

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LA
QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN ESSALUD TACNA EN 2024**

TESIS

PRESENTADA POR:

M.Sc. MARLUBE LUZMIRA HUERTAS CALDERÓN

Para optar el Grado Académico de:

DOCTOR EN EPIDEMIOLOGÍA

TACNA - PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA

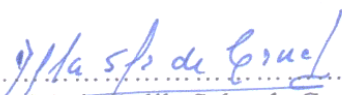
**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LA QUIMIOTERAPIA EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN ESSALUD TACNA EN 2024**

Tesis sustentada y aprobada el 22 de Abril del 2025; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE :


.....
Dr. Juan José Evaristo Changllo Roas

SECRETARIO :


.....
Dr. Maria Dalila Salas de Cornejo

MIEMBRO :


.....
Dra. Rina Maria Alvarez Becerra

ASESORA :



.....
Dra. Rina Maria Alvarez Becerra

CERTIFICADO DE SIMILITUD


Yo, Dra, Rina Maria Álvarez Becerra, en mi condición de asesora acreditada con RESOLUCION ESCUELA DE POSGRADO N° 12910-2023-ESPG/UNJBG. Tacna, 24 de agosto del 2023, del trabajo de tesis titulado: "Factores asociados a la Adherencia de la Quimioterapia en pacientes Oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna, Año 2024", presentado por la Srta. Marlube Luzmira Huertas Calderón, para optar el Grado Académico de Doctor en Epidemiología. Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 5%. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis y está de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes. Se emite el presente certificado a solicitud del interesado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del Grado Académico de Doctor en Epidemiología. Tacna, 24 de abril del 2025

Tacna, 24 de Abril del 2025

FIRMA ASESOR
Nombres y apellidos


Dra. Rina Maria Álvarez Becerra
DNI N° 00425041

FIRMA TESISTA
Nombres y apellidos


Srta. Marlube Luzmira Huertas Calderon
DNI N° 41655107

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme la fortaleza necesaria para no rendirme nunca, a pesar de las adversidades, presentadas en la vida.

A mi amada Madre, Marlube Julia, por creer siempre en mí, por su amor y por haber sido mi ejemplo de vida, el mismo que sigo día a día.

A mi niño Rodrigo Alessandro, quien decía sentirse orgulloso de mamá, y desde el cielo es la luz que guía mi camino y que llevaré en mi corazón por siempre.

A mi amado padre, Víctor Manuel, por enseñarme siempre a lograr mis metas con esfuerzo y sacrificio y por haber sido mi gran maestro y guía.

AGRADECIMIENTO

A mi esposo, por su apoyo incondicional día a día, y en cada paso que decido seguir, por ser mi fuerza y mi energía.

A mi niña Luana Guadalupe, porque su dulzura y amor han sido mi motor y motivo para salir adelante siempre, enseñándole con el ejemplo que si se sueña se logra.

A mis hermanos: Margaret y Ángel, porque siempre festejan mis logros como suyos y por estar cuando más los necesito.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
RESUMO.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.1.1. Problemática de la investigación	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos.....	6
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	6
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	7
1.5. OBJETIVOS	9
1.5.1. Objetivo general.....	9
1.5.2. Objetivos específicos	9
1.6. HIPÓTESIS	9
1.6.1. Hipótesis general.....	9
1.6.2. Hipótesis específicas.....	10

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	11
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	11
2.1.2. Antecedentes nacionales	15
2.2. BASES TEÓRICAS	15
2.2.1. Factores.....	15
2.2.1.1.Definición	15
2.2.2. Adherencia terapéutica	17
2.2.2.1.Definición	17
2.2.2.2.Epidemiología.....	18
2.2.2.3.Consecuencias de la no adherencia al tratamiento.....	18
2.2.3. Teorías	18
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	19
CAPÍTULO: MARCO FILOSÓFICO.....	20
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO	22
4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	22
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22
4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	24
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	25
4.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	26
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	63

RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Pacientes oncológicos según grupo etario	27
Tabla 2.	Pacientes oncológicos según sexo	27
Tabla 3.	Pacientes oncológicos según estado civil	28
Tabla 4.	Pacientes según procedencia	29
Tabla 5.	Pacientes oncológicos según tipo de cáncer	30
Tabla 6.	Pacientes oncológicos según estadio del cáncer	31
Tabla 7.	Pacientes oncológicos según metástasis	31
Tabla 8.	Pacientes oncológicos según tipo de tratamiento	32
Tabla 9.	Pacientes oncológicos según tiempo de enfermedad.....	33
Tabla 10.	Pacientes oncológicos según comorbilidad	34
Tabla 11.	Pacientes oncológicos según intensidad de dolor.....	35
Tabla 12.	Pacientes oncológicos según analgésicos	36
Tabla 13.	Pacientes oncológicos según nivel de ansiedad.....	37
Tabla 14.	Pacientes oncológicos según apoyo basado en la Escala OSSS-3.....	39
Tabla 15.	Pacientes oncológicos según ansiedad	41
Tabla 16.	Pacientes oncológicos según ejercicio físico.....	44
Tabla 17.	Pacientes oncológicos según nivel de adherencia a la quimioterapia	47
Tabla 18.	Regresión logística	48
Tabla 19.	Regresión logística	50
Tabla 20.	Chi cuadrado apoyo social y adherencia a la quimioterapia	53
Tabla 21.	Chi cuadrado ansiedad y adherencia a la quimioterapia.....	54
Tabla 22.	Chi cuadrado dolor y adherencia a la quimioterapia	56
Tabla 23.	Regresión logística	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Gráfica del grupo etario, sexo, estado civil y procedencia de pacientes oncológicos.....	29
Figura 2.	Pacientes oncológicos según tipo de cáncer, etapa y metástasis	32
Figura 3.	Pacientes oncológicos según tipo de tratamiento, tiempo de la enfermedad en meses y comorbilidad	35
Figura 4.	Pacientes oncológicos según tipo de analgésicos e intensidad de dolor....	37
Figura 5.	Pacientes oncológicos según nivel de ansiedad.....	38
Figura 6.	Pacientes oncológicos según apoyo basado en la Escala OSSS-3.....	41
Figura 7.	Pacientes oncológicos según ansiedad	43
Figura 8.	Pacientes oncológicos según ejercicio físic.....	45
Figura 9.	Pacientes oncológicos según nivel de adherencia a la quimioterapia	48

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la adherencia de la quimioterapia en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud en Tacna, 2024.

Metodología: El estudio empleó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con diseño transversal y de nivel relacional. La muestra fue censal, compuesta por 57 pacientes con diagnóstico oncológico en tratamiento de quimioterapia. Para la recolección de datos, se utilizaron cuestionarios estructurados y escalas validadas que evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, apoyo social, ansiedad y adherencia al tratamiento.

Resultados: Los resultados revelaron una alta adherencia a la quimioterapia en el 94,7 % de los pacientes, mientras que el 66,7 % experimentó síntomas de ansiedad leve, un 28,1 % presentó ansiedad moderada y un 5,3 % ansiedad severa. Se observó que el apoyo social fue moderado en la mayoría de los casos, y los pacientes manifestaron distintos niveles de apoyo emocional y práctico. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes con cáncer en el Hospital III Daniel Alcides Carrión mostró alta adherencia a la quimioterapia y una elevada prevalencia de ansiedad leve a moderada. Se demostró que la ansiedad se asoció significativamente con la adherencia a la quimioterapia (p-valor 0,001).

Palabras clave: Adherencia, quimioterapia, pacientes oncológicos, factores

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with adherence to chemotherapy in cancer patients at Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud in Tacna, 2024.

Methodology: The study used a quantitative, descriptive approach, with a cross-sectional and relational design. The sample was census-based, composed of 57 patients with a cancer diagnosis undergoing chemotherapy treatment. For data collection, structured questionnaires and validated scales were used that assessed sociodemographic, clinical, social support, anxiety, and treatment adherence variables. **Results:** The results revealed high adherence to chemotherapy in 94,7 % of patients, while 66,7 % experienced mild anxiety symptoms, 28,1 % had moderate anxiety, and 5,3 % severe anxiety. It was observed that social support was moderate in most cases, and patients reported different levels of emotional and practical support. **Conclusion:** Most cancer patients at Hospital III Daniel Alcides Carrión showed high adherence to chemotherapy, although there is a notable prevalence of mild to moderate anxiety. Anxiety was shown to be significantly associated with adherence to chemotherapy (p-value 0.001).

Keywords: Adherence, chemotherapy, cancer patients, factors

RESUMO

Objetivo: Determinar os fatores associados à adesão à quimioterapia em pacientes oncológicos do Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud em Tacna, 2024. **Metodologia:** O estudo utilizou abordagem quantitativa, descritiva, com desenho transversal e nível relacional. A amostra foi censitária, composta por 57 pacientes com diagnóstico oncológico em tratamento quimioterápico. Para a coleta de dados foram utilizados questionários estruturados e escalas validadas que avaliaram variáveis sociodemográficas e clínicas, apoio social, ansiedade e adesão ao tratamento. **Resultados:** Os resultados revelaram alta adesão à quimioterapia em 94,7 % dos pacientes, enquanto 66,7 % apresentaram sintomas de ansiedade leve, 28,1 % apresentaram ansiedade moderada e 5,3 % apresentaram ansiedade grave. Observou-se que o apoio social foi moderado na maioria dos casos e os pacientes expressaram diferentes níveis de apoio emocional e prático. **Conclusão:** A maioria dos pacientes oncológicos do Hospital III Daniel Alcides Carrión apresentou alta adesão à quimioterapia, embora haja uma prevalência notável de ansiedade leve a moderada. Foi demonstrado que a ansiedade esteve significativamente associada à adesão à quimioterapia (p-valor 0,001).

Palavras-chave: Adesão, quimioterapia, pacientes oncológicos, fatores

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, y su impacto en la salud pública es significativo. En Perú, el cáncer representa un desafío creciente para el sistema de salud, afectando a millas de pacientes y sus familias. La adherencia al tratamiento oncológico, especialmente a la quimioterapia, es un factor crucial que determina la eficacia del tratamiento y, por ende, los resultados clínicos a largo plazo. Sin embargo, diversos factores pueden influir en la capacidad de los pacientes para seguir sus regímenes de tratamiento, incluyendo características sociodemográficas, factores relacionados con la enfermedad, aspectos comportamentales, apoyo social y niveles de ansiedad.

Este estudio se lleva a cabo en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de ESSALUD en Tacna, con el objetivo de analizar estos factores en una población específica de pacientes oncológicos. La investigación se centra en 57 pacientes diagnosticados con diferentes tipos de cáncer, explorando cómo sus características sociodemográficas —como edad, sexo y estado civil— se asocian con la adherencia a la quimioterapia. Además, se examinaron factores relacionados con el cáncer, como el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, así como factores comportamentales que pueden afectar la adherencia. La importancia del apoyo social también se destaca en este estudio, dado que un entorno social positivo puede facilitar el manejo emocional y práctico del tratamiento. Asimismo, se evalúa el impacto de la ansiedad en la adherencia al tratamiento, considerando que niveles elevados de ansiedad pueden interferir con la capacidad del paciente para cumplir con las recomendaciones médicas.

