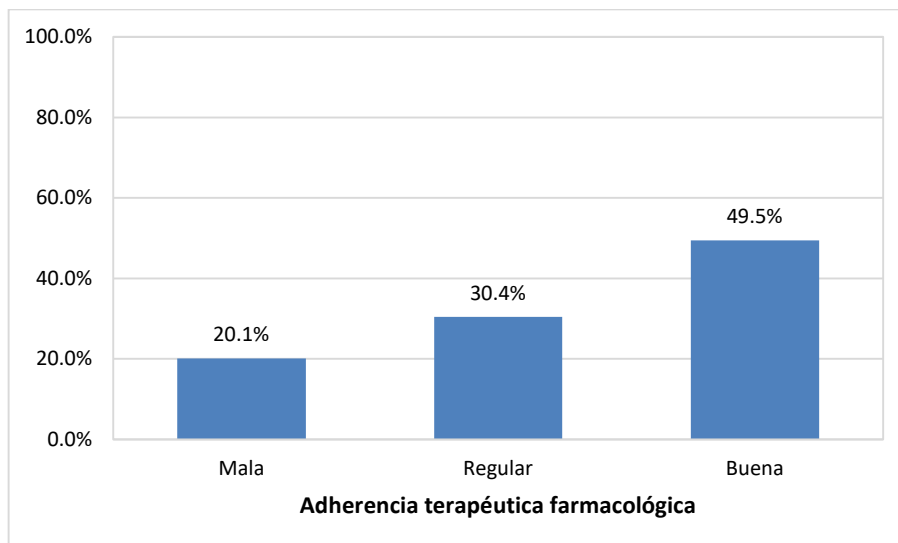


Figura 3. Adherencia terapéutica farmacológica en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.

La figura 3 muestra que el 49.5% de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el HNERM presentaron buena adherencia terapéutica farmacológica, el 30.4% evidenció regular adherencia y el 20.1% mala adherencia.

Cuadro 5.

Dimensiones de la variable adherencia terapéutica farmacológica

Dimensiones	Mala		Regular		Buena		Total
	N	%	N	%	N	%	
Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	38	20.7%	74	40.2%	72	39.1%	184
Seguimiento médico conductual	21	11.4%	67	36.4%	96	52.2%	184
Autoeficacia	29	15.8%	70	38.0%	85	46.2%	184

El cuadro 5 muestra que 39.1% de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el HNERM, presentaron un buen control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, el 52.2% presentaron un buen seguimiento médico conductual y el 46.2% presentaron una buena autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica.

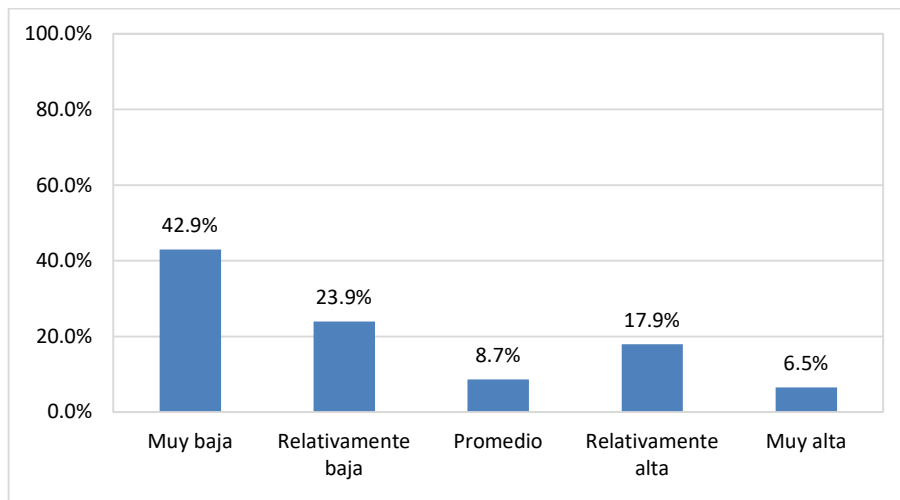


Figura 4. Calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.

La figura 4 muestra que el 42.9% de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el HNERM presentaron baja la calidad de vida y el 23.9% evidenciaron relativamente baja calidad de vida.

Cuadro 6.

Dimensiones de la variable Calidad de vida

Dimensiones	Muy baja		Relativamente baja		Promedio		Relativamente alta		Muy alta		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Función física	63	34.2%	52	28.3%	24	13.0%	32	17.4%	13	7.1%	184
Rol físico	123	66.8%	16	8.7%	9	4.9%	5	2.7%	31	16.8%	184
Dolor corporal	75	40.8%	46	25.0%	21	11.4%	40	21.7%	2	1.1%	184
Salud general	54	29.3%	61	33.2%	38	20.7%	28	15.2%	3	1.6%	184
Vitalidad	58	31.5%	52	28.3%	25	13.6%	37	20.1%	12	6.5%	184
Rol social	70	38.0%	48	26.1%	6	3.3%	38	20.7%	22	12.0%	184
Rol emocional	103	56.0%	20	10.9%	0	0.0%	9	4.9%	52	28.3%	184
Salud mental	35	19.0%	53	28.8%	30	16.3%	20	10.9%	46	25.0%	184

El cuadro 6 muestra que 34.2%, 66.8%, 40.8%, 31.5%, 38% y 56% de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el HNERM presentaron muy baja calidad de vida en cuanto a las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, rol social y rol emocional, respectivamente; a su vez, 33.2% y 28.8% presentaron relativamente baja calidad de vida en cuanto a las dimensiones salud general y salud mental, respectivamente.

