



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR Y SU INFLUENCIA  
EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS  
EN EL HOSPITAL “DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C.” UNIDAD  
ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico.

**Autor:** Tobar Viera, Andrea Susana

**Tutora:** Ps. Cl. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

Ambato – Ecuador

Enero, 2016

## APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL “DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C.” UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA AMBATO”** de Andrea Susana Tobar Viera estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2015

LA TUTORA

.....

Ps. Cl. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

## **AUTORÍA DEL TRABAJO**

Yo, Andrea Susana Tobar Viera, declaro que soy la única autora del trabajo de investigación titulado: **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL “DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C.” UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA AMBATO”**, los criterios en este proyecto de investigación, los contenidos que en el presente se muestran, ideas, análisis, conclusiones y síntesis son de exclusiva responsabilidad de mi persona como autora del proyecto.

Ambato, Agosto del 2015

LA AUTORA

.....

Tobar Viera, Andrea Susana

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este proyecto de investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2015

**LA AUTORA**

.....

Tobar Viera, Andrea Susana

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema: **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL “DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C.” UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA AMBATO”** de Andrea Susana Tobar Viera estudiante de la Carrera de Psicología Clínica

Ambato, Enero del 2016

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto de investigación a Dios por darme la salud y la vida, por llenarme de sabiduría, brindarme la capacidad, la valentía y la fuerza necesaria para poder cumplir una meta más en mi vida, sin la bendición de Dios no hubiera podido lograrlo, gracias porque junto a ti mi Señor todas las cosas son posibles.

A mis padres Susana y Edison, quienes me dieron la vida, contando con el cariño incondicional de mi madre que ha sido amiga y compañera en cada etapa de mi vida, una mujer dedicada a sus hijos quien me enseñó a valorar y ser bondadosa con los demás, mi padre que con su fortaleza me ha hecho una mujer de bien; también a mi hermano Edison que es parte de mi aprendizaje; mi familia ha llenado mi camino de amor y cuidado siendo mi mayor bendición, ellos han sido para mí un apoyo incondicional, me han enseñado que las metas son alcanzables y que una caída no es una derrota sino el principio de una lucha que siempre termina en logros y éxitos.

## **AGRADECIMIENTO**

El presente proyecto de investigación es un esfuerzo de varias personas en el cual directa o indirectamente participaron con un granito de arena para que este sueño se haga realidad, opinando, leyendo, dándome ánimo, acompañándome en los momentos buenos y malos.

Gracias a toda mi familia que han sido parte de este caminar, orientándome en todo lo que se, guiándome en mis estudios universitarios. Este triunfo también es de ellos. Los amo a cada uno de ustedes gracias por estar siempre a mi lado.

A mi Institución la Universidad Técnica de Ambato y a todo su personal docente y administrativo que forman parte de ella que con sus conocimientos brindados me forjaron como una profesional, principalmente a mi Tutora Nancy Betancourt quien tuvo la paciencia y esmero para guiarme en la realización del proyecto de investigación, así también a mis calificadores y cada una de las personas que contribuyó en este proceso de graduación.

## Índice de Contenido

RESUMEN .....	xi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	3
EL PROBLEMA .....	3
1.1 TEMA: .....	3
1.2 Planteamiento del Problema: .....	3
1.2.1 Contexto:.....	3
1.2.2 Formulación del Problema: .....	10
1.3 Objetivos:.....	12
Objetivo General:.....	12
Objetivos Específicos:.....	12
1.4 Justificación: .....	14
1.5 Limitaciones:.....	16
CAPÍTULO II .....	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	17
2.2 BASE TEÓRICA: .....	29
2.2.1 Esquemas Mentales.....	29
2.2.3 Estrategias Cognitivas.....	30
2.2.4 Afrontamiento.....	32
2.2.5 Clasificación del afrontamiento .....	33
2.2.5.1 Afrontamiento cognitivo .....	34
2.2.5.2 Afrontamiento conductual.....	35
2.2.6 Estrategias de Afrontamiento.....	36
2.2.7 Tipos de Estrategias de Afrontamiento .....	37
2.2.8 Estrategias de Afrontamiento del dolor.....	38
2.2.9 Psicología de la Salud .....	41
2.2.10 Psicooncología .....	42



2.2.11 Comportamientos saludables .....	46
2.2.12 Adherencia Terapéutica .....	48
2.2.13 Factores asociados a la adherencia terapéutica .....	50
Factores Biológicos asociados a la adherencia .....	50
Factores Psicológicos que se asocian con la adherencia .....	51
Factores sociales y culturales que se asocian con la adherencia .....	52
2.2.14 Causas de incumplimiento terapéutico.....	54
2.2.15 Estrategias para promover el cumplimiento terapéutico .....	55
2.3 Definición de Términos: .....	56
2.4 Sistema de Hipótesis: .....	57
2.5 Sistemas de Variables .....	58
2.5.1 Variable Independiente: Estrategias de Afrontamiento del dolor .....	58
2.5.2 Variable Dependiente: Adherencia Terapéutica .....	62
CAPÍTULO III.....	64
MARCO METODOLÓGICO.....	64
3.1 Nivel o Tipo de Investigación .....	64
3.1.2 Enfoque .....	64
3.2 Diseño de la Investigación .....	64
3.3 Población y Muestra .....	65
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos .....	66
3.4.1 Instrumentos de Recolección de datos .....	66
Variable Independiente: Estrategias de Afrontamiento del dolor .....	66
Variable Dependiente: Adherencia Terapéutica .....	70
3.4.2 Técnicas de Recolección de datos.....	73
3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos.....	76
CAPÍTULO IV.....	77
MARCO ADMINISTRATIVO .....	77
4.1 Recursos .....	77
4.1.2 Presupuesto: .....	79
4.2 Conclusiones .....	80

4.3 Cronograma de Actividades.....	81
4.3 Bibliografía .....	82
4.5 Anexos .....	94
A1 Test: ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	94
A2 Test: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR.....	96

### **Índice de Tablas:**

Tabla 1. Variable Independiente- Estrategias de Afrontamiento del dolor.....	61
Tabla 2. Variable Dependiente- Adherencia Terapéutica .....	63
Tabla 3. Técnicas de Recolección de datos.....	76
Tabla 4. Presupuesto .....	79
Tabla 5. Cronograma de Actividades.....	81
Tabla 6. Test-Adherencia Terapéutica .....	95
Tabla 7. Test-Estrategias de Afrontamiento del dolor .....	97

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL “DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C.” UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA AMBATO”**

**Autor:** Tobar Viera, Andrea Susana

**Tutora:** Ps. Cl. Betancourt Ulloa Nancy del Carmen

**Fecha:** Agosto del 2015

**RESUMEN**

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante el analizar las estrategias de afrontamiento del dolor y su influencia en la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato, el proyecto de investigación permitirá valorar el grado de comprometimiento del paciente con el tratamiento médico y la comunicación favorable que se da con el personal de salud creando un clima de confianza para fortalecer el trato médico-paciente, de este modo se logrará el cumplimiento de las responsabilidades en los distintos procesos terapéuticos para combatir la enfermedad; además con los objetivos planteados se intentará conocer las estrategias de afrontamiento al dolor que son utilizadas por la población objetivo, determinar los factores prevalentes utilizados en la adherencia terapéutica, de este modo lo que se busca es mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los pacientes, se podrá brindar una atención focalizada para fortalecer puntos positivos y reducir conductas negativas que perjudican al paciente y familiares.

El enfoque del proyecto de investigación fue de tipo cualitativo ya que permitirá describir características de las variables que intervienen en el problema; de conformidad con el paradigma crítico propositivo, seleccionado para la presente investigación se ha elegido a la población conformada por pacientes oncológicos que asisten al Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato, se contará con la participación de 292 pacientes oncológicos.

**Palabras claves:** Adherencia terapéutica, afrontamiento, cáncer, comportamientos saludables, dolor, Estrategias de Afrontamiento, Estrés.

## SUMMARY

This research work was to analyze the question the pain coping strategies and their influence on adherence in cancer patients in the Hospital "Dr. Julio Enrique Paredes C. "SOLCA Tungurahua Oncology Unit, the research project will allow to evaluate the degree of commitment of the patient-physician communication and the favorable treatment given to health staff creating a climate of confidence to strengthen medical treatment -patient, thus fulfilling the responsibilities will be achieved in the various treatment processes to combat the disease; besides the objectives set will attempt to learn coping strategies to pain that are used by the target population, determine the prevailing factors used in adherence, thus what is sought is to improve the quality of life and health status of patients, it may provide focused attention to strengthen positive aspects and reduce negative behaviors that harm the patient and family.

The focus of the research was qualitative since it will describe characteristics of the variables involved in the problem; in accordance with proactive critical paradigm, selected for this research it has been elected to the population made up of cancer patients attending the Hospital "Dr. Julio Enrique Paredes C. "Oncology Unit SOLCA Tungurahua, will feature the participation of 292 cancer patients.

**Keywords:** Therapeutic adherence, coping, cancer, healthy behaviors, coping strategies, stress.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad las enfermedades crónicas tienen una gran incidencia en la población, un gran número de personas mueren por cáncer o se encuentran en tratamientos permanentes que conllevan secuelas tanto físicas como psicológicas; es así que todos los países han volcado sus esfuerzos en los sistemas de salud para brindar atención oportuna, conjuntamente han invertido en investigación para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad que genera el cáncer en sus diferentes estadios y tipologías, además de las consecuencias psicológicas que tienen en la vida del paciente oncológico, es por eso que en la presente revisión bibliográfica se da a conocer la importancia de la adherencia terapéutica en los tratamientos ambulatorios para combatir el cáncer, el cumplimiento y la persistencia con los regímenes médicos que son recomendados por los profesionales de salud, de este modo se busca concientizar al paciente sobre comportamientos saludables que debe adquirir para llevar una vida sana; el modo de enfrentar las situaciones estresantes, las estrategias de afrontamiento dirigidas a manejar demandas internas y ambientales que se generan debido al dolor y todas las complicaciones inherentes al cáncer; para lograr una estabilidad emocional es necesario instruir en el manejo adecuado de las emociones en situaciones estresantes, las conductas (hábitos saludables, cumplir con los cuidados médicos, acatar las recomendaciones de los médicos) y los pensamientos positivos dirigidos a su propio bienestar físico. Los estados psicológicos influyen en la salud de la persona, sentirse apoyado y fortalecido por la familia tiene gran relevancia en la adherencia terapéutica del enfermo crónico, el contar con el apoyo social y del equipo médico es necesario para afrontar el dolor que es percibido debido a la enfermedad cancerosa; la adherencia al tratamiento es muy difícil de llevar a cabo en pacientes ambulatorios, debido a la frecuencia con la que se realiza las valoraciones médicas, incluso, hay pacientes que no acuden a las citas o a recibir los tratamientos respectivos; lo que busca la presente investigación es conocer la influencia de las estrategias de afrontamiento del dolor en pacientes con cáncer que

asisten a la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua-Ambato, al evaluar a los pacientes dentro del contexto médico en el que se desenvuelven, se podrá contar con datos reales obtenidos mediante evaluaciones psicométricas tanto para el afrontamiento como para la adherencia terapéutica, lo que se pretende lograr con la investigación es conocer factores que pueden aumentar la adherencia y de este modo solucionar la problemática de la ausencia de la misma en los regímenes terapéuticos, además de cuantificar la estrategia de afrontamiento al dolor que se utiliza con mayor frecuencia por los pacientes, todos estos aspectos son de gran relevancia al momento de seguir un proceso terapéutico de tipo oncológico, ya que los factores emocionales se ven involucrados y esto puede generar estancamientos o retrocesos para el tratamiento respectivo, caso contrario lo que se lograría con un buen manejo cognitivo-conductual es fortalecer las distintas áreas de desarrollo del paciente para que tenga mayor efectividad el procedimiento médico, además de reducir el impacto psicológico en familiares, todos los argumentos mencionados anteriormente son una cuenta pendiente en el campo de la Psicología de la Salud, es por esto que este proyecto de investigación busca concientizar a todas las personas involucradas en el estado físico-emocional de los pacientes oncológicos.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

**1.1 TEMA:** Estrategias de afrontamiento del dolor y su influencia en la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.

### **1.2 Planteamiento del Problema:**

#### **1.2.1 Contexto:**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor asocia el dolor con una lesión que altera la funcionalidad de la persona debido a lo que vive en la actualidad experimenta sensaciones desagradables que causan malestar emocional (Organización Mundial de la Salud citado en Barragán y Almanza, 2013). El dolor que provoca el cáncer se estipula como crónico y tiene características específicas debido a la duración y alteraciones psicológicas que condicionan la conducta del paciente (Secoli, Silva, Alves, y Machado, 2005); además de las implicaciones a nivel psicosocial en la persona que padece el dolor de tipo oncológico ya que las relaciones sociales se ven deterioradas por la manera como se convive con la enfermedad (Peñarroya, Ballús y Pérez, 2006).

El dolor asociado al cáncer evoluciona dependiendo del estadio en el que se encuentre la enfermedad, además de los cuidados que el paciente tenga para obtener un adecuado control del cáncer de este modo se reduce el impacto y no permite que avance hasta una etapa que puede ir de aguda a crónica ya que de este modo se verán interrumpidas las actividades diarias de la persona que lo padece (Reyes, González, y Meneses, 2011). En Colombia el número de personas diagnosticadas con cáncer ha aumentado considerablemente; siendo más común el cáncer de estómago y de vías



digestivas con una tasa de 103,5 por cada cien mil habitantes (Ministerio de la Protección Social Republica de Colombia, 2010).

El afrontamiento se refiere a los “esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio que sirven para manejar las demandas externas y/o internas y que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Soriano y Monsalve, 2004). Las estrategias de afrontamiento necesitan de una evaluación primaria y secundaria, esto se refiere a los recursos que tenga la persona para afrontarla en determinada situación, la condición innata o aprendida para hacerle frente.

La persona es un sistema abierto y adaptativo por lo que se acopla de acuerdo con los estímulos internos y externos que la rodean, y reacciona a los factores que generan estrés de forma particular, debido a que son cambiantes. En el diario vivir de las personas van recibiendo distintos procesos de afrontamiento que se modifican a medida que transcurre el tiempo con las experiencias recibidas; en el desarrollo de esta adaptación los seres humanos emplean gran cantidad de energía que podría ser canalizada hacia la recuperación de la enfermedad (Roy C. citado por Barragan y Almanza, 2013). La participación del área de psicología es importante para focalizar la energía del paciente tanto para la aplicación de un afrontamiento favorable como para adaptarse a las demás responsabilidades que asuma el paciente.

Las personas que padecen de cáncer utilizan estrategias que pueden ser beneficiosas para aliviar el dolor y mantener al paciente para un adecuado manejo de la angustia psicológica algunas causan un efecto positivo en el paciente como la distracción, ignorar el dolor o darse autoinstrucciones, otras tienen un impacto negativo como la catastrofización; en varias investigaciones que se han realizado se evidencia que las personas que viven el dolor como algo catastrófico tienen más probabilidades de experimentar niveles elevados del mismo, ansiedad y problemas que interfieren en sus actividades diarias (Rodríguez, Cano, y Blanco, 2004).

En el caso del cáncer el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el individuo) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer).

El tema del afrontamiento es de gran importancia dentro del campo de la salud. Con él están relacionadas múltiples categorías y procesos asociados a la estabilidad psíquica y al modo de vida de individuos y grupos, es expresión del papel activo del ser humano ante los desafíos de la vida cotidiana, y se ha constatado que puede mediatizar los efectos adversos del estrés sobre la salud, incluso sobre la competencia inmunológica del individuo.

Estudios realizados acerca de estrategias de afrontamiento del dolor crónico concluyen que las personas son capaces de asumir la enfermedad como una experiencia enriquecedora, en cuyo caso conductas como la búsqueda de apoyo social, espiritualidad, solución de problemas y evitar del dolor, entre otras, aumentan la satisfacción con la vida (Acosta, Chaparro y Rey, 2008), aun cuando el diagnóstico del cáncer genere un impacto catastrófico. Si bien los tratamientos farmacológicos para el manejo del dolor resultan efectivos en el 80 % de los casos (Murillo y Alarcón citado por Barragán, Alamanza, 2013), se requieren intervenciones concretas para el afrontamiento y la capacidad de la persona para mejorar su calidad de vida.

La adherencia terapéutica hace referencia al grado de comprometimiento que se refleja en el comportamiento del paciente, la toma de medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Independientemente del tipo de enfermedad con que sea diagnosticada una persona, la no adhesión a un determinado tratamiento conlleva múltiples consecuencias tanto para el paciente en los ámbitos personal, familiar, laboral y social, como para el

sistema médico en general, provocando una serie de secuelas negativas, las que podrían incluso incidir en el progreso o agudización del cuadro clínico del paciente.

La adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % en países desarrollados por lo que se deduce que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y la falta de acceso en la atención médica (OMS, 2004). Con este porcentaje alarmante se puede apreciar que solo la mitad de las personas cumplen con el tratamiento de acuerdo a las indicaciones médicas para mejorar su estado de salud; si se evalúa a la otra mitad que no se adhieren al tratamiento se podría decir que son una población en riesgo ya que pueden sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura por falta de un seguimiento médico adecuado.

Las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión lenta, en este grupo se encuentran las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, constituyen las principales causas de mortalidad en el mundo; causando el 60 % de las muertes. En el 2005, 35 millones de personas murieron de una enfermedad crónica; de ellas la mitad correspondía al sexo femenino y presentaban menos de 70 años de edad (Bertoldo et.al, 2013).

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial. En Chile se estima que es responsable de cerca de un 22 % de las muertes en el año, se han registrado aproximadamente 48 muertes diarias por esta causa (Vallebouna, 2001). Con el desarrollo de la medicina se va dejando atrás el asociar el cáncer con la muerte, debido que en la actualidad se encuentran varios tratamientos que se hacen efectivos con una adecuada adherencia de los pacientes lo que prolonga su tiempo de vida.

La frecuencia de los problemas en relación con el seguimiento médico que los pacientes le otorgan a las indicaciones médicas es alto, en varios estudios epidemiológicos sobre la adherencia terapéutica han demostrado cifras de pacientes que no cumplían con las prescripciones, que oscilaban entre un 33% al 50% y en

algunos casos se llegaba al 94% con una media del 40% (Spelman y Sefarino citado en Dionisio y Zaldívar, 1990).

Con independencia de los diferentes criterios y técnicas que se utilicen para evaluar el grado de adhesión a los tratamientos se registran datos sobre la frecuencia de cumplimiento en algunas enfermedades crónicas, los que aun siendo aproximados ilustran la gravedad del problema. Por ejemplo, en hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumple su régimen terapéutico es sólo el 27 % en Gambia, 43 % en China y 51 % en Estados Unidos. (OMS, 2003) En Cuba, se realizó una investigación en un área de salud del municipio Marianao, La Habana y se encontró que sólo el 51 % de los pacientes incluidos en el estudio cumplían adecuadamente el tratamiento antihipertensivo (Martín, Sairo, y Bayarre, 2003).

OMS (2004) indica que la adherencia en otras enfermedades de igual forma mantiene cifras bajas. En Australia, pacientes con asma solo el 43 % toman los medicamentos prescritos, todo el tiempo y el 28 % utilizan la medicación preventiva indicada. Los pacientes con VIH y SIDA en su caso la adherencia a los antirretrovirales se encuentran dentro de un rango del 37 y el 83 % según el medicamento y las características poblacionales; en los pacientes con depresión varía entre el 40 y 70 % de adherencia a los tratamientos antidepresivos; las consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica se expresan en diversas esferas de la vida del paciente a nivel psicológico y familiar que tienen gran interdependencia con las consecuencias médicas en el estado de salud.