Finalmente, se analizó cómo el dolor asociado al tratamiento puede influir en la disposición del paciente para continuar con su régimen terapéutico. A través de este enfoque integral, se espera proporcionar información valiosa que no solo contribuya a mejorar la comprensión de los factores que afectan la adherencia a la quimioterapia en esta población específica, sino que también sirva como base para desarrollar estrategias efectivas que optimicen el cuidado del paciente oncológico.

Este estudio busca llenar un vacío en la literatura existente sobre el manejo del cáncer en Perú y ofrecer recomendaciones prácticas que puedan ser implementadas en entornos clínicos para mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

La incidencia del cáncer ha mostrado una trayectoria ascendente durante la última década. La mayoría de las neoplasias malignas se diagnostican en etapas avanzadas, lo que las vuelve intratables y conduce a tasas de mortalidad considerables. La falta de comprensión sobre las neoplasias malignas, sus factores de riesgo, métodos de diagnóstico y estrategias preventivas exacerba la carga sobre las personas. (1)

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, y el tratamiento oncológico, en particular la quimioterapia, juega un papel fundamental en la mejora de la supervivencia y calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, la adherencia a los esquemas de quimioterapia puede verse comprometida por una serie de factores que van desde los efectos adversos hasta barreras psicológicas, socioeconómicas y de acceso al sistema de salud. La falta de adherencia al tratamiento quimioterapéutico no solo disminuye la efectividad de las terapias, sino que también aumenta la morbimortalidad, reduciendo las posibilidades de remisión o control del cáncer. A pesar de los avances sustanciales en la terapia y el cuidado del cáncer, un problema apremiante sigue siendo la adherencia insuficiente a la medicación. Esto se debe principalmente a los efectos perjudiciales de la prescripción, el costo de los medicamentos y otros factores. (1) Según la Organización Mundial de la Salud (2019), se estima que entre el 20 % y el 50 % de los pacientes oncológicos no cumplen con sus regímenes de quimioterapia, lo que puede resultar en progresión de la enfermedad, aumento de la morbilidad y reducción de la supervivencia. Este problema se ve exacerbado en entornos hospitalarios donde los recursos son limitados y los pacientes enfrentan barreras adicionales, como efectos secundarios, costos del tratamiento y falta de apoyo social.

El estado del arte sobre la adherencia a la quimioterapia ha identificado múltiples factores que influyen en este fenómeno. Investigaciones recientes destacan que las características demográficas, como la edad y el nivel educativo, así como factores psicosociales como el apoyo familiar y el estado emocional del paciente, juegan un papel

crucial en la adherencia al tratamiento (2). Además, estudios han demostrado que las diferencias en la calificación de la adherencia pueden tener implicancia con la brecha de comunicación entre pacientes y médicos. No se deben pasar por alto los determinantes sistémicos de la mala adherencia (3). Sin embargo, a pesar de estos hallazgos, persisten lagunas en la comprensión de cómo estos factores interactúan en contextos específicos, como en un hospital de nivel III en 2024.

La identificación de los factores que influyen en la adherencia es, por tanto, una prioridad tanto para los equipos médicos como para los sistemas de salud que buscan mejorar los resultados del tratamiento. Los principales resultados en la presente investigación revelan una adherencia a la quimioterapia en la mayoría de los y las pacientes (97 %). Resaltó el hallazgo de la ansiedad asociada con la adherencia (p-valor 0,001).

En el primer capítulo se aborda, describe y formula el problema de investigación, incluyendo también los alcances, limitaciones, objetivos e hipótesis. El segundo capítulo se dedica a presentar el marco teórico, que abarca los antecedentes, fundamentos teóricos y la terminología clave. En el tercer capítulo se detalla el marco filosófico. En el cuarto capítulo se describe la metodología, que incluye el tipo y diseño del estudio, la población y muestra, la operacionalización de variables, las técnicas e instrumentos utilizados, así como el procesamiento de los datos. El quinto capítulo presenta los resultados, seguido del análisis en la discusión. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Problemática de la investigación

A nivel mundial, el cáncer es la segunda causa principal de muerte en todo el mundo (4). El tratamiento de quimioterapia para el tratamiento de los diversos tipos de cáncer es generalmente prolongado. La adherencia al tratamiento oral es fundamental para lograr resultados exitosos. Sin embargo, es difícil de determinar, ya que actualmente, no existe un consenso sobre las medidas de adherencia o criterios para establecer la falta de adherencia (5). En el mundo, la adherencia al tratamiento quimioterápico es un desafío (6). Actualmente, la quimioterapia oral vs intravenosa tiene muchos beneficios, ya que existe una mayor flexibilidad, menos interrupciones en las rutinas diarias de toma, una disminución de los traslados al hospital e incluso un menor nivel de estrés (7). En países latinoamericanos como Ecuador, en un estudio con pacientes oncológicos atendidos en un hospital público, en la gran mayoría se halló una mala adherencia al tratamiento y baja calidad de vida (8).

Los reportes sobre la adherencia a la quimioterapia en el Perú son disímiles, ya que la evidencia empírica revela que en algunos estudios como el realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima, el 75,7 % de pacientes oncológicos ostomizados tienen una adherencia inadecuada (9). Otros hallazgos revelan en pacientes oncológicos del Hospital Rebagliati en Lima, el 49,5 % tuvieron una buena adherencia terapéutica farmacológica (10).

En Tacna, en la Unidad de Oncología de un hospital de EsSalud de Tacna, se ha observado que a pesar de que muchos pacientes comprenden que la quimioterapia es útil para reducir el volumen tumoral e idealmente erradicar la masa o lesiones metastásicas, descontinúan o incumplen las sesiones de quimioterapia programadas.

Entre los factores asociados los hallazgos de estudios empíricos, reportan aspectos con el esquema de tratamiento, la complejidad, la efectividad (11), características sociodemográficas, apoyo social bajo, depresión, duración de la terapia e inclusive la alianza terapéutica de profesional - paciente (12–14) e incluso características del sistema sanitario y relacionados con la enfermedad (15,16). También es posible que los tratamientos han sido estigmatizados por las experiencias de los pacientes sobre los efectos secundarios lo que trasciende en la población en general, resaltándose la desagradable y costosa experiencia con ellos, lo que podría explicar las conductas de evitación o mantenimiento del tratamiento oncológico.

La quimioterapia a pesar de los importantes avances científicos sigue teniendo altos efectos secundarios e implican un alto costo psicológico y biológico para los pacientes, pese a la existencia de perfeccionadas y novedosas moléculas antieméticas, la quimioterapia continúa provocando náuseas y vómitos que interfieren en la cotidianidad y el bienestar subjetivo de los pacientes. La quimioterapia oral realizada en casa representa un desafío, ya que con frecuencia se producen olvidos, cambios en las horas de toma o abandono temporal de la toma de medicación. Las consecuencias de evitación, el rechazo del tratamiento o la baja adherencia al mismo, pueden desencadenar en un mayor riesgo de muerte o de progresión de la enfermedad. Por lo que es relevante identificar e intervenir aquellos factores que tienen implicancia en la adherencia (17). Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no solo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por la persistencia referida a cuánto tiempo lo hagan. Por esa razón, en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción (18).

Lo expuesto pone en evidencia la relevancia de conocer cuáles son los aspectos que están relacionados con la adherencia al tratamiento oncológico.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Los factores sociodemográficos, referidos a la enfermedad, de apoyo social, ansiedad, dolor y de tratamiento, se asocian con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna en 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Las características sociodemográficas se asocian con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna?
- b) ¿El factor referido a la enfermedad se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna?
- c) ¿El factor apoyo social se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna?
- d) ¿El factor ansiedad se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna?
- e) ¿El factor dolor y tratamiento se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La adherencia al tratamiento de quimioterapia es un aspecto crítico en el manejo de pacientes oncológicos, ya que influye directamente en los resultados clínicos y en la calidad de vida de los pacientes.

- Relevancia social

El presente estudio proporciona información valiosa sobre cómo estos factores impactan la adherencia, contribuyendo así a un enfoque más personalizado en el cuidado del paciente. La quimioterapia puede tener efectos secundarios significativos que afectan la calidad de vida del paciente. Un enfoque proactivo para mejorar la adherencia puede ayudar a mitigar estos efectos y fomentar un mejor bienestar emocional y físico durante el tratamiento.

Al identificar los factores que contribuyen a una baja adherencia, las instituciones de salud pueden optimizar sus recursos y programas de apoyo. Esto no solo beneficiará a los pacientes individuales, sino que también puede mejorar la eficiencia del sistema de salud en su conjunto. Este estudio aporta información relevante al campo del cuidado del paciente oncológico y la epidemiología, contribuyendo a una mejor comprensión de cómo diversos factores influyen en la adherencia al tratamiento. Los hallazgos podrán ser utilizados por otros investigadores y profesionales para desarrollar políticas y prácticas basadas en la evidencia.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

– Alcances

El estudio permitirá identificar y analizar los factores específicos que afectan la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión. Estos factores pueden incluir variables demográficas, sociales, psicológicas y económicas.

Los hallazgos del estudio proporcionarán información valiosa que podrá ser utilizada para diseñar e implementar intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento. Esto puede incluir programas de educación para pacientes, apoyo psicológico y estrategias de comunicación entre el equipo médico y los pacientes.

Asimismo, este estudio ofrece una perspectiva específica sobre la población de Tacna, lo que permitirá adaptar las políticas de salud y los programas de intervención a las características y necesidades locales. Además, contribuirá a la literatura existente sobre adherencia en tratamientos oncológicos en contextos similares. Al enfocarse en mejorar la adherencia a la quimioterapia, el estudio tiene el potencial de impactar

positivamente en la calidad de vida de los pacientes, reduciendo complicaciones y mejorando los resultados clínicos.

Asimismo, la presente investigación contribuye con una base empírica para desarrollar intervenciones de enfermería dirigidas a mejorar la adherencia, tales como programas de apoyo emocional, educación al paciente y sus familias sobre la importancia del tratamiento y estrategias para gestionar la ansiedad y el dolor. Estos hallazgos permiten a los profesionales de enfermería implementar prácticas basadas en evidencia, personalizar el cuidado y mejorar los resultados de salud de los pacientes, promoviendo un enfoque integral y holístico que considera las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los pacientes oncológicos.

– Limitaciones

Dependiendo del diseño (transversal, longitudinal, etc.), puede haber limitaciones en cuanto a la capacidad para establecer relaciones causales definitivas entre los factores identificados y la adherencia al tratamiento. Un diseño transversal, por ejemplo, solo puede capturar una instantánea en el tiempo.

Si los participantes no son seleccionados aleatoriamente o si hay una alta tasa de deserción, esto puede introducir un sesgo en los resultados. Los pacientes que deciden participar pueden tener características diferentes a aquellos que no lo hacen, lo que podría afectar las conclusiones del estudio.

