



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO E INCERTIDUMBRE EN PACIENTES CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

Proyecto de Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología
Clínica que presenta la Bachiller:

CAROLINA RIVERA RAMÍREZ

Asesora:

María Antonia Rodríguez

LIMA – PERÚ

2016

Agradecimientos

En primer lugar quisiera agradecer a mi asesora, María Antonia Rodríguez, por su compromiso, paciencia y apoyo durante todo este proceso, por sus aportes y conocimientos, pero sobre todo por la confianza que tuvo en mí desde el primer día.

A Lourdes Ruda por haberse tomado el tiempo de leer mi trabajo, por sus recomendaciones y comentarios directos que significaron un empuje adicional.

Asimismo, quisiera agradecer a mi familia por haber sido mi soporte durante todos los años de mi carrera, por haber respetado los momentos en los cuales me encerraba en mi cuarto tratando de concentrarme e inspirarme para seguir redactando los capítulos de esta investigación. A Sebastián, mi hermano menor, por jugar y distraerse conmigo cuando necesitaba un descanso y recordar tocar la puerta antes de entrar a mi cuarto.

A Fernando, por su cariño y confianza en mí, por haber sido tan paciente para escucharme y levantarme el ánimo siempre que lo necesitara y por no solo acompañarme desde hace diez años, sino también por acompañare en esta etapa tan importante y trascendental.

Al INEN, por haberme abierto las puertas durante un año, al Departamento de Radioterapia, en especial a la Licenciada Cecilia, jefe de enfermeras, y a los médicos tecnólogos que me brindaron todas las facilidades para poder realizar el proceso de evaluación. Su respaldo y apoyo fueron fundamentales. Al servicio de Psicología por su disposición e interés en el desarrollo de esta investigación. Además, quisiera agradecer a la promociones 2014 y 2015 de internos por haber sido testigos de las diferentes etapas de este proceso, por haber acompañado, alegrado y celebrado mis logros, así como por sus genuinas muestras de cariño. A Melisa por su valiosa ayuda y a María Claudia por su complicidad, sus bromas y palabras de aliento.

Finalmente, quisiera agradecer infinitamente a todos los pacientes del INEN, los verdaderos luchadores, por todo lo que aprendí de ellos. Agradecerles por ser tan fuertes y perseverantes, y por todos los maravillosos recuerdos que me llevo de ustedes. El año que me permitieron acompañarlos definitivamente ha marcado un antes y un después, y por eso, muchas gracias.

Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino

Resumen

El objetivo general de la presente investigación fue explorar la relación entre la adherencia al tratamiento y la incertidumbre en una muestra de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, pacientes de una institución oncológica especializada en Lima, Perú. Dicha muestra estuvo compuesta por 92 mujeres con edades entre 30 y 60 años ($M=49.05$; $DE=8.36$), quienes recibían tratamiento ambulatorio de radioterapia y quimioterapia de manera concurrente, y que pertenecían a los estadios clínicos II (75%) y III (25%). Para ello, se empleó la Escala de Adherencia al Tratamiento del Cáncer, *EATC* (Raymundo, 2011) y la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel, *MUIS* (Mejía, 2012). Entre los resultados más resaltantes se encontró que el 48.9% de las participantes presentaban un nivel promedio alto de adherencia al tratamiento del cáncer, mientras que el 28.3% presentó un nivel promedio. En cuanto a la incertidumbre, la gran mayoría (80.4%) se ubicó en un nivel alto de incertidumbre respecto a su situación de salud. Adicionalmente, respondiendo al propósito central, se halló una relación significativa inversa de intensidad baja entre ambos constructos ($r_s=-.23$; $p=.03$), evidenciando que a mayores niveles de incertidumbre existiría una tendencia a poseer una menor adherencia al tratamiento oncológico. Los hallazgos mencionados permiten discutir las implicaciones metodológicas (ej. confiabilidad), al mismo tiempo que brindan aportes clínicos que podrían beneficiar la intervención de los pacientes oncológicos.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, Incertidumbre, Cáncer de cuello uterino, Psicoconología

Treatment adherence and uncertainty in patients with cervical cancer

Abstract

This study aimed to explore the relationship between treatment adherence and uncertainty in a sample of women diagnosed with cervical cancer who were patients in a public oncology hospital in Lima, Perú. Participants included 92 women between 30 and 60 years old ($M=49.05$; $SD=8.36$) who received outpatient radiotherapy and chemotherapy concurrently, and who belonged to clinical stages II (75%) and III (25%). The treatment adherence in cancer scale, EATC (Raymundo, 2011), and Mishel's uncertainty in illness scale, MUIS (Mejía, 2012) were used. Among the most important results, 48.9% of participants had a moderately high level of adherence to cancer treatment, while 28.3% had an average level. The vast majority (80.4%) exhibited a high level of uncertainty about their health situation. Additionally, a significant inverse relationship of low intensity between both constructs ($r_s=-.23$; $p=.03$) was found, suggesting that, at higher levels of uncertainty there is less adherence to cancer treatment. The methodological implications are discussed (e.g. reliability) as well as clinical contributions that could benefit therapeutic work with cancer patients.

Key Words: Treatment adherence, Uncertainty, Cervical cancer, Psycho-oncology

Tabla de Contenidos

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| MÉTODO..... | 11 |
| Participantes..... | 11 |
| Medición..... | 13 |
| Procedimiento..... | 15 |
| Análisis de datos..... | 16 |
| RESULTADOS..... | 19 |
| DISCUSIÓN..... | 23 |
| REFERENCIAS..... | 33 |
| ANEXOS | |
| Anexo A-1: Consentimiento informado (investigador)..... | 43 |
| Anexo A-2: Consentimiento informado (participante)..... | 44 |
| Anexo B: Ficha de datos..... | 45 |
| Anexo C: Interpretación de los puntajes de las escalas..... | 47 |
| Anexo D: Tablas de comparación de medianas..... | 48 |

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza principalmente por la rápida y anormal multiplicación de células, que puede afectar a partes adyacentes al cuerpo y propagarse a otros órganos (Instituto Nacional del Cáncer, 2014). Hoy en día, esta enfermedad es una de las más agresivas y de mayor incidencia en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (2014), el cáncer es una de las primeras causas de mortalidad, tan solo en el año 2012, 8.2 millones de muertes en el mundo fueron a consecuencia de esta severa enfermedad. Este escenario puede que cambie desfavorablemente en los próximos diez años, puesto que se estima que el cáncer se convertirá en la principal causa de muerte a nivel mundial, sobrepasando a las enfermedades cardiovasculares (Gonzales-Puell, 2012).

La aparición del cáncer se encuentra asociada, menciona Ehrenzweig (2007), a aspectos biológicos, a los estilos de vida y a la exposición de agentes potencialmente cancerígenos. Esto quiere decir que el cáncer es una enfermedad plurifactorial, y por lo tanto debe ser abordada desde un enfoque biopsicosocial. Gonzales-Puell (2012) indica, que es la suma de diversos factores lo que constituiría la base para la aparición del cáncer.

En el caso de América Latina, la incidencia de esta enfermedad es muy grave, ya que el número de personas diagnosticadas con cáncer está en constante aumento, se estima que para el año 2030 habrá un incremento del 67% en América Latina y el Caribe (OMS, 2014). De manera más específica, la situación en el Perú no es la excepción, Salazar et al. (2013) señalan que el número de casos es de aproximadamente 150 por 100 000 habitantes por año.

Si bien existen diversos tipos de cáncer, en nuestro país, son el cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino, también llamado cáncer de cérvix, y el cáncer de estómago los que se presentan con mayor frecuencia. En la población oncológica femenina, el cáncer de cuello uterino se presentó en 14.9% de los casos registrados entre los años 2006-2011 (Ministerio de Salud, 2013).

El cáncer de cuello uterino está asociado al virus del papiloma humano (virus que es transmitido exclusivamente por vía sexual), el cual es considerado como el mayor factor de riesgo para el desarrollo de este cáncer (Gómez & Lagoueyte, 2012). No obstante, a pesar de ser un cáncer que se desarrolla después de varios años, la gran mayoría de casos diagnosticados se encuentran en estado avanzado. Abel Limache (2011), del Instituto Nacional de Enfermedades

Neoplásicas, refiere que de 100 casos de cáncer de cuello uterino, solo el 15% se diagnostican en una etapa inicial.

Pese a las cifras poco alentadoras, si el cáncer de cuello uterino es diagnosticado a tiempo, se tendrá un pronóstico relativamente favorable (Aguilar & Valdivia, 2012). Para esto, es necesario que la persona diagnosticada con esta enfermedad siga un tratamiento, el cual dependerá de las características de la enfermedad y de las características personales. En la actualidad, según la Sociedad Americana de Cáncer (2013), para el tratamiento del cáncer de cuello uterino, son tres las opciones más comunes: la radioterapia, la quimioterapia y la cirugía. La radioterapia es un tratamiento que hace uso de rayos de alta energía para la reducción o eliminación de tumores, mientras que la quimioterapia se realiza por medio de medicamentos que son administrados principalmente por vía intravenosa. Por último, la cirugía que se realice dependerá de diversos factores, la que se práctica con mayor frecuencia es la histerectomía, que involucra la extirpación del útero.

Respecto a los dos primeros tratamientos mencionados, ambos pueden originar efectos secundarios como las náuseas y vómitos, pérdida de apetito y peso, alopecia, dolores viscerales, inflamaciones locales, problemas cutáneos, obstrucciones intestinales, entre otros. Esto genera que no solo la palabra “cáncer” sea asociada a una fuerte amenaza, los tratamientos también se encuentran sumamente estigmatizados, provocando inmediatamente respuestas de evitación y rechazo (Palacios & Vargas, 2011). Esto último se relaciona con lo expuesto en un estudio sobre adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, ya que se menciona que la presencia de síntomas significativos y la disminución del funcionamiento psicosocial como producto de los tratamientos, afecta la adherencia a estos (Maikranz, Steele, Dreyer, Stratman & Bovaird, 2006).