Durante los últimos 20 años se han realizado diversos estudios con la finalidad de determinar los factores o motivos que inciden para que un paciente siga o no las indicaciones médicas, pero no se ha logrado una determinación sobre la adherencia terapéutica, al principio se pensó que el paciente era el factor principal en el incumplimiento, después se argumentó que el personal del equipo médico tenía gran incidencia en la adherencia., hoy en día se habla que la adherencia terapéutica debe ser considerada como un problema multifactorial, un círculo donde todo puede ser

influyente. Existen múltiples factores que determinan la no adherencia de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer; en ese sentido se asocia con la falta de responsabilidad tanto del paciente como del equipo terapéutico, dado los cambios constantes durante la cronicidad de esta patología (Alvarado y Aguilar, 2011).

Amigó et al. (2003) plantean un modelo basado en cuatro factores: (a) Variables Internas del Paciente: basados en los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente; (b) Relación Médico-Paciente: se refiere a mejor relación entre médico y paciente podría potencializar la adherencia de los pacientes; (c) Proceso Enfermedad- Tratamiento: relacionado principalmente con la participación activa del paciente en el proceso de enfermedad, es decir, el nivel de comprometimiento y vinculación con el proceso, para ver los avances y mejoría en la recuperación y (d) Costos- Beneficios de la Enfermedad: relacionado con las características propias de la enfermedad y del tratamiento, como es su complejidad, el tiempo de duración, los costos sociales, laborales y familiares, entre otros, que pueden estar asociados a esta patología y que claramente pueden incidir en la adherencia terapéutica.

Las tasas de adherencia en enfermedades crónicas son bajas, independientemente del tipo de enfermedad y del estadio de gravedad como se puede comprobar en el caso de la Diabetes solo el 36–87% de los pacientes se adhieren al tratamiento, en la Hipertensión varía de 33–84% de acuerdo a las características específicas de cada paciente, en el caso del cáncer y que los pacientes reciben tratamientos orales se encuentra un rango de 20–100%; para los pacientes con VIH/SIDA y que reciben triple terapia su adherencia esta entre 70–80% (Ara, 2009).

A nivel Mundial la adherencia terapéutica se ha convertido en un problema de gran importancia e impacto a nivel del sistema de salud; en los países desarrollados se encuentra un mayor nivel de comprometimiento en cuanto a planificación y control del cáncer, de los datos que se obtienen en América Latina y el Caribe, se revela que

la región representa solo el 6% de los gastos financieros del mundo para combatir el cáncer, pese a que registra el 61% de casos de esta enfermedad, con una mortalidad de 1,6 veces superior a la de los países ricos, que utilizan el 88% de medicamentos nuevos, en países como México, Argentina, Costa Rica, Chile se cuenta con programas preventivos que buscan ayudar a los pacientes con cáncer a mejorar su estado de salud; sobre los datos de pacientes con cáncer en el Ecuador se ha encontrado datos alarmantes en el 2009, la última cifra del Registro Nacional de Tumores de SOLCA indica que 14 de cada 100 ecuatorianos murieron de cáncer. Más datos nos dicen que los tumores malignos de estómago ocupan el décimo lugar en la escala de las 20 enfermedades mortales en el país. Nada se dice de las actividades del Instituto Nacional del Cáncer (SOLCA) o de las campañas de prevención de Papiloma Virus en cuello uterino, de Cáncer de mama, colon, estómago o del Helicobacter pylori (Miño, Cáncer en América Latina, 2013).

En el Ecuador según datos obtenidos de los registros estadísticos de la Sociedad de Lucha contra el cáncer SOLCA de acuerdo al porcentaje y número de casos de cáncer según sexo y tipo de cáncer, en los residentes de la ciudad de Guayaquil en el año 2008 demuestra que 123 hombres (9.73%) y 89 mujeres (5.30%) tienen cáncer de estómago dando un total de 212 pacientes que representan en 7.20%; esto evidencia que el cáncer de estómago se encuentra entre los 4 tipos de cáncer con mayor incidencia antecedido por, cáncer de mama con 320 casos que equivale a un 10.87%; cáncer de próstata con 271 casos (9,21%); cáncer de cuello uterino 228 casos (7.74%) (Sociedad de Lucha contra el Cáncer, 2008).

Los datos obtenidos de SOLCA según porcentaje y número de muertes por tipo de cáncer según sexo en los residentes en Guayaquil en el año 2012 evidencian que el cáncer de estómago registra las tasas más altas de mortalidad, con 242 casos de los cuales 136 son hombres (56.2%), 106 son mujeres (43.8%); el segundo tipo de cáncer que registra tasas altas de mortalidad es el bronquios y pulmón con 170 casos, registrando 100 casos en hombres con un 58.8%, en mujeres 70 casos con 41.2%; el

tercer tipo de cáncer que causa más muertes es el cáncer de mamá con 140 casos (SOLCA, 2008).

En el Ecuador a diferencia de países industrializados, el cáncer gástrico distal tiene el primer lugar en frecuencia 38-48%. En cuanto al tipo histológico en los pocos reportes nacionales descritos, el tipo intestinal es el más frecuente 80% sobre el difuso. La provincia del Azuay, más específico, la ciudad de Cuenca es el centro con cifras más altas en diagnosticar cáncer gástrico temprano, 27%. Hay datos concluyentes que nos indican que la neoplasia que más muertes causa en nuestro país es el cáncer gástrico, estando entre las 8 primeras causas de muerte desde hace más de 10 años (Zúñiga, Carvajal y Coronel, 2012).

El cáncer es un problema en el mundo, su incidencia aumenta rápidamente y más gente muere debido a esta causa. Hay que prevenirlo, investigarlo, entenderlo y tratarlo, pero su origen no es la pobreza, la ruralidad o la desidia de gobernantes. El cáncer tiene determinantes biológicas y genéticas, y otras sociales como: falta de atención médica, barreras del idioma, no disponibilidad de herramientas diagnósticas, acceso limitado a medicamentos, falta de educación en prevención, o analfabetismo, además problemas ambientales como: la contaminación ambiental y sus responsables que violan normas de bioseguridad para proteger sus ganancias; omitir el comercio de pesticidas y contaminantes, sin responsabilizar a los fabricantes; o esquivar las contaminaciones de petróleo e industrias en las poblaciones; son factores determinantes y que contribuyen de manera perjudicial para el apareamiento del cáncer con un letalidad vertiginosa que cada vez perjudica a más personas y sus familiares que tienen que luchar contra los efectos del cáncer.

### **1.2.2 Formulación del Problema:**

¿Qué influencia tienen las estrategias de afrontamiento del dolor en la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?

- ¿Qué estrategias de afrontamiento son utilizadas de acuerdo al género de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo a parámetros de la edad de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al estado civil de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?
- ¿Cómo las estrategias de afrontamiento son utilizadas de acuerdo al tipo de tratamiento que reciben los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?
- ¿Qué estrategias de afrontamiento son utilizadas de acuerdo al tipo de cáncer que tienen los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al apoyo familiar que reciben los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?
- ¿Cuáles son los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al género de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?
- ¿Cuáles son los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo a la edad de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?
- ¿Cómo los factores prevalentes en la adherencia terapéutica son utilizados de acuerdo al tratamiento que reciben los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?



- ¿Cuáles son los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al estado civil de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?
- ¿Cuáles son los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al tipo de cáncer que tienen los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?
- ¿Qué porcentaje de pacientes oncológicos que se adhieren al tratamiento de acuerdo al apoyo familiar que reciben los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?

### **1.3 Objetivos:**

#### **Objetivo General:**

- Analizar las estrategias de afrontamiento del dolor y su influencia en la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al género de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.
- Establecer las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo a parámetros de la edad de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.
- Reconocer las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al estado civil de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.
- Detallar las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al tipo de tratamiento que reciben los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.

- Determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al tipo de cáncer que tienen los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.
- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al apoyo familiar que reciben los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.
- Describir los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al género de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.
- Detallar los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo a la edad de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.
- Determinar los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al tratamiento que reciben los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.
- Listar los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al estado civil de los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.
- Reconocer los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al tipo de cáncer que tienen los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.
- Relacionar el porcentaje de pacientes oncológicos que se adhieren al tratamiento de acuerdo al apoyo familiar que reciben los pacientes oncológicos en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.

#### **1.4 Justificación:**

La importancia de la presente investigación radica en el estudio de la adherencia terapéutica y las estrategias de afrontamiento del dolor en pacientes oncológicos, en la actualidad es de gran relevancia ya que el proyecto de investigación permitirá valorar el grado de comprometimiento del paciente con el tratamiento médico y la comunicación favorable que se da con el personal de salud creando un clima de confianza para fortalecer el trato médico-paciente, de este modo se logrará el cumplimiento de las responsabilidades en los distintos procesos terapéuticos para combatir la enfermedad; además con los objetivos planteados se intentará conocer las estrategias de afrontamiento al dolor que son utilizadas por la población objetivo, determinar los factores prevalentes utilizados en la adherencia terapéutica, de este modo lo que se busca es mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los pacientes, se podrá brindar una atención focalizada para fortalecer puntos positivos y reducir conductas negativas que perjudican al paciente y familiares.

De acuerdo a datos obtenidos en investigaciones previas se puede apreciar que hay una escasa adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, debido a esto se considera fundamental abordar el tema de adherencia en pacientes oncológicos y su influencia con estrategias de afrontamiento al dolor ya que el aspecto psicológico juega un papel muy relevante para mejorar el estado anímico y brindar herramientas necesarias que ayuden al paciente con un estilo de vida favorable acorde a las necesidades de su estado de salud; para brindar una atención multidisciplinaria hay que tener en cuenta las diferentes variables de tipo biológico, psicológico y social que influyen en la conducta de adherencia o no adherencia a los tratamientos, entre ellas la experimentación de efectos secundarios, la motivación, la capacidad de toma de decisiones, el estado emocional, la autonomía y la filosofía de vida de cada paciente.

El interés e impacto que ha tomado hoy en día el cáncer hace fundamental un estudio sobre la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos, ya que se busca un beneficio para los pacientes al momento de seguir las indicaciones terapéuticas,

asumir sus responsabilidades frente al tratamiento, entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no; al realizar esta investigación se podrá ver las estrategias de afrontamiento que utilizan, si el paciente no cumple con las indicaciones médicas se podrá ver los factores para que no se adhieran al tratamiento, cuando la investigación se lleve a cabo se podrá estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar una terapia favorable con efectos positivos para la salud del paciente.

Cabe destacar que el equipo multidisciplinario del Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato, contempla el estudio de estas variables como ejes fundamentales para el seguimiento del tratamiento en las áreas médica y psicológica, puesto que ambas se manejan como ejes transversales en los procesos de recuperación y mantenimiento del estado de salud de los pacientes.

Es original puesto que en nuestro país no se han establecido estudios de este tipo, las investigaciones realizadas se han enfocado en la adherencia terapéutica a enfermedades crónicas terminales, no específicamente a los distintos tipos de cáncer; además los estudios realizados están orientados hacia el gasto en salud pública debido a una escasa adherencia de los pacientes por lo que la presente investigación está dirigida a las estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes desde un punto de vista más humano- afectivo ya que también se enfoca en el apoyo afectivo de sus familiares.

En las exploraciones que se realizaron en la provincia de Tungurahua no se han encontrado investigaciones que profundicen esta temática, por lo cual la exploración se enmarca en el interés del conocimiento de los resultados que se generen, esto nos permitirá contar con cifras reales que puedan ser el punto de partida para la elaboración de una propuesta que sea ejecutable.

Es factible ya que se cuenta con la autorización del Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato, institución en la cual

se desarrollara la investigación antes mencionada, misma que al ser una entidad de ayuda social su misión y visión están determinadas a entregar una atención integral de calidad y calidez, además se tiene la predisposición de los usuarios y sus familias, mismos que serán beneficiarios directos e indirectos respectivamente una vez que se ponga en marcha este proyecto de investigación.

### **1.5 Limitaciones:**

- ✓ Poca colaboración del personal médico y de enfermería para proporcionar información requerida para la investigación.
- ✓ Historias clínicas desactualizadas con información relevante del paciente y sus familiares, que pueden aportar con datos fundamentales para la investigación.
- ✓ Al momento de la pre-entrevista se pueden presentar dificultades en establecer rapport, lo que puede causar un obstáculo para establecer empatía entre el investigador y el paciente oncológico y de este modo se puede perder información apreciable para la investigación.
- ✓ Debido a la formación psicológica recibida, se necesitará una mayor preparación en conocimientos básicos en cuanto al área médica para de este modo no entorpecer la comunicación con el paciente debido al desconocimiento de aspectos oncológicos relevantes en la evolución de la enfermedad, efectos secundarios que se pueden presentar.
- ✓ Características variadas de la muestra, dentro de la unidad oncológica se presentan diferentes niveles culturales y educativos, la población utilizada cuenta con diferentes tipologías de cáncer, por lo que los criterios de exclusión serán fundamentales a la hora de la investigación, ya que de este modo se podrá obtener resultados más confiables.
- ✓ Los cuestionarios psicológicos que se van utilizar para la presente investigación, pueden generar sesgos al momento de la aplicación ya que dependerá del grado de conocimiento y veracidad con la que la población responda.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

En el estudio realizado acerca de Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan), con una muestra de 33 pacientes en tratamiento y 28 en seguimiento del servicio de Oncología Médica evidenció que existía una diferencia entre ambos grupos en los estilos de afrontamiento que utilizaban; en cuanto a afrontamiento activo se dirigían más al problema y la revaloración positiva, lo que se refiere a afrontamiento pasivo no se encontraron diferencias estadísticas entre ambos grupos; por lo que se puede concluir que los pacientes en tratamiento utilizan la emoción como un estilo de afrontamiento, dejando de lado las estrategias de solución de problemas, mostrando pasividad conductual y evitación respecto al proceso de su enfermedad; los pacientes en periodo de seguimiento realizan más comportamientos de búsqueda y solución de problemas, asociado a sus citas periódicas para mantener un control de su enfermedad (Galindo, Valadez, Álvarez, González, Robles y Alvarado, 2011).

Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez, y Otalvaro (2009) en el estudio que realizaron sobre Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida en una muestra de 92 pacientes donde se encontró a las estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo como el principal factor focalizado en el problema, búsqueda de apoyo en la religión y profesionales de la salud; esto se evidencia en su reducida capacidad de espera; así también se encontró como un punto alto la utilización de la estrategia de control emocional lo que reduce conductas

autodestructivas provocadas por la ira ya que se conjuga una estrategia cognitivo-afectiva.

En una investigación realizada para valorar la Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas, con una muestra de 52 pacientes, los investigadores concluyeron que los síntomas somáticos, estrés y síntomas emocionales relacionados se redujeron debido a la terapia cognitivo conductual utilizada como método para afrontar positivamente con los variados síntomas que se pueden presentar tanto en el grupo de personas con un alto estrés como en el grupo de pacientes de lupus (Peralta, Robles, Navarrete, y Jiménez, 2009).

Hernandez, Pérez, Guerra, González, y Grau (2012) en su investigación Estilos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, con un total de 30 pacientes seleccionados mediante un muestreo sistemático aleatorio, dividieron en 2 grupos lo que les permitió evidenciar diferencias en cuanto a los estilos de afrontamiento a la enfermedad; en los pacientes en la etapa diagnóstica y previa al tratamiento se utilizó la negación optimista como estilo de afrontamiento que implica los esfuerzos en negar o minimizar la situación y sus consecuencias, también reflejaron el estilo de afecto distracción que está relacionado con aquellos esfuerzos por separarse de la situación buscando satisfacer otras necesidades, esto demuestra el gran impacto psicológico que implica el diagnóstico de una enfermedad crónica. En los pacientes en etapa de control de la enfermedad, posterior al tratamiento, utilizaron un estilo de afrontamiento relacionado con la búsqueda de información ya que de esta forma les permitió conocer más sobre su enfermedad, su tratamiento, factores de riesgo y pronóstico, para que de este modo se sigan manteniendo de forma activa vinculados con el control de la enfermedad.

Monsalve, Soriano, y De Andrés (2006) en su estudio para determinar la Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida, se demostró la gran utilidad del instrumento en una

población de 152 pacientes que recurren a tratamiento para el dolor crónico y su relación con la calidad de vida que se ve afectada por el dolor que sufre el enfermo; incluyeron también la valoración de las estrategias de afrontamiento para evaluar la adaptación del paciente a estresores, las estrategias pasivas como catarsis y religión son las más utilizadas para afrontar el dolor crónico.

Ahumada, Escalante y Santiago (2011) En su investigación con el tema Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA los sujetos de estudio fueron 11, a pesar de ser una muestra pequeña, permitió un estudio más profundo sobre el uso de estrategias de afrontamiento de tipo evitativa, como son: Evitación Cognitiva y Descarga Emocional, lo que demuestra la frecuente utilización de estrategias de afrontamiento "pasivas" en enfermedades crónicas como es el caso del VIH/SIDA, además se evidenció en los sujetos de muestra una falta de apoyo social y baja adherencia terapéutica al tratamiento medicamentoso.

Chacín y Chacín (2011) en su estudio Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer en etapa de diagnóstico, tratamiento, se utilizó una muestra de 118 sujetos para valorar el afrontamiento a la enfermedad de sus hijos centrandose en el problema, así como la búsqueda de soluciones alternativas sobre la base de su costo y beneficio, se encuentran las estrategias dirigidas a modificar presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y los procedimientos, donde se incluyen cambios motivacionales y cognitivos del sujeto, a sí también se evidencia que los padres utilizan en un menor grado la estrategia centrada en la emoción, encargada de disminuir el grado de trastorno emocional, no directo al problema, mostrándose defensivo, la cual le permite actuar sobre las respuestas emocionales y físicas relacionadas con el estrés, para poder mantener el ánimo. Se demostró que la religión es una estrategia muy empleada por los padres como una fuente de soporte emocional y como un medio para la reinterpretación positiva y crecimiento de los acontecimientos o como afrontamiento activo del estresor.



Soucase, Monsalve y Soriano (2005) En su investigación Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de 168 pacientes con dolor crónico, lo que evidenció que la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión son las estrategias de afrontamiento ante el dolor más utilizadas por la muestra y se correlaciona con puntuaciones moderadamente altas en ansiedad y depresión; en cuanto a las estrategias menos utilizadas por la muestra son las de autocontrol y estrategia mental; el valorar que estrategia es la más utilizada permite predecir el nivel de ajuste del paciente al dolor crónico.

Rodríguez, Esteve y López (2000) En su investigación Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico en una muestra de 101 pacientes con cáncer, llegaron a la conclusión que los pacientes con mayor edad tenían un grado más leveado de represión emocional en comparación con la población joven, en cuanto a la manifestación del dolor los adultos jóvenes presentan mayor incidencia de crisis dolorosas esto se correlaciona con el bajo índice de represión emocional, es decir manifiestan abiertamente su dolor a diferencia de la población adulta de mayor edad que tiende a reprimir su dolor debido a varios sucesos de crisis de dolor que ha experimentado durante toda su vida; además se evidenció que los pacientes que controlan favorablemente sus emociones presentan un mayor uso de estrategias de afrontamiento activas, hay que tomar en cuenta que la represión emocional no influye para que se utilice un mayor o menor número de estrategias de afrontamiento.

En el estudio sobre Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer en un muestra de 31 pacientes, los investigadores concluyeron que la mayor parte de la muestra se orienta al problema y la minoría se encuentra en la categoría orientada a la emoción, esto evidencia que las estrategias más utilizadas son la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo social, y variación del nivel de aspiraciones esto varía de acuerdo al diagnóstico de cáncer, ya que los pacientes con posibilidades de recuperación utilizan con mayor eficacia estas estrategias; los pacientes con escasas posibilidades

de recuperación se enfocan en estrategias basadas en la emoción para mantener la esperanza y adherirse a terapias para el dolor crónico (Oliveros, Barrera, Martínez, y Pinto, 2010).