La situación sanitaria puede cambiar rápidamente debido a factores externos como pandemias, cambios en políticas de salud o disponibilidad de recursos, lo que podría afectar tanto la adherencia como los resultados del estudio.

En suma, el presente estudio tiene un alcance significativo en términos de identificar y analizar factores asociados a la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos locales y desarrollar estrategias para mejorarla. Sin embargo, es importante considerar las limitaciones mencionadas para interpretar adecuadamente los resultados y su aplicabilidad futura.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Determinar los factores sociodemográficos, referidos a la enfermedad, de apoyo social, ansiedad, dolor y de tratamiento, se asocian a la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.

1.5.2. Objetivos específicos

- a) Establecer la asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.
- b) Establecer si el factor características relacionadas con el cáncer se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos.
- c) Establecer si el factor apoyo social se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes.
- d) Establecer si el factor ansiedad se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos.
- e) Establecer si el factor dolor se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos.

1.6. HIPÓTESIS

1.6.1. Hipótesis general

los factores sociodemográficos, referidos a la enfermedad, de apoyo social, ansiedad, dolor y de tratamiento, se asocian significativamente con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.

1.6.2. Hipótesis específicas

- a) Algunas características sociodemográficas se asocian significativamente con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.
- b) El factor características del cáncer se asocia significativamente con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos.
- c) E factor apoyo social se asocian significativamente con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes.
- d) El factor ansiedad se asocia significativamente con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos.
- e) El factor dolor se asocian significativamente con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes internacionales

Souliotis et al. (3) investigaron sobre la adherencia al tratamiento en pacientes que padecieron cáncer pulmonar. La adherencia al tratamiento se define como el grado en que la conducta de un paciente se alinea con las recomendaciones médicas o de salud proporcionadas como parte de su plan de tratamiento. El objetivo de este estudio fue: 1) evaluar la tasa de adherencia al tratamiento entre pacientes con cáncer de pulmón desde las perspectivas de los pacientes y los médicos, 2) evaluar el grado de concordancia entre estas dos perspectivas y 3) identificar factores asociados con la adherencia para ambas perspectivas (pacientes y médicos). Materiales y métodos: Este estudio comprendió un total de 250 pacientes. Los datos sobre factores socioeconómicos, síntomas depresivos y de ansiedad (medidos mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria), dependencia de la nicotina (evaluada mediante la Escala de Fagerström), obstáculos para obtener atención y niveles de adherencia al tratamiento se obtuvieron mediante entrevistas. Se preguntó a los médicos sobre las características de la enfermedad y la terapia, así como sobre los niveles de adherencia de los pacientes. Resultados: Desde el punto de vista del paciente, apenas un 1,2 % presentó una adherencia inadecuada, en contraste con un 12,4 % entre los médicos. La concordancia entre ambos fue mínima: 0,244. La correlación de las medidas tomadas del mismo sujeto se determinó en 0,14. Las barreras para el acceso a la medicación (OR=2,82, IC 95 %: 1,01-8,09) fue el único factor de riesgo en la adherencia autoevaluada; Las barreras para acceder a la medicación, la educación de 12 años o más de 12 años, la dependencia de la nicotina y la puntuación de ansiedad de la escala HADS fueron los predictores en las evaluaciones de los médicos. Conclusiones: Las variaciones en las calificaciones de adherencia pueden contribuir a las discrepancias de comunicación entre pacientes y médicos. No se deben ignorar los factores sistémicos que contribuyen a una adherencia inadecuada. Es esencial una

iniciativa coordinada de investigadores, médicos y formuladores de políticas para definir y comunicar la adherencia, eliminando al mismo tiempo sus obstáculos.

Yussof et al. (19) realizaron una revisión sistemática de factores que influyen en la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de mama. Resultados: de los veintiséis estudios seleccionados, se halló que la tasa promedio de cumplimiento a los cinco años para la fase de implementación alcanzó el 6,2 % (DE = 17,3 %) y la persistencia media fue del 66,8 % (DE = 14,5 %). La puntuación media de adherencia disminuyó un 25,5 % (DE = 9,3 %) del primer al quinto año. Se observó una mayor tasa de adherencia a través del autoinforme en comparación con la base de datos o la historia clínica. Mayor edad, menor edad, mayor índice de comorbilidad, depresión y efectos adversos se asociaron con menor adherencia. El tratamiento con inhibidores de la aromataza, la quimioterapia recibida y el uso previo de medicamentos se asociaron con una mejor adherencia. Conclusión: un tercio de los pacientes no cumplieron con el tratamiento al quinto año. Se encontró que diecinueve factores recurrentes estaban significativamente asociados con la adherencia a largo plazo en múltiples estudios.

En Tailandia, Seangrung et al. (20) estudiaron la adherencia a los fármacos analgésicos opioides en pacientes con cáncer. El estudio fue prospectivo descriptivo, transversal, de dos fases y de métodos mixtos para evaluar una cohorte de 101 pacientes con cáncer a los que actualmente se les recetan opioides fuertes en una clínica del dolor en Tailandia entre enero y marzo de 2018. Se pidió a los participantes que completaran un cuestionario que incluía las siguientes secciones: características generales; el comportamiento de toma de medicamentos en tailandés (MTB-Thai) para evaluar la adherencia a los medicamentos; y factores que influyen en la no adherencia, que se analizaron mediante regresión logística multivariante. Además, se realizaron entrevistas en profundidad cara a cara con pacientes que mostraban falta de adherencia a los opioides fuertes (puntuación MTB-Thai ≤ 21) y se analizaron mediante análisis de contenido temático. Resultados: De 101 pacientes con dolor por cáncer que completaron el cuestionario, el 39,6 % mostró falta de adherencia a los opioides fuertes. La comprensión de la enfermedad (P=0,047) y el uso de más de tres tipos de medicamentos para el dolor (P=0,032) fueron factores significativos que influyeron en la falta de adherencia. El

análisis cualitativo indicó que el miedo a los resultados a largo plazo, los efectos secundarios de los opioides, el control ineficaz del dolor, los intentos de hacer que el régimen sea más aceptable, la falta de comprensión y la falta de aceptación de la enfermedad relacionada con la falta de cumplimiento. Conclusión: El conocimiento de los factores del paciente, los factores relacionados con la medicación y los factores relacionados con la enfermedad proporcionarán el conocimiento y el asesoramiento adecuado que pueden mejorar la adherencia a la medicación.

En Europa, Rosso et al. (21) investigaron sobre la adherencia a la terapia endocrina adyuvante en mujeres italianas con diagnóstico de cáncer de mama. El objetivo fue analizar los efectos secundarios de la terapia endocrina como factor de impacto en la adherencia al tratamiento. Metodología: se reclutó a 373 pacientes con cáncer de mama tratadas con AET cumplieron un cuestionario específico durante sus visitas de seguimiento en la Unidad de Mama de nuestro Centro. Resultados: El 81 % de los pacientes informaron efectos secundarios, el 84 % de los que tomaron tamoxifeno y el 80% de los que tomaron inhibidores de la aromataasa (IA). El efecto secundario más frecuente en el grupo de tamoxifeno fueron los sofocos (55,6 %), mientras que en el grupo de IA fue la artralgia (60,6 %). En general, el 12 % de los pacientes suspendió definitivamente el AET debido a los efectos secundarios, el 6,4 % durante los primeros 5 años y el 24 % durante la terapia prolongada. Los pacientes que habían recibido previamente quimioterapia o radioterapia informaron una tasa de interrupción significativamente menor. Conclusiones: Los efectos secundarios de AET representan un problema significativo en las sobrevivientes de cáncer de mama que conducen a la asunción irregular y la interrupción de la terapia. La adherencia al AET puede mejorarse mediante una comunicación confiable entre el médico y el paciente y una red de atención de buena calidad.

Igualmente, Souliotis et al. (3) estudiaron sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer de pulmón de Grecia, para medir la tasa de adherencia al tratamiento desde la perspectiva de pacientes y médicos, 2) medir el grado de concordancia entre las dos perspectivas, e 3) identificar factores relacionados con la adherencia para ambas perspectivas (pacientes y médicos). Metodología. Se incluyó 250 pacientes. Se utilizó una

entrevista para conocer las características socioeconómicas, los síntomas depresivos y de ansiedad (escala de ansiedad y depresión hospitalaria), la dependencia de la nicotina (escala de Fagerstrom), las barreras para acceder a la atención y el nivel de adherencia al tratamiento. Se preguntó a los médicos sobre las variables de la enfermedad y el tratamiento, así como sobre el nivel de adherencia de los pacientes. Resultados: Desde la perspectiva del paciente, solo el 1,2 % de los pacientes mostró una mala adherencia; mientras que el porcentaje correspondiente entre los médicos fue de 12,4 %. La concordancia entre ambos fue baja: 0,244. Se encontró que la correlación de las mediciones realizadas en el mismo individuo era igual a 0,14. Las barreras para acceder a la medicación (OR=2,82) fue el único factor de riesgo cuando la adherencia fue autoevaluada; barreras para acceder a medicación (OR=2,45), escolaridad igual a 12 años (OR=0,33) o superior a 12 años (OR=0,28), dependencia a la nicotina (OR=1,41) y la puntuación de ansiedad HADS (OR = 1,15) fueron los predictores en la calificación de los médicos. Conclusiones: las diferencias en la calificación de la adherencia pueden sustentar las brechas de comunicación entre pacientes y médicos. Los determinantes sistémicos de la mala adherencia no deben pasarse por alto.

En Estados Unidos, Jacobs et al. (22) investigaron sobre la adherencia en pacientes oncológicos de un Centro de Cáncer del Hospital General de Massachusetts. Las terapias orales son cada vez más comunes en la atención oncológica. Sin embargo, faltan datos sobre los síntomas físicos y psicológicos que experimentan los pacientes, o cómo estos factores se relacionan con la adherencia a la medicación y la calidad de vida (QoL). Materiales y métodos: desde diciembre de 2014 hasta agosto de 2016, un total de 181 pacientes adultos a los que se les prescribió terapia oral dirigida o quimioterapia se inscribieron en un estudio aleatorizado de adherencia y manejo de síntomas. Los pacientes completaron evaluaciones iniciales de cumplimiento con la tapa electrónica de la píldora, la calidad de vida, la gravedad de los síntomas, el estado de ánimo, el apoyo social, la fatiga y la satisfacción con los médicos y el tratamiento. Las relaciones entre estos factores se examinaron mediante correlaciones producto-momento de Pearson y regresión lineal multivariable. Resultados: Al inicio del estudio, la tasa media de cumplimiento de la tapa de la píldora electrónica mostró que los pacientes tomaron el 85,57 % de su terapia oral. Los síntomas relacionados con el cáncer informados con

mayor frecuencia fueron fatiga (88,60 %), somnolencia (76,50 %), sueño alterado (68,20 %), problemas de memoria (63,10 %) y angustia emocional (60,80 %). Los pacientes que reportaron una mayor gravedad de los síntomas relacionados con el cáncer tuvieron una menor adherencia ($r = -0,20$). En una regresión multivariable, mayores síntomas depresivos y de ansiedad, peor fatiga, menos apoyo social, menor satisfacción con los médicos y el tratamiento, y una mayor carga de síntomas se asociaron con una peor CdV ($F [10, 146] = 50,53$; R^2 ajustado = 0,77). Los síntomas de ansiedad se asociaron más fuertemente con disminuciones clínicamente significativas en la CdV ($\beta = -7,10$; $SE = 0,22$). Conclusiones: Los pacientes a los que se prescriben terapias orales luchan con la adherencia, y la carga de síntomas relacionados con el cáncer es alta y está relacionada con una peor adherencia y calidad de vida. Dadas las percepciones de que las terapias orales son menos perjudiciales, estos datos subrayan la gran necesidad de abordar los problemas de adherencia, la carga de síntomas y la CdV de estos pacientes.