4.2 Prueba de contrastación de hipótesis

Hipótesis general

Ho: La relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021, no es directa.

Hi: La relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021, es directa.

Cuadro 7.

Niveles del coeficiente de correlación de Spearman entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida

	Coefficiente de correlación	Calidad de vida
Adherencia terapéutica farmacológica	r de Spearman	0.679
	p valor	<0.001
	N	184

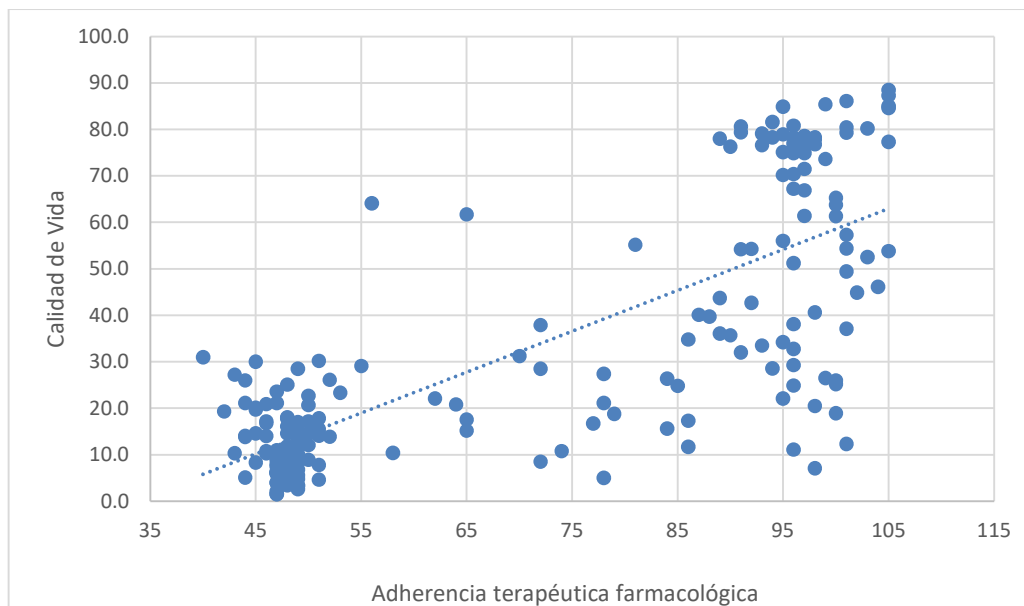


Figura 5. Adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida

El cuadro 7 y figura 5, debido que el valor $p < 0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis del investigador (H_i). Es decir, existe relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021, la cual es directa y moderada ($Rho=0.679$).

Hipótesis específica 1

H₀: El control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica no se relaciona directamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021.

H_i: El control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica se relaciona directamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021.

Cuadro 8.

Niveles del coeficiente de correlación de Spearman entre el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida

Coeficiente de correlación		Calidad de vida
	r de Spearman	0.651
Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	p valor	<0.001
	N	184

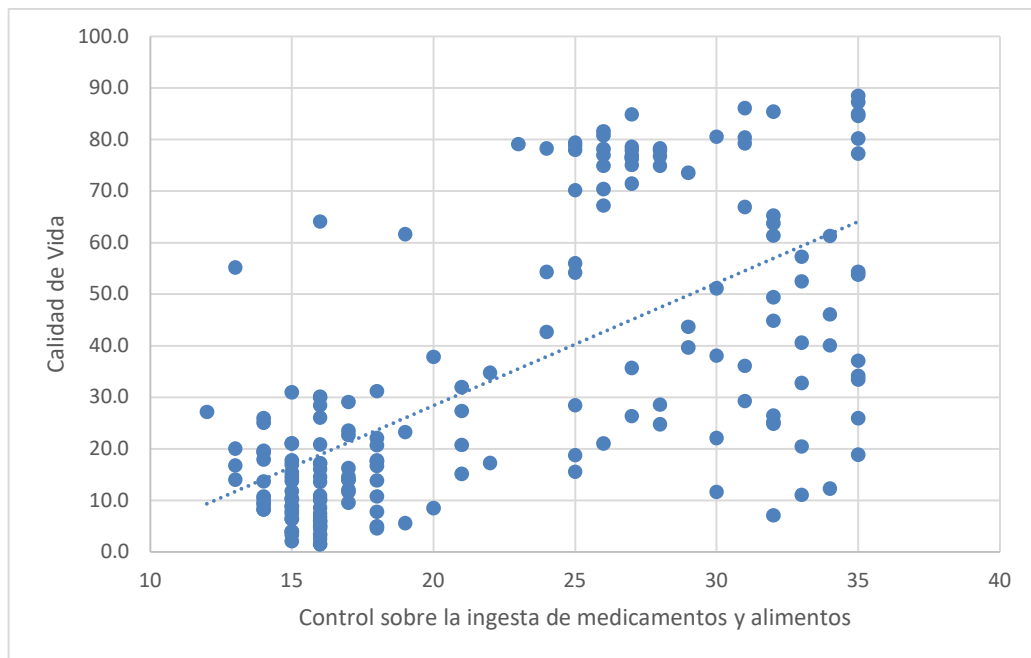


Figura 6. Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida

En el cuadro 8 y figura 6, debido que el valor $p < 0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis del investigador (H_i). Es decir, el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica se relaciona directamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021. Asimismo, se evidenció correlación moderada ($Rho=0.651$).

Hipótesis específica 2

Ho: El seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica farmacológica no tiene relación directa con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021.