Ottati & Souza (2014) en el estudio realizado sobre Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en el tratamiento de pacientes oncológicos con una muestra de 42 sujetos que se encuentran en tratamiento temprano, se indica que los pacientes utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento centrado en el problema con el fin de hacer frente a la situación, también tienen una mayor percepción de su estado emocional y / o cognitiva lo que demuestra un mayor dominio psicológico, esto a lo que se refiere en la población joven; en cuanto a los adultos se evidenció que están más involucrados con prácticas religiosas para ayudar al proceso de afrontamiento, es decir utilizan estrategias de pensamiento ilusorio; las estrategias menos utilizadas son las de apoyo social y las estrategias emocionales lo que se relaciona con la calidad de vida y el grado de comprometimiento que tiene el paciente con el tratamiento ya que estas estrategias son de gran importancia y deben ser potencializadas para que los pacientes cuenten con un ambiente favorable que permita expresar sus emociones, lidiar con el estrés y tener un mejor dominio de su vida.

En la investigación acerca del afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico, se encontró que los participantes de este estudio utilizan más estrategias de afrontamiento de aproximación que son situaciones controlables para manejar el escenario, esto se da durante el primer año de diálisis; posterior a este tiempo se demuestra la utilización de estrategias de evitación debido a la desesperanza por la escasa probabilidad de un trasplante, además que con el tiempo se van acentuando síntomas físicos y varios factores estresantes que perjudican la adherencia al tratamiento (Ruiz de Alegría, Basabe, y Saracho, 2013).

Torre F., et.al (2008) en su estudio sobre Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor, concluyeron que los pacientes aprecian que el dolor que se

asocia con el estado físico no interfiere significativamente en las actividades diarias de los sujetos de muestra, en relación a las estrategias de afrontamiento mejoran de forma significativa las técnicas de distracción, es decir actividades que desvían la atención ante el dolor y se encontró que otra estrategia la autoafirmación, el hecho de no rendirse ante el dolor constante, la motivación y darse constante ánimos para hacerle frente al dolor; como conclusión los pacientes utilizan un afrontamiento activo conjuntamente con la búsqueda de información ante su dolor.

En la investigación realizada para la Validación de un Inventario para la medida del Estrés percibido y las Estrategias de Afrontamiento en enfermos de Cáncer (ISEAC), después de su aplicación en una muestra de 78 pacientes llegaron a la conclusión que los pacientes en situaciones estresantes utilizan estrategias enfocadas en las emociones negativas debido al temor por el pronóstico y la preocupación por el tratamiento; las estrategias con mayor puntuación son la distracción cognitiva, la evitación y el estoicismo, y las de menor puntuación son el deseo irracional, la catarsis y la no utilización de estrategias, todos estos datos permitieron realizar la validez predictiva del ISEAC, donde también se relacionó las medidas de ansiedad, depresión y calidad de vida con las diferentes estrategias que utilizan cada uno de los pacientes (Pulgar, Garrido, Muela y Reyes del Paso, 2009).

Estrategias de Afrontamiento Psicológico en Cáncer de seno en estudio que se investigó valoraron las estrategias más utilizadas y en primer lugar se enfoca el afrontamiento- religión que se considera una herramienta fundamental para enfrentar la enfermedad, trae consigo beneficios psicológicos asociados a la reducción de la ansiedad producido por el diagnóstico, tratamiento y efectos colaterales; como segunda estrategia se encuentra la solución de problemas, es decir se indaga a los pacientes las creencias respecto al origen de la enfermedad, los recursos que utilizan para enfrentar su patología; como tercera y cuarta estrategia se encuentra la negación y evitación cognitiva, que son utilizadas para minimizar la ansiedad producida por la enfermedad, protegerse del estrés sin afrontar la realidad de su enfermedad y esto

conlleva a un punto negativo que es la dificultad en la adaptación a los tratamientos, que también puede contribuir al abandono del tratamiento (Enríquez M.F, 2010).

Soria, Ávila, Vega y Nava (2012) en la investigación realizada sobre Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, con una muestra de 100 pacientes, lo que les permitió llegar a la conclusión que el estrés de los cuidadores no influye para que el paciente se adhiera o no al tratamiento, además relacionaron varios factores para que se de o no la adherencia terapéutica, estos factores pueden ser la edad, la gravedad y tipo de enfermedad, además del apoyo familiar con el que cuentan los pacientes por lo que los investigadores creen necesario realizar estudios posteriores más profundos.

La Rosa, Martín y Bayarre (2007) en su investigación Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos, en una muestra de 263 pacientes donde se evidenció el tipo de creencias que utilizan en el tratamiento si es una barrera o beneficio para la adherencia terapéutica, cambiar el estilo de vida de una persona puede resultar difícil, a menos que se llegue a conscientizar el estado de salud para posteriormente adquirir comportamientos saludables en base a las recomendaciones médicas, ya que estos afrontamientos autoeficaces favorecen la adherencia, además del conocimiento de la gravedad de su enfermedad, conocer que hay conductas alternativas como dietas y mantener la higiene, todo esto permitirá que los pacientes se sientan motivados y capaces de llevar a cabo el tratamiento según o recomienda el médico.

En la investigación que se realizó en una muestra de 100 sujetos especialistas de las diferentes áreas de atención médica del InCan, el estudio trata sobre Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo), lo que se quiere conocer con esta investigación es qué factores influyen para que se de la adherencia terapéutica desde la visión del médico especialista, llegando a la conclusión que los pacientes necesitan apoyo psicooncológico para disminuir ansiedad, depresión, irritabilidad que son factores que se pueden presentar para que

no se de un adecuado seguimiento al tratamiento, en el presente estudio se encontró un alto nivel de adherencia lo cual es significativo y favorable para el paciente y sus familiares (Alvarado, Ochoa, Guerra, Mulier, Galindo y Zapata , 2011).

Cruz, Dueñas, Martínez, Polo, Sanchez y Perdomo (2014) realizaron un estudio sobre Adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las unidades oncológicas, concluyeron que los pacientes de edad avanzada muestran tasas más significativas de adherencia al tratamiento que personas con edad intermedia esto se puede relacionar con la vitalidad que asume tener la población dentro de este rango de edad; otro factor importante para que los pacientes se adhieran al tratamiento es el estado civil, las personas que se encuentran con parejas estables y además cuentan con el apoyo familiar presentan un nivel significativo de cumplimiento ante las indicaciones médicas; además se encontró que el trato que brinde el equipo médico es un factor de suma importancia, dar un trato humanizado, actitudes positivas, efectividad del tratamiento hacen que el paciente continúe con su recuperación; un factor negativo para que los índices de adherencia se reduzcan son los efectos colaterales de terapias y medicamentos que conlleva para erradicar el cáncer, a pesar de todos estos factores en la población que se utilizó como muestra se encontró un alto nivel de adherencia terapéutica.

D'Anello, Barreat, Escalante, K D'Orazio y Benítez (2009) en la investigación que realizaron sobre La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico, utilizaron una muestra conformada por 37 médicos y sus respectivos pacientes (N=141): 30 con diabetes, 49 con problemas cardiovasculares, 18 con cáncer, 32 con padecimientos respiratorios y 12 con enfermedades gastro-intestinales; este estudio permitió conocer diversas perspectivas para que el paciente se adhiera al tratamiento, desde el punto de vista del médico, las indicaciones precisas que da al paciente, el nivel de confianza durante la interconsulta; en el caso del paciente lo que se requiere es que las respuestas que brinda el médico sean comprensibles para que se de el cumplimiento terapéutico, el paciente no solo debe recibir un tratamiento sino apoyo psicológico, recibir información sobre todos los

efectos colaterales de la enfermedad, se ha encontrado que cuando el tratamiento conlleva mejoras se da un mayor nivel de adherencia ya que se encuentra un alto nivel de satisfacción tanto con la terapia como con la atención del médico especialista.

Palacios y Vargas (2011) en su investigación sobre Adherencia a la Quimioterapia y Radioterapia en pacientes Oncológicos: una revisión de la literatura, después de estudiar varias teorías y con la información recolectada concluyeron que la adherencia terapéutica son todas las conductas que el paciente adquiere para seguir las indicaciones médicas, los comportamientos que son demandantes tanto para el paciente como para sus familiares, la motivación, la autonomía para no crear codependencia de su cuidador, y la filosofía de vida de cada paciente para adquirir la responsabilidad de asumir una opción terapéutica; se encontró que en terapias prolongadas como es el caso de la quimioterapia y radioterapia la deserción tiene un índice más alto, debido a los efectos secundarios del tratamiento, el coste económico, los problemas psicológicos, que conlleva, como la depresión y ansiedad pueden hacer que el paciente no tenga un cumplimiento terapéutico favorable para su estado de salud.

Salvador y Ayesta (2009) en la investigación realizada sobre La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo llegaron a la conclusión que los pacientes se adhieren menos a los tratamientos cuando esto implica el cambio de conductas y mucho más cuando se trata de sustancias adictivas como es el caso del tabaco, esto se da porque el paciente no asume con responsabilidad su tratamiento, también, puede ser porque no hay una buena relación médico-paciente y esto dificulta la falta de información para que el paciente conozca los efectos que conlleva el dejar una sustancia adictiva como es el caso del síndrome de abstinencia, lo cual va a dificultar la adhesión al tratamiento.

Sánchez (2006) investigó sobre El problema de la Adherencia en el Tratamiento de la Osteoporosis y llegó a la conclusión que los pacientes que se sometían a tratamiento

con terapia de reemplazo hormonal, raloxifeno y bifosfonatos, su nivel de adherencia caía durante el primer año y con el tiempo iba disminuyendo aún más; además los riesgos que conlleva la baja adherencia en estos pacientes es significativo en su salud porque tienen menor inhibición del recambio óseo, menor ganancia de densidad mineral ósea, y mayor riesgo de fractura, por eso con los datos de esta investigación se busca simplificar el régimen medicamentoso, incluir una buena relación médico-paciente, elevar el nivel de concientización del paciente para que pueda seguir las indicaciones médicas.

Bolino et.al (2012) realizaron una investigación sobre Adherencia de la población médica a los programas de rastreo de cáncer colorrectal: ¿Cuál es el cumplimiento de esta medida preventiva entre los profesionales? En los hallazgos de los estudios realizados a 249 médicos participantes, llegando a la conclusión que la causa más común para la realización del rastreo fue la recomendación médica, seguida de los antecedentes familiares; entre los profesionales que no realizaron ningún método de rastreo, las causas de no haberlo hecho fueron la decisión voluntaria, la falta de tiempo, el temor al procedimiento, la información insuficiente relativa a la edad de comienzo y el intervalo del rastreo entre otros motivos; el objetivo de llevar a cabo esta investigación es motivar a los pacientes a realizarse exámenes de rastreo en base a la medicina preventiva y teniendo como ejemplo a los médicos especialistas que permitan mejorar los hábitos de salud y la adhesión tanto a tratamientos post-diagnósticos como preventivos.

Nieto y Pelayo (2009) realizaron una Revisión del concepto de Adherencia Al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la Psicología de la Salud y encontraron que el término adherencia puede llegar a confundirse con cumplimiento, después de analizar varios estudios y publicaciones científicas llegaron a la conclusión que la adherencia se refería a la implicación activa del paciente en su tratamiento, mientras que el cumplimiento es acatar las prescripciones médicas tal cual indica el especialista sin realizar un estudio más profundo como es el caso de la

adherencia, en la cual los pacientes adoptan conductas saludables que promueven la mejora de su salud debido a su acción proactiva en su tratamiento.

García, Rodríguez y López (2013) investigaron sobre las Variables Personales en la Adherencia al Tratamiento de personas Alérgicas, utilizaron una muestra de 60 personas de las cuales pudieron encontrar una asociación positiva entre Optimismo y adherencia al tratamiento y entre Optimismo y Calidad de vida mental y total; concluyeron que las personas optimistas pueden predecir un mayor nivel de adhesión, debido a que mantienen una actitud positiva sin importar la enfermedad que padezcan y por ende esto mejora su calidad de vida, todo esto ayudado por la inteligencia emocional que cada paciente presenta, es decir el reconocimiento sobre sus propias emociones y cómo estas pueden favorecer a tener una actitud responsable frente a hábitos de vida.

En la ciudad de la Habana-Cuba se realizó una investigación sobre Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica, con una muestra de 170 pacientes de los cuales sus investigadores concluyeron que el porcentaje de pacientes que asistían a las consultas era alto pero esto no quiere decir que se de una gran número de adherencia, la mayoría acude sin asumir una verdadera responsabilidad, por lo que post-consulta no siguen las prescripciones médicas debido a su falta de conciencia sobre las verdaderas dimensiones de su enfermedad y sus efectos secundarios, también se evidencian que los pacientes reciben poca información sobre todo lo que implica la enfermedad por lo que se ve más beneficioso realizar terapias grupales para fortalecer conocimientos y compartir experiencias en base a casos reales, lo cual permita potencializar sus conductas proactivas en base a la salud del paciente (Acosta, Debs, De la Noval y Dueñas, 2005).

Libertad (2006) realizó una investigación sobre las Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente, llegando a la conclusión que la escasa adherencia implica consecuencias físicas y psicológicas, ya que conlleva posibles



recídas lo que ocasiona efectos emocionales adversos, además del gasto en salud pública ya que al prescribir medicamentos y no ser consumidos correctamente implica un egreso superfluo debido a que no está logrando su propósito que es mejorar el estado de salud de los pacientes, por eso es de gran importancia que los médicos ejerzan un control más estricto sobre el cumplimiento de sus pacientes no solo en el área farmacológica sino en el erradicar conductas disruptivas que no favorecen una calidad de vida saludable para los pacientes.

Granados, Roales, Moreno y Ybarra (2007) investigaron sobre las Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión utilizando una muestra de 163 pacientes con diagnóstico de hipertensión y tratamiento farmacológico hipertensivo prescrito, llegaron a la conclusión que el mayor porcentaje de pacientes tuvieron un abandono voluntario a la medicación lo cual refiere un bajo nivel de adherencia, seguido de un porcentaje de cambio de dosis medicamentosa lo cual demuestra fallas en la adhesión, esto se corrobora con los datos de incumplimiento terapéutico, ya que los pacientes justifican sus faltas debido a que no aparecen síntomas, para evitar padecer efectos de la medicación prefieren no ingerirla o incluso por olvidos de las citas agendadas en calendario, estos mismos motivos a largo plazo son los que conlleva a que se de un reingreso al sistema para recibir tratamiento.

Gordillo y de la Cruz (2003) realizaron un estudio sobre Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la Psicología, en la investigación se utilizó una muestra de 134 personas, de los datos obtenidos se pudo concluir que debido a la terapia prolongada que conlleva el VIH, el porcentaje de deserción al tratamiento es muy alto debido a la falta de constancia, motivación y escaso apoyo social con el que cuentan los pacientes, provocando efectos socioculturales que agravan el estado de salud, conductas como el consumo de drogas, hablar con menos facilidad de su enfermedad con su familia y amigos, malestar físico y dificultades para tomar la medicación, todas estas consecuencias generan un incumplimiento médico.

Las investigaciones revisadas anteriormente nos indican que las estrategias de afrontamiento al dolor no se presentan únicamente en pacientes oncológicos, sino en enfermedades crónicas y se correlaciona con la adherencia terapéutica que presenta el paciente, la falta de responsabilidad hacia su estado de salud está ligada a varios aspectos personales, familiares, nivel de comunicación con el médico especialista; todas estos comportamientos cognitivos y conductuales encaminadas a mejorar un estilo de vida y que permitan un adecuado comprometimiento para llevar a cabo un tratamiento activo, tener una dieta y hábitos de vida saludables, seguir las instrucciones médicas, todas estas conductas permitirán una evolución favorable de la enfermedad.

## **2.2 BASE TEÓRICA:**

### **2.2.1 Esquemas Mentales**

Los esquemas mentales se definen como construcciones subjetivas de la experiencia personal en forma de representaciones, que pueden ser significados o supuestos personales que guían nuestra conducta y emociones de manera “inconsciente”.

Acorde a este concepto se puede entender que todas las experiencias que día a día vivimos en nuestras vidas son representaciones que van formando esquemas mentales organizados y con sentido personal ya que no todas las personas pasarán por las mismas experiencias, cada uno tiene diferentes emociones y reacciones frente a un estímulo que se encuentra en el medio ambiente.

Al hablar de esquemas mentales, se debe saber que están localizados en el cerebro en los circuitos neuronales de la memoria, siendo el resultado del desarrollo biológico y las distintas experiencias personales tanto de aprendizaje del mundo y de sí mismo; es por eso que al referirse sobre al funcionamiento de los esquemas, nos encontramos que se dan en forma de fenómenos como “juicio”, “memoria”, “sentimientos-emociones”, “conducta”, entre otras funciones básicas del estado mental.

Los modelos operativos son los primeros esquemas mentales creados durante el desarrollo de una personas, también conocidos como esquemas tempranos nucleares, que se refieren a todas las escenas iniciales del niño cargadas de afecto, ya que se da su primera vinculación afectiva con sus principales figuras de vinculación, de este modo se va constituyendo su experiencia inicial en forma de imágenes, voces-sonidos que ayudarán a que después se desarrolle el lenguaje, toda esta organización mental de escenas-nucleares o centrales- van a constituir la “base de su personalidad”, posteriormente se va a ver influida por experiencias que serán ajustadas a sus vivencias iniciales, principalmente la vinculación que se da con la madre a lo que Bowlby llama APEGO. La calidad de esta experiencia de apego afectivo y sus alteraciones van a ser almacenadas en la memoria de cada persona acorde a los acontecimientos que cada uno ha vivido, lo que se conoce como “memoria episódica” y se dan de manera “inconsciente” (Bowlby, 1998). Esos acontecimientos vividos personalmente en esas experiencias formaran los esquemas cognitivos tempranos que pueden influir de varias formas en la persona, por ejemplo:

1. El juicio de valor que haga sobre las personas que va conociendo durante su vida
2. Autoaceptación y confianza de sí mismo
3. La forma como percibe un estímulo, como procesa la información y la reacción que tiene frente al acontecimiento
4. La capacidad para equilibrar la vida personal entre explorar nuevas experiencias y buscar seguridad en otros.

### **2.2.3 Estrategias Cognitivas**

Las estrategias cognitivas son actividades y procesos mentales que las personas realizan de manera consciente o inconsciente; de este modo se puede mejorar la comprensión del lenguaje, la forma de asimilación, el almacenamiento en la memoria, para su posterior utilización en diversas actividades de la vida diaria. Para la psicología cognitiva es de gran interés conocer la forma en que las personas

comprenden el mundo, como se da el proceso de aprendizaje en base de su experiencia y de este modo la forma como resuelven sus problemas (Nisbet y Shucksmith, 1991).

Las estrategias cognitivas permiten que se reflejen los comportamientos de las personas ya que no son simples acciones, sino es una ejecución más elaborada y compleja (hábitos de conducta o respuestas ante determinados estímulos); esta secuencia de procesos puede ser intencional, específica y estructurada. Acorde a la literatura sobre este tema hay algunos autores (Carrión, 1996) (Dilts y DeLozier, 2000) (Saint Paul y Tenenbaum, 1996); dan a conocer algunos tipos y subcategorías de estrategias cognitivas, como son las siguientes:

*Estrategias Cognitivas para la Toma de Decisiones:* La elección que realiza el individuo entre diversas opciones, en base a una secuencia específica habitual que utiliza ante determinada pauta de acción.

*Estrategias Cognitivas de Memoria:* Almacenamiento y recuperación de información en base a una secuencia específica utilizada habitualmente, que surge como producto de su interacción con el medio.

*Estrategias Cognitivas de Aprendizaje:* Capacidad de adquirir nueva información o mejorar su propias habilidades que pueden ser tanto cognitivas como afectivas o conductuales.

*Estrategias Cognitivas de Creatividad:* La persona genera y desarrolla nuevas posibilidades frente a una situación específica, crea nuevas opciones e ideas para potencializar la función de una actividad u objeto.

*Estrategias Cognitivas de Realidad:* Capacidad del individuo para discernir con precisión entre lo que es considerado como 'real' y todo lo que es parte de la imaginación o considerado como 'fantasía'.

*Estrategias Cognitivas de Convencimiento:* Grado de conciencia que el individuo tiene para validar el grado de relación entre una experiencia con otra situación concreta que se presenta en su exposición con el medio.

*Estrategias Cognitivas de Motivación:* El nivel de energía e intensidad con que una persona emprende acciones, conductas necesarias hasta lograr lo que se pretende alcanzar con ánimo y entusiasmo.