2.1.2. Antecedentes nacionales

En Lima, Acosta (9) investigó sobre la adherencia al tratamiento en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. El estudio comprendió 70 pacientes de ambos sexos de 18 a 69 años. Metodología: estudio transversal, prospectivo. Resultados: Los hallazgos evidencian que no se relaciona las preferencias de comunicación entre paciente y médico con la conducta de adherencia al tratamiento entre los pacientes. El 75,7 % presenta adherencia inadecuada. Conclusión. Se requiere de programas de abordaje psicoeducativos.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Factores

2.2.1.1. Definición

La baja o falta de adherencia es compleja y se le ha relacionado en diversos estudios a diferentes circunstancias o condiciones: características del paciente, aspectos de la enfermedad y el régimen de tratamiento e incluso a características del sistema de atención médica (15,16). En especial se ha evidenciado que las características sociodemográficas,

los problemas económicos, el escaso apoyo social, la inestabilidad, trastornos de salud mental, la duración de la terapia y su complejidad como tal, los efectos adversos del tratamiento, la alianza terapéutica deficiente podría comportarse como predictores de la baja o falta de adherencia al tratamiento del cáncer (12–14). Otros reportan la asignación de baja prioridad para el tratamiento, información inadecuada, pérdida involuntaria de las dosis debido a sueño extenso, situaciones sociales, entre otros (23–25).

– Ejercicio físico

El ejercicio físico se clasificó en tres niveles: actividad física vigorosa, moderada e inadecuada o deficiente. Una actividad de intensidad vigorosa se definió como cualquier actividad que provoque un gran aumento en la respiración o la frecuencia cardíaca (p. ej., correr, transportar, levantar cargas pesadas, excavar y trabajar en la construcción) que continúa durante al menos 30 minutos durante un mínimo de tres días por semana. La actividad de intensidad moderada referida a cualquier actividad que provoque un pequeño aumento en la frecuencia respiratoria o cardíaca (caminar a paso ligero o llevar cargas livianas) que continúe durante al menos 30 minutos durante al menos tres días a la semana, o cinco o más días de estas actividades durante al menos 20 minutos por día, o ≥ 3 días de actividad de intensidad vigorosa por semana durante al menos 20 min por día. La actividad física de bajo nivel o sedentaria se refiere a la persona que realiza una actividad física que no cumple con ninguno de estos criterios. (26)

– Apoyo social

Es una construcción multifacética y compleja (27). Los primeros investigadores ya señalaron una diversidad considerable en la conceptualización y medición del apoyo social (28). Aún no se ha logrado el consenso. Esto ha llevado a la aplicación de diferentes medidas y conceptualizaciones en la investigación, lo que dificulta la comparación de los resultados sobre el papel del apoyo social (29). Constituye un recurso psicosocial que es accesible en el contexto de los contactos interpersonales y la propia red social (30).

– Dolor y tratamiento

El dolor es la característica de presentación más común que conduce a un diagnóstico de cáncer y sigue siendo el síntoma más temido por los pacientes en el proceso de enfermedad. Se demostró que la prevalencia del dolor aumenta con la progresión de la enfermedad y afecta a la mayoría (64 % aproximadamente) de los pacientes que presentan cáncer avanzado, especialmente de intensidad moderada a severa (45 %) (31).

Asimismo, el uso de analgésicos en pacientes con cáncer tiene un enfoque paliativo simple para reducir la morbilidad relacionada con el dolor. Es frecuente el uso de analgésicos según la propuesta de la escalera de tres peldaños (32): Dolor leve: analgésicos no opioides como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o paracetamol con o sin adyuvantes. Dolor moderado: opioides débiles (hidrocodona, codeína, tramadol) con o sin analgésicos no opioides y con o sin adyuvantes. Dolor intenso y persistente: opioides potentes (morfina, metadona, fentanilo, oxycodona, buprenorfina, tapentadol, hidromorfona, oximorfona) con o sin analgésicos no opioides y con o sin adyuvantes (33)

La Organización Mundial de la Salud (34) propuso la escalera analgésica para proporcionar un alivio adecuado del dolor a los pacientes con cáncer. Se centra en la calidad de vida y fue concebida como un enfoque bidireccional, ampliando la estrategia para tratar el dolor agudo. Para el dolor agudo, el analgésico más fuerte (para esa intensidad de dolor) es la terapia inicial y luego se reduce, mientras que, para el dolor crónico, se puede emplear un enfoque gradual de abajo hacia arriba. Sin embargo, los médicos también deben reducir el nivel del tratamiento en caso de resolución del dolor crónico (35).

Los analgésicos administrados a los participantes se clasificaron en 4 categorías según su potencia: 0 para "analgésicos sin orden", 1 para "analgésicos sin opioides" (p. ej., AINE o paracetamol), 2 para opioides débiles (Ejemplo, codeína) y 3 para opioides fuertes (p. ej., morfina)(35)

2.2.2. Adherencia terapéutica

2.2.2.1. Definición

Se define como la acción de tomar los medicamentos exactamente como los prescribe un proveedor médico. Incluye tomar el medicamento correcto en la dosis correcta en el momento correcto, de manera consistente (36). También se le ha definido como el grado en que el comportamiento de un paciente está en consonancia con el consejo médico o de salud que recibe como parte de su régimen de tratamiento (3).

2.2.2.2. Epidemiología

Aproximadamente el 40 % de los pacientes toman incorrectamente o no toman la medicación prescrita en absoluto, mientras que el doble de esa cifra no sigue los consejos dietéticos y de estilo de vida, incluidas las restricciones dietéticas, el aumento del ejercicio y la reducción del tabaquismo (37).

2.2.2.3. Consecuencias de la no adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento (cumplir con la prescripción en términos de esquemas y dosis de medicamentos) son importantes cuando se tratan enfermedades crónicas (38). La falta de adherencia puede inducir a error al médico que puede atribuir la exacerbación de los pacientes a la inactividad del fármaco, lo que resulta en pruebas de diagnóstico redundantes, hospitalizaciones o cambios en la dosis o el régimen, el incremento de mayor número de atenciones médicas, aumento de la admisión y hospitalización e inclusive alterar la percepción de la alianza médico-paciente (3).

2.2.3. Teorías

La teoría del *Modelo de Creencias en Salud* (MCS) proporciona otro marco útil para entender los factores que afectan la adherencia a la quimioterapia. Según esta teoría, las creencias sobre la gravedad de la enfermedad, las consecuencias del tratamiento y las barreras percibidas pueden influir en las decisiones de los pacientes (Krouse et al., 2021). Por ejemplo, si un paciente percibe el cáncer como una amenaza inminente para su vida, pero también considera que los efectos secundarios de la quimioterapia son intolerables, puede optar por rechazar el tratamiento. Este dilema refleja una tensión entre el deseo de vivir y el temor al sufrimiento, lo que resalta la necesidad de un enfoque holístico en el cuidado del paciente oncológico.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adherencia al tratamiento

Se define como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescrito que evidencia la persistencia. (38)

Apoyo social

Recurso psicosocial que es accesible en el contexto de los contactos interpersonales y la propia red social. (26)

Dolor

El dolor del cáncer no es un proceso patológico homogéneo y se divide en dolor visceral, óseo o neuropático y tiene características de dolor continuo o intermitente (32).

CAPÍTULO III

MARCO FILOSÓFICO

Desde una perspectiva ontológica, la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos se puede entender como un fenómeno que va más allá de las simples decisiones clínicas o comportamentales. La ontología, que se ocupa del estudio del ser y de la naturaleza de la existencia, permite explorar cómo la identidad del paciente, su percepción de sí mismo y su relación con el mundo influyen en su compromiso con el tratamiento. Este enfoque filosófico es crucial para comprender no solo las razones detrás de la adherencia, sino también las experiencias vividas de los pacientes en su lucha contra el cáncer.

La identidad del paciente juega un papel fundamental en su adherencia a la quimioterapia. La experiencia del cáncer puede alterar profundamente cómo una persona se ve a sí misma y cómo se relaciona con su entorno. Según la teoría ontológica, el ser humano no existe en un vacío; más bien, está inmerso en una red de relaciones y significados que dan forma a su identidad. En este sentido, los pacientes oncológicos pueden experimentar una crisis de identidad al enfrentarse a su enfermedad. Esta crisis puede manifestarse en dudas sobre su capacidad para adherirse al tratamiento o en una reevaluación de sus prioridades y valores (McHugh et al., 2020).

Desde una perspectiva existencial, el sufrimiento es un aspecto intrínseco de la experiencia humana, especialmente en el contexto del cáncer. La filosofía existencialista sostiene que cada individuo debe encontrar su propio sentido en el medio del sufrimiento. En este sentido, los pacientes oncológicos pueden enfrentarse a preguntas profundas sobre el significado de su vida y su lucha contra la enfermedad. Estas reflexiones pueden influir significativamente en sus decisiones sobre la adherencia a la quimioterapia.

El sufrimiento puede ser visto como un catalizador para el crecimiento personal y la transformación. Muchos pacientes se encuentran con un nuevo propósito al enfrentar su enfermedad, lo que puede llevarlos a comprometerse más plenamente con sus tratamientos (Krouse et al., 2021). Sin embargo, otros pueden sentirse abrumados por el

dolor físico y emocional, lo que puede resultar en una disminución de la adherencia. Esta dualidad resalta la importancia de abordar no solo los aspectos físicos del tratamiento, sino también las dimensiones emocionales y existenciales que afectan a los pacientes.

Asimismo, para comprender mejor los factores asociados a la adherencia de la quimioterapia en pacientes oncológicos, la corriente filosófica que resulta más relevante es el existencialismo. Esta corriente se centra en la experiencia individual, la libertad y la responsabilidad personal, aspectos que son cruciales en el contexto del tratamiento del cáncer. El existencialismo, representado por filósofos como Jean-Paul Sartre y Viktor Frankl, enfatiza la importancia de la búsqueda de significado en medio del sufrimiento y la adversidad. En el caso de los pacientes oncológicos, enfrentar una enfermedad potencialmente mortal puede llevar a una crisis existencial. La forma en que cada individuo interpreta su experiencia con el cáncer influye directamente en su decisión de adherirse o no a un régimen de quimioterapia.