Hi: El seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica farmacológica tiene relación directa con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021.

Cuadro 9.

Niveles del coeficiente de correlación de Spearman entre el seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida

	Coeficiente de correlación	Calidad de vida
	r de Spearman	0.643
Seguimiento médico conductual	p valor	<0.001
	N	184

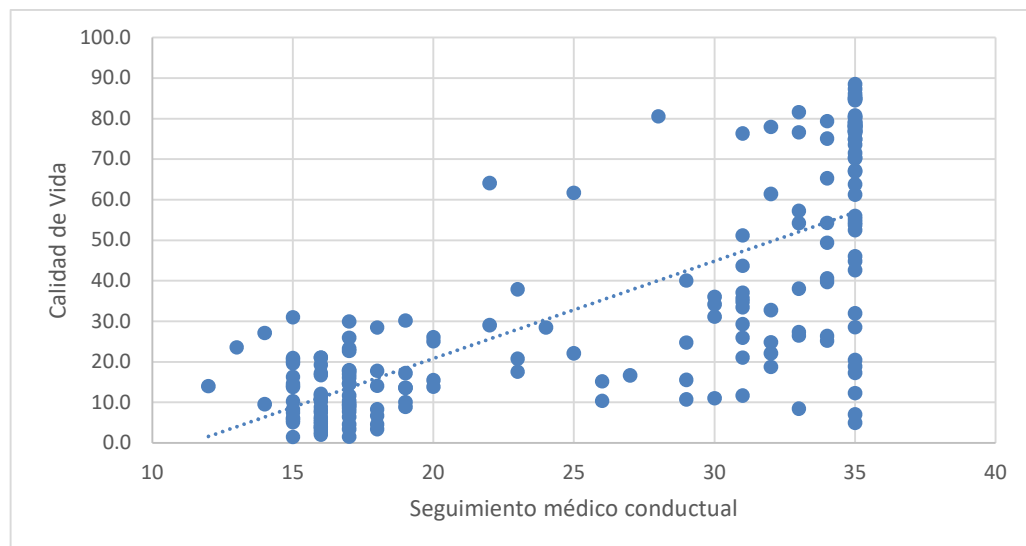


Figura 7. Seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida

En el cuadro 9 y figura 7, debido que el valor $p < 0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis del investigador (H_1). Es decir, el seguimiento médico conductual de la adherencia médica terapéutica se relaciona directamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021. Asimismo, se evidenció correlación moderada ($Rho=0.643$).

Hipótesis específica 3

H₀: La autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica no se relaciona directamente a la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021.

H₁: La autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica se relaciona directamente a la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021.

Cuadro 10.

Niveles del coeficiente de correlación de Spearman entre la autoeficacia y la calidad de vida

	Coeficiente de correlación	Calidad de vida
	r de Spearman	0.691
Autoeficacia	p valor	<0.001
	N	184

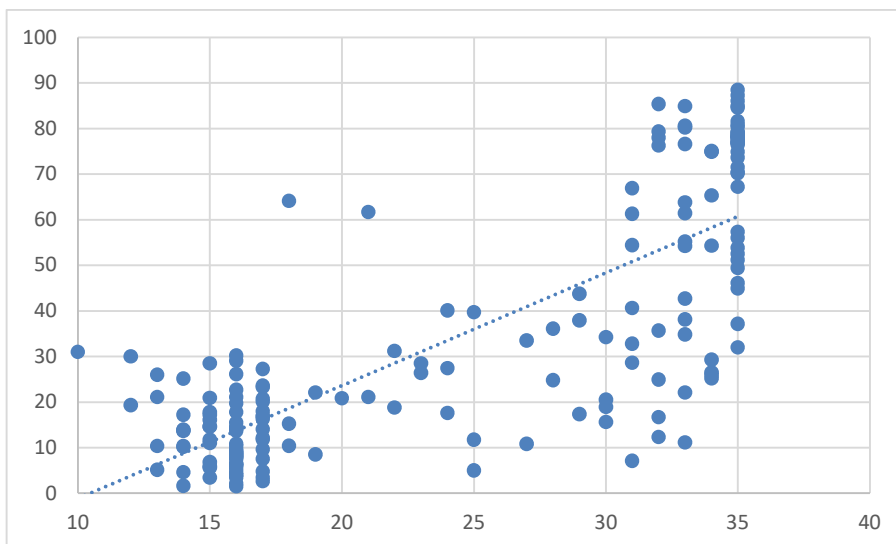


Figura 8. Autoeficacia y la calidad de vida

En el cuadro 10 y figura 8, debido que el valor $p < 0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis del investigador (H_i). Es decir, la autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica se relaciona directamente a la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP. HNERM 2021. Asimismo, se evidenció correlación moderada ($Rho=0.691$).

Cuadro 11.

La edad, tiempo de enfermedad y la adherencia terapéutica farmacológica influyen en la calidad de vida

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,771	0.594	0.587	17.5509

El cuadro 11 muestra que R (Coeficiente de correlación de Pearson) es 0.771, por lo que se puede inferir que existe una buena correlación entre las variables estudiadas. Además, la bondad de ajuste R² equivale al 0.594, lo que implica que el 59.4% de la variación de la calidad de vida está explicada por la edad, tiempo de enfermedad y la adherencia terapéutica farmacológica.

Cuadro 12

Resumen ANOVA: edad, tiempo de enfermedad y la adherencia terapéutica farmacológica con la calidad vida.