En la misma línea, en un estudio realizado en Argentina por Paolino y Arrosi (2012), con una población de mujeres con cáncer de cuello uterino, se concluyó que uno de los motivos del abandono de los tratamientos era el componente subjetivo. Principalmente, los conocimientos y percepciones que se tenían tanto de la enfermedad como de los tratamientos condicionaban la adherencia y seguimiento de las prácticas de salud, al igual que las recomendaciones del personal médico. Sin embargo, para que un tratamiento sea efectivo, se requiere que el paciente se adhiera e involucre activamente en él, ya que se trata de un proceso complejo, que en la mayoría de casos, requiere de la modificación de los estilos de vida (Martín, 2004; Puente, 1985).

La adherencia al tratamiento es considerada un fenómeno complejo, debido a que comprende una serie de comportamientos orientados a la salud (Ehrenzweig, 2007). Alfonso (2004), explica que el paciente asume una posición activa dentro de la toma de decisiones sobre su salud, lo que significa que el paciente trabaja conjuntamente con el personal médico para desarrollar un plan que sea óptimo para sus necesidades. En la misma línea, Nieto y Pelayo (2009) puntúan que la adherencia al tratamiento está compuesta por tres momentos fundamentales: el contacto entre médico-paciente, el compromiso que adopta el paciente con su tratamiento y que los cambios realizados sean voluntarios y perdurables.

Por consiguiente, al ser la adherencia al tratamiento un conjunto de múltiples conductas de salud, menciona Ginarte (2001), existen numerosos modelos que son útiles para su explicación. Uno de los modelos que ha tenido mayor aceptación es el de creencias en salud, desarrollado por Becker y Maiman en 1975. Dicho modelo explica que una persona no llevará a cabo una conducta de salud si es que no cuenta con la motivación ni con la información necesaria para realizarla, si es que no percibe su situación de salud como realmente amenazante, o si encuentra dificultades para llevar a cabo determinada conducta (Rodríguez-Marin, 2008). Otro modelo comúnmente asociado a la adherencia al tratamiento es la teoría de la acción racionalizada. Esta teoría, explicada por Fischbein y Ajzen en 1975, señala que el mejor predictor de una conducta de salud es la intención de realizarla.

En tanto el cáncer es una enfermedad con un enfoque biopsicosocial, como se mencionó previamente, se requiere de un tratamiento oncológico integral que abarque los diferentes aspectos de la vida del paciente (Alvarado et al., 2011). Debido a esto, según Ortiz y Ortega (2007), se desprende la complejidad del tratamiento, el cual no solo involucra la toma de medicamentos, sino que también demanda cambios en la dieta, y hasta en la manera en cómo se responde psicológicamente, con el fin de prevenir el desarrollo de trastornos emocionales que puedan impactar fuertemente en el proceso de enfermedad y tratamiento.

A partir de lo expuesto sobre la adherencia al tratamiento y los diferentes componentes de los comportamientos de salud, se cree pertinente, para el desarrollo de la presente investigación, hacer uso de una definición que abarque lo ya mencionado. La OMS (2004) define la adherencia al tratamiento como “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida – se corresponde con las

recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p. 3). Asimismo, la OMS señala que la adherencia al tratamiento está compuesta por cinco dimensiones: el sistema sanitario, la dimensión socioeconómica, los factores de la propia enfermedad, del tratamiento y los relacionados al paciente.

Por otro lado, las diversas investigaciones respecto a la adherencia al tratamiento han permitido también identificar los factores asociados a ella. Por ejemplo, Ortego (2004) ha agrupado dichos factores en ocho grupos: variables sociodemográficas, tipo de enfermedad, creencias del paciente, tratamiento farmacológico, apoyo social, información, organización y, relación médico-paciente. De modo similar, Amigó, Fernández y Pérez (2003), plantearon cuatro variables: las variables propias del paciente, las variables de enfermedad, del tratamiento, y las variables de la relación médico-paciente.

Un ejemplo de estas investigaciones es la realizada por Palacios y Vargas (2011) quienes a partir del concepto multidisciplinario de la adherencia al tratamiento, realizaron una revisión completa y general de los factores que la benefician, englobándolos en variables biológicas, psicológicas y socioculturales. Por su parte, Alvarado et al. (2011) llevaron a cabo un estudio prospectivo-descriptivo con el propósito de conocer los factores asociados a la adherencia terapéutica desde la perspectiva del personal médico. La muestra fue de 100 especialistas de las diferentes áreas del Instituto Nacional de Cancerología de México, quienes fueron evaluados por medio de una encuesta estructurada. Los resultados destacan la importancia de un trabajo multidisciplinario en el tratamiento de los pacientes oncológicos (81%). Asimismo, casi el 30% de la muestra recalzó el valor de un apoyo psicooncológico constante, especialmente durante la fase del diagnóstico.

Sin embargo, la literatura también ofrece hallazgos concernientes a las altas tasas de deserción de los tratamientos médicos. Martín y Grau (2004) señalan, que la falta de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas puede llegar hasta el 45%, y que esta cifra aumenta si es que el tratamiento demanda cambios drásticos en los estilos de vida. Del mismo modo ocurre con las tasas de adherencia en tratamientos oncológicos con medicamentos, como la quimioterapia, en donde la deserción alcanza el 50% (Partridge, 2006).

Esto puede verse reflejado en un estudio realizado en México, con una población de 525 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, donde se concluyó que el 60% de la muestra abandonó la fase diagnóstica, mientras que casi el 20% de la muestra abandonó la fase de tratamiento (Hernández et al., 2006). La evaluación se realizó a través de la revisión periódica de las historias clínicas, y por medio de entrevistas estructuradas. A partir de esto, pudieron identificar como motivos de abandono del tratamiento la percepción de la enfermedad, las dificultades de acceso a los servicios de salud, los factores sociales y los factores reproductivos, puesto que las mujeres más jóvenes se encontraron más predispuestas a desertar del tratamiento.

Adicionalmente, en el contexto peruano, Peñarrieta et al. (2015) produjeron un estudio sobre el automanejo en enfermedades crónicas, específicamente en la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y el cáncer. Se evaluó a 562 pacientes de un hospital estatal limeño, de los cuales 162 estaban diagnosticados con cáncer, por medio de la Escala de Automanejo en Padecimientos Crónicos que mide la adherencia al tratamiento, el conocimiento de la enfermedad, el manejo de los efectos secundarios, y el manejo de los signos y síntomas. Los hallazgos revelaron un deficiente automanejo de la enfermedad, resaltándose el bajo índice en la dimensión de conocimiento de la enfermedad. Del mismo modo, se identificaron dificultades en la adherencia al tratamiento relacionadas con la limitada comunicación con los proveedores de salud, la poca disponibilidad y apertura para que los pacientes puedan realizar preguntas, así como la ausencia de un enfoque intercultural para el trato de estos.

En este mismo contexto, Raymundo (2014) realizó una investigación en la ciudad de Trujillo, sobre la adherencia al tratamiento y el impacto del cáncer en una muestra de 100 pacientes, constituida en su gran mayoría (79%) por el género femenino. En esta muestra se encontraban diversos diagnósticos de cáncer, siendo los más numerosos el cáncer de mama, cáncer de colon y linfoma. Para la medición de la adherencia al tratamiento, se construyó una escala que permitiera medir las diferentes dimensiones del constructo propuestas por la OMS. Los resultados obtenidos mostraron que menos de la mitad de la muestra (47%) presentó una adherencia al tratamiento en un nivel promedio alto. Por el contrario, casi un tercio de los pacientes evaluados (29%) se ubicaron en un nivel promedio bajo respecto a la adherencia del tratamiento oncológico.

La experiencia de vivir con una enfermedad tan agresiva como el cáncer, provoca en la persona un estado constante de ambivalencia e inseguridad, el cual se intensifica si no hay un

conocimiento adecuado de la enfermedad que se padece. En ese sentido, el componente cognitivo asociado a las creencias que las personas tengan sobre su enfermedad, tratamiento y los resultados del mismo, repercuten en la adherencia, puesto que pueden favorecerla, o por el contrario, perjudicarla (Ehrenzweig, 2007; Palacios & Vargas, 2011). Martínez, Morales y Piza (2010), manifiestan que la preocupación por la incertidumbre, ligada al significado que se le otorga a la enfermedad y las repercusiones de esta, es fundamental para cualquier persona que atraviesa dicho proceso.

La incertidumbre es considerada como uno de los factores más poderosos asociado a la adaptación de las enfermedades crónicas (Alves, Castro, Ribeiro & Faustino, 2007). En la misma línea, González-Puell (2012) indica, que debido a que el cáncer es una enfermedad en donde las recaídas son frecuentes, la incertidumbre es un factor que se acentúa ampliamente, y que además, resulta en una fuente de estrés y de desestabilidad emocional.

El desarrollo del concepto de incertidumbre parte de los estudios realizados por Merle Mishel en 1988, quien desarrolló una teoría sobre la incertidumbre dentro del marco de la enfermedad. Esta teoría intenta explicar cómo los pacientes procesan cognitivamente los eventos vinculados a su enfermedad, y cómo construyen un significado a partir de ellos (Trejo, 2012). Para el desarrollo de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad, Mishel se basó en modelos ya existentes, como el de Lazarus y Folkman sobre estrés, valoración y afrontamiento, y el modelo del procesamiento de la información de Warburton (Torres & Sanhueza, 2006).

La incertidumbre es definida por Mishel (1988) como la incapacidad de la persona para otorgar un significado a los eventos asociados a su enfermedad, esto se origina cuando la persona enferma no es capaz de asignar valores a los acontecimientos que lo rodean, impidiendo también, predecir con claridad los resultados sobre su situación de salud. Triviño y Sanhueza (2005), explican que la incertidumbre es un estado cognitivo que se genera cuando no ocurre una adecuada categorización de la información con la cual el paciente cuenta. Asimismo, la incertidumbre puede presentarse de cuatro formas: como ambigüedad respecto a la situación de salud, como complejidad con relación al tratamiento y los cuidados, como falta de información acerca del diagnóstico de la enfermedad, o como falta de predicción frente al curso de la enfermedad (Trejo, 2012).