Desde una perspectiva epistemológica, la comprensión de los factores asociados a la adherencia de la quimioterapia en pacientes oncológicos puede abordarse a través del análisis de cómo se construye el conocimiento sobre este fenómeno y cómo se valida la información en el contexto clínico. La epistemología, que estudia la naturaleza, origen y límites del conocimiento, permite reflexionar sobre las fuentes de información, las metodologías utilizadas en la investigación y las implicaciones que estas tienen en la práctica médica. La adherencia a la quimioterapia es un constructo multifactorial que ha sido objeto de estudio desde diversas disciplinas, incluyendo la medicina, la psicología y las ciencias sociales. La investigación cuantitativa se ha centrado en identificar variables específicas que influyen en la adherencia. Sin embargo, es crucial reconocer que estos datos no son solo números; representan experiencias humanas complejas que requieren una interpretación cuidadosa.

La epistemología crítica sugiere que el conocimiento no es neutro; está influenciado por contextos culturales, sociales y políticos. Por lo tanto, el entendimiento de la adherencia debe considerar no solo los datos cuantitativos, sino también las narrativas de los pacientes. Esto implica un enfoque más cualitativo que permite captar las experiencias vividas y las percepciones de los pacientes sobre su tratamiento.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal (90); la información se recolectó en un solo momento. Además, este estudio es de nivel relacional (91) que nos permite verificar la existencia de relación entre las variables de estudio.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

– Población

La población de estudio se limita a pacientes adultos diagnosticados con cáncer en tratamiento de quimioterapia en el Hospital Regional de Tacna durante 2023 que son 57 pacientes.

– Muestra

La muestra fue censal. Todos los pacientes atendidos (N=57).

– Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico histológico confirmado de cáncer, en cualquier estadio, que estén recibiendo tratamiento de quimioterapia, adultos de 18 a más años, para asegurar que los participantes puedan dar su consentimiento informado. Asimismo, con capacidad cognitiva, es decir, que no presentan deterioro cognitivo significativo, lo que les permita entender y participar en el estudio. Que hayan comenzado su tratamiento de quimioterapia al menos un mes antes del inicio del estudio, para evaluar su adherencia a lo largo del tiempo. Pacientes que firmen un consentimiento informado para participar en el estudio, garantizando su voluntad y comprensión del proceso.

– Criterios de exclusión

Pacientes que están recibiendo tratamientos combinados (por ejemplo, quimioterapia y radioterapia) que pueden complicar la evaluación de la adherencia específicamente a la quimioterapia. Asimismo, pacientes con enfermedades crónicas o comorbilidades severas que pueden afectar su capacidad para adherirse al tratamiento o interferir en los resultados del estudio. Pacientes que no estén disponibles para el seguimiento durante el período estipulado del estudio y que estén participando simultáneamente en otros ensayos clínicos o estudios relacionados que puedan influir en su adherencia al tratamiento.

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORÍA	ESCALA	
Variable 1: Factores	Sociodemográficas	Edad	Años	Intervalo	
		Sexo	Mujer Hombre	Nominal	
		Estado civil	Soltero/a Casado/conviviente Divorciado/separado Viudo/a	Nominal	
		Procedencia	Urbano Rural	Nominal	
	Referidas a la enfermedad		Tipos de cáncer	Directo	Nominal
			Etapa del cáncer	Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV	Ordinal
			Metástasis	Si No	Nominal
			Tiempo de	Meses	Intervalo
			Modalidad de tratamiento	Quimioterapia Cirugía Combinación	Nominal
			Comorbilidad	Directo	Nominal
			Comportamental	Actividad física	Vigoroso Moderado Pobre
	Variable 2: Adherencia a la quimioterapia		Cumplimiento de pautas terapéuticas	Si No	Nominal

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos es una fase relevante, especialmente en estudios relacionados con la salud y el bienestar de los pacientes oncológicos. A continuación, se presentan las técnicas de recolección de datos más apropiadas para un estudio sobre factores asociados a la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos:

- Escala de Adherencia al Tratamiento de Cáncer (EATC) (Raymundo, 2011)

Escala desarrollada por Raymundo (39) para evaluar el grado de adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos. Se basa en las definiciones y dimensiones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para medir la adherencia terapéutica. Es de tipo Likert y consta de 23 ítems con opciones de respuesta que van desde nunca hasta siempre en una escala de cuatro puntos (1 a 4). La escala permite clasificar los niveles de adherencia en cinco categorías: alto, promedio alto, promedio, promedio bajo y bajo.

Este instrumento fue validado en el contexto del Hospital Lazarte en Trujillo, Perú, y se utiliza para capturar conductas relacionadas con la adherencia, tales como seguir las indicaciones médicas, realizar cambios en el estilo de vida y mantener un régimen adecuado de medicamentos y tratamientos. Su propósito es identificar no solo el grado de adherencia, sino también posibles barreras que los pacientes enfrentan en su compromiso con el tratamiento oncológico.

Se estimó la fiabilidad de la escala en el presente estudio, reportándose un Alfa de Cronbach de 0,44 (Anexos). Resulta confiable para la recolección de los datos.

- Cuestionario breve para la evaluación del dolor (BPI-Sf)

El cuestionario breve *Brief Pain Inventory* (BPI) es útil para medir la intensidad del dolor de causa neoplásica y su impacto en las actividades de la vida diaria en pacientes que padecen cáncer. Específicamente, el cuestionario contiene dibujos y diagramas

del dolor, ítems relacionados con medicamentos y analgésicos, interferencia e intensidad del dolor, relaciones, estado de ánimo, calidad de vida y actividades físicas (sueño, actividad general y caminar). Las puntuaciones más altas indican mayor gravedad e interferencia del dolor. Tiene el siguiente baremo: 1 - 4 = Dolor leve, 5 - 6 = Dolor moderado y de 7 - 10 = Dolor intenso. Reporta una fiabilidad de test retest de 0,78 y ha sido validado para medir el dolor oncológico. (40)

– Instrumento para medir Ansiedad GAD 7

El cuestionario GAD-7 es una herramienta autoadministrada para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada y los síntomas relacionados con la ansiedad. Reporta una sensibilidad del 89 % y una especificidad del 82 % para la ansiedad.(41)

– Cuestionario sociodemográfico y relacionados con la enfermedad

Se consideró un instrumento con seis ítems para medir las variables sociodemográficas y de morbilidad. Fue validado por tres expertos, quienes evaluaron el contenido de los reactivos.

– Cuestionario de Olsso

Contiene tres ítems que miden de forma unidimensional el soporte social recibido por la persona y contiene cinco opciones de respuesta que varían dependiendo de la pregunta (1= “muy difícil” a 5= “muy fácil”). OSSS-3. El Alfa de Cronbach informado para OSSS -3 fue de α 0,640.(42)

4.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- Después de recolectar la información, los datos fueron organizados y codificados antes de ser transferidos a la base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25.
- Con el procesamiento de la información se obtuvo los resultados para la elaboración de las tablas con su respectiva representación gráfica.

-

CAPÍTULO V

RESULTADOS

– Resultados descriptivos

Tabla 1. Pacientes oncológicos según grupo etario

	N°	%
Adulto/a joven	1	1,8
Adulto/a	34	59,6
Adulto/a mayor	22	38,6
Total	57	100

Fuente: Tabla 1

Interpretación

En la Tabla 1 y Figura 1, se aprecia que la mayoría de los pacientes en este estudio se encuentran en las etapas adultas (59,6 %) y adultas mayores (38,6 %), lo que puede influir en los resultados y conclusiones del estudio en cuanto a los efectos del cáncer en estos grupos etarios.

Tabla 2. Pacientes oncológicos según sexo

	N°	%
Mujer	41	71,9
Hombre	16	28,1
Total	57	100

Interpretación

En la Tabla 2 y Figura 1, se observa la predominancia de mujeres en los pacientes oncológicos con un (71,9 %) sugiere que en esta región las mujeres están afectadas en mayor número que los varones o que ellas son más propensas a recibir diagnóstico

temprano y tratamiento. Es crucial que esta diferencia por sexo sea considerada en los análisis posteriores, ya que las manifestaciones clínicas, los pronósticos, y la respuesta al tratamiento pueden variar entre hombres y mujeres, lo que podría influir en los resultados del estudio.

Tabla 3. Pacientes oncológicos según estado civil

	N°	%
Soltera/o	12	21,1
Casada/o	35	61,4
Conviviente	8	14
Divorciada/o	1	1,8
Viudo/a	1	1,8
Total	57	100

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

La Tabla 3 y Figura 1, se muestra la distribución del estado civil de 57 pacientes con cáncer. En primer lugar, destaca que el 61,4 % de los pacientes están casados/as, lo que representa la mayoría de la muestra. Este dato es relevante en el contexto de la salud, ya que estar casado puede proporcionar un sistema de apoyo emocional y social que puede influir positivamente en la adherencia al tratamiento y en los resultados de salud.

Por otro lado, el 21,1 % de los pacientes son solteros/as, lo cual podría indicar una posible falta de apoyo cercano en comparación con los pacientes casados. El apoyo social y familiar es un factor crítico en la gestión de enfermedades crónicas como el cáncer, afectando tanto el bienestar emocional como la disposición a cumplir con las recomendaciones médicas. El grupo de convivientes representa el 14 % de la muestra, lo cual sugiere la presencia de una pareja o apoyo, similar al de los pacientes casados, pero con características diferentes de estabilidad o formalidad en la relación. Aunque no se ha formalizado la unión, el conviviente puede ofrecer un apoyo similar al de una pareja casada.

Por otro lado, el 1,8 % de los pacientes se identifica como divorciado/a y otro 1,8 % como viudo/a. Estos grupos, aunque pequeños, pueden enfrentar retos adicionales debido a la falta de un apoyo conyugal, lo que podría afectar su salud mental negativa y su capacidad para afrontar el tratamiento del cáncer, dada la vulnerabilidad emocional que puede conllevar la pérdida o ruptura de una relación de pareja.

Tabla 4. Pacientes según procedencia

	N°	%
Urbano	56	98,2
Rural	1	1,8
Total	57	100

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En la Tabla 4 y Figura 1, se muestra que la mayoría provenían de la zona urbana (98,2 %). Desde un punto de vista epidemiológico, estos hallazgos subrayan la importancia de analizar las barreras estructurales y sociales que enfrentan los pacientes de áreas rurales.