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	79845.226	3	26615.075	86.403	0.000
Residuo	54522.108	177	308.035		
Total	134367.334	180			

El cuadro 12 muestra a p-valor=0.000 < 0.05, de lo cual se infiere que las variables edad, tiempo de enfermedad, adherencia terapéutica farmacológica y calidad de vida están linealmente relacionadas, es decir, la pendiente de la recta de regresión es diferente de 0.

Cuadro 13

Evaluación de la regresión múltiple: edad, tiempo de enfermedad y la adherencia terapéutica farmacológica con la calidad vida

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Desv. Error	Beta		
(Constante)	22.338	7.053		-3.167	0.002
Edad.	-0.129	0.098	-0.064	-1.323	0.187
Tiempo de enfermedad (en meses).	0.005	0.039	0.006	0.123	0.903
Adherencia terapéutica farmacológica	0.894	0.057	0.771	15.782	0.000

El cuadro 3, muestra que el coeficiente de la constante en el origen de la recta de regresión es 22.338, mientras que el coeficiente correspondiente a la variable adherencia terapéutica farmacológica fue 0.894. Asimismo, se observa que influye de manera significativa en la calidad de vida ($p=0.000$)

4.3 Discusión de resultados.

Al evaluar las variables de manera descriptiva se pudo identificar que el 49.5% de los pacientes con enfermedad oncológica tenían buena adherencia terapéutica farmacológica, especialmente en “seguimiento médico conductual” (52.2%) y “autoeficacia”. Al respecto, en el estudio de Rivera (2016), al analizar la adherencia terapéutica de las pacientes con cáncer cervical, encontraron resultados semejantes, ya identificó que en la mayoría de las pacientes tenían niveles promedio alto (48.9%) de manera general. Mientras que resultados casi similares fueron encontrado por Raymundo (2014), quien, al analizar a pacientes con cáncer de todo tipo, identificaron que los niveles de adherencia al tratamiento eran alto seguidos por promedio en la mayoría de los pacientes (36% y 34%, respectivamente). Con estos resultados se puede manifestar que los pacientes con enfermedad oncológica son generalmente adherentes al tratamiento farmacológico, pero no se podría especificar en relación a que aspectos, debido a que los estudio no especifican las dimensiones analizadas, lo cual dificulta la contrastación de la información.

Mientras que la calidad de vida fue catalogada como muy baja (42.9%) de manera general, y de manera específica, es decir, al analizar sus dimensiones, se encontró que el “rol físico” y “rol emocional” también eran clasificados como muy baja (66.8% y 56%, respectivamente). Sobre esta variable, se han encontrado estudios que analizan la variable, pero no en la población de estudio, sino en otras, como es el caso del elaborado por Gallardo y Franco (2014), al estudiar a pacientes con insuficiencia renal crónica, hallaron que en más de la mitad de los pacientes tenían niveles regulares de calidad de vida. La poca similitud de resultados, podría deberse a que ambas patologías son crónicas, las cuales afectan de manera significativa la vida de quienes las padecen, alterando diversos aspectos de su vida diaria; mientras que Hirschberg et al. (2014), al estudiar a pacientes con hipertensión arterial encontraron que la calidad de vida era catalogada como media alta, encontrando además que valores mínimos fueron encontrados en la dimensión “salud general” y valores máximos en las dimensiones “rol emocional”, ello podría deberse a que esta patología se podría considerar como ambulatoria, ya que su tratamiento está basada en la mejora de los estilos de vida y terapia farmacológica oral, lo cual no altera su interrelación social, familiar, personal. Debido a todo lo mencionado es relevante que se realicen estudios en los pacientes con la misma patología, con el propósito de que la población sea más homogénea, así mismo que se pueda aplicar la misma metodología investigativa, específicamente la utilización de instrumento para poder realizar una adecuada contrastación de información.

Los hallazgos del presente trabajo de investigación en relación al objetivo general indican existencia de relación significativa, directa y moderada entre la adherencia terapéutica farmacológica y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica ($p < 0.001$, $r = 0.679$), concordando con lo reportado por Castañeda (2015), que determino una relación débil entre las variables ($r = 0.232$ $p = 0.003$), en pacientes con enfermedad crónica oncológica y García (2018), que determino correlación débil e indirecta entre ambos constructos.

Así mismo, se han podido identificar otras investigaciones enfocadas en otras enfermedades, donde se ha evidenciado asociación entre adherencia terapéutica y calidad de vida como la ejecutada por Hirschberg y otros (2014) en pacientes con hipertensión arterial; Gallardo y Franco (2014) en pacientes con insuficiencia renal crónica; Rojas y Flores (2016) en infarto agudo de miocardio. Por lo identificado, se

puede mencionar que la adherencia terapéutica, específicamente la farmacológica es un criterio relevante que debe concientizar toda persona que tenga una comorbilidad, pues este influirá de manera directa en su calidad de vida.

En relación con el primer objetivo específico, se encontró correlación directa y moderada entre la dimensión control sobre la “ingesta de medicamentos y alimentos y la calidad de vida en pacientes oncológicos” ($p < 0.001$, $r = 0.651$). Concordando con lo establecido por Rojas y Flores (2016), que encontraron correlación entre la dimensión cumplimiento del tratamiento y calidad de vida (solo en las dimensiones movilidad y relaciones sociales). Mientras que, García (2018), identificó la no asociación entre los factores relacionados a la terapia y la calidad de vida, discrepando por completo con ambos estudios mencionados. Ello demuestra que el aspecto farmacológico, así como el alimentario son relevantes para los pacientes oncológicos, ya que influye y mejora en su calidad de vida.