#### **2.2.4 Afrontamiento**

Lazarus y Folkman, citado por Polaino-Lorente (1984) definen el afrontamiento como “los esfuerzo cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas interna y/o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone la persona” ; es por eso que cada persona elige diferentes formas de afrontamiento frente a esas situaciones generadoras de estrés que no permiten el adecuado desenvolvimiento del individuo en el entorno que se rodea.

Buendía y Mira (1993) como mencionan estos autores en su libro *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: un estudio sobre el estrés infantil*; no hay estrategias de afrontamiento que sean válidas para todo el mundo, para una persona no puede tener el mismo efecto que para otra tiene un grado alto de funcionalidad; cada persona puede elegir una u otra según su personalidad, el contexto y el momento en el que se encuentre. Además estos autores distinguen entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento, relacionando a los estilos que se encuentran vinculados con los procedimientos característicos de las personas es decir la predisposición propia del sujeto y las estrategias se vinculan más a las condiciones ambientales, refiriéndose a acciones cognitivas o conductuales realizadas en el transcurso de un episodio estresante particular.

El tipo de conducta de afrontamiento determina a su vez la forma en que se activa el organismo; hay varias formas de como la persona enfrente una situación específica,

puede tratar de controlar la situación (actitud activa) o adoptar una actitud pasiva ante ésta. Las conductas motoras son acciones encaminadas para hacer frente a una situación concreta, dependiendo de qué conductas se han aprendido en ocasiones anteriores, basándose en la eficacia de esa conducta para contrarrestar la situación estresante, de este modo se podrá considerar correctas o incorrectas para la persona, esto no quiere decir que la misma conducta pueda ser útil para otra persona porque su nivel de eficacia en un determinado contexto no será el mismo (Alvárez, Blogia, 2010).

Por tanto el afrontamiento, ayuda a identificar los elementos influyentes que se dan en la relación entre situaciones estresantes de la vida y síntomas de enfermedad. El afrontamiento actúa como regulador del desajuste emocional; si es efectivo, no se presentará dicho malestar, en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003).

### **2.2.5 Clasificación del afrontamiento**

Las situaciones estresantes a las que se enfrenta el individuo, generan la reacción emocional o conductual ante un acontecimiento específico, por este motivo cada persona puede adoptar distintos tipos de afrontamiento; como se presenta en la tesis de grado de Niño (2008) quien nos a conocer una clasificación de los tipos de afrontamiento:

- Afrontamiento activo
- Afrontamiento pasivo
- Evitación

Otra clasificación básica podría ser:

- afrontamiento cognitivo
- afrontamiento conductual

Lazarus y Folkman (1984) clasifican al afrontamiento en dos principales estilos para afrontar la situación estresante: el primero es el “afrontamiento focalizado en el problema”, que son todos los esfuerzos dirigidos a modificar los eventos ambientales causantes del estrés, intentando de alguna manera solucionar el problema o disminuir su impacto; el segundo es el “afrontamiento focalizado en las emociones”, que son los esfuerzos que realiza el individuo encaminado para reducir o eliminar los sentimientos negativos causados por las condiciones estresantes.

Frydenberg y Lewis (1997) presentan una tercera categoría, denominadas “afrontamiento de evitación”, que involucra evadir el problema, no presentando atención a él o distrayéndose con otras actividades o conductas.

Los dos primeros tipos de afrontamiento son reconocibles y aplicables para las personas que se encuentran en situaciones estresantes ya que se pueden poner en práctica de forma recíproca con dicho evento (Chico, 2002). En cambio, al hablar de estilo centrado en la evitación, hace referencia cuando las personas no quieren tener ningún nivel de aproximación al problema, utilizando la evitación cognitiva que permite escapar o evitar la circunstancia generadora de estrés (Pinheiro; Troccoli & Tamayo, 2003).

#### ***2.2.5.1 Afrontamiento cognitivo***

El afrontamiento cognitivo se refiere a búsqueda de dar cierto significado al suceso (comprenderlo-entenderlo), valorarlo de manera que resulte menos aversivo, o enfrentarlo mentalmente (Casadiego, 2014).

Hay varios tipos de afrontamiento cognitivo que las personas utilizan para enfrentar sus problemas, no a todos los individuos les resulta eficaz el mismo tipo de afrontamiento, como por ejemplo: el aceptar la situación en la que se encuentra, tener la capacidad de reconocer, respetar, tolerar el evento estresante que la persona está viviendo, también se puede utilizar la anticipación que conlleva la idea es evitar un estado de preocupación (ansiedad) presente, e inmunizarse para una situación futura

posible que pueda ocasionarse; si se utiliza el autoanálisis de este modo el afrontamiento estará encaminado a la reflexión sobre los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos, reconociendo la propia responsabilidad sobre el manejo del problema (situación estresante), para posteriormente actuar en base a ésta reflexión; para que cualquier afrontamiento sea efectivo en la persona tiene que presentarse con humor, buena predisposición, ánimo jovial y optimista frente a una circunstancia estresante.

#### ***2.2.5.2 Afrontamiento conductual***

Es la forma en la que la persona se enfrenta ante una situación de forma continua e inmediata al evento estresante, este proceso permite que la persona obtenga resultados favorables para su desenvolvimiento en la vida diaria; también puede darse que la persona no reaccione de ninguna forma, ni utilice ninguna estrategia ya que puede ser su mejor forma de afrontamiento ante dicha situación (Fernández y Pulgar, 2014).

Existen varias formas de enfrentar una situación estresante depende de la efectividad que tenga en cada una de las persona; como lo detalla Acosta (2011) en su tesis de grado, a continuación se presenta alguna de ellas:

*Afrontamiento directo:* hace referencia al grado de confrontación inmediata que el individuo tenga frente a la situación, pueden ser acciones directas, encaminadas a agresión que pueden llegar a ser violentas y arriesgadas tanto para la persona como para su entorno.

*Autoafirmación:* es un tipo de afrontamiento que emite una respuesta asertiva, que se expresa mediante los sentimientos, por lo tanto no se presenta de manera agresiva, violenta, ni busca el fin de manipular a otros.

*Desconexión comportamental:* es la falta de afrontamiento, la persona no presenta ninguna reacción, esto se da por la inhabilidad del sujeto para enfrentarse al



problema, el sujeto tiene una baja percepción sobre el control de la situación o sobre el mismo, por lo que tiende a generar reacciones depresivas y sin encontrar una solución para el suceso estresante.

*Postergación:* se refiere a reprimir el afrontamiento para otro momento en el que tenga las capacidades necesarias para enfrentarlo, cuando ya tenga un mayor conocimiento de la situación, es decir se encuentra en un estado de espera hasta que surja la ocasión precisa para proceder.

### **2.2.6 Estrategias de Afrontamiento**

Al hablar de estrategias de afrontamiento se puede decir en base a la literatura que son esquemas o representaciones mentales deliberados de forma voluntaria como respuesta tanto cognitiva, emocional o conductual, encaminados a manejar, dominar, sobrellevar, disminuir las demandas internas y ambientales que se presentan en la vida de la persona para poner a prueba sus habilidades y capacidad de reacción en base a sus propios recursos (Acosta, 2011).

En la presente investigación se hace referencia a las estrategias de afrontamiento por lo cual es necesario conocer su definición y diferenciación: las estrategias son las técnicas concretas que se utilizan en situaciones específicas, son cambiantes ya que dependen de las condiciones ambientales que lo desencadenen. Además es importante saber sus diferencias con los estilos de afrontamiento que son formas usuales, utilizadas de forma cotidiana por la persona, manejables ante el estrés debido a su congruente estabilidad; por lo tanto al hablar de estrategias de afrontamiento se refiere a situaciones dependientes y específicas, que se encuentran en constante cambio y al no ser estáticas, se ven influidas por los estilos que utiliza un sujeto para enfrentar los acontecimientos que se presentan en diversos contextos (Fernández y Abascal, 1997, citado por Angulo, 2012).

### **2.2.7 Tipos de Estrategias de Afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1984) señalan que hay ciertas estrategias que son más estables que otras dependiendo las situaciones estresantes que atraviese la persona, algunas de las estrategias se relacionan más a acontecimientos particulares; es decir: el ser optimista depende de los rasgos de personalidad que se tenga; en cambio, el apoyo social con el que cuente la persona depende netamente del contexto social donde se desarrolle. Por lo que se dan a conocer dos clasificaciones principales de las estrategias de afrontamiento; como lo describen Coleman y Hendry (2003) en su libro de Psicología del Adolescente que a continuación se presentan:

Basada en la funcionalidad para el sujeto:

***Estrategias de afrontamiento centradas en el problema:*** La persona encamina todas sus acciones en hacer frente a la situación, busca soluciones al problema que ha causado el estado estresante, examina formas de reencontrar su equilibrio.

***Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción:*** La persona equilibra la situación en base a la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no surgió efecto el primer tipo de estrategia, al centrarse en la emoción lo que se busca es reducir el impacto sobre el sujeto.

Basadas en la efectividad para la vida de la persona:

***Adaptativas:*** enfocadas en factores positivos y estrategias activas que buscan reducir el estrés al tiempo que promueven estilos de vida saludables

***Desadaptativas:*** direccionados en factores negativos y estrategias pasivas que solo reducen el estrés a corto plazo pero con importante deterioro para la salud tanto física como mental

Como se puede apreciar para enfrentar una situación específica que cause estrés en la persona se puede utilizar varios tipos de estrategias de afrontamiento, unas a corto

plazo, otras con reacciones directas ante la problemática, en fin todas buscan reducir el impacto en la persona para que su funcionalidad y efectividad en las labores de la vida diaria no se vea afectada.

### **2.2.8 Estrategias de Afrontamiento del dolor**

Cuando se escucha la palabra dolor se la relaciona con algún malestar físico, varios síntomas físicos que se presentan en el transcurso de las enfermedades por lo general las de tipo crónicas o degenerativas; es por eso que se debe saber cómo se presenta el dolor crónico, tiene una duración de 3 a 6 meses, su manifestación puede ser espontánea, intermitente o recurrente, por lo que requiere de cuidados permanentes con un adecuado manejo del dolor en el día a día (Sánchez, 2003). El área de psicología debe prestar mucha atención a este tipo de pacientes, realizar valoraciones sobre el nivel de dolor y las estrategias que utilizan para hacerlo frente, cuales son más efectivas de acuerdo a la evolución de su enfermedad; es por eso que el manejo psicológico con los pacientes que padecen dolor crónico debe ser más específico y direccionado a mejorar su calidad de vida y que no se vea afectada en su totalidad para que no se dé un estado incapacitante en la persona que padece el dolor, debido a los cuidados que recibe por parte de sus familiares.

Las acciones específicas a las que conlleva las estrategias de afrontamiento requieren de una evaluación primaria y secundaria, esto quiere decir, la valoración de la situación y los recursos que posee la persona para enfrentar la situación estresante, esta condición adquirida por el sujeto puede resultar amenazante o como un reto frente a la circunstancia; si la persona se enfoca en la amenaza, sus reacciones serían de tipo ansiosa, violenta o incluso se puede dar una falta de afrontamiento, por lo que no realizaría ninguna acción eficaz frente a la situación (Casado, 2002).

Para obtener una idea más clara sobre el dolor se ha tomado como referencia la definición de Roy & Andrews (1999), que detallan la valoración del dolor como una sensación desagradable e individual que se da como respuesta a varios factores

estresores que pueden ser internos o externos, con un tratamiento enfocado no solo a la rama farmacológica sino un estudio multidisciplinario de los profesionales de la salud incluido el psicólogo. En el caso del dolor crónico se está hablando de una afectación integral del ser humano, es por eso que del mismo modo debe recibir una atención exhaustiva, en todos los sistemas y entornos en los que se rodee la persona. Para Roy, la persona es un sistema abierto, que se adapta a recibir información, su debido procesamiento y salida de acuerdo a los estímulos internos y externos que recibe del medio.

Hay varias conductas que pueden ser utilizadas para disminuir el dolor, el ser humano en pro de su bienestar busca alternativas que le generen estabilidad, cada persona recurre a distintos procesos de afrontamiento de acuerdo a las experiencias que se van generando en el diario vivir, estas vivencias pueden ser de dolor, frustración frente a un evento específico; Roy menciona que “los seres humanos emplean gran cantidad de energía que podría ser canalizada hacia la recuperación de la enfermedad” (Roy C. citado por Barragan y Almanza, 2013).

En el área afectiva de igual forma, se presenta el dolor de tipo oncológico, que se manifiesta de forma más abrupta en fases terminales que es donde se experimenta el dolor, en todas las etapas del cáncer las personas buscan una forma de combatir la enfermedad con varios métodos terapéuticos como es la quimioterapia, radioterapia o yodoterapia, todos estos tratamientos oncológicos son invasivos en el estado físico de la persona, generando malestar físico, agotamiento emocional debido a falsas esperanzas de vida, es por este motivo que las personas llegan utilizar estrategias pasivas que no ayudan a su estado de salud por lo que se ve deserción en tratamientos médicos, además del aislamiento social como una forma de evitar el problema.

En las Unidades Oncológicas se puede observar varias formas de afrontar el dolor provocado por cáncer, una de ellas puede ser fundamentada en la ciencia médica (procedimientos quirúrgicos o tratamientos médicos paliativos); basada en experiencias personales o de otras personas con el mismo padecimiento, ya que sus

vivencias pueden servir como ejemplos a seguir, muchas de las personas suelen enfocar su tiempo libre en actividades agradables, pasar tiempo con familiares, cualquier actividad que no conlleve a pensar en su enfermedad, esto sería muy útil para el paciente oncológico porque utiliza estrategias adaptativas; al contrario si se encierra en sí mismo, no cuenta con hábitos de vida saludable, se enfocaría en una estrategia de escape-evitación lo cual no direccionan adecuadamente el camino para mejorar su estado de salud. Usualmente se observa que las personas que en alguna etapa de su vida padecieron de cáncer utilizan estrategias útiles para aliviar el dolor, algunas son positivas como la distracción, ignorar el dolor o generar autoinstrucciones positivas, otras son negativas como la catastrofización (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004); las estrategias positivas les permiten manejar de mejor manera la angustia psicológica que se presenta frente a la posibilidad de morir. Investigaciones realizadas corroboran esta afirmación “las personas que viven el dolor como algo catastrófico tienen mayor probabilidad de percibir niveles elevados del mismo, generando ansiedad y problemas que interfieren en sus actividades diarias” (Soucase; Monsalve; Soriano y Andrés, 2004).

Acorde a la investigación que se realiza es necesario especificar a qué hace referencia el Afrontamiento de la enfermedad, que se refiere a las conductas y comportamientos que utiliza la persona para mantener su bienestar emocional, buscando una adaptación a las tensiones causadas por la enfermedad o el dolor, estas acciones son diferentes y únicas para cada persona (Shuman, 1996). Lo que importa para enfrentar el problema no es evitar la realidad en la que se suscita sino la forma de resolverlos adecuadamente, de forma que el impacto del estrés sea mínimo; es por eso que cada persona cuenta con una serie de recursos diferentes que ayudan a solucionarlo o poder sobrellevarlo de forma adaptativa, algunos de ellos pueden ser:

- La predisposición del propio sujeto que padece la enfermedad.
- Los sistemas de apoyo social con los que cuenta la persona
- El adecuado manejo que se le da a los distintos síntomas que se presentan

- Recursos para manejar el estrés que produce el tratamiento
- Interacción con el sistema sanitario y equipo médico
- Valoración de la persona y de los demás en base a su autoestima
- La información sobre el diagnóstico genera un impacto sobre el paciente:
  - De acuerdo a su gravedad.
  - De acuerdo al grado de interferencia sobre la vida del paciente.

### **2.2.9 Psicología de la Salud**

La Psicología de la salud es una rama de especialización de la Psicología que al igual que esta ciencia que se encarga de estudiar los procesos mentales, además se utiliza principios, técnicas que se aplican durante distintas fases del proceso terapéutico como son: evaluación, diagnóstico y tratamiento, encaminados a la modificación de trastornos físicos, mentales o cualquier otro comportamiento que altere el proceso de salud-enfermedad del paciente en los diversos contextos en lo que se pueda presentar (Oblitas, 2008).

Entre las principales aportaciones de la Psicología de la salud, según detalla Oblitas, (2008), se presentan las siguientes:

- a) Fomentar estilos de vida saludable en las personas, mediante la modificación de hábitos insanos que son predisponentes para que aparezcan las enfermedades.
- b) Prevenir el apareamiento de enfermedades, mediante campañas informativas sobre los cuidados que se debe tener, factores de riesgo que se deben evitar, entre otros.
- c) Tratamiento de enfermedades, que pueden ser crónicas o las de mayor incidencia en la población como son: el cáncer o la diabetes, etc.; en este caso que se dé un trabajo multidisciplinario, trabajando conjuntamente los psicólogos con los especialistas médicos.

- d) Evaluación del sistema sanitario, para realizar mejoras tanto en el equipo sanitario como en el personal médico.

La mayoría de personas enfocan al estado de salud exclusivamente con aspectos físicos, esto no es así ya que la persona al sentir alterado su bienestar, genera cambios psicológicos que también afectan al individuo; es por eso que la intervención debe ser focalizada de forma multidisciplinaria, se debe contar con diversas intervenciones para reducir el dolor y sufrimiento experimentado tras un procedimiento quirúrgico y apresurar el proceso de curación, para que el estado de malestar físico no se prolongue por más tiempo y de este modo se puede mejorar el estado de salud. El estado psicológico con más claros efectos negativos en nuestra salud es el estrés, ya que genera efectos adversos y hace que la enfermedad se acelere, sin obtener mejorías (Oblitas, 2008).

#### **2.2.10 Psicooncología**

A partir de 1992 se ha introducido el término Psicooncología, ya que se ha visto el gran impacto que genera el cáncer tanto en la vida de la persona que lo padece como en los familiares; es por eso que empezó a reconocerse la labor del psicólogo en las unidades oncológicas, su tarea está encaminada a brindar apoyo psicológico, asesoría en cuanto la información que requiere saber sobre el proceso de la enfermedad, campañas de prevención, comunicar de forma adecuada el diagnóstico del paciente para en sesiones posteriores realizar intervenciones psicoterapéuticas eficientes y oportunas para el bienestar de la persona (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas, 2008).

Rivero, et.al. (2008) dan a conocer en su artículo Psicología y Cáncer sobre los objetivos principales de la Psicooncología, a continuación se detallan:

1. **Prevención primaria:** detección temprana de factores psicosociales de riesgo que pueden ser predisponentes en la aparición del cáncer. Al reducir la incidencia del cáncer se obtendrá efectos positivos en los sistemas de salud.

Por esta razón, es importante la labor del psicólogo, enfocando sus esfuerzos en cambiar actitudes y promover comportamientos saludables y reducir conductas autodestructivas que pueden provocar el apareamiento del cáncer.

- 2. *Prevención secundaria:*** oportuna intervención de factores psicológicos que afectan la vida de la persona, de este modo se puede facilitar la detección precoz del cáncer, si se detecta a tiempo el cáncer puede ser tratable y no llegar a la mortalidad.

En este punto la labor del psicólogo es de suma importancia, fomentar programas para mejorar y facilitar la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes con la finalidad de obtener una relación favorable médico-paciente, recibir y difundir a todos los niveles información adecuada sobre la enfermedad, además diseñar estrategias eficaces para que la población concientice sobre hábitos saludables que conlleven al cumplimiento del tratamiento.

- 3. *Intervención terapéutica, rehabilitación y/o cuidados paliativos:*** participación activa para valorar la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y personas encargadas del cuidado del paciente, personal médico multidisciplinario (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares), valoración precisa durante todas las etapas de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión.

La labor del psicólogo es mantener la calidad de vida, recuperar la autonomía del paciente, promover hábitos saludables en la cotidianidad, fomentar el desarrollo familiar y social, que se ve afectado por la enfermedad o su tratamiento.

- 4. *Investigación:*** como toda área de la salud requiere de una exploración más profunda, realizar estudios científicos en psicooncología debe ser fundamental para el sistema de salud principalmente las unidades oncológicas.