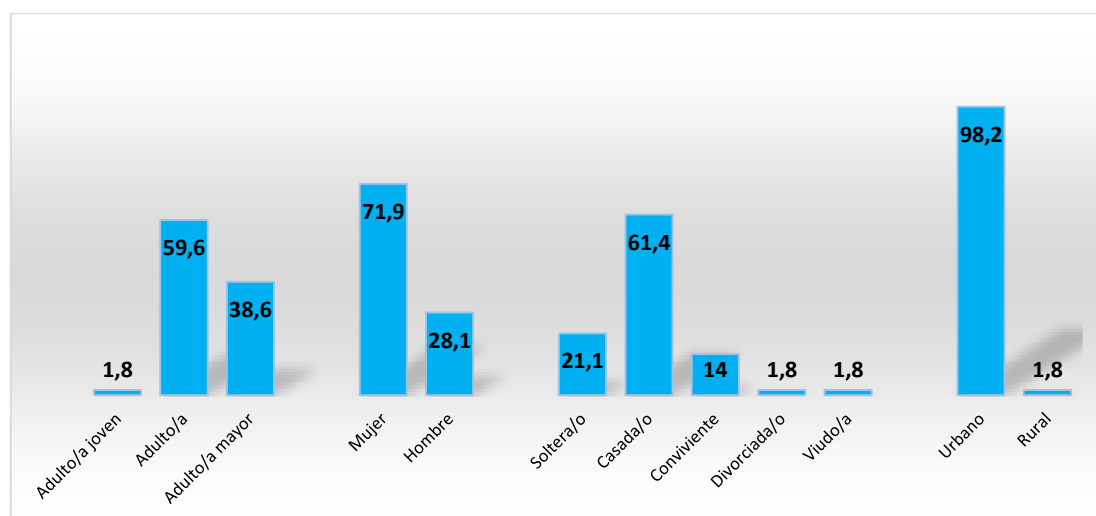


Figura 1. Gráfica del grupo etario, sexo, estado civil y procedencia de pacientes oncológicos

Fuente: Tabla 1-4

– Relacionados con la enfermedad

Tabla 5. Pacientes oncológicos según tipo de cáncer

	N°	%
Cáncer de mama	20	35,1
Otros	11	19,3
Cáncer de pulmón	6	10,5
Linfoma	5	8,8
Cáncer de páncreas	4	7,0
Cáncer de estómago	4	7,0
Cáncer de colon	4	7,0
Cáncer de próstata	3	5,3
Total	57	100

Fuente: base de datos

Interpretación

La Tabla 4 presentada muestra la distribución de distintos tipos de cáncer en una población de 57 pacientes, proporcionando tanto el número de casos como el porcentaje correspondiente a cada tipo. El cáncer de mama es el diagnóstico más frecuente, con 20 casos que representan el 35,1 % de la muestra. Esto indica que más de un tercio de los pacientes analizados padecen esta enfermedad, lo que subraya su alta frecuencia.

El cáncer de pulmón aparece en tercer lugar con 6 casos, representando el 10,5 % de los pacientes. A continuación, se encuentra el linfoma, que afecta al 8,8 % de la población, con un total de 5 casos. Los cánceres de páncreas, estómago y colon tienen cada uno 4 casos, cada uno correspondiente al 7,0 % de la muestra. Finalmente, el cáncer de próstata es el menos frecuente en esta muestra, con 3 casos, lo que representa el 5,3 %.

En conjunto, esta distribución sugiere que el cáncer de mama es significativamente más común que otros tipos de cáncer en esta población, lo que podría orientar tanto los esfuerzos preventivos como la asignación de recursos médicos hacia el manejo de esta enfermedad.

Tabla 6. Pacientes oncológicos según estadio del cáncer

	N°	%
Etapa I	5	11,4
Etapa II	18	40,9
Etapa III	16	36,4
Etapa IV	5	11,4
Total	44	100

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

La Tabla 5 presenta la distribución de los pacientes oncológicos (n=44), según el estadio de su enfermedad al momento del diagnóstico. Los resultados muestran lo siguiente: - Estadio I: 5 pacientes (11,4 %) se encuentran en esta etapa inicial del cáncer, lo que indica un diagnóstico temprano. Este bajo porcentaje refleja una detección limitada en fases precoces, lo que puede estar asociado con barreras en la accesibilidad o la falta de programas efectivos de tamizaje temprano.

Tabla 7. Pacientes oncológicos según metástasis

	N°	%
No metástasis	50	87,7
Si metástasis	7	12,3
Total	57	100

Interpretación:

En la Tabla y Figura 2, se aprecia la distribución de pacientes según la presencia o ausencia de metástasis en una población de 57 casos. De acuerdo con los datos, 50 pacientes, lo que representa el 87,7 % del total, no presentan metástasis, indicando que la mayoría de esta muestra tiene un cáncer localizado sin diseminación a otros órganos. Por otro lado, 7 pacientes, equivalentes al 12,3 %, sí presentan metástasis, lo que sugiere una minoría con una condición de mayor gr.

Esta distribución refleja que en esta muestra el cáncer, en la mayoría de los casos, se encuentra en etapas sin metástasis, lo cual podría influir en los pronósticos y en las opciones de tratamiento, ya que la ausencia de metástasis suele asociarse con mejores posibilidades.

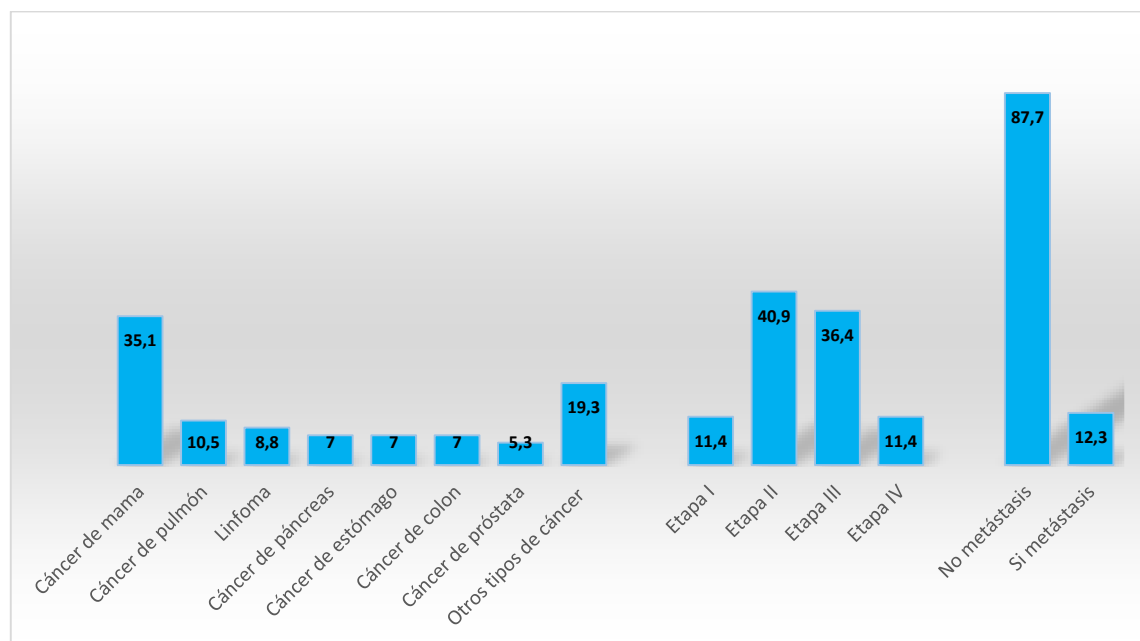


Figura 2. Pacientes oncológicos según tipo de cáncer, etapa y metástasis

Tabla 8. Pacientes oncológicos según tipo de tratamiento

	N°	%
Quimioterapia	39	68,4
Quimioterapia y cirugía	18	31,6
Total	57	100

Interpretación

La Tabla 7 y Figura 3, presentan los tratamientos aplicados a una muestra de 57 pacientes con diagnóstico de cáncer, diferenciando entre aquellos que han recibido solo quimioterapia y aquellos que han sido tratados con una combinación de quimioterapia y cirugía. De los 39 pacientes, el 68,4 % del total, han recibido únicamente quimioterapia.

Esto sugiere que, en la mayoría de los casos, el tratamiento se centra en la administración de quimioterapia, posiblemente debido a la naturaleza del cáncer o al estado de avance en el que se encuentra, que no requiere intervención quirúrgica adicional. Asimismo, 18 pacientes, equivalentes al 31,6 %, han sido tratados con una combinación de quimioterapia y cirugía. Este enfoque combinado suele aplicarse en casos donde la cirugía es viable y se considera beneficiosa para mejorar los resultados del tratamiento o reducir el tamaño del tumor ante. Estos hallazgos sugieren que la quimioterapia es el tratamiento más común en esta población, aunque una proporción significativa recibe también cirugía, lo que podría reflejar diferencias en las necesidades terapéuticas basadas en el tipo.

Tabla 9. Pacientes oncológicos según tiempo de enfermedad

	N°	%
De 1 a 6 meses	26	45,6
De 13 a más meses	16	28,1
De 7 a 12 meses	15	26,3
Media 12,61 meses DS 15,7 Moda 3 Rango 95		
Total	57	100

Interpretación

En la Tabla 8 y Figura 3, se aprecia que la mayoría de los pacientes, un 45,6 % (26 casos), el tiempo de la enfermedad oscila entre 1 y 6 meses desde el diagnóstico. Este hallazgo sugiere que casi la mitad de la muestra está en una etapa temprana del tratamiento o ha sido diagnosticada recientemente, lo que podría estar relacionado con esfuerzos de detección temprana o acceso a diagnóstico en esta población. Un 28,1 % de los pacientes (16 casos) han tenido la enfermedad por 13 meses o más. Un 26,3 % (15 casos) restante se encuentra en el rango intermedio de 7 a 12 meses con diagnóstico de cáncer. La media del tiempo de enfermedad es de 12,61 meses, lo que indica que, en promedio, los pacientes han convivido con el cáncer por poco más de un año. Sin embargo, el valor de la desviación estándar (DS) de 15,7 meses muestra una amplia

variabilidad en el tiempo de enfermedad entre los pacientes, sugiriendo que algunos pueden tener un diagnóstico muy reciente, mientras que otros llevan mucho más tiempo con la enfermedad. La moda es 3 meses, lo que significa que el tiempo de enfermedad más frecuente es relativamente corto, probablemente debido a un diagnóstico reciente en varios casos.

Tabla 10. Pacientes oncológicos según comorbilidad

	N°	%
Ninguna comorbilidad	35	61,4
Hipertensión arterial	13	22,8
Hipotiroidismo	3	5,3
Diabetes mellitus 2	3	5,3
Otra comorbilidad	3	5,3
Total	57	100

Interpretación

Según se observa en la Tabla 9 y Figura 3, la mayoría de los pacientes, un 61,4 % (35 casos), no presenta comorbilidades, lo que sugiere que más de la mitad de esta población tiene cáncer como único diagnóstico importante de salud. Este dato podría indicar que, en muchos de estos pacientes, el cáncer es el principal factor de riesgo para su salud, sin la complicación adicional de enfermedades crónicas. Entre los pacientes con comorbilidades, la hipertensión arterial es la más frecuente, afectando a 13 pacientes, lo que representa el 22,8 % del total. La alta prevalencia de hipertensión arterial como comorbilidad es común en poblaciones adultas y podría influir en las opciones y el manejo del tratamiento oncológico, dado que la presión arterial elevada puede aumentar el riesgo de complicaciones en ciertos tratamientos. Otras comorbilidades menos frecuentes incluyen hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo 2 y una categoría general de otra comorbilidad, cada una presente en tres pacientes (5,3 % cada una).