De acuerdo con el segundo objetivo específico, se encontró relación entre la dimensión “seguimiento médico conductual y la calidad de vida en pacientes oncológicos” ($p < 0.001$, $r = 0.643$), oponiéndose a lo reportado por García (2018), quien no encontró asociación significativa entre las variables factores relacionados al proveedor (dimensión de adherencia terapéutica) y calidad de vida. La disparidad de resultados podría deberse a la utilización de diferentes instrumentos para la valoración de la adherencia terapéutica, que, al no utilizar un instrumento en común, se analizan diversas dimensiones, lo que brinda resultados diferentes entre estudios, a pesar de estar bajo la misma línea de investigación.

Finalmente, según el tercer objetivo específico, se encontró relación entre la dimensión autoeficacia y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica ($p < 0.001$, $r = 0.691$), concordando con los resultados encontrados por Rojas y Flores (2016), donde la calidad de vida se correlaciona con la dimensión implicación personal de la adherencia. Sin embargo, hallazgos nada similares a los establecidos fueron identificados por García (2018), que no encontró significancia estadística entre la dimensión factores relacionados con el paciente y la calidad de vida. Al respecto se puede mencionar, que la propia persona es el principal factor de la adherencia

terapéutica farmacológica, es el único y principal responsable del cumplimiento terapéutico, el cual influirá en el aumento o reducción de su calidad de vida.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Conclusiones

- Existe relación significativa directa moderada entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP del HNERM 2021. Es decir, a mejor adherencia terapéutica farmacológica mejor calidad de vida.
- Existe relación significativa directa moderada entre la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP del HNERM 2021. Es decir, a mejor control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos mejor calidad de vida.
- Existe relación significativa directa moderada entre la dimensión seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidas en la UDCP del HNERM 2021. Es decir, a mejor seguimiento médico conductual mejor calidad de vida.
- Existe relación significativa directa moderada entre la dimensión autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la UDCP del HNERM 2021. Es decir, a mejor autoeficacia mejor calidad de vida.

Recomendaciones

- Plantear estrategias educativas que permitan a los profesionales sanitarios que laboran en Unidades de Dolor y Cuidados Paliativos a concientizar a los pacientes sobre la importancia de la adherencia terapéutica farmacológica y su repercusión en la calidad de vida.
- Ejecutar actividades que involucren un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, para impulsar la adherencia terapéutica farmacológica en pacientes oncológicos, con la finalidad de minimizar las complicaciones asociadas.
- Fomentar la ejecución de más estudios relacionados al tema de investigación con objetivo de poder establecer si existe relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes oncológicos, en otras realidades institucionales.

Limitaciones

- La ausencia de estudios locales relacionados con el tema, no permitió realizar una adecuada contrastación de información con los resultados obtenidos, específicamente para identificar problemas locales para poder ser abordadas.
- Los resultados obtenidos en esta investigación no podrán ser extrapolados a otras realidades instituciones, ya que determinan la realidad local en un determinado momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, T. (2017). *Propiedades psicométricas del cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de Chimbote*. Tesis de pregrado, Universidad César vallejo.
- Alam, A., Farooq, U., Sing, R., Dubey, V., Kumar, S., Kumari, R., et al. (2018). Chemotherapy Treatment and Strategy Schemes: A Review. *Open Acc J of Toxicol.* 2018; 2(5): 1-6
- Alonso J, Prieto L, Anto J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, 104,771-776.
- Álvarez, M. (2016). *Frecuencia y factores que influyen en el abandono del tratamiento oncológico*. Tesis Magistral, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Amdie, F. Z., Sawhney, M., y Woo, K. (2022). The Weakness of Will: The Role of Free Will in Treatment Adherence. *Patient preference and adherence*, 16, 1131-1139. <https://doi.org/10.2147/PPA.S362706>
- Amir, M., Feroz, Z., y Beg, A. E. (2018). A new health care professional-based model for medication adherence. *Patient Preference and Adherence*, 12, 2085-2091. <https://doi.org/10.2147/PPA.S171989>
- Araya, N., Barrantes, K., Fernández, M., Rodríguez, M., y García, J. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de Costa Rica. *InterSedes*, 18(38).
- Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. [Internet]; 2017. Citado el 24 de setiembre de 2020. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Ayala, L., y Sepúlveda, G. (2017). Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. *Enfermería global*, 45, 353-368.
- Boon, M., y Van Baalen, S. (2019). Epistemology for interdisciplinary research—Shifting philosophical paradigms of science. *European Journal for Philosophy of Science*, 9(1), 16. <https://doi.org/10.1007/s13194-018-0242-4>

- Brown, M., y Dueñas, A. N. (2019). A Medical Science Educator's Guide to Selecting a Research Paradigm: Building a Basis for Better Research. *Medical Science Educator*, 30(1), 545-553. <https://doi.org/10.1007/s40670-019-00898-9>
- Castañeda, A. (2015). Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Revista Cuidarte*, 6(1), 906-913.
- Castillo. (2015). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico - uterino, Cartagena (Colombia),2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(1), 22-31.
- Chakrabarti, S. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World Journal of Psychiatry*, 6(4), 399-409. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i4.399>
- Chalco, M. (2021). Modelo integrador explicativo de adherencia al tratamiento basado en la relación medico-paciente, autoeficacia, estado emocional y apoyo social percibido en pacientes con insuficiencia renal crónica de hospitales nacionales – Lima. Tesis doctoral, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Congreso de la Republica (1997). *Ley General de Salud*. Recuperado de: <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>
- Conthe, P. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*, 24(6), 336-344.
- Cordier, J., y Cottin, V. (2015). Orphan lung diseases from definition to organisation of care. En *Orphan lung diseases: a clinical guide to rare lung disease* (págs. 1-3).
- El Peruano (2007). *Normas Legales*. Recuperado de: http://transparencia.concytec.gob.pe/images/stories/2012/ds_032_2007_ed.pdf
- El Peruano (2016). *Normas Legales*. Recuperado de: https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/ExpVirPal/Normas_Legales/30486-LEY.pdf
- Finck, C., Hinz, A., Barradas, S., y Zenger, M. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 27-34.
- Gallardo, A. Franco, B. (2014). Calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Jóvenes Investigadores*, 1(1), 436-441.