Según menciona Bayés (1991), los objetivos a nivel de prevención terciaria para una acción psicológica oportuna, son los siguientes:

- 1) ***Cumplimiento de las prescripciones:*** El nivel de obediencia que tiene el paciente frente a los tratamientos y dietas prescritos por el médico especialista, de este modo se podrá obtener un esquema admisible y que se adapte a las necesidades del paciente, para que de este modo pueda adherirse al tratamiento.
- 2) ***Fomentar en los pacientes la utilización de estrategias de afrontamiento:*** Al enfrentarse de forma activa a la enfermedad, se previene que el enfermo caiga en estados de ansiedad y depresión, lo cual puede agravar la enfermedad.
- 3) ***Entrenamiento del personal sanitario:*** promover interacciones favorables del médico con el paciente, mediante técnicas de afrontamiento para combatir su propia ansiedad que puede direccionar negativamente su relación con el paciente y familiares.
- 4) ***Colaboración en la resolución de problemas:*** al momento de la comunicación del diagnóstico de cáncer, la preparación para la muerte en los pacientes terminales, reinserción a las actividades diarias a personas que durante el tratamiento han sufrido mutilaciones o déficits importantes que no le permiten contar plenamente con sus capacidades físicas y de igual modo para todas las personas que han pasado por la experiencia de un cáncer sean capaces de vivir plenamente.

Desde un punto de vista clínico, lo que se busca es personalizar los tratamientos para lo cual se necesita el contacto con el médico tratante para que nos brinde información sobre el paciente, de este modo la evaluación individual alcanzará dos objetivos: (a) separar los pacientes que si necesitan intervención psicológica de los que no la requieren. (b) reconocer las áreas y necesidades específicas de rehabilitación que son motivo de intervención en cada uno de los pacientes

Die Trill (2003) menciona que el propósito de ese primer contacto es doble: por un lado se informa al médico que se va a realizar una evaluación psicológica de su paciente, además permite obtener datos fundamentales del paciente que solo dispone el profesional de salud, como por ejemplo:

- historia clínica
- situación médica actual
- condición física, la cual es conocida previamente por el enfermo
- actitud del paciente frente a la enfermedad en general, los comportamientos habituales con el personal sanitario, su familia y redes de apoyo social.
- situación familiar, económica y social actual en la que se encuentra el paciente

Tal como indican Cruzado y Olivares (1996), este contacto inicial que se logra con el equipo sanitario es el primer paso, lo que se debe hacer en segundo orden es realizar una entrevista clínica con el enfermo, la cual se enfoca en cinco áreas principales:

1. El estado funcional del paciente, es decir el nivel de actividad e independencia, como por ejemplo: capacidad para trabajar, el manejo del tiempo libre, capacidad de autocontrol.
2. Síntomas físicos asociados al cáncer, es decir los efectos secundarios que aparecen como problemas causados por la enfermedad, estos pueden ser: dolor crónico y recurrente, problemas debido a la movilidad, trastornos del sueño, pérdida del apetito, disfunciones sexuales.
3. Problemas causados por los tratamientos, es decir reacciones anexas que se presenta posterior a los tratamientos ambulatorios (en el caso de la quimioterapia: náuseas, vómitos), de igual modo se presenta dolor agudo e incluso hay casos en los que se pierde el control de esfínteres.
4. Efectos psicológicos asociados, trastornos psicológicos que afectan el bienestar emocional, como pueden ser: ansiedad, depresión e incluso la agresividad con sus familiares o personas que se encargan de su cuidado; elección de estilos de afrontamiento pasivos que no ayudan en el proceso de la

enfermedad, ya que se sabe que las personas que utilizan estilos activos se muestran más optimistas frente a su padecimiento, ya que su nivel de autoestima y confianza le permite fortalecer sus expectativas de vida.

5. Interacción social, por lo general su vinculación se da con familiares y amigos, en algunos de forma agresiva y en otros casos con actitud positiva lo cual facilita su cuidado, las relaciones con compañeros de trabajo o su grupo social es fundamental para que puedan sentirse apoyados, escuchados y entendidos por lo que es común que asistan a grupos de apoyo y de este modo evitar la retirada social que es muy frecuente en personas que padecen cáncer.

Es de suma importancia valorar el tipo de cáncer, estadio y contexto en el que se encuentra el paciente, ya que de este modo se podrá brindar una atención oportuna, analizar las distintas variables que se presentan de acuerdo a la fase que se encuentra cada paciente, debido a que no todas las personas presentan las mismas manifestaciones psicológicas se pueden ver influidas por el ambiente familiar que se desarrollan, la gravedad de la enfermedad, es durante todo este proceso donde se da la intervención del psicólogo especializado en oncología.

### **2.2.11 Comportamientos saludables**

En la actualidad, se ha dado gran importancia a todo comportamiento que se relacione con la salud, a través de estudios epidemiológicos se sabe que la población mundial ha creado un clima de conciencia sobre los estilos de vida insanos que a largo plazo generan varios tipos de enfermedades, es por eso que en la presente investigación al hablar de adherencia terapéutica, se debe conocer sobre comportamientos que mejoran o promueven el bienestar en la salud de los individuos.

Como lo indica Oblitas et.al. (2010) las conductas saludables son todas las acciones positivas que realiza el sujeto, encaminadas a obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, de este mejoren su probabilidad de vida, reduzcan efectos físicos y se logre mayor bienestar en su longevidad; es por eso que

estos autores en su libro *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* dan a conocer algunos comportamientos saludables que se deben seguir:

1. *Practicar ejercicio físico*, al momento de realizar una actividad física de modo regular, genera resultados positivos en la salud; gracias al ejercicio se obtiene múltiples beneficios como: prevención de los problemas cardiovasculares, menor riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, reduce la incidencia de muerte por una dolencia coronaria, ayuda a controlar el peso, lo cual normaliza el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos; además en el área psicológica también aporta beneficios, pues se ha visto que se reduce el estrés y ansiedad en la persona que está pasando por alguna enfermedad/dolor o molestia, contribuye a la estabilidad emocional ya que el autoconcepto de la persona se ve fortalecido gracias a que mejora su aspecto físico y puede mantener su peso adecuado.

2. *Nutrición adecuada*, el mantener una alimentación equilibrada se convierte un reto para la población en la actualidad, se ha localizado dos grupos bien marcados, dietas deficientes y dietas con excesos calóricos, es por eso que la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia, para poder tener una vida saludable se debe tener una nutrición correcta que debe constar de: sustancias nutritivas esenciales (ej., minerales, vitaminas, proteínas), estas dietas nutricionales deben ir acorde a las necesidades metabólicas del organismo.

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad en la actualidad son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, según investigaciones realizadas se atribuye en cierto porcentaje a los comportamientos nutricionales inadecuados.

3. *Estilo de vida con estabilidad emocional*, reducir emociones negativas que pueden constituir un riesgo para la salud, generando estados psicológicos depresivos o ansiosos que alteran el estado fisiológico del sujeto, al

mantenerse con emociones que generan estrés impiden su adecuado desarrollo y fortalecen aún más las conductas insanas; en este punto es importante crear un afrontamiento positivo para que la persona se conecte mejor con su entorno y sepa actuar frente a situaciones estresantes, sin que estas interfieran en su vida.

4. *Optimismo, buen humor y risa*, contar con una actitud positiva, favorable predisposición frente a los acontecimientos externos que se presenta y la interpretación personal que se le da a los mismos. El contar con buen ánimo, esperanza frente al diagnóstico de una enfermedad crónica y perseverancia en el tratamiento médico, al descubrir lo positivo de todas las experiencias que se viven, no se vivirá con amarguras, resentimientos que solo generan más dolor y no permiten que la persona tenga una vida tranquila con más ventajas y posibilidades para tener un futuro saludable,

### **2.2.12 Adherencia Terapéutica**

Se puede conceptualizar a la adherencia terapéutica como la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento, de este modo lo que se pretende lograr es cambios significativos en su comportamiento que mejoren su calidad de vida (Urzúa; Marmolejo y Barr, 2012).

Como señala la Organización Mundial de la Salud, la adherencia terapéutica es el grado de comprometimiento del paciente, en cuanto a sus comportamientos frente al tratamiento, es decir, la toma de medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida acorde a las indicaciones o recomendaciones que recibe por parte del profesional de la salud. (OMS, 2004)

Oblitas (2008), indica en su artículo Panorama de la Psicología de la Salud , para que se de una adecuada adherencia a los tratameintos, en base al consejo médico, se debe tener en cuenta dos aspectos: a) el consejo que realice el profesional de salud debe ser acertado; b) el médico debe estar vigilante a que el consejo dado sea seguido por el

individuo. Si esta premisa se efectuará, se contaría con un alto cumplimiento de los pacientes a los diferentes tratamientos, en la realidad la escasa adherencia es uno de los problemas fundamentales con los que se encuentra el personal de salud, es muy frecuente encontrar que el paciente no sigue sus prescripciones, a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas.

Todavía más preocupante es el hecho del elevado número de personas que no se adhiere a los regímenes prescritos para enfermedades crónicas, las consecuencias de la falta de adhesión al tratamiento acarrea consecuencias muy negativas en la esfera física, psicológica y social de los pacientes; la falta de conciencia sobre el cumplimiento de las prescripciones, genera costes importantes tanto en la calidad de vida de la persona, como en el uso inadecuado de los servicios de salud, se debe potencializar el uso de los mismos ya que de este modo se evitaría visitas innecesarias a las consultas médicas, hospitalizaciones repetidas lo que genera malestar en la vida de los pacientes y familiares.

Greer (2008), citado por Pallacios y Vargas (2011), señalan en su investigación realizada; que se considera favorable la adherencia al tratamiento cuando no hay retraso de éste, cuando el paciente no interrumpe de forma abrupta y tempranamente el tratamiento prescrito para mejorar su estado de salud.

The International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR) indicó que el cumplimiento es un sinónimo de adherencia, por lo que se puede definir como el grado de consentimiento que tiene el paciente con las recomendaciones que recibe del médico para que de este modo pueda sentir conformidad en el tratamiento, fechas para las citas médicas, dosis y su frecuencia (Burell, et al. 2005 citado por Pallacios y Vargas, 2011).

Como indica Alfonso (2004), los términos alianza, cooperación y adherencia, hacen referencia a la participación del paciente en la toma de decisiones respecto a cuestiones fundamentales sobre su salud. Para que un plan terapéutico sea más

efectivo en el paciente, se debe integrar participativamente en su elaboración, de este modo se realizan acciones concretas viables acorde a la realidad del paciente en base a sus necesidades.

Para los profesionales de salud es de suma importancia cooperación y participación activa del paciente y sus familiares, así también se ha reconocido la persistencia como un término vinculado con la adherencia, debido a que los tratamientos son a largo plazo, se debe valorar la constancia debido al tiempo que dura la terapia (inicio-final).

En relación con la información recabada anteriormente, se puede decir que la escasa adherencia se da cuando los pacientes: no toman sus medicamentos a la hora y dosis indicadas, se niegan a seguir una dieta saludable, no realizan los ejercicios prescritos, cancelan, retrasan o no acuden a las citas y persisten en estilos de vida insanos que ponen en peligro su salud (DiMatteo; Lepper y Croghan, 2000).

### **2.2.13 Factores asociados a la adherencia terapéutica**

#### ***Factores Biológicos asociados a la adherencia***

Como lo mencionan Partridge, Avorn, Wang y Winer (2002), entre los factores biológicos que se han asociado con la adherencia al tratamiento se encuentran:

- a) los aspectos específicos que se presentan durante el tratamiento (tipo, complejidad, efectos secundarios y duración).
- b) las características propias de la enfermedad (síntomas, duración, discapacidad y gravedad definida médicamente).
- c) el apoyo social y médico que reciba debe ser acorde a los efectos secundarios producidos por los tratamientos.
- d) confianza en el tratamiento y el médico responsable.

### ***Factores Psicológicos que se asocian con la adherencia***

Rodríguez (1995) menciona ciertos factores que se relacionan con la probabilidad de adherencia se encuentran:

- (a) visión general del paciente sobre la salud y la enfermedad
- (b) percepción de riesgo
- (c) información que reciba sobre las indicaciones y recomendaciones médicas
- (d) creencias propias del sujeto acerca de la salud y fiabilidad en la eficacia de los medicamentos
- (e) experiencias previa de los tratamientos, les genera una visión más realista de los efectos secundarios que puede padecer.
- (f) Optimismo, buena actitud frente a la enfermedad, reduce el estrés y mejora la calidad de vida.
- (g) Mientras más eficiente sea el tratamiento más se adhiere el paciente al mismo.

Palacios y Vargas (2011) detallan factores emocionales que están vinculados con la adherencia, estos son:

- (a) Redes de apoyo social con las que cuente el paciente
- (b) Disposición emocional (habilidad para manejar situaciones estresantes)
- (c) Satisfacción del paciente con los cuidados médicos que recibe

El locus de control interno, es decir el grado de pertenencia en el tratamiento influye decisivamente en los comportamientos de adherencia. Así lo confirman Partridge et al. cuando indican que una alta autoeficacia al momento que el paciente tiene comportamientos proactivos, esto indica que está siguiendo las recomendaciones médicas, esto favorece y motiva al paciente a continuar adhiriéndose al tratamiento.

En todas las fases de intervención psicoterapéutica es fundamental crear un nivel conciencia sobre la enfermedad, informar de manera clara sobre las expectativas de



los posibles resultados que se generan a futuro, la percepción de efectividad fomentará la perseverancia en el tratamiento médico.

### ***Factores sociales y culturales que se asocian con la adherencia***

Kissane, et al. (2004) detallan algunos factores sociales que se vinculan con la adherencia al tratamiento, alguno de ellos son:

- (a) Redes de apoyo social, familiares o cuidadores del paciente
- (b) Unión familiar, ver al grupo primario comprometido con el tratamiento los motivará a tomar una actitud positiva.
- (c) Estado civil en el que se encuentra el paciente, tener una pareja estable genera mayor solides y seguridad en sí mismo.
- (d) Grupo étnico al que pertenece debe ser respetado, para que no sufra ningún tipo de discriminación.
- (e) Información que recibe del médico sobre el tratamiento (efectos secundarios, propósito del mismo), no generar falsas expectativas
- (f) Trabajo en el que se desempeña el paciente, debido a las presiones que se pueden generar.
- (g) Nivel educativo con el que cuenta el paciente, para brindar información que sea entendida para su fácil aplicación y cumplimiento adecuado del tratamiento

Es significativo que los pacientes sientan la eficacia del tratamiento, involucrarse en las discusiones acerca de su plan de tratamiento, dialogar con los médicos sobre inquietudes que se presentan durante el tratamiento, para esto es necesario fomentar la relación médico-cliente, es primordial que los clínicos atiendan a las preocupaciones que se generan en los pacientes, ya que esto mejora su participación en las conductas saludables que debe mantener a lo largo de su vida (Schneider; Hess y Gosselin, 2011).

La Rosa, Martin y Bayarre (2007) indican otros factores como el sistema de salud, los profesionales médicos, la familia del paciente, estos componentes están directamente relacionados con la adherencia, algunos de ellos pueden ser:

- Creencias propias del paciente en relación a las amenazas en la salud que puede ocasionar la enfermedad.
- Sobreestimación que se genera por miedo a tener recaídas.
- Esquema mental que se forma de la enfermedad, en base a representaciones que se hace por experiencias propias o de otras personas.
- Expectativas que se generan respecto del tratamiento, perspectivas positivas al momento de cumplir el tratamiento para lograr efectos beneficiosos a futuro.
- Reconocimiento de las fortalezas personales que motivan a continuar con el procedimiento médico.
- Comprensión acerca de todos los riesgos que implica la enfermedad, posibles efectos del tratamiento y comportamientos saludables que debe adoptar el paciente.
- Estrategias/estilos de afrontamiento que utiliza el paciente para enfrentar todas las repercusiones médicas que se presenten.
- Estabilidad emocional del paciente, que no se vea alterada por estados depresivos, estrés, que no permiten el adecuado desenvolvimiento del paciente.
- Recursos económicos con los que cuenta el paciente, ya que los gastos médicos son elevados especialmente para las enfermedades crónicas como es el caso del cáncer.
- Nivel cultural y religioso del paciente, para la aprobación de diversas intervenciones médicas que son necesarias y requieren la autorización del paciente y la familia.

### **2.2.14 Causas de incumplimiento terapéutico**

En base a la literatura investigada según Dilla, Valladares, Lizán y Sacrsitán (2009) detallan varios factores que determinan la falta de adherencia, algunos de ellos son:

**(1) Razones relacionadas con el paciente:** La edad es un factor importante, se conoce que las personas adultas son las menos adherentes al tratamiento debido a su baja expectativa de vida, a diferencia de las personas jóvenes que tienen mayor esperanza de vida; el entorno cultural es otro factor determinante debido a la dificultad para comprender las explicaciones que reciben del clínico, no todas las personas tienen el mismo nivel de educación, todos estos factores condicionan la efectividad de los resultados del tratamiento.

**(2) Razones relacionadas con el fármaco:** dentro de este factor se pueden presentar varias complicaciones que ocasionen el abandono terapéutico como por ejemplo:

- a. Efectos adversos que pueden ocasionar la interrupción del tratamiento debido a malestares secundarios que se pueden presentar, esto se puede presentar por dosificaciones inadecuadas, y la falta de seguimiento de recomendaciones médicas en cuanto a los horarios de toma del medicamento.
- b. Características del principio activo: farmacodinamia (efectos del organismo sobre el fármaco), farmacocinética (efectos del fármaco sobre el organismo), forma farmacéutica (presentación del medicamento para ser expandido, dependiendo la prescripción médica y vía de administración). Debido a las características del fármaco presentadas anteriormente, si el paciente no observa efectos beneficiosos en el tratamiento abandona la terapia, por eso se recomienda la simplificación de los procedimientos médicos.
- c. Coste tan alto para los medicamentos que se requieren en enfermedades crónicas, esto ocasiona que los pacientes no compren, reduzcan su dosis o se auto mediquen debido a los precios del

fármaco, así también el no contar con la medicina subsidiada por el gobierno construye una barrera para el cumplimiento del régimen terapéutico.

- (3) Razones relacionadas con el profesional sanitario:** Inadecuada relación médico-paciente, que dificulta la comunicación por escasa empatía ya que no se crea un clima de confianza, especialmente en enfermedades crónicas se necesita un monitoreo frecuente y exhaustivo, lo cual va a brindar más tiempo para que el médico responda a las inquietudes del paciente.

### **2.2.15 Estrategias para promover el cumplimiento terapéutico**

Después de haber revisado varios artículos de investigación sobre factores que promueven la adherencia terapéutica, acorde al análisis realizado previamente en este proyecto, es así que Haynes, McDonald & Garg (2002) indican, clasificación de estrategias útiles para el cumplimiento del régimen médico, como son:

- a) Procesos sistemáticos encaminados a simplificar el régimen de prescripción, el médico busca reducir el número de dosis diarias y a su vez disminuir el número de fármacos, pero de igual modo obtener el mismo efecto en la salud del paciente.
- b) Técnicas conductuales que sirvan de recordatorios para que el paciente tome su medicación, pueden ser: sistemas de dosificación con alarmas, agendas donde estén anotadas las citas médicas, calendarios de cumplimiento donde se anota que se ha tomado la medicación.
- c) Técnicas educativas que permitan la aproximación del paciente a estilos de vida saludables, que se involucre más en el régimen médico para que reconozca la importancia de la adherencia, a través del aumento de conocimiento sobre su enfermedad.
- d) Apoyo social y familiar, sentirse apoyado por estos grupos primarios, la asistencia a grupos de apoyo donde puedan escuchar experiencias de personas

que están pasando por el mismo problema, de este modo se sentirá fortalecido e involucrado favorablemente en el tratamiento.

### **2.3 Definición de Términos:**

**Adherencia terapéutica:** Grado de comprometimiento del paciente, en cuanto a sus comportamientos frente al tratamiento, es decir, la toma de medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida acorde a las indicaciones o recomendaciones que recibe por parte del profesional de la salud (OMS, 2004).