En conjunto, estos datos indican que, mientras la mayoría de los pacientes no presentan comorbilidades, existe un subgrupo significativo con hipertensión arterial, que podría requerir monitoreo adicional y ajustes en el manejo del tratamiento. La presencia de otras comorbilidades es menos común en esta muestra, lo cual podría favorecer la atención médica en términos de tratamiento de cáncer sin la necesidad de abordar múltiples condiciones crónicas en la mayoría de los pacientes.

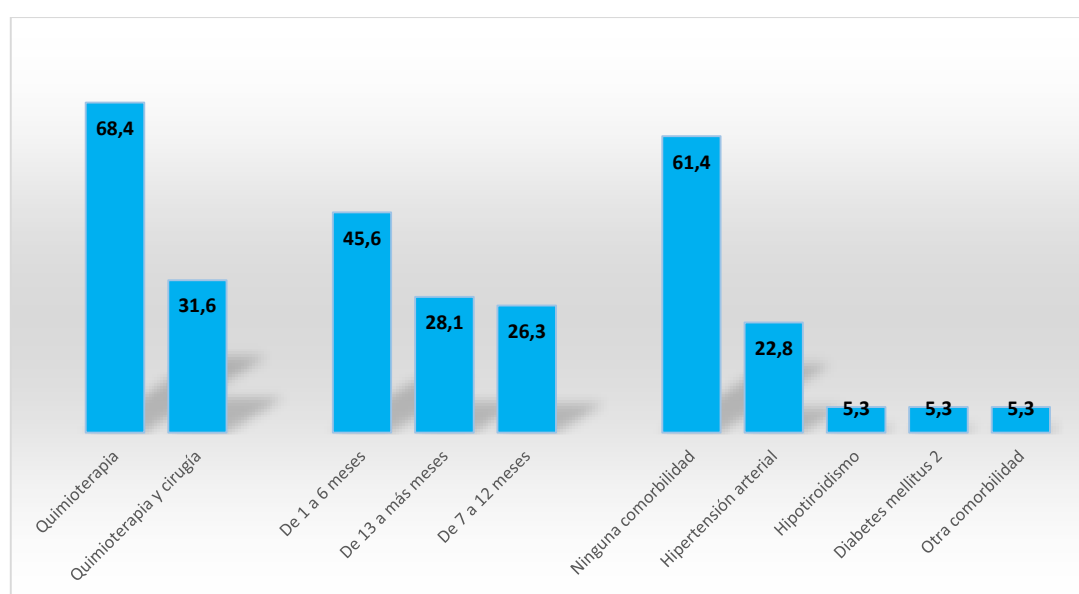


Figura 3. Pacientes oncológicos según tipo de tratamiento, tiempo de la enfermedad en meses y comorbilidad

Tabla 11. Pacientes oncológicos según intensidad de dolor

	Nº	%
Sin dolor	33	57,9
Dolor de intensidad media	24	42,1
Total	57	100

Interpretación

Se muestra en la Tabla 10 y Figura 4, que la mayoría de los pacientes, un 57,9 % (33 casos), no experimenta dolor. Este hallazgo indica que más de la mitad de esta muestra

no presenta dolor asociado a su condición oncológica en el momento de la evaluación, lo que podría deberse a una enfermedad en etapas tempranas o a un manejo eficaz del dolor.

Por otro lado, el 42,1 % de los pacientes (24 casos) reportan dolor de intensidad media. Esta proporción significativa sugiere que una parte considerable de la muestra experimenta dolor que, aunque moderada, podría afectar su calidad de vida y requerir intervenciones de manejo del dolor, posiblemente con analgésicos no opioides o enfoques no farmacológicos.

Tabla 12. Pacientes oncológicos según analgésicos

	N°	%
Sin analgésicos	39	68,4
Ningún opioide	15	26,3
Opiáceos débiles	2	3,5
Opiáceos fuertes	1	1,8
Total	57	100

Interpretación

Según se observa en la Tabla 11 y Figura 4, la mayoría de los pacientes, un 68,4 % (39 casos) no utilizan analgésicos. Esto podría indicar que muchos de estos pacientes no experimentan dolor significativo o, en algunos casos, que el dolor es manejable sin necesidad de medicamentos analgésicos. También podría reflejar una etapa de la enfermedad en la que el dolor no es un síntoma predominante o donde el manejo del dolor se realiza mediante otras intervenciones. Asimismo, un poco más de la cuarta parte, con un 26,3 % de los pacientes (15 casos), utiliza analgésicos, pero sin opioides. Este grupo probablemente emplea medicamentos analgésicos no opioides (como antiinflamatorios no esteroides o paracetamol) para el manejo del dolor, lo cual sugiere un dolor de intensidad leve a moderada en estos pacientes. Los hallazgos revelan que el uso de opioides es bajo en esta población: solo el 3,5 % (2 casos) usa opioides débiles y un 1,8 % (1 caso) utiliza opioides fuertes. La baja prevalencia del uso de opioides podría sugerir que solo una pequeña fracción de los pacientes experimenta un dolor de alta intensidad

que requiere este tipo de tratamiento, lo cual es común en etapas avanzadas de algunos tipos de cáncer.

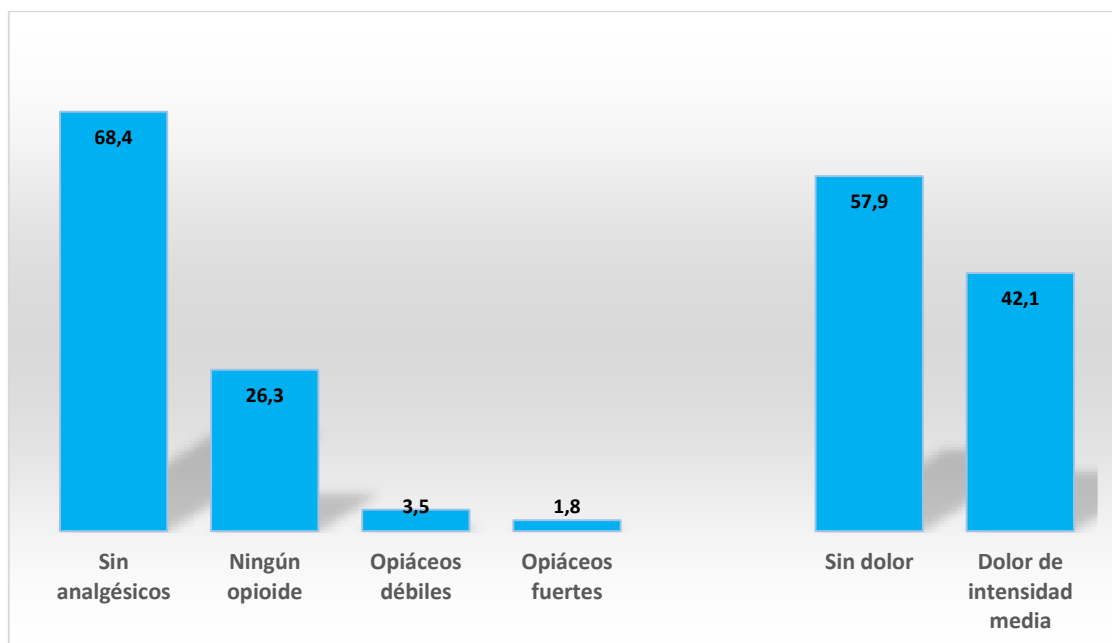


Figura 4. Pacientes oncológicos según tipo de analgésicos e intensidad de dolor

Tabla 13. Pacientes oncológicos según nivel de ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
Se aprecian síntomas de ansiedad leves	38	66,7
Se aprecian síntomas de ansiedad moderados	16	28,1
Se aprecian síntomas de ansiedad severos	3	5,3
Total	57	100,0

Interpretación

En la Tabla 13 y Figura 5, se presenta una distribución de síntomas de ansiedad en pacientes con cáncer, mostrando que un 66,7 % de los participantes experimentan síntomas de ansiedad leves, lo que indica que la mayoría se encuentra en un estado relativamente manejable en términos de salud mental. Este hallazgo sugiere que muchos

pacientes podrían estar enfrentando su situación de manera efectiva, posiblemente gracias a intervenciones psicosociales o a su propio sistema de apoyo.

Sin embargo, un 28,1 % de los pacientes reportan síntomas moderados de ansiedad. Este grupo representa una proporción significativa que podría requerir atención adicional, ya que la ansiedad moderada puede afectar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. Es fundamental que se implementen estrategias específicas para abordar las necesidades emocionales de estos individuos. Por otro lado, solo un 5,3 % de los participantes presenta síntomas severos de ansiedad. Aunque este porcentaje es pequeño, es crucial prestar especial atención a este grupo, ya que los síntomas severos pueden tener un impacto considerable en el bienestar general y en el manejo del cáncer. La atención especializada para estos pacientes es esencial para evitar desenlaces adversos y mejorar su calidad de vida.

En resumen, la mayoría de los pacientes con cáncer en este estudio experimentan síntomas leves de ansiedad (66,7 %), mientras que una parte significativa presenta síntomas moderados (28,1 %) y un pequeño porcentaje muestra síntomas severos (5,3 %). Esto resalta la necesidad de intervenciones diferenciadas y adecuadas para cada nivel de ansiedad, asegurando así un enfoque integral en el cuidado del paciente oncológico.

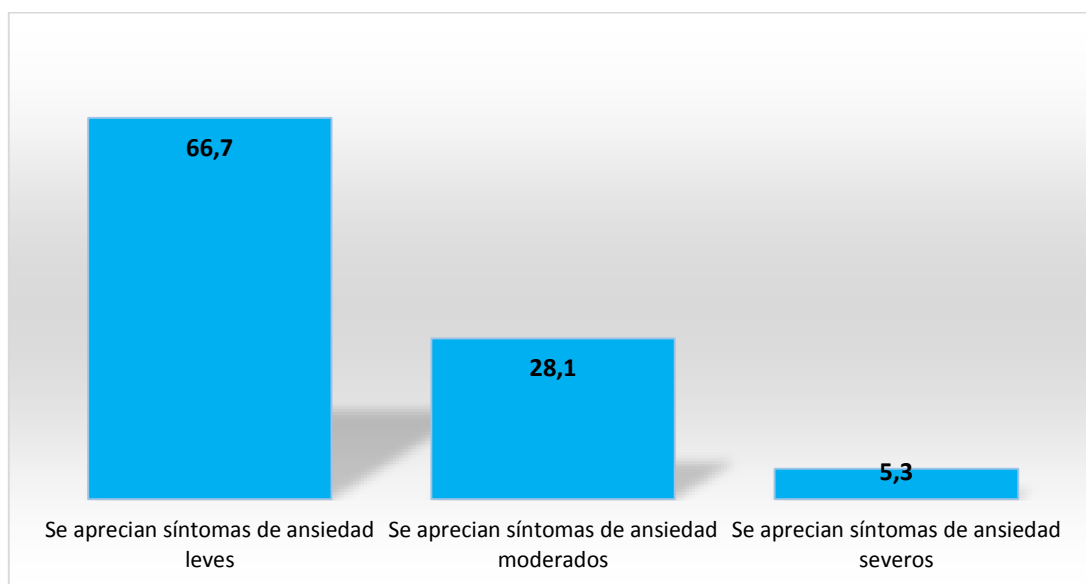


Figura 5. Pacientes oncológicos según nivel de ansiedad

Tabla 14. Pacientes oncológicos según apoyo basado en la Escala OSSS-3

	Frecuencia	Porcentaje
Personas cerca		
Ninguno	2	3,5
Una o dos personas	25	43,9
Tres a cinco personas	21	36,8
Más de cinco personas	9	15,8
Total	57	100
Interés y preocupación de los que le rodean		
Ninguno	1	1,8
Pequeño	1	1,8
Incierto	1	1,8
Alguno	6	10,5
Mucho	48	84,2
Total	57	100
Facilidad para obtener ayuda de vecinos si lo necesitase		
Difícil	16	28,1
Posible	18	31,6
Fácil	1	1,8
Muy fácil	4	7
Total	57	100

Interpretación

La Tabla 14 y Figura 6, presentan datos sobre el apoyo social y la percepción de ayuda en pacientes con cáncer, dividiendo las respuestas en tres categorías: la cantidad de personas cercanas, el interés y preocupación de quienes los rodean, y la facilidad para obtener ayuda de vecinos. Estos factores son cruciales para entender el contexto social de los pacientes y su posible impacto en el bienestar emocional y físico durante el tratamiento oncológico.