- García, D. (2018). *Efectos de la calidad de vida en la adherencia al tratamiento de quimioterapia en el servicio de oncología del Hospital Eugenio Espejo*. Tesis de especialidad, Universidad Central del Ecuador, Ecuador.
- Glackin, S. N., y d'Ancona, G. (2019). Ethical, philosophical, and practical considerations in adherence to therapy in sleep medicine. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 25(6), 609-613. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000626>
- González, M. (2018). *Estudio del cumplimiento terapéutico del tratamiento oncológico dispensado en oficina de farmacia en pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Guamán, M. (2017). *Estilos de vida y nivel de adherencia a hemodiálisis en los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten al Hospital José Carrasco Arteaga*. Tesis de grado, Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J., Andersen, M., Beisland, E., Borge, C., et al. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*, 28 (10), 2641-2650.
- Hernández, F., y Landero, R. (2014). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica*, 11(1), 99-104.
- Hernando, U., Dueñas, D., Martínez, K., Polo, Y., Sánchez, L., y Perdomo, A. (2014). Adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las unidades oncológicas. *Revista Facultad de Salud*, 6(1), 14-19.
- Hirschberg, S., Donatti, D., Rijana, I., Selan, V. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 65-70.
- Ibarra, O., y Morrillo, R. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
- Instituto Nacional de Cáncer. (9 de Febrero de 2015). *Instituto Nacional de Cáncer*. Recuperado el 21 de Octubre de 2019, de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

- Kari, H; Kortejärvi, H; Airaksinen, M; Laaksonen, R . (2018). Patient involvement is essential in identifying drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol.*, 84(9), 2048-2058.
- Kelly, M., Dowling, M., y Millar, M. (2018). The search for understanding: The role of paradigms. *Nurse Researcher*, 25(4), 9-13. <https://doi.org/10.7748/nr.2018.e1499>
- Labrador O, M.; Rodríguez S, CA; Rodríguez G, B. (2017). Cumplimiento de las recomendaciones sobre estilos de vida saludable en mujeres en seguimiento tras un cáncer de mama. *Rev Enfermería CVL*, 9(1), 54-62.
- López, P., Miranda, G., Segura, N., Rivera, L., Cambray, C., y Chávez, A. (2014). Estudio de la calidad de vida en pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable usando el Cuestionario SF-36. *Rev Ale Mex*, 61, 52-58.
- Marcel, W. Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 20(3), 167-180.
- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A., y Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2)
- Markotic, F., Cerni, E., Zalihic, A., Pehar, R., Hadziosmanovic, Z., y Pavic, G. (2013). Adherence to pharmacological treatment of chronic nonmalignant pain in individuals aged 65 and older. *Pain Med*, 14(2), 247-256.
- Moyano, C., Orozco, M. *Apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acuden al consultorio de oncología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2017.* (Tesis de grado). Universidad Norbert Wiener, Lima.
- Organización Mundial de la Salud. (12 de Setiembre de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 21 de Octubre de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Paolino, M.; Arrossi, S. (2012). Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud Colectiva*, 8(2), 247-261
- Parra, M. (2017). *Diseño de un programa de atención farmacéutica en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Unidad Oncológica Solca Imbabura.* Tesis magistral, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato.

- Pedraza, G., Vega, C., y Nava, C. (2018). Versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 4(2).
- Peh, K. Q. E., Kwan, Y. H., Goh, H., Ramchandani, H., Phang, J. K., Lim, Z. Y., Loh, D. H. F., Østbye, T., Blalock, D. V., Yoon, S., Bosworth, H. B., Low, L. L., y Thumboo, J. (2021). An Adaptable Framework for Factors Contributing to Medication Adherence: Results from a Systematic Review of 102 Conceptual Frameworks. *Journal of General Internal Medicine*, 36(9), 2784-2795. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06648-1>
- Perdomo, M., Marín, C., y García, H. (2019). Adherence to oral pharmacological treatment in cancer patients: Systematic review. *Oncology Reviews*, 13(402), 49-53.
- Pereyra G, C.; Ronchieri P, C.; Rivas, A.; Trueba, D. (2018). Autoeficacia: Una revisión aplicada a diversas áreas de Psicología. *Ajayu*; 16(2): 299-325
- Puerto, H., y Carrillo, G. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 47(2), 125-136.
- Purizaca, J. *Atención domiciliaria y calidad de vida en pacientes oncológicos terminales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2015*. (Tesis de grado). Universidad César Vallejo, Lima.
- Reach, G. (2019). Temporality in chronic diseases and adherence to long-term therapies: From philosophy to science and back. *Diabetes & Metabolism*, 45(5), 419-428. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2018.11.002>
- Riley, SP; Bialosky, J; Coronado, RA. (2020). Are Changes in Fear-Avoidance Beliefs and Self-Efficacy Mediators of Discharge Function and Pain in Patients With Acute and Chronic Low Back Pain?, *J Orthop Sports Phys Ther*: 1-29
- Rivera, C. (2016). *Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino*. Tesis de grado, Universidad Pontificia Católica del Perú, Lima.
- Rojas, J. y Flores M.(2016). Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan*, 16(3),328-339.
- Rosenblatt, E., y Zubuzarreta, E. (2017). *Radiotherapy in cancer care: facing the global challenge*. IAEA, Vienna.