**Afrontamiento:** Esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes acorde a las necesidades específicas de cada individuo que son evaluadas en base con los recursos de que dispone la persona (Lazarus y Folkman, 1996).

**Cáncer:** Es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo, su inicio puede presentarse de manera localizada, y con el pasar del tiempo puede esparcirse en otros tejidos circundantes; al ser una enfermedad crónica puede conducir a la muerte si el paciente no recibe un tratamiento adecuado y oportuno (National Cancer Institute).

**Comportamientos saludables:** Acciones positivas que realiza el sujeto, encaminadas a obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, de este mejoren su probabilidad de vida, reduzcan efectos físicos y se logre mayor bienestar (Oblitas, 2008).

**Dolor:** Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004).

**Estilo de vida:** reacciones habituales y pautas de conducta que ha desarrollado durante su proceso de socialización, estos comportamientos se aprenden en la interacción con las figuras parentales, compañeros, amigos o grupos sociales; estas pautas de comportamiento son constantemente puestas a prueba en diversas situaciones en las que se encuentra la persona, es por eso que no son fijas y pueden ser modificables (OMS, 1999).

**Estrategias cognitivas:** Son las actividades y procesos mentales que las personas realizan de manera consciente o inconsciente; para su posterior utilización en diversas

actividades de la vida diaria, de este modo se puede comprender la forma como resuelven sus problemas (Nisbet y Shucksmith, 1991).

**Estrategias de Afrontamiento:** Son esquemas mentales intencionales de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera (Casullo y Fernández, 2001).

**Estrés:** Es una estrategia adaptativa que induce a la persona a responder de forma activa, una buena disposición para afrontar las situaciones interpretadas como amenazas (Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española).

**Psicooncología:** Es una rama de la Psicología que se encarga de brindar apoyo psicológico, asesoría en cuanto la información que requiere los pacientes oncológicos sobre el proceso de la enfermedad, realizar campañas de prevención, comunicar de forma adecuada el diagnóstico del paciente para en sesiones posteriores realizar intervenciones psicoterapéuticas eficientes y oportunas para el bienestar de la persona (Rivero; Piqueras; Ramos; García; Martínez y Oblitas, 2008).

#### **2.4 Sistema de Hipótesis:**

- Las estrategias de afrontamiento del dolor influyen en la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos
- Las estrategias de afrontamiento se ven influenciadas de acuerdo a parámetros sociodemográficos de los pacientes oncológicos
- Las estrategias de afrontamiento se ven relacionadas de acuerdo al tipo de cáncer y tratamiento que reciben los pacientes oncológicos
- Los factores prevalentes en la adherencia terapéutica se ven afectados de acuerdo a parámetros sociodemográficos de los pacientes oncológicos.
- Los factores prevalentes en la adherencia terapéutica se ven influenciados de acuerdo al tipo de cáncer y tratamiento que reciben los pacientes oncológicos.

## 2.5 Sistemas de Variables

### 2.5.1 Variable Independiente: Estrategias de Afrontamiento del dolor

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ADMINISTRACIÓN
Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar el dolor que es la sensación desagradable e individual que responde a factores estresores internos o externos que experimenta la persona en el transcurso de la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1996)	Catastrofización	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ideación negativa</li> <li>✓ Drama sobre el dolor</li> <li>✓ Dificultades para afrontar las consecuencias del dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nunca me pondré mejor</li> <li>-No puedo soportarlo más</li> <li>-No vale la pena vivir</li> <li>-El dolor me desborda</li> <li>-No puedo más</li> <li>-Paso el día pensando en el dolor</li> </ul>	<p>TÉCNICA: Evaluación Psicométrica</p> <p>INSTRUMENTO: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (CAD)</p>	La presente investigación se va a realizar en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato, aplicada a los pacientes oncológicos que cumplan con los criterios de inclusión
	Conductas distractoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acciones distractoras</li> <li>✓ Actividades de ocio no mentales</li> <li>✓ Distracción de la percepción dolorosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Me pongo a cantar</li> <li>-Hago cosas que me gustan</li> <li>-Realizo juegos para quitar el dolor</li> <li>- Salgo de casa</li> <li>-Paseo mucho</li> </ul>		

			-Estoy con otras personas		
	Autoinstrucciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modificar las verbalizaciones internas del sujeto, de este modo se modifica la conducta manifiesta</li> <li>✓ Autoverbalizaciones dirigidas a afrontar el dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No dejo que el dolor me moleste</li> <li>-Me digo el dolor no interfiere</li> <li>-Puedo superar el dolor</li> <li>-No importa lo grande que sea el dolor</li> <li>-Debo continuar a pesar del dolor</li> </ul>		
	Ignorar el dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Eliminar la influencia del dolor</li> <li>✓ No prestar excesiva atención al dolor para que no afecte en la vida diaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No presto atención al dolor</li> <li>-No pienso en el dolor</li> <li>-Planeo actividades</li> <li>-Sigo con lo que estaba haciendo</li> <li>-Ignoro el dolor</li> </ul>		
	Reinterpretar el dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transformar la percepción dolorosa</li> </ul>	-Me acuesto		



		<p>para reducir su impacto</p> <p>✓ Reducir consecuencias negativas para que el dolor sea menos amenazante</p>	<p>-Imagino el dolor fuera de mi</p> <p>-Hago como si no me doliera</p> <p>-Hago como si el dolor estuviera fuera de mi</p> <p>-Me digo que no me duele</p> <p>-Distanciarme del dolor</p> <p>-Pienso que el dolor no está en mi cuerpo</p>		
	Esperanza	<p>✓ Idea subjetiva que el dolor se irá con el tiempo</p> <p>✓ Estado de ánimo optimista basado en la expectativa de resultados favorables</p>	<p>-Confianza en que los médicos curarán el dolor</p> <p>-Alguien me ayudará para que el dolor desaparezca</p> <p>-Futuro libre del dolor</p>		
	Fe y Plegarias	<p>✓ Afrontamiento en creencias</p>	<p>-Rezo a Dios</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conductas religiosas</li> <li>✓ Confianza en doctrinas religiosas</li> </ul>	<p>-Rezo para que me pare el dolor</p> <p>-Cuento con mi fe en Dios</p>		
	Distracción cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actividades mentales de distracción para compensar el sufrimiento producido por el dolor</li> <li>✓ Detención del pensamiento para que no se vea invadido por aspectos negativos</li> </ul>	<p>-Pienso en cosas que disfruto haciendo</p> <p>-Recuerdo buenos momentos del pasado</p> <p>-Personas con las que me gusta estar</p>		

**Tabla 1. Variable Independiente- Estrategias de Afrontamiento del dolor**

### 2.5.2 Variable Dependiente: Adherencia Terapéutica

CONCEPTO	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ADMINISTRACIÓN
Colaboración y participación preactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener mejores condiciones de salud y de vida, más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud (Soria, Vega y Nava, 2009)	Control Sobre la Ingesta de Medicamentos y Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumplimiento con la prescripción médica</li> <li>✓ Ingieren sus medicamentos de manera puntual</li> <li>✓ Siguen un régimen alimenticio adecuado</li> <li>✓ Mejoran su calidad de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consumo los medicamentos de manera puntual</li> <li>-Cumplimiento con la dieta recomendada por el médico</li> </ul>	<p>TÉCNICA: Evaluación Psicométrica</p> <p>INSTRUMENTO: Escala de Adherencia Terapéutica</p>	La presente investigación se va a realizar en el Hospital SOLCA Ambato, a los pacientes con cáncer en etapa inicial
	Seguimiento Médico Conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidado adecuado de los pacientes sobre su estado de salud</li> <li>✓ Cumplimiento del tratamiento para que su estado de salud no adquiera el carácter de irreversibles</li> <li>✓ Mantenimiento de un régimen de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Asisto a las consultas periódicamente según prescribe el médico</li> <li>-Realizó los exámenes requeridos, en las fechas establecidas</li> </ul>		

		seguimiento a largo plazo ✓ Asistencia a consultas periódicas y análisis clínicos rutinarios			
	Autoeficacia	✓ Cumplimiento de las expectativas de los pacientes ✓ Ejecución de conductas saludables en base a la creencia de los pacientes ✓ Convicción de la eficacia de los cuidados para controlar su enfermedad crónica.	-Cumpro con el tratamiento aun si es complicado  -Si la enfermedad se agrava, sigo estrictamente el tratamiento		

**Tabla 2. Variable Dependiente- Adherencia Terapéutica**

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### **3.1 Nivel o Tipo de Investigación**

De acuerdo a la naturaleza de la investigación se va a escoger la asociación de variables ya que por medio de esta se van a poder observar la influencia que tienen las variables entre si y así poder relacionarlas y de alguna manera ver cuáles son las estrategias de afrontamiento del dolor que más utilizan los pacientes con cáncer y de este modo como se adhieren al tratamiento de acuerdo a la cronicidad de su enfermedad, por lo que además es una investigación correlacional ya que requiere de un conocimiento de tercer nivel, la misma que tiene como propósito fundamental examinar la relación que mantiene entre si las variables, a su vez permite medir estadísticamente la influencia de la variable independiente (estrategias de afrontamiento del dolor) sobre la dependiente (adherencia terapéutica); a su vez será una investigación de manera transversal, puesto que se realizará en un lapso de tiempo preestablecido.

#### **3.1.2 Enfoque**

De conformidad con el paradigma crítico propositivo, seleccionado para la presente investigación, se utilizará el enfoque cualitativo ya que permitirá describir características de las variables que intervienen en el problema.

Además se utilizará un enfoque cuantitativo, ya que si se llega a aplicar el proyecto se obtendrán datos cuantificables de cada una de las variables con el fin de realizar una correlación entre las mismas, de este modo se establecerá una mejor comprensión de la presente investigación, realizando un análisis e interpretación de los resultados, lo que permitirá ir enriqueciendo y perfeccionando, en la medida que lo requiera el estudio.

#### **3.2 Diseño de la Investigación**

La presente investigación es una revisión bibliográfica ya que es de suma importancia conocer los aspectos que se involucran en la adherencia terapéutica, el nivel de comprometimiento del paciente con su tratamiento, factores medioambientales que pueden favorecer o perjudicar el estado de salud del paciente, además conocer el nivel de apoyo que reciben por parte de los familiares; así también con la exploración

de varios artículos científicos que tratan sobre temáticas similares a la de la presente investigación, se puede contar con datos estadísticos, estar al tanto de información actualizada sobre adherencia terapéutica y estrategias de afrontamiento, es de gran importancia establecer el tipo de afrontamiento que más utilizan los pacientes oncológicos, estrategias cognitivas y conductuales para afrontar el dolor.

Al momento de la aplicación del proyecto la información recaudada, se obtendrá de los pacientes que asisten a recibir tratamiento en la Unidad Oncológica, de este modo se podrá actuar directamente sobre el contexto, por lo que se denomina a la misma una investigación de campo ya que se investigará a los pacientes oncológicos que asisten al Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.

La investigación será contextualizada, es decir, describirá el problema tal como se presenta en la realidad, recolectando y organizando de manera breve, objetiva y holística las evidencias del problema, mediante información obtenida de estudios bibliográficos que traten sobre esta temática, de este modo se puede precisar cuándo se originó el problema, concientizar a la población sobre la adherencia terapéutica y determinar en qué condiciones se utilizan las estrategias de afrontamiento los pacientes que acuden a sus respectivos tratamientos en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.

El proyecto de investigación tendrá gran relevancia debido a que además de contar con la revisión bibliográfica, al ser una investigación de campo debido a la aplicación de los instrumentos de evaluación a los pacientes que acuden a su tratamiento en la Unidad Oncológica, de este modo se puede ir corroborando información en base a las experiencias personales de los pacientes con la información científica que se ha recolectado durante el proceso de investigación.

### 3.3 Población y Muestra

Para la realización de la investigación se ha elegido a la población conformada por pacientes oncológicos que asisten al Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato, aplicando la fórmula para obtener el tamaño de la muestra, el número de participantes será el siguiente:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

N: 1200

**k:** 1.96

**e:** 5%

**p:** 0.50

**q:** 0.50

Aplicando la formula se obtiene una muestra de 292 pacientes oncológicos.

**Criterios de exclusión:** Para la presente investigación participantes serán personas letradas, mayores de edad, pacientes que se encuentren en tratamiento activo, pacientes postquirúrgicos.

### **3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos**

#### **3.4.1 Instrumentos de Recolección de datos**

**Técnica:** Evaluación Psicométrica

**Instrumentos:** Cuestionario de estrategias de afrontamiento del dolor

Escala de Adherencia Terapéutica

**Variable Independiente:** *Estrategias de Afrontamiento del dolor*

**Nombre:** Cuestionario de estrategias de afrontamiento del dolor (CAD)

**Autores Originales:** Rosenstiel y Keefe, creado en el año de 1983

**Autores de la adaptación:** Rodríguez Franco L., Cano García F., Blanco Picabia A.

**Año:** Adaptado al español en el 2004

**Versión:** Adaptado y cambiado a la versión española

**Adaptación española:** La adaptación española se realizó en marzo del 2004

**Objetivo:** Determinar los modos de afrontamiento del dolor que aparecen, con qué tipo de valoraciones se relacionan y qué resultados tienen en la evolución del trastorno.

**Población:** La muestra utilizada para esta adaptación estuvo conformada por 205 casos de dolor crónico, que asistían a tres centros públicos en la ciudad de Sevilla-España; dos de los centros son de Atención Primaria y uno es la Unidad de Dolor.

De los pacientes que fueron parte de la muestra para la adaptación del CAD, el 33% diagnosticados con migraña, 24% diagnosticados con cefalea tensional crónica, 24% dolor con origen muscular, 19% dolor de origen óseo. En cuanto a la duración media del trastorno es de 12,5 años, la duración media de episodios del dolor es de 24 horas, la intensidad del dolor que sufrían los pacientes es de 6,7 de acuerdo a la escala visual analógica, la frecuencia media del dolor es 18,6 episodios al mes, pacientes que consumían analgésicos diarios es de 1,9 y pacientes que consumían ansiolíticos y antidepresivos es 0,42 y 0,12 respectivamente.

La muestra de acuerdo al género se divide en los siguientes porcentajes el 86% eran mujeres y el 14% eran hombres, la edad media fue de 41 años; lo que se refiere al estado civil de los pacientes que fueron parte de la investigación, el 93% eran casados, el 11% eran solteros y el 6% se encontraban en una situación diferente a las anteriores.

**Número de ítems:** El Cuestionario de estrategias de afrontamiento del dolor consta de 48 ítems en total, que a su vez están divididos en 2 factores principales: *afrontamiento adaptativo* que contiene a su vez 6 sub factores que son: Conductas distractoras, Autoinstrucciones, Ignorar el dolor, Reinterpretar el dolor, Esperanza, Distracción cognitiva; para el *afrontamiento desadaptativo* contiene 2 sub factores: Catastrofización, Fe y Plegarias.

1er factor: Catastrofización consta de 6 ítems (2, 18,37, 12, 38, 26)



2do factor: Conductas distractoras consta de 6 ítems (6, 9, 4, 8, 11, 42)

3er factor: Autoinstrucciones consta de 5 ítems (31, 3, 1, 10, 28)

4to factor: Ignorar el dolor consta de 6 ítems (27,32, 47,23, 5, 33)

5to factor: Reinterpretar el dolor consta de 7 ítems (17, 39, 20, 34, 19, 25)

6to factor: Esperanza consta de 3 ítems (13, 14, 29)

7mo factor: Fe y Plegarias consta de 3 ítems (22, 24, 45)

8vo factor: Distracción cognitiva consta de 3 ítems (48, 43, 40)

**Descripción:** El instrumento de evaluación contiene una escala de 0 a 6, siendo 0 correspondiente a nunca, 1 casi nunca, 2 pocas veces, 3 a veces, 4 muchas veces, 5 casi siempre, y 6 siempre.

Este permite contar con datos sociodemográficos como la edad, el nombre y la fecha de la valoración, género, estado civil, lugar de residencia y ocupación; de este modo se puede establecer relaciones entre estas variables con las variables principales del estudio que es las estrategias de afrontamiento del dolor.

**Fiabilidad y Validez:** Para la validación del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del dolor se utilizaron dos procesos: para la validez estructural se utilizó el análisis factorial de componentes principales, para la validez de constructo se realizó la asociación con distintas variables

Se realizó un análisis factorial de primer orden donde se encontraron 11 factores acorde a las respuestas de los ítems, esto evidencia un 64% de varianza; a continuación se describen los valores de consistencia interna de los 8 factores extraídos del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del dolor:

1er factor Catastrofización:  $\alpha$  de Cronbach es de 0,89

2do factor Conductas distractoras:  $\alpha$  de Cronbach es de 0,76

3er factor Autoinstrucciones:  $\alpha$  de Cronbach es de 0,80

4to factor Ignorar el dolor:  $\alpha$  de Cronbach es de 0,68

5to factor Reinterpretar el dolor:  $\alpha$  de Cronbach es de 0,80

6to factor Esperanza:  $\alpha$  de Cronbach es de 0,77

7mo factor Fe y Plegarias:  $\alpha$  de Cronbach es de 0,85

8vo factor Distracción cognitiva:  $\alpha$  de Cronbach es de 0,74

Todos estos datos fueron significativos de acuerdo a la prueba F a  $p < 0,01$  para los 7 factores, exceptuando el factor 8 que fue  $p < 0,05$

En el análisis factorial de segundo orden, se encontró una estructura bifactorial con una varianza de 59%, los factores obtenidos son: 1er factor afrontamiento adaptativo y 2do factor afrontamiento desadaptativo. El 1er factor contiene 6 estrategias de afrontamiento con una varianza total del 38%, se denomina a este factor como afrontamiento adaptativo debido a su asociación negativa con la intensidad del dolor. El 2do factor se compone de 2 estrategias de afrontamiento con una varianza total del 21%, recibe la denominación desadaptativo debido a la importancia que se da al dolor percibido.

Los valores de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach para el 1er factor con un 0,78 y para el 2do factor 0,46, los 2 factores evidencian datos estadísticamente significativos de acuerdo a la prueba F  $p < 0,01$ .

**Tiempo de administración:** La duración de la aplicación es variable no cuenta con un tiempo fijo, el tiempo estimado que se demoraron los pacientes en contestar sus preguntas fue de 20 min aproximadamente, es importante que el evaluador cree un clima de confianza para que la persona evaluada responda tranquilamente sin sentirse presionada.

**Instrucciones:** La persona evaluada debe seguir las indicaciones del psicólogo responsable de la aplicación, el instrumento debe ser respondido con completa honestidad y sinceridad en cuanto a las preguntas que se realizan para posteriormente otorgar una valoración que puede ir de 0 a 6 dependiendo con la estimación subjetiva que cada paciente tenga sobre el dolor que padece.

**Aplicación:** El instrumento de evaluación puede ser Autoaplicable, es decir el evaluador entrega la hoja con los ítems y el paciente puede ir contestando acorde al grado de compatibilidad que demuestren con cada uno de los ítems.

**Interpretación:** El instrumento de evaluación de acuerdo a la puntuación de cada ítem permite valorar cuál es la estrategia más utilizada para afrontar el dolor, no contiene una escala global con rangos de medición, es más bien una valorización significativa y específica acorde a lo que se acople con la realidad de la persona evaluada.

***Variable Dependiente: Adherencia Terapéutica***

**Nombre:** Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)

**Autores:** Soria Trujano R., Vega Valero C. y Nava Quiroz C.

**Año:** Creado en el año 2009

**Objetivo:** Evaluar la adherencia terapéutica en pacientes crónicos, basada en comportamientos explícitos, incluyendo la información sobre el padecimiento, sobre el régimen terapéutico, sobre la interacción con el médico, y la autoeficacia.

**Población:** La muestra utilizada para su estandarización fue de 200 pacientes, adultos, voluntarios, que presentaban algunas enfermedades crónicas como: diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades cardíacas, artritis, hipercolesterolemia, enfermedades renales, arterioesclerosis o cáncer.