Según Mishel (1988), el marco estructural de su teoría posee tres componentes principales: los antecedentes de la incertidumbre, el proceso de valoración y el enfrentamiento de la enfermedad. Los antecedentes de la incertidumbre hacen referencia a toda la gama de estímulos e información que permiten a la persona crear un esquema sobre su enfermedad. La construcción de dicho esquema se ve influenciada, además, por la capacidad cognitiva del enfermo y por recursos externos. En el proceso de valoración pueden darse dos caminos, por un lado la inferencia, en donde el enfermo evalúa la incertidumbre por medio del recuerdo de acontecimientos pasados, y por otro lado, la ilusión, en donde las creencias sobre la enfermedad son construidas sin necesidad de evidencia. Por último, el enfrentamiento de la enfermedad parte de la valoración de la incertidumbre, sea esta valorada como un peligro, o por el contrario, como oportunidad.

Trejo (2012) explica que la incertidumbre puede asociarse a una visión negativa y pesimista del entorno y del futuro. Por ejemplo, la incertidumbre es considerada como un potente factor generador de estrés en la hospitalización (Bailey & Stewart, 2003). Del mismo modo, indica Mishel (1990), la incertidumbre puede generar repercusiones psicológicas como depresión o ansiedad, afectar la calidad de vida e inclusive impactar sobre el autocuidado en el proceso de diagnóstico y tratamiento. Por este motivo, si la incertidumbre es valorada como un peligro, los métodos de enfrentamiento del enfermo se orientarán a disminuirla, de manera que también se reducirán las emociones perjudiciales ligadas a dicha valoración.

No obstante, la incertidumbre también puede considerarse como una oportunidad. Gómez (2010), refiere que la incertidumbre como oportunidad se presenta cuando la persona acepta su enfermedad como parte de la realidad. En este sentido, frente a una situación incierta, el enfermo puede modificar la percepción de dicha situación optando por una perspectiva positiva de su enfermedad, es decir, centrándose en los aspectos provechosos de ella y anticipando resultados favorables, y en ese caso, las estrategias de enfrentamiento se dirigirán a mantener la incertidumbre (Trejo, 2012).

A lo largo de los años, la teoría de la incertidumbre ha sido estudiada en diversas enfermedades crónicas, siendo casi la totalidad de las investigaciones de tipo correlacional. Alves et al. (2007) señalan que son aquellos enfermos con altos niveles de incertidumbre los que poseen menor motivación para iniciar y seguir un tratamiento. Esto último puede actuar como una llamada de atención, por lo que Mejía (2012) resalta el aporte de la teoría de la incertidumbre,

puesto que ayuda a explicar cuáles son los elementos estresantes asociados al diagnóstico y tratamiento de determinada enfermedad, al mismo tiempo que destaca la importancia del abordaje del personal médico y de los cuidadores en el manejo de la incertidumbre.

Un ejemplo de ello es la investigación de Sammarco (2001), quien realizó un estudio cuantitativo en Estados Unidos, en donde se exploró la relación entre apoyo social percibido, incertidumbre y calidad de vida en una muestra de 101 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Se planteó que habría una relación negativa entre incertidumbre y apoyo social percibido. Los resultados corroboraron la hipótesis inicial, puesto que se encontró una relación negativa significativa entre apoyo social percibido e incertidumbre. De manera similar, Mejía (2012), llevo a cabo un estudio en Colombia sobre incertidumbre, imagen y calidad de vida en 76 mujeres sometidas a mastectomía. Por un lado, se encontró una relación negativa entre incertidumbre y calidad de vida, y por el otro, una relación positiva entre imagen corporal y calidad de vida.

Actualmente, la relación entre incertidumbre y adherencia al tratamiento continúa poco presente en la literatura, por lo que se considera pertinente profundizar los conocimientos respecto a ella. De cualquier manera, se pueden encontrar algunos estudios sobre ambos conceptos. Maikranz et al. (2006), estudiaron la relación entre incertidumbre, esperanza, ajuste emocional y adherencia al tratamiento en una muestra de 70 receptores pediátricos de trasplante renal y hepático en Estados Unidos. En dicho estudio la incertidumbre fue evaluada por medio de la Escala de Incertidumbre ante la enfermedad de Mishel, y la adherencia al tratamiento mediante autoreportes y monitoreo electrónico. Los resultados demostraron que la depresión y ansiedad, como secuelas psicológicas, estaban impactando negativamente en la adherencia, por lo que la incertidumbre sería un factor que interactúa para predecir la adherencia al tratamiento.

En un contexto más cercano, Alves et al. (2007), realizaron en Brasil una investigación cuantitativa-descriptiva acerca de la incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en una muestra compuesta por 62 personas diagnosticadas con diabetes tipo dos. Para la medición de los constructos se optó por la Escala de Motivación para el Tratamiento, así como la versión portuguesa de la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel. Los resultados adquiridos revelaron que la muestra presentaba niveles bajos de incertidumbre y una elevada motivación para el tratamiento, esto quiere decir que, se identificó una relación inversa entre incertidumbre y motivación para el tratamiento de su enfermedad.

En esta dirección, en tanto el cáncer continúe siendo una de las enfermedades con mayor incidencia y una de las causas de muerte más comunes a nivel mundial (OMS, 2014), las investigaciones que se realicen en base a esta enfermedad supondrán un aporte al campo de la salud. De esta forma, se empezará a responder a las interrogantes que genera esta problemática y a los escasos estudios en el contexto peruano, en donde, de los de decesos notificados entre el 2006-2011, el cáncer de cuello uterino fue la primera causa de mortalidad en las mujeres (Ministerio de Salud, 2013).

Empero, los tratamientos para el cáncer se encuentran fuertemente estigmatizados, especialmente por los efectos secundarios que producen, y a partir de los cuales se ha creado en el imaginario colectivo una respuesta inmediata de rechazo (Palacios & Vargas, 2011). Estos mismos autores sugieren que entre el 25% y 50% de los pacientes oncológicos no cumplen con las recomendaciones médicas, y eso incluye el asistir a las citas y la modificación de hábitos nocivos. Hernández et al. (2006), señalan que para que los tratamientos puedan ser altamente efectivos, deben considerarse factores como las redes de apoyo, el acceso a los servicios de salud y el conocimiento y percepción que tengan los pacientes sobre su enfermedad. Sin embargo, la falta de conocimiento genera que la cura sea vista como inalcanzable, afectando la adherencia al tratamiento (Ehrenzweig, 2007).

Partiendo de lo mencionado previamente, se considera que estudiar la relación entre incertidumbre y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino es importante y teóricamente relevante. En primer lugar, existen altas tasas de mortalidad de este tipo de cáncer. En segundo lugar, porque es una relación que no ha sido muy estudiada en el campo de la psicología de la salud, así como tampoco en poblaciones oncológicas, por este motivo, esta investigación pretende aportar información valiosa y que además signifique un punto de partida para futuros estudios. Por último, como menciona Trejo (2012), la aplicación de la teoría de la incertidumbre en la adherencia al tratamiento, buscará orientar y ayudar al personal de salud a manejar esta situación con el fin de lograr una mayor adaptación a la enfermedad y al tratamiento.

En suma, la presente investigación tiene como objetivo principal estudiar la relación entre la incertidumbre y la adherencia al tratamiento en un grupo de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino. Empero, a pesar de que la teoría de la incertidumbre señale que esta puede ser

valorada tanto como peligro y como oportunidad, la hipótesis de investigación sugiere que existe una relación inversa entre ambos constructos. Finalmente, para la consecución del objetivo señalado, se evaluará en un momento único e individualmente a una muestra de pacientes de un hospital oncológico especializado de Lima Metropolitana.



Método

La presente investigación tuvo un enfoque transversal de tipo correlacional, en donde se propuso estudiar la relación entre la incertidumbre y la adherencia al tratamiento en un grupo de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino.

Participantes

La muestra del estudio estuvo conformada por 92 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, pacientes de un instituto oncológico especializado, ubicado en Lima, Perú, cuyas edades oscilaron entre los 30 a 60 años ($M=49.05$; $DE=8.36$). Se determinaron como criterios de inclusión que todas las participantes debían estar cursando su primer diagnóstico oncológico, considerándose únicamente los estadios clínicos II y III (75% y 25% respectivamente). Adicionalmente, las participantes debían estar recibiendo tratamiento de radioterapia con quimioterapia concurrente, puesto que, según la Asociación Americana de Cáncer (2014), es el esquema de tratamiento recomendado para el cáncer de cuello uterino cuando se encuentra en los estadios clínicos mencionados.

Se accedió a la muestra por medio de una invitación directa a las participantes, en donde se consideraron los estándares éticos, con lo cuales se buscó proteger a las participantes del estudio. Para dicho propósito, se entregó un consentimiento informado (Anexo A), el cual fue leído junto a la investigadora, y en donde se explicó el objetivo de la investigación, así como las cuestiones referentes al anonimato y cuidado de la información. De igual manera, se especificó que la participación en el estudio no suponía un riesgo para las participantes, aunque tampoco significaba un beneficio directo. Esto permitió que las participantes, libre y voluntariamente, aceptaran ser parte del estudio.

Para la recolección de las variables sociodemográficas de las participantes se construyó una ficha de datos (Anexo B). En la tabla 1 se puede apreciar la descripción de las características sociodemográficas.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

| Variable | | <i>f</i> | % |
|----------------------|-----------------------|----------|------|
| Origen | Lima | 15 | 16.3 |
| | Costa | 14 | 15.2 |
| | Sierra | 38 | 41.3 |
| | Selva | 25 | 27.2 |
| Residencia | Lima | 63 | 68.5 |
| | Costa | 7 | 7.6 |
| | Sierra | 10 | 10.9 |
| | Selva | 12 | 13.0 |
| Estado civil | Soltera | 24 | 26.1 |
| | Casada o conviviente | 58 | 63.0 |
| | Divorciada o separada | 7 | 7.6 |
| | Viuda | 3 | 3.3 |
| Hijos | Con hijos | 88 | 95.7 |
| | Sin hijos | 4 | 4.3 |
| Nivel Socioeconómico | Medio | 23 | 25.0 |
| | Medio bajo | 14 | 15.2 |
| | Bajo | 55 | 59.8 |
| Grado de Instrucción | Primaria incompleta | 32 | 34.8 |
| | Primaria completa | 18 | 19.6 |
| | Secundaria incompleta | 12 | 13.0 |
| | Secundaria completa | 22 | 23.9 |
| | Técnica incompleta | 1 | 1.1 |
| | Técnica completa | 3 | 3.3 |
| | Superior completa | 4 | 4.3 |
| Datos Laborales | Si trabaja | 8 | 8.7 |
| | No trabaja | 84 | 91.3 |

N=92

Se puede observar que la mayoría de las participantes son originarias de la sierra, sin embargo el grueso de la muestra se encuentra residiendo en Lima al momento de recibir el tratamiento. Al revisar el estado civil, se puede notar que menos de la mitad tienen una pareja, aun así, casi todas las participantes tienen al menos un hijo. Por otro lado, no se registraron los niveles

socioeconómicos alto y medio alto, por el contrario la mayoría se ubica en un nivel socioeconómico bajo. Respecto al grado de instrucción, se aprecia que más de la mitad de las participantes solo culminaron los estudios primario y solo un número muy limitado de ellas se encuentra laborando.