- Salazar, F. B. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 1-9. Doi: 10.1177/1010539511432879
- Skiba, MB; et al. (2020). Dietary Interventions for Adult Survivors of Adolescent and Young Adult Cancers: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *J Adolesc Young Adult Oncol*:1-13
- Soria, T., Vega, C., Nava Q, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativo psicológico*, 14(20), 1-10.
- Timmerman, L., Stellema, R., Stronks, D., Groeneweg, G., y Huygen, F. (2014). Adherence to pharmacological pain therapy in patients with nonmalignant pain: the role of patients' knowledge of pain medication. *Pain Pract.*, 14(8), 701-708.
- Zaugg, V., Korb-Savoldelli, V., Durieux, P., y Sabatier, B. (2018). Providing physicians with feedback on medication adherence for people with chronic diseases taking long-term medication. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD012042. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012042.pub2>
- Zegarra M. (2018). *Percepción de apoyo Social y Adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Consultorio externo de endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2017*, Tesis de Pregrado, Universidad Católica de Santa María

ANEXOS

A. Matriz de consistencia de proyecto

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MATERIAL Y MÉTODO
<p>General ¿Cuál es la relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021?</p> <p>Específicos ¿Cuál es la relación entre la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021?</p>	<p>General Determinar la relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.</p> <p>Específicos Determinar la relación entre la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.</p>	<p>Hipótesis general HG. La relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021, es directa.</p> <p>Hipótesis específicas H1. El control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia terapéutica farmacológica se relaciona directamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021. H2. El seguimiento médico conductual de la adherencia terapéutica farmacológica tiene relación directa con la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021. H3. La autoeficacia de la adherencia terapéutica farmacológica se relaciona directamente a la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.</p>	<p>Variable 1 Adherencia terapéutica farmacológica</p> <p>Variable 2 Calidad de vida</p> <p>Variables intervinientes Características clínico - epidemiológicas</p>	<p>Tipo y Diseño de investigación: Tipo Observacional, transversal, prospectivo con enfoque cuantitativo, correlacional. Diseño: no experimental</p> <p>Población 350 pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.</p> <p>Muestra 184 pacientes</p> <p>Técnica Encuesta</p> <p>Instrumento Cuestionario SF-36 EAT</p> <p>Análisis estadístico Se calculo el coeficiente de correlación de Spearman, considerando un nivel de significancia del 5 %, donde un valor $p < 0.05$ será considerado significativo.</p>

B. Consentimiento informado

Consentimiento informado para el paciente.

Adherencia terapéutica farmacológica y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de dolor y cuidados paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021

Propósito del Estudio: lo estamos invitando a participar en un estudio con la finalidad de determinar la relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica. Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021.

Procedimientos: si usted acepta participar en este estudio se le entregará un cuestionario que le tomará aproximadamente 20 minutos en ser llenado y será realizado en las instalaciones del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Riesgos y Beneficios: no existirá riesgo alguno respecto a su participación en esta investigación, pues solo se le pedirá llenar un cuestionario con una serie de preguntas. Asimismo, su participación no producirá beneficio alguno, ni remuneración y/o pago de ningún tipo.

Confidencialidad: no se divulgará su identidad en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que Ud. brinde será usada solo con fines estrictos de estudio. En caso este estudio fuese publicado se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento sus nombres ni apellidos.

Su participación es voluntaria, puede negarse a participar y no representará ningún tipo de compromiso al hacerlo o perjuicio alguno. Así mismo, se pone de conocimiento que Ud. puede retirarse de este estudio, en cualquier momento, si así lo desea.

De tener alguna pregunta adicional sobre el estudio, comunicarse con la investigadora Gloria Melissa Pacheco Feijoó al celular 990990787, o al e-mail gloria.pacheco@unmsm.edu.pe.

Acepto voluntariamente participar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con la investigadora responsable, además de haber absuelto mis dudas y poder verificar su correcta comprensión.

Participante

Fecha

Investigadora

Fecha

Consentimiento informado para el familiar del paciente.

Adherencia terapéutica farmacológica y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de dolor y cuidados paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021

Propósito del Estudio: se solicita autorización para la participación de su familiar en un estudio con la finalidad de determinar la relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y la calidad de vida en pacientes oncológicos. Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2020.

Procedimientos: si usted acepta que su familiar participe en este estudio, se le entregará un cuestionario que le tomará aproximadamente 20 minutos en ser llenado y será realizado en las instalaciones del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Riesgos y Beneficios: no existirá riesgo alguno respecto a la participación de su familiar en esta investigación, pues solo se le pedirá llenar un cuestionario con una serie de preguntas. Asimismo, la participación de su familiar no producirá beneficio alguno, ni remuneración y/o pago de ningún tipo.

Confidencialidad: se pone en conocimiento que no se divulgará la identidad de su familiar en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que brinde será usada solo con fines estrictos de estudio. En caso este estudio fuese publicado se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento sus nombres ni apellidos.

Su autorización es voluntaria, puede negarse a brindarla y no representará ningún tipo de compromiso al hacerlo o perjuicio alguno. Así mismo, se pone de conocimiento que Ud. puede retirar a su familiar de este estudio, en cualquier momento, si así lo desea.