Los pacientes eran residentes en la Ciudad de México, que asistían a algunas clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social; de los participantes 114 fueron mujeres y 86 hombres.

**Número de ítems:** El instrumento de evaluación consta de 21 ítems; contiene 3 factores: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico conductual, y Autoeficacia, los cuales contienen 7 ítems cada uno respectivamente.

*1er Factor: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos;* es el grado en que el paciente sigue las indicaciones médicas en cuanto a horarios para la toma de medicamentos, dietas saludables, asistencia puntual al tratamiento.

*2do Factor: Seguimiento médico conductual;* es el grado en que el paciente sigue las indicaciones médicas en cuanto a conductas positivas para su estado de salud a largo plazo, asistir a consultas periódicamente.

*3er Factor: Autoeficacia;* es el grado en que el paciente sigue las indicaciones médicas en cuanto al grado de confianza que el paciente tiene en que el tratamiento es efectivo en su estado de salud, constancia en el tratamiento, asumir la responsabilidad sin requerir asistencia de otras personas.

**Descripción:** El instrumento de evaluación presentó una escala de 0 a 100, en la que el paciente elige, en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que más cercano a 100 el paciente es más adherente.

El instrumento permite contar con datos sociodemográficos como la edad, el nombre y la fecha de la valoración, género, estado civil, lugar de residencia y ocupación; de

este modo se puede establecer relaciones entre estas variables con las variables principales del estudio que es las estrategias de afrontamiento del dolor.

**Fiabilidad:** En la Escala de Adherencia Terapéutica se obtuvo un nivel alto de fiabilidad, el alpha de Cronbach de la escala demostró un 0.919 de fiabilidad, lo que significa que el instrumento es fiable en un 92%. No se eliminó algún ítem de la escala, ya que todos los ítems que formaron parte del instrumento evidenciaron una fiabilidad final superior a 0.883

**Validez:** Para la validación del Cuestionario de estrategias de afrontamiento del dolor se utilizaron dos procesos: para la validez estructural se utilizó el análisis factorial de componentes principales, donde se identificaron 3 factores: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico conductual y Autoeficacia.

1er Factor: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, con un alpha de Cronbach de .877, así también para los ítems que obtuvieron un rango de .872 a .785

2do Factor: Seguimiento médico conductual, con un alpha de .798 y para los ítems de este factor se encontraron dentro de un rango .779 como más alto y .694 el más bajo.

3er Factor: Autoeficacia con un alpha de .850, así también para sus ítems .826 como el rango más alto y .765 el más bajo.

**Tiempo de administración:** La duración de la aplicación es variable no cuenta con un tiempo fijo, el tiempo estimado que se demoraron los pacientes en contestar sus preguntas fue de 10 min aproximadamente, es importante que el evaluador cree un clima de confianza para que la persona evaluada responda tranquilamente sin sentirse presionada.

**Instrucciones:** Se aplica la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) de manera individual, la persona evaluada debe seguir las indicaciones del psicólogo responsable de la aplicación, cada uno de las personas evaluadas debe leer las instrucciones junto

con el evaluador quien aclara las dudas existentes; de este modo el instrumento debe ser respondido con completa honestidad y sinceridad en cuanto a las preguntas que se realizan para posteriormente otorgar una valoración que puede ir de 0 a 100 dependiendo con la estimación subjetiva que cada paciente tenga sobre el cumplimiento terapéutico.

**Aplicación:** El instrumento de evaluación puede ser Autoaplicable, es decir el evaluador entrega la hoja con los ítems y el paciente puede ir contestando acorde al grado de compatibilidad que demuestren con cada uno de los ítems.

**Interpretación:** El instrumento de evaluación de acuerdo a la puntuación de cada ítem permite valorar el nivel de adherencia que tienen los pacientes con el tratamiento; con una escala de baja adherencia un rango 66-145, adherencia moderada un rango de 146-160, adherencia alta un rango de 161-193, teniendo en cuenta que mientras la puntuación se acerca más a 100 quiere decir que el paciente es más adherente y si puntuación se acerca más a 0 demuestra un menor nivel de adherencia.

### 3.4.2 Técnicas de Recolección de datos

<p>1.- ¿Qué quiero lograr?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar las estrategias de afrontamiento del dolor y su influencia en la adherencia terapéutica</li> <li>• Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al género de los pacientes oncológicos</li> <li>• Establecer las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo a parámetros de la edad de los pacientes oncológicos</li> <li>• Reconocer las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al estado civil de los pacientes oncológicos</li> <li>• Detallar las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al tipo de tratamiento que reciben los pacientes oncológicos</li> <li>• Determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas de</li> </ul>
--------------------------------	---

	<p>acuerdo al tipo de cáncer que tienen los pacientes oncológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al apoyo familiar que reciben los pacientes oncológicos</li> <li>• Describir los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al género de los pacientes oncológicos</li> <li>• Detallar los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo a la edad de los pacientes oncológicos</li> <li>• Determinar los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al tratamiento que reciben los pacientes oncológicos</li> <li>• Listar los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al estado civil de los pacientes oncológicos</li> <li>• Reconocer los factores prevalentes en la adherencia terapéutica utilizados de acuerdo al tipo de cáncer que tienen los pacientes oncológicos</li> </ul>
<p>2.- ¿Aspectos que se van a investigar?</p>	<p><i>Estrategias de Afrontamiento del dolor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades cognitivas que utilizan los pacientes</li> <li>• Inadecuado manejo de comportamientos autorreferenciales</li> <li>• Reconocimiento de las emociones en base al dolor</li> <li>• Reflejo de deseos de que la realidad no fuera cierta</li> <li>• Búsqueda de apoyo emocional y espiritual</li> <li>• Situarse en un contexto para enfrentar el dolor</li> <li>• Estrategias que incluyen distracciones cognitivas</li> </ul> <p><i>Adherencia Terapéutica:</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingieren sus medicamentos</li> <li>• Cuidado adecuado de los pacientes sobre su estado de salud</li> <li>• Convicción con respecto a la eficacia de sus cuidados para controlar su enfermedad crónica.</li> <li>• Credibilidad en el tratamiento</li> </ul>
3.- ¿Quién va a investigar?	El investigador: Andrea Susana Tobar Viera
4.- ¿Sobre qué aspectos se va a investigar?	Estrategias de Afrontamiento del dolor Adherencia Terapéutica
5.- ¿A quiénes se va a investigar?	A los miembros del universo investigado, que son los pacientes con cáncer en etapa inicial
6.- ¿Cuándo se va a investigar?	Durante el periodo Abril 2015 – Septiembre 2015
7.- ¿Dónde se va a investigar?	Instalaciones del Hospital Oncológico SOLCA Ambato
8.- ¿Cuántas veces se va a recolectar la información?	Cada test una vez por cada individuo de la población estudiada
9.- ¿Cómo se va a investigar?	Técnica de Evaluación Psicométrica
10.- ¿Con qué se	Test “Cuestionario de estrategias de afrontamiento del dolor”



va a investigar?	Test “Escala de Adherencia Terapéutica”
------------------	---

**Tabla 3. Técnicas de Recolección de datos**

### **3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos**

- Revisión crítica de la información recogida; es decir limpieza de la información defectuosa: contradictoria, incompleta no pertinente, etc.
- Análisis de los datos obtenidos mediante investigación bibliográfica y de campo, en base a un acercamiento con pacientes que asisten a la unidad oncológica.
- Se procederá al análisis de acuerdo con los objetivos y la hipótesis planteada que servirá para la adecuada aplicación de la investigación
- Después de la recolección de datos de revisiones bibliográficas y estudios investigativos sobre la temática planteada, se diseñara el proyecto acorde a las normas establecidas, con información de relevancias para la población de estudio.
- Se realizará la interpretación pregunta por pregunta fundamentándose en la base teórica conforme me permita llevar a cabo el proyecto en base a la comprobación de las hipótesis.
- En el caso de la aplicación futura del proyecto, se procederá a un estudio estadístico de datos, mediante la recolección de las respuestas que otorgan los pacientes al momento de la aplicación de los reactivos psicológicos, de este modo se podrá contar con datos estadísticos que permitan evidenciar la influencia de las estrategias de afrontamiento del dolor en la adherencia terapéutica.

## CAPÍTULO IV

### MARCO ADMINISTRATIVO

#### 4.1 Recursos

##### **Institucionales:**

- Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato y entidades anexas (IESS, MSP) debido a que los pacientes reciben ayuda de estas instituciones, además el proyecto se llevará a cabo en las instalaciones de la Unidad Oncológica.
- Universidad Técnica de Ambato ya que la propuesta del proyecto está encaminada a reconocer la estrategia de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes y de este modo una adherencia terapéutica positiva que mejore la calidad de vida del paciente y además se reduzca costos en atención médica.

##### **Humanos:**

- Persona operante del proyecto a realizarse: Andrea Tobar estudiante de 10mo semestre en la Carrera de Psicología Clínica de la UTA
- Personal administrativo:
  - Director del Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato: Dr. Nalo Martinez; encargado de otorgar los permisos para llevar a cabo el proyecto
- Personal médico del hospital:
  - ✓ Médicos tratantes: encargados de realizar los diagnósticos de este modo se determinará los pacientes que se encuentren en etapa inicial.

- ✓ Trabajadora social: requerir información básica del paciente y su estado socioeconómico que permitirá determinar fortalezas, debilidades y nivel educativo.
- Pacientes: personas participantes en el proyecto, que serán evaluadas mediante test psicológicos.
- Familiares de los pacientes: se requiere de ellos para brindar apoyo y acompañamiento a sus familiares durante la evolución de la enfermedad.
- Asesoría profesional: indicaciones para realizar análisis estadístico sobre los resultados obtenidos a partir de los test psicológicos.  
Ps. Cl. Verónica Molina
- Docente Tutor: será la guía durante el desarrollo de la investigación y presentación de la propuesta del proyecto.  
Dra. Nancy Betancourt

#### **Económicos:**

- Material tecnológico
  - ✓ Laptop
  - ✓ Impresora
  - ✓ Internet
- Material de oficina
  - ✓ Hojas de papel Bond
  - ✓ Lápices
  - ✓ Copias de los 2 test que se van a aplicar
  - ✓ Libro para el análisis del marco teórico
- Transporte: vehículo
  - Gasolina
  - Cambio de aceite

**Financieros:**

- Aportaciones del Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato y las entidades anexas que debido a un convenio brindan atención integral y gratuita a personas que padecen cáncer ya que es considerada como una enfermedad catastrófica.

**4.1.2 Presupuesto:**

RECURSO	COSTO
<b>Asesoría Profesional:</b>	60\$
Material tecnológico:	
<b>Laptop</b>	800\$
<b>Impresora</b>	400\$
<b>Internet</b>	80\$
Material de oficina: <b>varios</b>	20\$
<b>Hojas de papel Bond</b>	10\$
<b>Copias de los 2 test psicológicos</b>	40\$
<b>Libro de psicología</b>	60\$
Transporte:	
<b>Gasolina</b>	70\$
<b>Cambio de aceite</b>	30\$
Imprevistos:	100\$
<b>TOTAL:</b>	<b>1.670\$</b>

**Tabla 4. Presupuesto**

## 4.2 Conclusiones

- Las Estrategias de Afrontamiento al dolor influyen en la salud del paciente, esto se afianza con la literatura recibida, ya que las estrategias adaptativas como Conductas distractoras, es decir que el paciente no enfoque todos sus esfuerzos exclusivamente en la enfermedad genera efectos positivos, así también ignorar/reinterpretar el dolor, se refiere a direccionar de otro modo el dolor que siente el paciente, es por eso que el utilizar la Distracción cognitiva como una estrategia hace que el paciente se comprometa de forma activa con el tratamiento y prescripciones médicas para mejorar su estado de salud.
- Los factores prevalentes que determinan la adherencia terapéutica son de gran importancia al momento de requerir persistencia y cumplimiento por parte de los pacientes, de este el Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, permite que los pacientes cumplan con las indicaciones médicas, además del Seguimiento médico conductual; que consiste en la relación médico-paciente para que se dé una adecuada comunicación de la evolución de la enfermedad, además de la autoeficacia; es decir asumir la responsabilidad y mantener una actitud positiva.
- Las Estrategias de Afrontamiento al dolor influyen en la adherencia terapéutica, se puede relacionar estas dos variables debido a la gran relación que guardan en el estado de salud del paciente oncológico que asume el dolor como parte de su vida y al mismo tiempo necesitan adherirse a los tratamientos ambulatorios para reducir los efectos del cáncer.
- Al realizar la presente investigación bibliográfica se ha podido contar con datos relevantes y fundamentales, que son de gran utilidad para los pacientes oncológicos y personal médico que requiere conocer más a fondo factores psicológicos que son influyentes en la salud de los enfermos de cáncer.

### 4.3 Cronograma de Actividades

MESESY SEMANAS		2015																				
		MARZO			ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO	
		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Introducción al tema	Exploración bibliográfica	■	■	■	■	■	■															
	Selección de instrumentos de evaluación	■	■	■	■	■	■															
	Aprobación del tema				■	■	■	■														
Revisión bibliográfica	Planificación del diseño de proyecto				■	■	■	■	■	■												
	Investigación en base de datos				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
	Recolección de la información							■	■	■	■	■	■	■								
	Evaluación del proceso/entrega de 50% de avance del proyecto													■	■							
Presentación del proyecto	Conclusiones en base a la investigación realizada																■	■	■	■	■	■
	Desarrollo del artículo científico																■	■	■	■		
	Evaluación del proceso/entrega de 100% de finalización del proyecto																			■	■	

Tabla 5. Cronograma de Actividades

### 4.3 Referencias bibliográficas:

#### Bibliografía

- Amigó, I. F. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Piramide.
- Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, (4), 350-352.
- Bayés, R. (1991). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martinez Roca.
- Bowlby. (1998). *El apego y la pérdida 1: El apego*. Barcelona: Paidós.
- Buendía, J. y Mira, J. (1993). Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: un estudio sobre el estrés infantil. Murcia.
- Carrión, S. (1996). *Curso de practitioner en Programación neurolingüística*. Madrid: Mandala.
- Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes Psicología.*, 21, (1), 403-414.
- Chico, F. L. (2002). Disposición de Optimismo como Indicador de Estrategias de. *Psicothema*; 14, 3., 544-550.
- Coleman, J. y Hendry, L. (2003). *Psicología de la Adolescencia*. Madrid: Morata-Cuarta Edición.
- Cruzado, J. y Olivares. (1996). *Intervención Psicológica en Pacientes con cáncer*. Madrid: Pirámide.
- Die Trill, M. (2003). *La evaluación psicológica del enfermo oncológico infantil y adulto*. Ediciones Ades.
- Dilts, R. y DeLozier, J. (2000). *Encyclopedia of systemic NLP and NLP new coding*.
- DiMatteo, M. y. (1982). *Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role*. New York: Pergamon Press.
- Frydenberg, E. L. (1991). Afrontamiento para Adolescentes: Las diferentes formas en que los niños y niñas afrontan. *Journal of Adolescence*, 119-133.
- Haynes, R.;McDonald, H. y Garg, A. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA*, 2880-2883.

- Lazarus RS, F. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca.
- Oblitas, L. et.al. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Cengage Learning Editors.
- Oliveros E., Barrera M., Martínez S., & Pinto T. (2010). Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. *Revista de Psicología GEPU. Vol 1.*, 01-206.
- OMS. (2003). La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Doyma.
- Palacios X. y Vargas L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología.*, 8., (2-3), 423-440.
- Phineiro, F., & Troccoli, B. y. (2003). La medición del dopaje en el ámbito laboral. *Psicología: Teoría e Pesquisa; 19,2.*, 153-158.
- Rodríguez L, Cano FJ, Blanco A. (2004). Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento al dolor. *Actas Esp Psiquiatr*, Rodríguez L, Cano FJ, Blanco A.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la Salud*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Rodríguez, L.; Cano, F.J. y Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento al dolor. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32., 82-91.
- Roy, C. & Andrews, H. (1999). The Roy Adaptation Model. *Appleton & Lange.*, 2 ed. *Stanford*, 31-48.
- Saint Paul, J. y Tenenbaum, S. (1996). *Excelencia Mental- Programación Neurolingüística*. Barcelona: Robin Book.
- Sánchez, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan.*, 3, (3), 32-41.
- Schneider, S.; Hess, K. y Gosselin, T. (2011). Interventions to promote adherence with oral agents. *Sem Oncol Nurs*; 27, (2), 133-141.
- Shuman, R. (1996). *Vivir con una enfermedad crónica, guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Barcelona: Paídos.
- WC, L. (2006). *Manage Care Inteface*, 19;31.41.



## Linkografía:

- Acosta, R. (2011). *Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, 2011*. Recuperado el 24 de junio de 2015, de Tesis de Grado. Universidad nacional mayor de san marcos :  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3151/1/Acosta\\_nr.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3151/1/Acosta_nr.pdf)
- Ahumada M., Escalante E., & Santiago I. (enero-junio de 2011). *Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA*. Recuperado el 03 de junio de 2015, de Subjetividad y Procesos Cognitivos-Scielo: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73102011000100002&lang=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100002&lang=en)
- Alvarado S., Ochoa F., Guerra H., Mulier Y., Galindo O. y Zapata M.R. (mayo-junio de 2011). *Adherencia terapéutica del paciente con cáncer*; . Recuperado el 17 de junio de 2015, de Gaceta Mexicana de Oncología., 10. (3):  
[http://www.smeo.org.mx/gaceta/2011/GAMOV10%20\\_3\\_2011.pdf#page=20](http://www.smeo.org.mx/gaceta/2011/GAMOV10%20_3_2011.pdf#page=20)
- Alvárez, P. S. (01 de mayo de 2010). *Blogia*. Obtenido de Definición del afrontamiento al estrés: <http://pisaal.blogia.com/2010/050101-definicion-del-afrontamiento-del-estres.php>
- Alvárez, P. S. (01 de mayo de 2010). *Blogia*. Recuperado el 15 de mayo de 2015, de Definición del afrontamiento al estrés: <http://pisaal.blogia.com/2010/050101-definicion-del-afrontamiento-del-estres.php>
- Ara, D. J. (Septiembre de 2009). *Adherencia en las enfermedades crónicas*. Recuperado el 20 de mayo de 2015, de Hospital Universitario Miguel Servet: <http://www.sefh.es/54congresoInfo/documentos/ponencias/1030.pdf>
- Bolino Ma., Canseco S., Díaz D., Krayeski M., Sylvester G., Pedace M., Caro L. y Cerisoli C. (marzo de 2012). *Adherencia de la población médica a los programas de rastreo de cáncer colorrectal: ¿Cuál es el cumplimiento de esta medida preventiva entre los profesionales?* Recuperado el 20 de junio de 2015, de Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 42., (1):  
[http://www.actagastro.org/actas/2012/n1/42\\_1\\_2012\\_10.pdf](http://www.actagastro.org/actas/2012/n1/42_1_2012_10.pdf)
- Cano F., Rodríguez L. & García J. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014, de Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos-

Universidad de Sevilla:

[http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf)

Casadiago, A. (28 de marzo de 2014). *Mecanismo de Afrontamiento*. Recuperado el 23 de junio de 2015, de <https://prezi.com/8fybj8jgfbwk/mecanismo-de-afrontamiento/>

Cervantes, I. (1997-2015). *Centro Virtual Cervantes*. Obtenido de [http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca\\_ele/diccio\\_ele/diccionario/estrateg.htm](http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/estrateg.htm)

Dilla, T.; Valladares, A.; Lizán, L. y Sacrsitán, J.A. (Junio de 2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41, (6). Doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031.

DiMatteo, MR.; Lepper, H. y Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med*, 160, (14)., 2101-2107.