Asimismo, en la ficha de datos, se solicitó información médica sobre el tiempo de diagnóstico. Teniendo en cuenta que el proceso de reclutamiento y evaluación se llevó a cabo entre los meses de marzo y abril del 2015, el 12% tenía un mes de diagnóstico, el 17.4% 2 meses, el 27.2% 3 meses, y el 10.9% 4 meses de diagnóstico. El resto de la muestra (32.6%) tenía un tiempo de diagnóstico entre 5 y 12 meses.

Medición

Escala de Adherencia al Tratamiento del Cáncer (Raymundo, 2011). Para la medición de la adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos se hizo uso de la Escala de Adherencia al Tratamiento del Cáncer creada por Raymundo (2011). Dicha escala se desarrolló para fines de investigación de la tesis de maestría de Raymundo, en donde el objetivo era estudiar la relación entre el impacto de la enfermedad del cáncer y la adherencia al tratamiento en pacientes del Hospital Lazarte de Trujillo, Perú.

La escala de Adherencia al Tratamiento del Cáncer (EATC) busca evaluar como los pacientes enfermos de cáncer se adhieren al tratamiento, a partir de la definición y dimensiones propuestas por la Organización Mundial de la Salud. La EATC es de tipo Likert, posee cuatro puntos que van del 1 al 4, “nunca”, “casi nunca”, “casi siempre”, y “siempre”, y consta de 23 ítems a partir de los cuales se identifica el nivel de adherencia al tratamiento considerando los niveles alto, promedio alto, promedio, promedio bajo, y bajo.

En primer lugar, Raymundo creó el instrumento, para posteriormente, ser sometido a un proceso de validación de contenido. Dicho proceso se realizó a través de un panel de jueces compuesto por cinco psicólogos clínicos, dos psicólogos psicométristas y tres oncólogos del Hospital Lazarte de Trujillo, quienes concluyeron que los ítems del instrumento son relevantes para medir la variable de adherencia al tratamiento. Luego del proceso de validación y aplicación de la EATC, en una muestra de 100 pacientes del Hospital de Lazarte de Trujillo con diversos diagnósticos oncológicos se llevó a cabo el análisis de consistencia interna a partir del coeficiente

alfa de Cronbach, en donde se obtuvo un nivel de confiabilidad buena (.83). Adicionalmente, Raymundo evaluó la correlación ítem-test encontrando que los ítems 1, 6, 7 y 13 tenían correlaciones inferiores a lo adecuado (.20), sin embargo, determinó que la eliminación de dichos ítems no elevaría la confiabilidad de la escala.

Para la presente investigación, se realizó el análisis de confiabilidad mediante el método de consistencia interna, en donde se obtuvo, a partir del índice de Alfa de Cronbach, una confiabilidad cuestionable (.67), según los criterios propuestos por George y Mallery (2003). De la misma manera, se calculó la correlación ítem-test obteniendo un rango de valores entre -.27 y .54, sin embargo la eliminación de aquellos ítems con valores por debajo de lo ideal, no elevaría significativamente la confiabilidad del instrumento, por lo que no fueron descartados.

Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad (Mejía, 2012). Para medir la incertidumbre ante la enfermedad se empleó la versión oficial traducida al español de La Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel, validada por Mejía (2012), basándose en la escala original Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS) de Merle Mishel (1988).

La versión original de Mishel se diseñó en Estados Unidos y se validó en una muestra de pacientes con enfermedades crónicas. Se realizaron los análisis de confiabilidad, mediante el método de consistencia interna, obteniéndose una confiabilidad alta (.92). Esta escala consta de 33 ítems en donde se mide el grado de incertidumbre de los pacientes con respecto al diagnóstico, tratamiento, la relación con los proveedores de cuidado y la planificación del futuro. La escala es de tipo Likert con puntajes del 1 al 5, en donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 5 es “totalmente de acuerdo”, en la cual se mide el nivel de acuerdo con las afirmaciones. El resultado total de la escala se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems, por lo que a mayor puntaje se tendrá un mayor nivel de incertidumbre.

Mejía realizó la validación facial para evaluar la precisión, claridad y comprensión del instrumento, así como la validación de contenido con el propósito de evaluar la relevancia de las preguntas de la escala. Dicho proceso se llevó a cabo a través de un panel de seis jueces, conformado por cuatro enfermeras especialistas en el tema de incertidumbre y con formación doctoral, una cirujana, y una psicóloga. La muestra estuvo conformada por 76 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital Universitario del Valle en Cali, Colombia

Respecto a la validación facial, los jueces coincidieron que todos los ítems de la escala son válidos en cuanto a precisión, claridad y comprensión. Del mismo modo, todos los jueces llegaron a la conclusión de que los ítems de La Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad son relevantes, obteniéndose un Coeficiente de Validez del Contenido del Ítem (CVR) de .99, por lo que el instrumento no sufrió ninguna modificación en el contenido de los ítems. Adicionalmente, se analizó la confiabilidad del instrumento para lo cual se hizo uso del método de consistencia interna, en donde se obtuvo una confiabilidad buena (.81), determinada por el Alfa de Cronbach.

Para este estudio se realizaron los análisis de confiabilidad para la escala global, por medio del método de consistencia interna. El índice de Alfa de Cronbach reveló, tomando en cuenta nuevamente los criterios de George y Mallery (2003), una confiabilidad cuestionable (.62). De igual modo, se evaluó la correlación ítem-test, en donde se obtuvo un rango de valores entre -.18 y .46, no obstante, la eliminación de los ítems con valores menores a lo esperado (.20) no mejoraría significativamente la confiabilidad, por lo cual se optó por descartar dicho procedimiento.

Procedimiento

Se solicitó, previo al proceso de reclutamiento y evaluación, el permiso correspondiente al Comité de Investigación del hospital oncológico. Luego de obtener la autorización, se gestionó nuevamente el permiso por parte de la jefatura del Departamento de Radioterapia, puesto que en este espacio estaba previsto realizar la evaluación de las participantes.

Para la obtención de la muestra se revisaron las fichas médicas de las participantes, las cuales se encontraban a cargo de los médicos tecnólogos del área de radioterapia, esto con el fin de corroborar que los datos eran los requeridos para el estudio. Luego de ello, se abordó a las potenciales participantes que se encontraban en la sala de espera de radioterapia, de esa forma, se les explicó e invitó a participar de la investigación. Se esperó a que las pacientes terminaran su sesión de radioterapia programada, para inmediatamente después, ser dirigidas al lugar de evaluación.

Al llegar al lugar asignado para la evaluación, se les entregó y explicó el consentimiento informado, el cual fue leído junto a la investigadora, de manera que pudo exponerse cada detalle del mismo. Incluso se especificó en el documento las vías por las cuales las participantes podían

contactar a la investigadora y así, resolver las dudas que nacieran luego de la evaluación. Después que la participante entendió y aceptó los términos del consentimiento y la evaluación, se le entregó la ficha de datos en donde se recabó la información respecto a las variables sociodemográficas. Consecutivamente, se entregó la Escala de Adherencia al Tratamiento del Cáncer (EATC), para finalmente, culminar con la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel (MUIS). Es importante señalar que la evaluación se llevó a cabo en un tiempo aproximado de 20 minutos, se realizó de manera individual, y que la investigadora acompañó a la participante durante todo el tiempo que duró la misma.

Finalmente, cabe mencionar que para aproximadamente el 10% de participantes, la evaluación generó sentimientos dolorosos respecto a la situación de salud que estaban viviendo, así como recuerdos de la historia de vida, que impedían que las participantes puedan responder a los cuestionarios. Frente a esto, la investigadora, realizó una intervención psicológica orientada a la contención emocional y consejería, con el fin de asegurar y velar por el estado emocional de la participante, dejando en segundo plano a la evaluación, la cual no fue completada. En la misma línea, se consideró pertinente que algunas de las participantes reciban apoyo psicológico adicional, por lo que se les invitó a asistir al Servicio de Psicología.

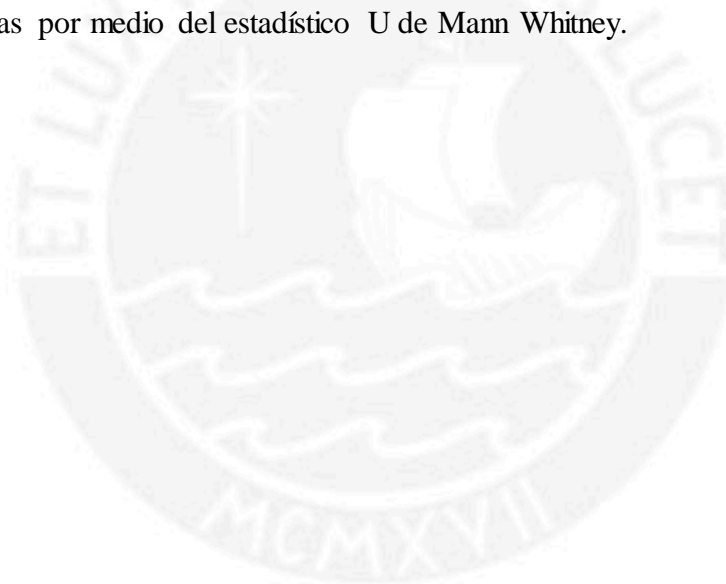
Análisis de datos

Para el análisis de los datos del estudio se hizo uso del paquete estadístico SPSS versión 20. Previo al proceso de análisis, el 30% del total de la base de datos fue revisado por una persona ajena al proyecto de investigación. Esto se realizó con el fin de corroborar que los datos habían sido ingresados de manera correcta. Luego de ello, mediante un análisis exploratorio, se consideró pertinente eliminar aquellos casos atípicos dentro de la muestra, por lo que de 95 casos, se eliminaron tres, quedando así, una muestra de 92 casos.