De tener alguna pregunta adicional sobre el estudio, comunicarse con la investigadora Gloria Melissa Pacheco Feijoó al celular 990990787, o al e-mail gloria.pacheco@unmsm.edu.pe .

Acepto voluntariamente la participación de mi familiar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con la investigadora responsable, además de haber absuelto mis dudas y poder verificar su correcta comprensión.

Participante

Fecha

Investigadora

Fecha

C. Instrumentos que se aplicaron para la recolectar información

Ficha de recolección de datos

Adherencia terapéutica farmacológica y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de dolor y cuidados paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021

Fecha: _____

N° de ficha: _____

I. Características clínico - epidemiológicas

Sexo	Masculino		Edad		
	Femenino				años
Nivel de instrucción	Sin instrucción		Ocupación	Sin ocupación	
	Primaria			Ama de casa	
	Secundaria			Dependiente	
	Técnico			Independiente	
	Universitario				
Diagnóstico oncológico	Cáncer de piel		Tiempo de enfermedad		_____ meses
	Cáncer de estomago				_____ años
	Cáncer de mama				
	Cáncer de cérvix				
	Otro				

II. Calidad de vida. SF-36

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/>	Excelente
<input type="checkbox"/>	Muy buena
<input type="checkbox"/>	Buena
<input type="checkbox"/>	Regular
<input type="checkbox"/>	Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

<input type="checkbox"/>	Mucho mejor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/>	Algo mejor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/>	Más o menos igual que hace un año
<input type="checkbox"/>	Algo peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/>	Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o casos que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita hacer esas actividades o casos? Si es así ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita nada
Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)			
Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)			
Coger o llevar la bolsa de la compra			
Subir varios pisos por la escalera			
Subir un solo piso por la escalera			
Agacharse o arrodillarse			
Caminar 1 kilómetro o mas			
Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)			

Caminar una sola manzana (unos 100 metros)			
Bañarse o vestirse por sí mismo			

4. Durante las últimas semanas ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Actividades	Si	No
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
¿Hizo menos de los que hubiera querido hacer?		
¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo en sus actividades cotidianas?		
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?		

5. Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

Actividades	Si	No
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?		
¿Hizo menos de los que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?		
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?		

6. Durante las 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

	Nada
	Un poco
	Regular
	Bastante
	Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

	No, ninguno
	Si, muy poco
	Si, un poco
	Si, moderado
	Si, mucho
	Si, muchísimo

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

	Nada
	Un poco
	Regular
	Bastante
	Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a como se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia...

Actividades	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca
¿Se sintió lleno de vitalidad						
¿Estuvo muy nervioso?						
¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?						

¿Se sintió calmado y tranquilo?						
¿Tuvo mucha energía?						
¿Se sintió desanimado y triste?						
¿Se sintió agotado?						
¿Se sintió feliz?						
¿Se sintió cansado?						

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿conque frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre
Casi siempre
Algunas veces
Solo alguna vez
Nunca

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

Actividades	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
Estoy tan sano como cualquiera					
Creo que mi salud va a empeorar					
Mi salud es excelente					

III. Adherencia terapéutica farmacológica. Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)

Nº	Ítems	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos		1	2	3	4	5
1	Ingiero mis medicamentos de manera puntual.	1	2	3	4	5
2	No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	1	2	3	4	5
3	Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	1	2	3	4	5
4	Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	1	2	3	4	5
5	Como solo aquellos alimentos que el médico me permite.	1	2	3	4	5
6	Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	1	2	3	4	5
7	Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	1	2	3	4	5
Seguimiento médico conductual						
8	Me hago análisis en los periodos que el médico me indica.	1	2	3	4	5
9	Asisto a mis consultas de manera puntual.	1	2	3	4	5

10	Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	1	2	3	4	5
11	Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	1	2	3	4	5
12	Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	1	2	3	4	5
13	Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente, aunque no esté enfermo.	1	2	3	4	5
14	Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	1	2	3	4	5
Autoeficacia						
15	Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	1	2	3	4	5
16	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvidan tomar mis medicamentos.	1	2	3	4	5
17	Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	1	2	3	4	5
18	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	1	2	3	4	5
19	Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	1	2	3	4	5
20	Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.	1	2	3	4	5
21	Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.	1	2	3	4	5

D. Confiabilidad

Adherencia terapéutica farmacológica

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,772	21

Dimensiones:

Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,920	7

Seguimiento médico conductual

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,808	7

Autoeficacia

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,954	7

Calidad de vida

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,910	36

Dimensiones:

Función física(3a,3b,3c,3d,3e,3f,3g,3h,3i,3j)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,926	10

Rol físico(4a,4b,4c,4d)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,923	4

Dolor corporal (7,8)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,786	2

Salud general(1+11a+11b+11c+11d)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,702	5

Vitalidad(9a,9c,9g,9i)**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,925	4

Rol social (6,10)**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,750	2

Rol emocional(5a,5b,5c)**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,909	3

Salud mental(9b,9c,9d,9f,9h)**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,939	5

Estadísticas complementarias

Cuadro 14. Otros diagnósticos oncológicos

Diagnóstico oncológico	n
Bronquios	1
Cáncer anal	2
Cáncer de órbita	1
Cáncer de piel	3
Cáncer hipofaringe	1
Carcinoma fisiopatología	1
Cavidad Oral	1
Cuello	1
Encéfalo	1
Hepático	1
Hígado	1
Hueso	1
Laringe	2
Lengua	1
Leucemia	1
Linfático	1
Liposarcoma	1
Ovario	1
Síndrome mielodisplásico	1
Tiroides	2
Tumor vías biliares	1
Tumor maligno	1
Vejiga	2
Vulva	3
Otro	22