Fernández y Abascal, 1997, citado por Angulo, L. . (2012). “*estrategias de afrontamiento en adolescentes de 16 a 18 años institucionalizados en el centro de promoción humana y espiritual ciudad del niño jesús*”. Recuperado el 18 de julio de 2015, de tesis de grado. Universidad mayor de San andrés: <http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/3289/3/Romeoro.pdf>

Fernández, M.J y Pulgar, M. (Junio de 2014). *Afrontamiento en penados que asisten a la Unidad Técnica de Supervisión y Orientación de Maracaibo* . Recuperado el 24 de julio de 2015, de Trabajo Especial de Grado. Universidad Rafael Urdaneta: <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-14-07522.pdf>

Galindo O., Valadez L., Álvarez M., Gónzalez C., Robles R., Alvarado S. (Mayo-Junio de 2011). *Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer*. Recuperado el 3 de junio de 2015, de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=90024241&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=305&ty=94&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v10n03a90024241pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90024241&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=305&ty=94&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v10n03a90024241pdf001.pdf)

García A., Rodríguez A.y López E. (2013). *Variables personales en la adherencia al tratamiento de personas alérgicas* . Recuperado el 16 de junio de 2015, de

- Psicología Conductual., 21. (3).:  
[http://www.researchgate.net/profile/Esther\\_Lopez-Zafra/publication/259509374\\_Variables\\_personales\\_en\\_la\\_adherencia\\_al\\_tratamiento\\_en\\_personas\\_alrgicas/links/0c96052c5a0b318e59000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Esther_Lopez-Zafra/publication/259509374_Variables_personales_en_la_adherencia_al_tratamiento_en_personas_alrgicas/links/0c96052c5a0b318e59000000.pdf)
- Gaviria A., Quiceno J., Vinaccia S., Martínez L., & Otalvaro M. (26 de marzo de 2009). *Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes*. Recuperado el 3 de junio de 2015, de Terapia Psicológica-Redalyc: <file:///C:/Users/andre/Downloads/Estrategias%20de%20Afrontamiento%20y%20Ansiedad-Depresi%C3%B3n%20en%20Pacientes%20Diagnosticados%20con%20VIH-Sida.pdf>
- Gordillo Ma. y de la Cruz J. (2003). *Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+ : algunas hipótesis desde la Psicología*. Recuperado el 21 de junio de 2015, de Psicothema. 15., (2): <file:///C:/Users/andre/Downloads/8112-13815-1-PB.pdf>
- M. Cassaretto, C. C. (2006). *Afrontamiento a la enfermedad crónica*. Obtenido de Revista de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú: <http://blog.pucp.edu.pe/item/9342/afrontamiento-en-pacientes-con-insuficiencia-renal-cronica>
- Ministerio de la Protección Social Republica de Colombia. (2010). *Indicadores de Salud Colombia*. Recuperado el 04 de mayo de 2015, de [http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25&Item](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Item)
- Miño, C. P. (12 de mayo de 2013). *Cáncer en América Latina*. Obtenido de El Telégrafo: <http://www.telegrafo.com.ec/opinion/columnistas/item/cancer-en-america-latina-ii.html>
- Nieto L. y Pelayo R. (26 de noviembre de 2009). *Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud*. Recuperado el 14 de junio de 2015, de Revista Académica e Institucional de la UCBP., 85.: <file:///C:/Users/andre/Downloads/1510-1426-1-PB.pdf>
- Niño, N. (2008). *Estilos de Afrontamiento en Estudiantes universitarios*. Recuperado el 23 de junio de 2015, de Universidad Rafael Urdaneta : <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-08-01985.pdf>

- Nisbet, J. y Shucksmith, J. (1991). *Centro Virtual Cervantes*. Recuperado el 22 de mayo de 2015, de [http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca\\_ele/diccio\\_ele/diccionario/estrateg.htm](http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/estrateg.htm)
- Oblitas, L. (2008). *El estado del arte de la Psicología de la Salud*. Recuperado el 17 de junio de 2015, de Revista de Psicología de Lima., 26, (2).: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472008000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472008000200002)
- Oblitas, L. (04 de enero de 2008). *Panorama de la Psicología de la Salud*. Recuperado el 3 de junio de 2015, de Revista Psicología Científica-Universidad del Valle de México; 17.: <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-panorama/>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Ginebra. Recuperado el 17 de mayo de 2015, de Pruebas para la acción. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud citado en Barragán, J. A., Almanza Rodríguez, G. (2013). *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer*. Recuperado el 24 de abril de 2015, de Informe de un comité de experimentos: <http://www.who.int/iris/handle/>
- Ottati F., & Souza M. (28 de mayo de 2014). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento*. Recuperado el 20 de mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79832492011.pdf>
- Partridge, A.; Avorn, J.; Wang, P. y Winer, E. (2002). Adherence to therapy with oral antineoplastic. *J Natl Cancer Inst*, 94, (9). Doi: 10.1093/jnci/94.9.652, 652-661.
- Pérez, D. F. (s.f.). *Salud y Vida Psicología*. Obtenido de Adherencia Terapéutica y modelos explicativos: <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6071>
- PSIKIDS. (s.f.). *Psicología y psiquiatría infantil para niños y adolescentes*. Recuperado el 9 de Febrero de 2015, de <http://psikids.es/servicios/otros/psicoeducacion/>

- Pulgar Ma., Garrido S., Muela J.A.y Reyes del Paso G., (2009). *Validación de un inventario para la medida del estrés*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de *Psicooncología.*, 6., (1).
- Rivero, R.; Piqueras, J.A; Ramos, V.; García, L.; Martínez, A.y Oblitas, L. (marzo de 2008). *Psicología y Cáncer. Suma Psicológica.*, 15, (1), 171-198.
- Rodríguez Ma. J., Esteve R. y López A. (2000). *Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico*. Recuperado el 28 de junio de 2015, de *Psicothema.*, 12, (3): <http://www.psicothema.com/pdf/340.pdf>
- Ruiz de Alegría B., Basabe N.,& Saracho R. (2013). *El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico*. Recuperado el 09 de junio de 2015, de *Revista de Nefrología- Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-el-afrontamiento-como-predictor-calidad-vida-dialisis-un-estudio-longitudinal-X0211699513003212>
- Salvador Alvarado-Aguilar a, F. J.-C.-C.-R.-V.-I. (Mayo-Junio de 2011). *Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo)*. Obtenido de *Gaceta mexicana de Oncología*: <http://zl.elsevier.es/es/revista/gaceta-mexicana-oncologia-305/adherencia-terapeutica-paciente-cancer-algunos-factores-perspectiva-90024243-articulos-originales-2011>
- Secoli SR, Pezo Silva MC, Alves Rolim M, Machado AL. (marzo de 2005). *El cuidado de una persona con cancer un abordaje psicosocial*. Recuperado el 24 de abril de 2015, de *Index Enferm*: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_)
- SOLCA. (2008). *Registro de Tumores*. Recuperado el 23 de ABRIL de 2015, de porcentaje y número de casos de cáncer según sexo y tipo de cáncer-residentes de guayaquil: <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/Tablas1-2.jsp>
- Soria R., Ávila D., Vega Z. y Nava C. (febrero de 2012). *Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas*. Recuperado el 20 de Junio de 2015, de *Alternativas en psicología.*,16. (26): [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2012000100008&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2012000100008&script=sci_arttext)

Spelman y Sefarino citado en Dionisio F., Zaldívar P. . (1990). *Salud y Vida Psicológica*. Recuperado el 16 de marzo de 2015, de Adherencia Terapeutica y modelos explicativos:  
<http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6071>

Zúñiga F., Carvajal J., Coronel M. (07 de Febrero de 2012). *Sociedad de Lucha contra el Cáncer*. Recuperado el 23 de Abril de 2015, de Epidemiología del Cáncer Gástrico en el Ecuador: <http://www.solca.med.ec/>

Vallebouna, C. (2001). *Registros poblacionales de cáncer*. Recuperado el 19 de mayo de 2015, de Departamento de Epidemiología.:  
[http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/Taller2001/Regpobcan\(Clelia%20Ballevuona\).ppt](http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/Taller2001/Regpobcan(Clelia%20Ballevuona).ppt)

Urzúa, M.; Marmolejo, C.y Barr, D. (2012). Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes. *Universitas Psychologica- Universidad Javeriana de Colombia*; 11, (2)., 587-598.

#### **Base de datos Universidad Técnica de Ambato UTA:**

D'Anello S., Barreat Y., Escalante G., K D'Orazio A. y Bentez A. (2009). *La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento*. Recuperado el 17 de junio de 2015, de MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. 18, (1):  
<file:///C:/Users/andre/Documents/articulos/relacion%20medico%20paciente%20y%20adherencia.pdf>

Acosta M.,Debs G., De la Noval R. y Dueñas A. (septiembre-diciembre de 2005). *Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica*. Recuperado el 16 de junio de 2015, de Revista Cubana de Enfermería. 21., (3): [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000300008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000300008&script=sci_arttext&tlng=en)

Acosta PA, Chaparro LC, Rey CA. (26 de septiembre de 2008). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal*. Recuperado el 16 de mayo de 2015, de Revista Colombiana Psicología:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803001>

Bertoldo P., Ascar G., Lic., Campana Y., Martín T., Moretti M., Tiscornia L. (2013). *Cumplimiento terapéutico en pacientes*. Recuperado el 20 de mayo de 2015, de Revista Cubana de Farmacia:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/far/v47n4/far06413.pdf>

- Burell, A. et al. 2005 citado por Palacios, X. y Vargas, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 8, (2-3). DOI: 10.5209, 423-440.
- Cassaretto, M.; Chau, C.; Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y Afrontamiento en estudiantes de psicología . *Revista de Psicología de la PUCP*; XXI, 2, 366-392.
- Chacín F. & Chacín J. (septiembre de 2011). *Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer* . Recuperado el 03 de junio de 2015, de Revista Venezolana de Oncología:  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-05822011000300010&lang=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822011000300010&lang=en)
- Cruz U., Dueñas D., Martínez K., Polo Y., Sanchez L. y Perdomo A. (enero-junio de 2014). *Adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las unidades oncológicas*. Recuperado el 17 de junio de 2015, de Revista Facultad de Salud., 6. (1):  
<file:///C:/Users/andre/Downloads/607-1365-1-PB.pdf>
- Enríquez M.F. (30 de junio de 2010). *Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno*. Recuperado el 06 de junio de 2015, de Revista Universidad y Salud, 12., (1).
- Granados G., Roales J., Moreno E. y Ybarra J.L. (25 de julio de 2007). *Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión*. Recuperado el 21 de junio de 2015, de International Journal of Clinical and Health Psychology. 7., (3):  
[http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9597/Creencias\\_en\\_sintomas.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9597/Creencias_en_sintomas.pdf?sequence=2)
- Greer (2008), citado por Palacios, X. y Vargas, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 8, (2-3). DOI: 10.5209, 423-440.
- Hernandez D., Pérez Y., Guerra V., González Á., & Grau R. (14 de mayo de 2012). *Estilos de afrontamiento*. Recuperado el 03 de junio de 2015, de Revista Finlay: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/114/1286>
- Kissane D, et al. (2004). Supportive expressive group therapy: The transformation of existential ambivalence into creative living while enhancing adherence to anti-

cancerwhile enhancing adherence to anti-cancer therapies. *Psychooncology*, 13, (11).Doi: 10.1002/pon.798, 755-768.

La Rosa Y., Martín L. y Bayarre H. (2007). *Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos*. Recuperado el 28 de junio de 2015, de *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 23, (1):  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_01\\_07/mgi06107.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi06107.htm)

Lazarus y Folkman, citado por Polaino-Lorente. (1984). Si cambia debe ser un proceso: estudio de la emoción y poder durante tres etapas de un examen de la universidad. *Revista de la Personalidad y Psicología Social*, 150-170.

Libertad M. (junio-septiembre de 2006). *Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente*. Recuperado el 20 de junio de 2015, de *Revista Cubana de Salud Pública*. 32., (3):  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013)

Libertad M., Sairo M. Y Bayarre H. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 19(2).

Monsalve V., Soriano J., & De Andrés J. (mayo de 2006). *Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida*. Recuperado el 03 de junio de 2015, de *Revista de la Sociedad Española del Dolor- Scielo*:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000400002&lang=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000400002&lang=en)

Murillo, Alarcón.citado por Barragán, Alamanza. (2013). *Tratamientos psicósomáticos en el paciente con cáncer*. Recuperado el 20 de mayo de 2015, de *Revista Colombiana Psiquiatría*:  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/2302/html>

Peñarroya A, Ballús-Creus C, Pérez J. (marzo de 2006). *Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico*. Recuperado el 24 de abril de 2015, de *Revista Sociedad Española del dolor*:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-)



- Peralta M., Robles H., Navarrete N., & Jiménez J. (09 de febrero de 2009). *Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas*. Recuperado el 03 de junio de 2015, de Salud Mental- Redalyc: <file:///C:/Users/andre/Downloads/Aplicaci%C3%B3n%20de%20la%20terapia%20de%20afrontamiento%20del%20estr%C3%A9s%20en%20dos%20poblaciones%20con%20alto%20estr%C3%A9s-%20pacientes%20c.pdf>
- Reyes D, González JC, Mohar A, Meneses A. (2011). *Epidemiología del dolor por cáncer*. Recuperado el 04 de mayo de 2015, de Revista Sociedad Española del dolor: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-)
- Roy C. citado por Barragan J. y Almanza G. (29 de Octubre de 2013). *Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer*. Recuperado el 16 de mayo de 2015, de Scielo: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972013000300002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300002)
- Salvador M. y Ayesta F. (2009). *La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo*. Recuperado el 12 de junio de 2015, de Intervención Psicosocial. 18., (3): [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592009000300004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592009000300004&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Sánchez A., (2006). *El problema de la adherencia en el tratamiento*. Recuperado el 14 de junio de 2015, de Revista Médica de Rosario, 75.: <http://arielsanchez.com.ar/publicaciones/El%20problema%20de%20la%20adherencia%20en%20el%20tratamiento%20de%20la%20osteoporosis.pdf>
- Soriano J, Monsalve V. (noviembre de 2004). *Revista Sociedad Española del Dolor*. Recuperado el 04 de mayo de 2015, de Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R): [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462004000700002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000700002&lng=es).
- Soucase B., Monsalve V., & Soriano J. (enero-febrero de 2005). *Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico*. Recuperado el 03 de junio de 2015, de Revista de la Sociedad Española del Dolor- Scielo: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000100003&lang=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000100003&lang=en)

Soucase, B.; Monsalve, V.; Soriano, J.F. y Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes. *Revista Sociedad Española del Dolor*.

Torre F., et.al. (marzo de 2008). *Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor*. Recuperado el 06 de junio de 2015, de Revista de la Sociedad Española del Dolor:  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-05822011000300010&lang=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822011000300010&lang=en)

Urzúa. A, Marmolejo. A, & Barr. C. (2012). *Universitas Psychologica- Scielo*. Recuperado el 3 de junio de 2015, de Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos.:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672012000200020](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000200020)

#### 4.5 Anexos

##### A1 Test: ADHERENCIA TERAPÉUTICA

#### ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Responda, con una escala de 0 a 100 acorde al nivel comprometimiento que Ud. tiene con el tratamiento.

Esté seguro de responder a todas las frases. No hay respuestas correctas ni incorrectas; solo se evalúa su conducta frente al tratamiento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

#### Cuantifique los siguientes ítems (0-100)

1. Ingiere mis medicamentos de manera puntual.	
2. Me hago análisis en los períodos que el médico me indica.	
3. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	
4. Asisto a mis consultas de manera puntual.	
5. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos.	
6. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	
7. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	
8. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	
9. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	

10. No importa que el medicamento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	
11. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	
12. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido	
13. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	
14. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	
15. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	
16. Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo.	
17. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	
18. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.	
19. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	
20. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	
21. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.	

**Tabla 6. Test-Adherencia Terapéutica**

**PRIMER FACTOR. Control Sobre la Ingesta de Medicamentos y Alimentos**

ITEMS: 1,6,8,10,15,17,19

**SEGUNDO FACTOR. Seguimiento Médico Conductual**

ITEMS: 2,3,6,9,11,13,16,20

**TERCER FACTOR. Autoeficacia**

ITEMS: 3,5,7,12,14,18,21

## A2 Test: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR

### CUESTIONARIO ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR

Responda, marcando con una X en la casilla correspondiente, con qué frecuencia realiza las siguientes acciones cuando tiene dolor.

Utilice la siguiente escala:

0 = Nunca, 1 = Casi nunca, 2 = Pocas veces, 3 = A veces, 4 = Muchas veces,

5 = Casi siempre, 6 = Siempre

Esté seguro de responder a todas las frases y de que marca solo una casilla en cada una de ellas. No hay respuestas correctas ni incorrectas; solo se evalúa lo que usted hace en ese momento.

Nombre:

Edad:

Fecha:

Ocupación:

Estado civil:

Género:

Diagnóstico:

**De un valor a los siguientes ítems:**

1. Veo el dolor como un desafío y no dejo que me moleste.	0 1 2 3 4 5 6
2. Creo que no puedo más.	0 1 2 3 4 5 6
3. Me digo a mi mismo que no puedo permitir que el dolor interfiera con lo que tengo que hacer.	0 1 2 3 4 5 6
4. Me pongo a cantar o tararear canciones mentalmente.	0 1 2 3 4 5 6
5. No presto atención al dolor.	0 1 2 3 4 5 6
6. Hago cosas que me gustan como ver televisión o escuchar la radio.	0 1 2 3 4 5 6
7. No pienso en el dolor.	0 1 2 3 4 5 6
8. Realizo juegos o distracciones mentales para quitar el dolor de mi cabeza.	0 1 2 3 4 5 6
9. Salgo de casa y hago algo, como ir al cine o ir de compras.	0 1 2 3 4 5 6
10. Me digo a mi mismo que puedo superar el dolor.	0 1 2 3 4 5 6
11. Paseo mucho.	0 1 2 3 4 5 6
12. El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor.	0 1 2 3 4 5 6

13. Tengo confianza en que los médicos algún día me curen el dolor.	0 1 2 3 4 5 6
14. Creo que algún día alguien me ayudará y el dolor desaparecerá.	0 1 2 3 4 5 6
15. Me imagino que el dolor esta fuera de mí.	0 1 2 3 4 5 6
16. Creo que no puedo soportarlo más.	0 1 2 3 4 5 6
17. Hago como si no me doliera nada.	0 1 2 3 4 5 6
18. Hago como si el dolor no fuera parte de mí.	0 1 2 3 4 5 6
19. Rezo a Dios para que no me duré más el dolor.	0 1 2 3 4 5 6
20. Me pongo hacer cosas como: tareas domésticas o planear actividades.	0 1 2 3 4 5 6
21. Rezo para que me pare el dolor.	0 1 2 3 4 5 6
22. Me digo a mi mismo que no me duele.	0 1 2 3 4 5 6
23. Pienso que no vale la pena vivir así.	0 1 2 3 4 5 6
24. Aunque me duela sigo con lo que estaba haciendo.	0 1 2 3 4 5 6
25. No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él.	0 1 2 3 4 5 6
26. Trato de imaginarme un futuro en el me haya librado del dolor.	0 1 2 3 4 5 6
27. Me digo a mi mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor.	0 1 2 3 4 5 6
28. Continúo con lo que estaba haciendo como si no pasara nada.	0 1 2 3 4 5 6
29. Ignoró el dolor.	0 1 2 3 4 5 6
30. Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo.	0 1 2 3 4 5 6
31. El dolor es horrible y siento que me desborda.	0 1 2 3 4 5 6
32. Me paso el día preocupado pensando en si alguna vez se acabará el dolor.	0 1 2 3 4 5 6
33. Trato de no pensar en que el dolor está en mi cuerpo, como si estuviera fuera de mí.	0 1 2 3 4 5 6
34. Pienso en cosas que disfruto haciendo.	0 1 2 3 4 5 6
35. Trato de estar con otras personas.	0 1 2 3 4 5 6
36. Recuerdo buenos momentos del pasado.	0 1 2 3 4 5 6
37. Cuento con mi fe en Dios.	0 1 2 3 4 5 6
38. Me acuesto.	0 1 2 3 4 5 6
39. Pienso en personas con las que me gusta estar.	0 1 2 3 4 5 6

**Tabla 7. Test-Estrategias de Afrontamiento del dolor**