En primer lugar, se efectuaron los análisis de confiabilidad correspondientes para cada una de las escalas del estudio. De esta forma, se utilizó el método de consistencia interna para evaluar la confiabilidad, mediante al índice de Alfa de Cronbach, de la Escala de Adherencia al Tratamiento del Cáncer, de la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel, así como para cada una de las dimensiones de la misma.

Con respecto al análisis central, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la muestra sobre las variables sociodemográficas y la información médica adicional solicitada, así como también sobre la información de las pruebas aplicadas. Posteriormente, para responder al objetivo general de la investigación, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de los puntajes de adherencia al tratamiento y de incertidumbre. Al tener ambos puntajes una distribución no paramétrica (no normal), se optó por hacer uso del coeficiente de correlación de Spearman para calcular la relación entre ambos constructos, evaluando, además, la magnitud de dicha relación por medio del criterio de Cohen.

Por último, se pretendió describir las diferencias en los niveles de adherencia al tratamiento e incertidumbre a partir de las variables sociodemográficas estado civil, lugar de residencia y grado de instrucción. Al ser las distribuciones de los puntajes no paramétricas, se optó por realizar un contraste de medianas por medio del estadístico U de Mann Whitney.





Resultados

A continuación se expondrán los resultados obtenidos en la presente investigación. Primero, se expondrán los hallazgos relacionados al objetivo general del estudio, para luego reportar los niveles de los constructos de adherencia al tratamiento e incertidumbre. Finalmente, se presentarán los resultados de los análisis complementarios.

Con el propósito de estudiar la relación entre la adherencia al tratamiento y la incertidumbre, se realizó un análisis de correlación mediante el coeficiente de Spearman. Es así como se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), en donde se puede observar que existe una relación inversa de intensidad baja ($r = -0.23$) entre la adherencia al tratamiento y la incertidumbre, según el criterio de Cohen (Cohen, 1988). Esto quiere decir que a mayores niveles de incertidumbre en las pacientes respecto a su situación de salud, habría una menor adherencia al tratamiento oncológico.

Por otro lado, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de los constructos centrales del estudio (Ver tabla 2).

Tabla 2

Descripción de los constructos Adherencia al tratamiento e Incertidumbre

| | <i>Mdn</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Min.</i> | <i>Máx.</i> |
|---------------------------|------------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Adherencia al tratamiento | 72.00 | 70.65 | 6.03 | 56 | 82 |
| Incertidumbre | 104.50 | 105.14 | 7.99 | 85 | 125 |

N=92

EATC min:23/max:92

MUIS min:33/max : 165

Se puede observar que la media de las participantes de este estudio presenta una adherencia al tratamiento de un nivel promedio, mientras que para la incertidumbre, dicha media se ubica en un nivel alto (Anexo C).

De manera más específica, se obtuvo las frecuencias de los niveles de cada uno de los constructos. En el caso de la adherencia al tratamiento se puede observar la siguiente información (Ver tabla 3).

Tabla 3*Descripción de los niveles de Adherencia al tratamiento*

| <i>Niveles</i> | <i>f</i> | <i>%</i> |
|----------------|----------|----------|
| Bajo | 6 | 6.5 |
| Promedio bajo | 10 | 10.9 |
| Promedio | 26 | 28.3 |
| Promedio alto | 45 | 48.9 |
| Alto | 5 | 5.4 |

N=92

Se aprecia que más de la mitad de la muestra presenta un buen nivel de adherencia al tratamiento, no obstante el grupo restante (48.7%) no cuentan con niveles altos de adherencia, llamando la atención que aproximadamente el 18% presenta un nivel deficiente del mismo.

Respecto al constructo de incertidumbre, la muestra solo se ubicó entre los niveles regular y alto (Ver tabla 4).

Tabla 4*Descripción de los niveles de Incertidumbre*

| <i>Niveles</i> | <i>f</i> | <i>%</i> |
|----------------|----------|----------|
| Regular | 18 | 19.6 |
| Alto | 74 | 80.4 |

N=92

Cabe resaltar que ninguna de las participantes del estudio presenta un nivel bajo de incertidumbre, por el contrario, se puede observar el elevado porcentaje que experimenta altos niveles de incertidumbre.

Finalmente, con el fin de complementar los hallazgos de esta investigación se realizó un análisis de contraste de medianas (Anexo D), por medio del estadístico U de Mann Whitney, para evaluar las diferencias en los niveles de adherencia al tratamiento e incertidumbre en las variables

sociodemográficas de estado civil, lugar de residencia y grado de instrucción. Para la variable estado civil se dividió en dos grupos: casada o conviviente, y se formó un grupo compuesto por las pacientes solteras, divorciadas o separadas y viudas. En la misma línea, para la variable lugar de residencia se dividió también en dos grupos: aquellas que residen fuera de Lima, y aquellas que residen en Lima. Del mismo modo, se dividió en dos grupos la variable de grado de instrucción, formando un grupo las participantes que habían cursado únicamente la primaria, mientras que el otro grupo englobaba a aquellas que habían cursado la secundaria en adelante.

Para los dos primeros casos, los análisis de contraste de medianas no fueron significativos, evidenciándose que no existen diferencias, en los niveles de adherencia al tratamiento y en los niveles de incertidumbre. Sin embargo, si se hallaron diferencias significativas en los niveles de adherencia al tratamiento según el grado de instrucción ($U=774.5, p=.02$), entre las mujeres que tenían únicamente estudios primarios, ya sea incompletos o completos, y las que habían cursado la secundaria, incompleta o completa en adelante. Para los niveles de incertidumbre no se encontraron diferencias significativas.



Discusión

El objetivo principal de la presente investigación fue estudiar la relación entre adherencia al tratamiento e incertidumbre en un grupo de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, pacientes de un hospital oncológico ubicado en la ciudad de Lima, Perú. Para dicho propósito se realizó un estudio transversal de tipo correlacional, en donde se evaluaron ambos constructos cuantitativamente por medio de La Escala de Adherencia al Tratamiento del Cáncer (2014) y La Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel, validada por Mejía (2012), además de una ficha de datos sociodemográficos.

Se planteó como hipótesis central que la adherencia al tratamiento tendría una relación inversa con la incertidumbre. Los resultados obtenidos son consistentes con la hipótesis descrita, puesto que a partir del hallazgo de una relación inversa de intensidad baja, se podría hablar de una tendencia que sugiere que a mayores niveles de incertidumbre habría menor adherencia al tratamiento.

En esta sección se presentaran, en primer lugar, los datos obtenidos sobre los niveles de cada uno de los constructos en la muestra, de manera que se pueda evaluar las particularidades e implicancias teóricas y prácticas de dichos datos. Luego de ello, se interpretarán los resultados respecto al objetivo principal de la investigación. Posteriormente, se discutirán las fortalezas y limitaciones del presente estudio, para finalmente culminar con las recomendaciones pertinentes.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, se encontró que más de la mitad de la muestra (54.3%) se ubicó entre los niveles promedio alto y alto, resultados que revelan que una cantidad considerable de pacientes, aparentemente, han adoptado una posición activa dentro de su proceso de tratamiento. Dicho porcentaje es similar al reportado por Raymundo (2014) en una muestra de 100 pacientes oncológicos en la ciudad de Trujillo, en donde el 47% presentó una adherencia al tratamiento entre los niveles mencionados. Por su parte, Castañeda (2015) reveló en un estudio realizado en Colombia, que el 61.4%, de una muestra de 158 pacientes oncológicos, presentaba altos indicios de adherencia al tratamiento.

Un rasgo de importancia es el uso de recursos de afrontamiento positivos de estas pacientes en su proceso de enfermedad y tratamiento. En una investigación realizada por Baiocchi, Lugo, Palomino y Tam (2013), con mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, pacientes del

mismo instituto oncológico del presente estudio, se halló que entre el 50% y 70% de estas pacientes hacían uso de estilos de afrontamiento positivos, predominando una postura activa y planificadora frente a los problemas relacionados a su condición de salud. Esto quiere decir que las pacientes utilizan un plan de acción que las ayuda a organizar y elaborar estrategias orientadas al problema de su enfermedad, para así tratar de obtener los mejores resultados posibles con respecto al tratamiento que deben seguir. Las mujeres de esta investigación puede que no solo compartan características sociodemográficas similares, dado que se trata de muestras muy parecidas, sino que también pueden estar compartiendo estilos de afrontamiento semejantes a los mencionados. En esa dirección, el uso de estilos de afrontamiento positivos en un problema de salud, como la capacidad de planificación y desarrollo de competencias, repercute favorablemente en la adherencia al tratamiento (Oliveros, 2009; Díaz & García, 2000), por lo que una parte de estas pacientes, al estar asumiendo una posición activa frente a la enfermedad, estarían beneficiando su adherencia.

Por otro lado, teniendo en cuenta que el 63% de las pacientes reportaron ser casadas o encontrarse conviviendo, se infiere que dicho soporte puede funcionar como un potente factor que impacta positivamente en la adherencia al tratamiento, puesto que se relaciona de manera directa con la adquisición de conductas orientadas a favor de la salud (Taechaboonsermsak1, Kaewkungwal, Singhasivanon, Fungladdal & Wilailak, 2005), como sería el cumplir con el tratamiento de manera continua y con las recomendaciones médicas, así como realizar los cambios requeridos en el estilo de vida. De manera más específica, Montes, Mullins y Urrutia (2006) señalan que el apoyo social de la pareja constituye un punto clave para un afrontamiento eficaz y una adecuada adaptación a la situación de enfermedad y tratamiento.

No obstante, pese al elevado porcentaje de pacientes adherentes a su tratamiento, se encuentra el grupo restante, en donde el 28.3% presenta un nivel promedio de adherencia, mientras que el 17.4% agrupa a quienes presentan niveles promedio bajo y bajo. Estos datos representan al 48.7% de la muestra que estaría en riesgo de no desarrollar comportamientos adherentes al tratamiento oncológico, similar a lo mencionado por el Observatorio de Adherencia al Tratamiento (2015), que refiere que el 45% de pacientes oncológicos tienen problemas para seguir con su tratamiento. La OAT (2015) continúa señalando que una pobre adherencia repercute en el aumento de los ingresos al hospital, los costos sanitarios y por supuesto, las tasas de recaídas y mortalidad.

Por su parte, Enríquez (2010), menciona que los tratamientos oncológicos demandan una serie de cambios en la organización de la vida del paciente, por ejemplo en los estilos de vida, en las relaciones interpersonales, así como en la adaptación frente a la conmoción emocional. Además, Ehrenzweig (2007), señala que los tratamientos oncológicos, en especial la quimioterapia y radioterapia, generan en el imaginario colectivo respuestas de rechazo, puesto que resulta contradictorio lo que los pacientes buscan de los tratamientos frente a lo que perciben física y psicológicamente de ellos, por lo que tampoco suele existir un seguimiento completo de las indicaciones en los tratamientos de tipo curativo.

A su vez, se ha encontrado evidencia que un bajo nivel socioeconómico, en pacientes con cáncer de cuello uterino, se asocia con inadecuadas prácticas de salud (Gutiérrez & Alarcón, 2008; Taechaboonsersakl et al, 2005), lo cual obstaculizaría que se cumplan de manera correcta las recomendaciones del personal médico, no solo dentro del hospital, sino fuera de él. Dicho escenario no sería ajeno a la muestra de estudio, dada la predominancia del nivel socioeconómico bajo (59.8%), en donde las prácticas de salud de las pacientes podrían no ser las más óptimas, más aún en el caso de una enfermedad crónica como el cáncer. En esa dirección, la carencia de recursos económicos, señala Gonzáles (2015), podría estar condicionando las necesidades de las pacientes, ya que suelen priorizar otro tipo de urgencias como la alimentación o el cuidado de los hijos, postergando así, lo concerniente a la salud.

Otro factor que no pasa desapercibido es el nivel educativo, dado que se está frente a una muestra en donde más del 50% solo culminó sus estudios primarios, además de diferenciarse significativamente, en los niveles de adherencia, de las pacientes que tuvieron estudios secundarios en adelante. Benites, Rodríguez y Mezones (2013), del Ministerio de Salud, reportan que aquellas mujeres con bajo nivel educativo presentan mayores dificultades para seguir un tratamiento oncológico, ya que la escolaridad es considerada un factor de riesgo no solo en el desarrollo de la enfermedad, sino también en su comprensión, por lo que la falta de ella sobre las ventajas y desventajas del tratamiento afectaría la adherencia a este (López & Marqués, 2008; Palacios & Vargas, 2011).

La falta de un claro entendimiento de la enfermedad, tratamiento y los factores asociados a estos, revela un estado de incertidumbre en las pacientes con cáncer de cuello uterino. Si bien la incertidumbre es un estado que permanece latente en las diferentes etapas de la enfermedad,

incluso finalizado el tratamiento (Jaman & Rivera, 2014) resulta alarmante que el 80.4% de las pacientes de este estudio presentan un alto nivel de incertidumbre, ya que podrían existir factores que están manteniendo o aumentando la incertidumbre de una manera perjudicial.

Se infiere, en primer lugar, que no se cuentan con las condiciones propicias para construir un esquema cognitivo de la enfermedad y tratamiento acorde a la realidad. Un elevado porcentaje de las pacientes presentaron estudios incompletos, lo que podría afectar en las capacidades de asimilación y comprensión de la información sobre su condición médica, tal como lo propuso Gómez (2010). De esta forma, puede que las pacientes no cuenten con las herramientas cognitivas necesarias que les permitan construir un esquema de su enfermedad, y por lo tanto, disminuir sus niveles de incertidumbre. Por otro lado, las personas con menores niveles educativos necesitan más tiempo para poder otorgarle un significado y organizar los eventos que los rodean, experimentando incertidumbre por periodos mayores de tiempo (Mishel, 1988).

En segundo lugar, la relación médico-paciente resulta fundamental en el proceso de enfermedad y tratamiento, puesto que el vínculo que se desarrolla entre ambas partes es considerado como uno de los factores más potentes para la adherencia (D'Anello, Barreat, Escalante, D'Orazio & Benítez, 2009). Asimismo, el personal médico es uno de los encargados de proveer información y estructura al esquema cognitivo del paciente al ser percibidos como un grupo de autoridades confiables, y de su apoyo depende como el enfermo estructura los acontecimientos que lo rodean (Arreguin et al., 2012). En ese sentido, no solo debe tomarse en cuenta las características propias de cada paciente en la transmisión de la información, sino que también los médicos y demás personal, deben poseer estrategias de comunicación que permitan maximizar la eficacia de la misma (Ramos, 2008; Sharif et al., 2012). No obstante, permanece la interrogante de cómo estaría funcionando dicha relación, y si existen factores que podrían estar dificultando la disminución de los altos niveles de incertidumbre hallados en este estudio.

A partir de lo anunciado previamente, se retoma el resultado principal de esta investigación, la tendencia de una relación inversa de intensidad baja entre la adherencia al tratamiento y la incertidumbre. Cabe señalar que dichos hallazgos se asemejan con lo expuesto por Alves et al. (2007), quienes indicaron que son los enfermos con mayores niveles de incertidumbre los que presentan menor motivación para iniciar y cumplir con el tratamiento médico que requieren.

Se infiere que las representaciones sociales y la connotación popular que se caracterizan principalmente por incluir información inadecuada y errónea sobre la enfermedad al anticipar estigmas y pérdidas en los diferentes ámbitos de la vida, y centrarse básicamente en las repercusiones negativas de los tratamientos (Cannone et al., 2004; Castaño & Palacios, 2013; Paolino & Arrosi, 2012), genera en la población reacciones psicológicas y físicas anticipatorias adversas, incluso antes del inicio del tratamiento. Los estudios de Cubillo (2001), revelan que entre el 25% y 65% de pacientes presentan vómitos y náuseas antes de comenzar con el tratamiento de quimioterapia, y que además, el 60% exhibe reacciones de ansiedad anticipatoria frente a la noticia del tratamiento oncológico que debe seguir.

En la misma línea, Mejía (2012) menciona que las pacientes con cáncer suelen encontrarse confusas frente a la enfermedad, percibiendo diversos significados y muchas dudas sobre su futuro. Esto último lleva a pensar que probablemente no se están aclarando por completo las interrogantes de estas pacientes, por el contrario, los altos niveles de incertidumbre revelan una ausencia de información tanto del presente como del futuro, pero que el día de hoy está afectando su compromiso con el tratamiento. El estado de incertidumbre sumado a las dificultades de comunicación y transmisión de la información se interpone a la posibilidad de que las pacientes puedan trabajar conjuntamente con el equipo médico, sentirse confortadas y experimenten menos estrés respecto al tratamiento (Málaga, 2014).

En otro aspecto, debe considerarse que son los niveles socioeconómicos medio bajo y bajo (15.2% y 59.8% respectivamente) los que predominan entre estas pacientes. Debido a ello, se desprende la posibilidad que, además de la dificultad que implica la enfermedad, las pacientes deban estar sujetas a una serie de inconvenientes por su situación económica, por ejemplo el traslado casi diario al hospital, menor acceso a los medicamentos que no son cubiertos por el seguro, e incluso el alquiler de habitaciones para aquellas pacientes que no residen en Lima. Esto último llama la atención puesto que se asocia a los hallazgos de Hernández et al. (2006), quienes identificaron como motivos de abandono del tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino, la percepción y componente subjetivo de la enfermedad, el servicio de los centros de salud, los factores socio-familiares y las dificultades geográficas para el traslado. De esta forma, las pacientes no solo experimentan incertidumbre sobre su enfermedad, sino también por

las preocupaciones extrahospitalarias, generando así una fuente adicional de estrés y de inestabilidad emocional (González-Puell, 2012).

Por consiguiente, lo expuesto a lo largo de esta sección, sumado a los resultados obtenidos, revela que los altos niveles de incertidumbre, al parecer, estarían actuando en menoscabo de la salud de las pacientes de este estudio. Se presume que la correlación encontrada entre ambos constructos es baja debido a que coexisten otros componentes entorno a la complejidad de la adherencia al tratamiento que estarían actuando de manera transversal, tal como el sistema de salud, la relación médico-paciente, el tipo de enfermedad y tratamiento, entre otros (Ortego, 2004). No obstante, la identificación temprana de la incertidumbre podrá contribuir significativamente en la reducción del impacto y malestar emocional, así como menguar el impacto nocivo de la misma en la adaptación de la enfermedad y del tratamiento oncológico.

A partir de la información registrada en esta investigación, se pueden resaltar las fortalezas de la misma. En primer lugar, se destaca la presencia de la incertidumbre en la enfermedad oncológica, lo que ha permitido despertar el interés sobre dicho constructo, además de empezar a desplegar nuevos cuestionamientos sobre el mismo. Hoy en día, los estudios sobre este constructo son sumamente escasos, dicha situación se agrava en el contexto latinoamericano donde su conocimiento es prácticamente nulo, más aún en aquellos estudios que evalúan el impacto que tiene la incertidumbre sobre la adherencia al tratamiento. Es por ello que la extensa búsqueda de información, sumada a los resultados de esta investigación, suponen un aporte a la literatura tanto del área de la salud como de la psicooncología, además de ser un punto de partida para el desarrollo de futuras investigaciones en este país.

Adicionalmente, esta investigación permite conocer con mayor detenimiento la teoría de la incertidumbre puesto que se exponen los diversos componentes conceptuales, invitando al lector a cuestionarse sobre la importancia de la misma, y sobre el rol que desempeña la información en el plano de la salud. En ese sentido, Trejo (2012) señala que la teoría de la incertidumbre es una herramienta valiosa que permite orientar intervenciones, y que funciona como una guía en el trabajo diario con personas que padecen enfermedades crónicas como el cáncer, por lo que tener conocimiento sobre las fuentes y características de la incertidumbre favorece la planificación de la información que será brindada al paciente y su entorno con el fin de disminuir dicho estado.

Sin embargo, también deben considerarse las limitaciones de esta investigación. Una de ellas implica las dificultades que surgieron al momento de la evaluación, ya que en algunos casos, las participantes no pudieron entender con facilidad los ítems de las pruebas, a pesar de haberse realizado una prueba piloto. Se infiere que las diferencias en las características sociodemográficas de las muestras, podrían haber obstaculizado el entendimiento de los enunciados más complejos y con un vocabulario más elaborado. Lo mencionado se puede observar en lo concerniente al nivel educativo, puesto que un elevado porcentaje de la muestra de esta investigación (aproximadamente más del 60%) no contaba con un alto nivel académico, a diferencia de la muestra utilizada por Mejía en donde solo el 20% no culminó los estudios secundarios.

Otra limitación hace referencia a los niveles de confiabilidad cuestionables obtenidos en ambas escalas. Dichos niveles, según Hernández, Fernández y Baptista (2006) pueden generar dificultad en la interpretación de los resultados y en la extrapolación de los mismos. Sin embargo, Nunally (1978) señala que el valor .70 no es una medida estándar ni universal para la confiabilidad, y que puede existir flexibilidad en las investigaciones dependiendo de la etapa en la cual se encuentren. Es por ello, que los resultados en sí mismos no dejan de ser un aporte novedoso y valioso, puesto que nos brindan información sobre los constructos en nuestro contexto y el comportamiento que tienen en la población de estudio. Además de esto, se debe mencionar que la elección de los instrumentos se debió a que fueron las alternativas más adecuadas y pertinentes para lo que se pretendía evaluar, sobre todo en el caso de incertidumbre ya que la escala MUIS es el único instrumento que evalúa dicho constructo.

Es por ello, que se recomienda para el desarrollo de futuras investigaciones, la adaptación y validación al contexto peruano de la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel. De ese modo se podrán eliminar las barreras culturales, al mismo tiempo que se podrá facilitar la aplicación del instrumento y obtener resultados más confiables. En otras palabras, Torres (2013) manifiesta que la incertidumbre es un constructo que debe ser validado por cada cultura, ya que al tratarse de un estado cognitivo, se ve afectado por las diversas formas de percibir la vida (creencias, valores, actitudes y representaciones). Hay que mencionar, además, que las percepciones sobre los componentes y el manejo del sistema de salud deben ser consideradas. La salud en el contexto peruano se encuentra inmersa en un sistema fragmentado, desorganizado y fuertemente marcado por la brechas sociales y económicas (Zeballos, Morey, Brito & Montori,

2014), por lo que dichas brechas no solo impactarían, sino que también orientarían el comportamiento y las respuestas hacia la enfermedad. Debido a esto, los futuros instrumentos de evaluación que se desarrollen en este país deben partir de las particularidades de sus componentes y de todas las partes involucradas, de ahí también la importancia y necesidad de seguir indagando e investigando sobre estos temas.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la OMS (2004) alude que la mejora en la adherencia al tratamiento aumenta la seguridad de los pacientes, disminuye costos sanitarios y es un importante indicador de la efectividad del sistema de salud, se debe explorar con mayor detenimiento el impacto de la incertidumbre sobre la adherencia al tratamiento. Es por ello que resulta fundamental el fortalecimiento de las confiabilidades de los instrumentos, de modo que se logre medir con mayor certeza la complejidad de ambas variables, así como también sería importante complementar los datos con entrevistas semiestructuradas a fin de que pueda obtenerse una recopilación acertada de la información. Se esperaría que en un futuro el conocimiento teórico-práctico de las variables estudiadas, actuara en beneficio del trabajo multidisciplinario, y a favor de un tratamiento integral, contribuyendo al desarrollo de estrategias y programas orientados a las necesidades reales de los pacientes.

De forma más específica, el trabajo del psicólogo dentro del ámbito clínico resulta igualmente meritorio que el resto del personal sanitario, debido a que también maneja información valiosa que puede ser transmitida al paciente de manera cálida y empática, desarrollando así una relación de confianza con todo el equipo médico, y potenciando una comunicación asertiva. No obstante, al recordar que algunas pacientes no pudieron culminar el proceso de evaluación por la movilización afectiva, se cree que en un inicio el abordaje podría realizarse de una manera más implícita, es decir, con preguntas abiertas y generales que permitan obtener una primera mirada del paciente. Esto permitirá velar particularmente por la salud mental al brindar herramientas orientadas a lidiar con el estrés y el impacto emocional de la situación que se vive a diario.

Resulta fundamental la necesidad de un enfoque holístico, empoderando a las pacientes en el conocimiento de su enfermedad, al igual que en la promoción del manejo de síntomas emocionales y de la adherencia al tratamiento médico (Peñarrieta et al., 2015). En ese sentido, debe existir un intercambio bidireccional de información, que permita una comunicación clara sobre la situación de salud de las pacientes. Forguione (2015) explica que el método teach-back

es una buena técnica para que exista una adecuada relación y comunicación entre el equipo y el paciente, ya que permite identificar dudas y corregir errores a partir de que el paciente repita la información que se le es dada. Eventualmente, la resolución de las interrogantes de las pacientes podría devenir en la generación de comportamientos óptimos de adherencia al tratamiento.





Referencias

- Aguilar, P. & Valdivia, H. (2012). Características clínico patológicas del cáncer de cérvix uterino recurrente después de cirugía radical primaria. *Revista Médica Herediana*, 23 (1).
- Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud*, 30 (4).
- Alvarado, S., Ocho, F., Guerra, H., Mulier, Y., Galindo, O. & Zapata, M. (2011). Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10 (3).
- Alves, J., Castro, C., Ribeiro, H. & Faustino, H. (2007). La incertidumbre y la motivación para el tratamiento de diabéticos tipo 2. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15 (4).
- Amigó, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Arreguin, L., Morales, M., Bonilla, M., Soriano, M., Tlalpan, R. & Pérez, V. (2012). Incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer. *Enfermería*, 1(2).
- Asociación Americana de Cáncer (2013). *Resumen sobre cáncer de cuello uterino*. Recuperado de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003043-pdf.pdf>
- Bailey, D. & Stewart, J. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*. (5^a ed.) Madrid: Elsevier.
- Baiocchi, A., Lugo, E., Palomino, N. & Tam, E. (2013). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un instituto nacional. *Revista de Enfermería Herediana*, 6 (1).
- Benites, V., Rodríguez, Y. & Mezones, E. (2013). *Determinantes sociales del cáncer de cuello uterino*. Lima: INS-UNAGESP.
- Cannone, P., Dany, L., Dudoit, E., Duffaud, F., Salas, S. & Favre, R. (2004). Study of chemotherapy social representations: A way to analyse relations between patients and oncologists. *Bull Cancer*, 91(3), 279-84.

- Castañeda, A. (2015). Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *CUIDARTE*, 6 (1), 906-913.
- Castaño, A. & Palacios, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y la quimioterapia. *Psicooncología*, 10 (1).
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cotrina, J. (1993). What is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, 78 (1).
- Cubillo, A. (2001). Estudio de la evolución de las necesidades psicosociales del enfermo oncológico en situación terminal. Universidad Autónoma de Madrid: Madrid.
- D'Anello, S., Barreat, Y., Escalante, G., D'Orazio, A. & Benítez, A. (2009). La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *MedULA*, 18, 33-39.
- Díaz, E. & García, J. (2000). *Oncología clínica básica*. Madrid: Arán.
- Dinshaw, K., Mishra, G., Shastri, S., Badwe, R. & Ramani, R. (2007). Determinants of compliance in a cluster randomized controlled trial of screening of breast and cervix cancer in Mumbai, India. *Oncology*, 73 (3).
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 7-21.
- Enríquez, M. (2010). Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno. *Universidad y Salud*, 12 (1).
- Forguione, V. (2015). Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Médicas UIS*, 28 (1).
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (4thed.). Boston: Allyn & Bacon.

- Giraldo, C. (2009). Persistencia de las representaciones sociales en el cáncer de mama. *Revista Salud Pública*, 11(4).
- Gómez, I. (2010). *Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2* (Tesis de Maestría). Universidad de Cartagena: Cartagena.
- Gómez, M. & Lagoueyte, M. (2012). El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Avances en Enfermería*, 30 (1), 32-41.
- González, J. (2015). *Factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el Hospital Belén de Trujillo* (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego: Trujillo.
- Gonzales-Puell, S. (2012). *Psicooncología: enfoque integral de ayuda a pacientes oncológicos*. Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Gutiérrez, C. & Alarcón, E. (2008). Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69 (4).
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Médico DF: Mc Graw Hill.
- Hernández, F., Ornelas, L., Apresa, T., Sánchez, S., Martínez, O. & Hernández, D. (2006). Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. *Revista de Investigación Clínica*, 58 (3).
- Instituto Nacional del Cáncer (2014). *Información general sobre el cáncer de cuello uterino*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cuellouterino/Patient/page1>
- Jaman, P. & Rivera, M. (2014). Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. *Aquichan*, 14 (1).
- Limache, A. (2011). Epidemiología del cáncer. Exposición presentada en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima.

- Londoño, Y. (2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27 (1).
- López, R. & Marqués, M. (2008). *Causas de incumplimiento de la administración de la quimioterapia en pacientes con cáncer* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
- Maikranz, J., Steele, R., Dreyer, M., Stratman, A. & Bovaird, J. (2006). The Relationship of Hope and Illness-Related Uncertainty to Emotional Adjustment and Adherence Among Pediatric Renal and Liver Transplant Recipients. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (5), 571-581.
- Málaga, G. (2014). Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31 (1), 6-8.
- Martín, M. & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14, 5-7.
- Martínez, E., Morales, M & Piza, E. (2010). *Incertidumbre de los padres frente al postoperatorio inmediato de sus hijos en la Clínica Universitaria Teletón* (Tesis de Maestría). Universidad de la Sabana: Bogotá.
- Mejía, M. (2012). *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía* (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de Colombia: Bogotá.
- Mejía, M. (2012). Validación y ajuste por dimensiones de la escala MUIS. Aplicación de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad. Universidad del Valle: Cali.
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). Análisis de la situación de cáncer en el Perú, 2013. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología.
- Mishel, M. (1988). Uncertainty in illness. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 20, 225-231.
- Mishel, M. (1990). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 22 (4).

- Montes, L., Mullins, M. & Urrutia, M. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71 (2).
- Nieto, L. & Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional de la UPCR*, 85, 61-75.
- Nunally, J. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (2015). *IV Jornada de la Adherencia al Tratamiento*. Recuperado de: <http://www.oatobservatorio.com/jornadasadherencia2015/>
- Oliveros, E. (2009). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (2), 19-29.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos de largo plazo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Datos y cifras sobre el cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *El cáncer en la región de las Américas*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16805&Itemid=
- Ortego, M. (2004). La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. *Educare*, 21 (8).
- Ortiz, G. & Ortega, E. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, 21 (1), 79-90.
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica Chilena*, 135, 647-652.

- Palacios, X. & Vargas, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 8 (2), 423-440.
- Partridge, A. (2006). Non-adherence to endocrine therapy for breast cancer. *Annals of Oncology*, 17 (2), 183–84.
- Paolino, M. & Arrossi, S. (2012). Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud Colectiva*, 8 (3).
- Peñarrieta, M., Reyes, G., Krederdt, S., Flores, F., Resendiz, E. & Chávez-Flores, E. (2015). Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*, 4.
- Ramos, C. (2008). Percepción de la relación médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69 (1).
- Raymundo, O. & Ayala, I. (2011). Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. *Revista de Psicología Cesar Vallejo*, 13 (1).
- Raymundo, O. (2012). *Tratamiento en pacientes con cáncer: impacto y adherencia* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Lima.
- Rodríguez-Marín, J. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Salazar, M., Regalado, R., Navarro, J., Montañez, D., Abugattas, J. & Vidaurre, T. (2013). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30 (1), 105-112.
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24, 212-219.
- Sharif, B., Kopec, J., Wong, H., Fines, P., Sayre, E., Ran, R., Lui, R. & Wolfson, M. (2012). Uncertainty Analysis in Population-Based Disease. Microsimulation Models. *Epidemiology Research International*, 2012.

- Taechaboonsermsak1, P., Kaewkungwal, J., Singhasivanon, P., Fungladda, W. & Wilailak, S. (2005). Causal relationship between health promoting behavior and quality of life in cervical cancer patients undergoing radiotherapy. *Southeast Asian Tropical Medicine Public Health*, 36 (6).
- Tapia, C. (1987). *Nivel de incertidumbre en pacientes hospitalizados durante el periodo pre-operatorio*. Universidad de Concepción: Concepción.
- Torres, A. & Sanhueza, O. (2006). Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Ciencia y Enfermería*, 12 (1), 9-17.
- Torres, C. (2013). *Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre ante la enfermedad de M. Mishel en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis* (Tesis de Doctorado). Universidad de Jaén: Jaén.
- Trejo, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enfermería Neurológica*, 11 (1), 34-38.
- Triviño, Z. & Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56/117>
- Zeballos, C., Morey, L., Brito J. & Montori, V. (2014). Toma de decisiones compartidas y medicina mínimamente impertinente en el manejo de las enfermedades crónicas. *Revista Peruana de Medicina*.







Anexo A - 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es realizada por Carolina Rivera Ramírez, estudiante de la especialidad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El objetivo del estudio es explorar la relación entre la adherencia al tratamiento y la incertidumbre en pacientes oncológicos.

Para cumplir con el objetivo mencionado, se le invita a participar en la investigación, en la cual se le pedirá completar una ficha de datos, así como responder dos cuestionarios, lo que tendrá una duración de 30 minutos aproximadamente.

Asimismo, la participación en esta investigación es estrictamente voluntaria y anónima. Es por ello que la información que se recoja será confidencial, y será codificada mediante un número de identificación, y no será utilizada para ningún otro motivo más que para los fines de esta investigación. Cabe señalar que si bien su participación es fundamental, esta no tiene beneficios directos hacia su condición, aunque tampoco supone un riesgo para su persona. No obstante, si desea puede hacer uso del espacio para compartir sus experiencias respecto a su situación de salud. Es importante mencionar que si usted tiene alguna pregunta puede hacerla en cualquier momento, o por el contrario, si desea retirarse de la investigación, puede hacerlo sin que esto lo perjudique de alguna manera.

Se le agradece desde ya por su participación y colaboración.

Entiendo que una copia de este consentimiento informado me será entregada.

Firma de la investigadora

Firma de la participante

Fecha

**Anexo A - 2****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Acepto participar voluntariamente en la investigación dirigida por Carolina Rivera Ramírez. Se me ha informado respecto al propósito del estudio, el cual es examinar la relación entre la adherencia al tratamiento oncológico y la incertidumbre.

Al firmar este documento, entiendo que deberé completar una ficha de datos y responder dos cuestionarios lo que me tomará un tiempo aproximado de 30 minutos. Asimismo, reconozco que la información recabada será confidencial y que se manejará de manera anónima, siendo codificada mediante un número de identificación.

Se me ha notificado que puedo hacer preguntas en cualquier momento de mi participación, y que si deseo puede retirarme sin que eso signifique algún perjuicio para mi persona. De tener alguna pregunta respecto a la presente investigación, puedo contactar a Carolina Rivera Ramírez al 987808377, o vía correo electrónico a caro.riveraramirez@gmail.com.

Firma de la investigadora

Firma de la participante

Fecha

Anexo B

FICHA DE DATOS

Estadio de enfermedad:

Tipo de tratamiento:

Información Personal

- Edad:
- Lugar de origen:
- Lugar de residencia (¿Dónde vive actualmente?):
- Estado Civil (marque en el recuadro al que pertenece)

| | |
|-----------------------|--|
| Soltera | |
| Casada o conviviente | |
| Divorciada o separada | |
| Viuda | |

- Nivel Socioeconómico (marque en el recuadro al que pertenece)

| | |
|------------|--|
| Alto | |
| Medio alto | |
| Medio | |
| Medio bajo | |
| Bajo | |

- Grado de Instrucción (marque en el recuadro al que pertenece)

| | | | |
|-----------------------|--|---------------------|--|
| Primaria Incompleta | | Técnica Incompleta | |
| Primaria Completa | | Técnica Completa | |
| Secundaria Incompleta | | Superior Incompleta | |
| Secundaria Completa | | Superior Completa | |

• ¿Tiene hijos?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Si | | No | |
|----|--|----|--|

• Si su respuesta fue “Sí”, ¿Cuántos hijos tiene?:

• ¿Con quienes vive actualmente? (puede marcar más de una opción)

| | | | |
|-----------------|-----------|--|--|
| Papá | | | |
| Mamá | | | |
| Esposo | | | |
| Hijo/ Hija | ¿Cuántos? | | |
| Tío/ Tía | | | |
| Abuelo/Abuela | | | |
| Sobrino/Sobrina | ¿Cuántos? | | |
| Otros | | | |

Datos Laborales

• Profesión u oficio:

• ¿Se encuentra trabajando actualmente?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Si | | No | |
|----|--|----|--|

• Si su respuesta es “Sí” ¿En qué trabaja?

Información médica

• ¿Cuál es su diagnóstico oncológico?

• ¿Hace cuánto tiempo le dieron el diagnóstico?

• ¿Tiene alguna otra enfermedad médica, además de la oncológica?
¿Cuál?

• ¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad psiquiátrica?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Si | | No | |
|----|--|----|--|

• Si su respuesta fue “Sí”, ¿hace cuánto tiempo se la diagnosticaron?

• ¿Se encuentra recibiendo tratamiento para esa enfermedad?

Anexo C

INTERPRETACION DE PUNTAJES DE LAS ESCALAS

Tabla 5*Interpretación de los puntajes de Adherencia al Tratamiento*

| Rango de puntajes | Interpretación |
|-------------------|----------------|
| 23-61 | Bajo |
| 62-64 | Promedio bajo |
| 65-73 | Promedio |
| 74-79 | Promedio alto |
| 80-92 | Alto |

Tabla 6*Interpretación de los puntajes de Incertidumbre*

| Rango de puntajes | Interpretación |
|-------------------|----------------|
| 33-67 | Bajo |
| 68-99 | Regular |
| 100-165 | Alto |

Anexo D

TABLAS DE COMPARACIÓN DE MEDIANAS

Tabla 7*Comparación de medianas para la adherencia al tratamiento y la incertidumbre según el estado civil*

| Estado civil | Casada o conviviente (n= 58) | | Soltera, divorciada o viuda (n= 34) | | U | p |
|---------------|---------------------------------|--------|---|--------|-------|-----|
| | Mdn | M | Mdn | M | | |
| | Adherencia al tratamiento | 72.00 | 70.69 | 73.50 | | |
| Incertidumbre | 105.00 | 105.53 | 104.00 | 104.47 | 893.5 | .45 |

Tabla 8*Comparación de medianas para la adherencia al tratamiento y la incertidumbre según el lugar de residencia*

| Lugar de residencia | Lima (n= 63) | | Fuera de Lima (n= 29) | | U | p |
|---------------------|---------------------------|--------|--------------------------|--------|-------|-----|
| | Mdn | M | Mdn | M | | |
| | Adherencia al tratamiento | 73.00 | 70.68 | 71.00 | | |
| Incertidumbre | 104.00 | 104.38 | 107.00 | 106.79 | 735.5 | .13 |

Tabla 9*Comparación de medianas para la adherencia al tratamiento y la incertidumbre según el grado de instrucción*

| Grado de instrucción | Solo primaria (n= 50) | | Secundaria en adelante (n= 42) | | U | p |
|----------------------|---------------------------|--------|--------------------------------------|--------|-------|-----|
| | Mdn | M | Mdn | M | | |
| | Adherencia al tratamiento | 70.00 | 69.53 | 74.00 | | |
| Incertidumbre | 107.00 | 106.54 | 104.00 | 103.51 | 858.5 | .14 |

* $p < 0.05$