En cuanto a la cantidad de personas cercanas, se observa que el 43,9 % de los pacientes tiene una o dos personas en su círculo cercano, mientras que un 36,8 % cuenta con tres a cinco personas. Esto indica que una mayoría significativa (80,7 %) tiene al menos un par de personas que pueden ofrecer apoyo emocional y práctico. Sin embargo, un 15,8 % reporta tener más de cinco personas, lo que sugiere que una parte menor tiene un sistema

de apoyo más amplio. Por otro lado, un 3,5 % de los participantes indica que no tiene a nadie cerca, lo cual puede ser preocupante, ya que la falta de apoyo social puede agravar la experiencia del tratamiento del cáncer.

Respecto al interés y preocupación de quienes rodean a los pacientes, un abrumador 84,2 % expresa que hay mucho interés y preocupación por parte de su entorno. Este dato es alentador, ya que un fuerte apoyo emocional puede contribuir a una mejor adaptación y manejo del estrés asociado con el diagnóstico y tratamiento del cáncer. En contraste, solo un 1,8 % reporta ningún interés, lo que sugiere que la mayoría de los pacientes se siente respaldada en su lucha contra la enfermedad.

Finalmente, en relación con la facilidad para obtener ayuda de vecinos, el 28,1 % considera que es difícil acceder a dicha ayuda, mientras que un 31,6 % opina que es posible obtenerla. Solo un 1,8 % indica que es fácil, y un 7 % señala que es muy fácil conseguir apoyo vecinal. Estos resultados sugieren que, aunque hay una percepción generalizada de interés por parte del entorno cercano, existen barreras significativas para acceder a ayuda práctica cuando se necesita.

En resumen, la mayoría de los pacientes con cáncer en este estudio reportan tener un círculo cercano significativo y experimentan un alto nivel de interés y preocupación por parte de su entorno (84,2 %). Sin embargo, la percepción sobre la facilidad para obtener ayuda de los vecinos muestra áreas de mejora, con un 28,1 % considerando difícil acceder a este tipo de apoyo. Estos hallazgos subrayan la importancia del apoyo social en el manejo del cáncer y resaltan la necesidad de fomentar redes comunitarias que faciliten el acceso a recursos y asistencia práctica para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

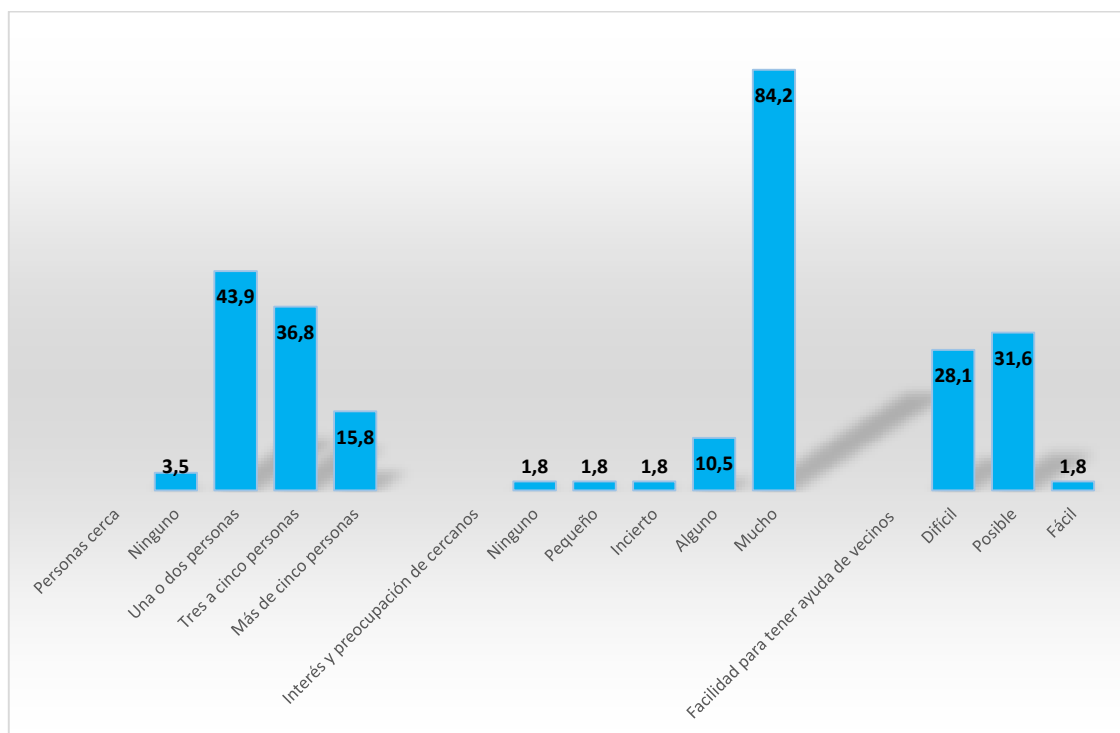


Figura 6. Pacientes oncológicos según apoyo basado en la Escala OSSS-3

Tabla 15. Pacientes oncológicos según ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
Se aprecian síntomas de ansiedad leves	38	66,7
Se aprecian síntomas de ansiedad moderados	16	28,1
Se aprecian síntomas de ansiedad severos	3	5,3
Total	57	100

Interpretación

Según se aprecia en la Tabla 15 y Figura 7, la distribución de síntomas de ansiedad en una muestra de 57 pacientes con cáncer, revelando información significativa sobre su bienestar emocional. Un 66,7 % de los participantes reporta síntomas de ansiedad leve, lo que indica que la mayoría de los pacientes se encuentra en un estado relativamente manejable en términos de salud mental. Este hallazgo sugiere que muchos de ellos pueden

estar enfrentando su situación de manera efectiva, posiblemente gracias al apoyo social o a intervenciones psicosociales.

Sin embargo, un 28,1 % de los pacientes presenta síntomas moderados de ansiedad. Este grupo es considerable y podría requerir atención adicional, ya que la ansiedad moderada puede impactar negativamente en la calidad de vida y en la adherencia al tratamiento. Es crucial implementar estrategias específicas para abordar las necesidades emocionales de estos individuos y ayudarlos a gestionar su ansiedad.

Por otro lado, solo un 5,3 % de los participantes reportan síntomas severos de ansiedad. Aunque este porcentaje es pequeño, es fundamental prestar especial atención a este grupo, ya que la ansiedad severa puede interferir significativamente con el tratamiento del cáncer y afectar la calidad de vida del paciente. Estos individuos necesitan atención especializada para mitigar el riesgo de desenlaces adversos.

La mayoría de los pacientes con cáncer en este estudio experimenta síntomas leves de ansiedad, lo cual es un indicador positivo en términos de manejo emocional. Sin embargo, la presencia notable de síntomas moderados y severos resalta la necesidad de intervenciones adecuadas para todos los niveles de ansiedad, asegurando así un enfoque integral en el cuidado del paciente oncológico. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para mejorar no solo el bienestar emocional, sino también los resultados clínicos generales en esta población vulnerable.

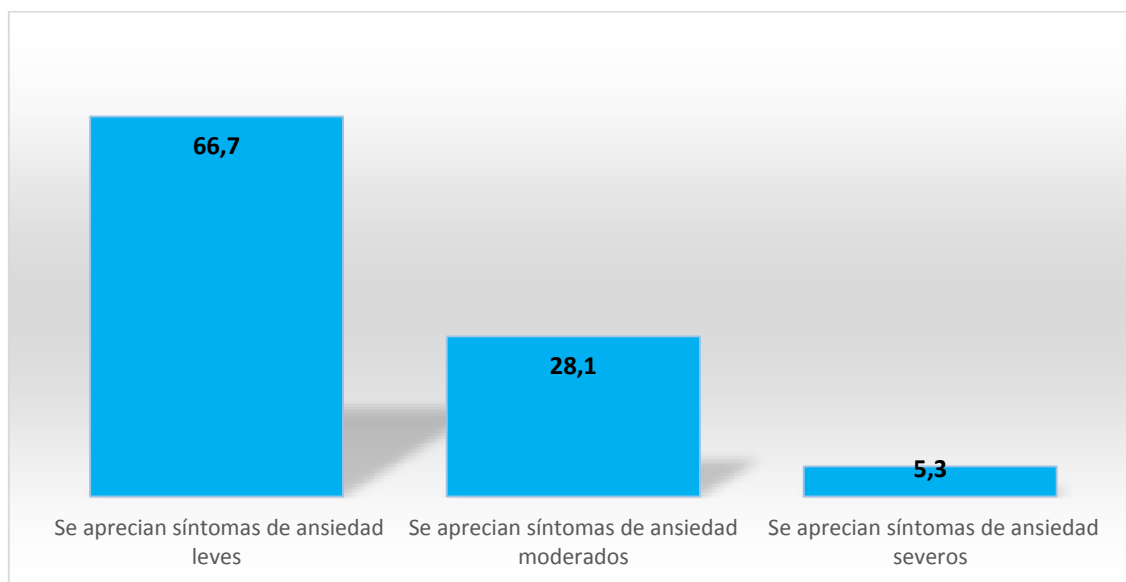


Figura 7. Pacientes oncológicos según ansiedad

Tabla 16. Pacientes oncológicos según ejercicio físico

	Nº =57	%=100
Realización de ejercicio		
Si realizó ejercicio físico	40	70,2
No realizó ejercicio físico	17	29,8
Ejercicio semanal		
De 6-7 días a la semana	14	24,6
De 3 a 5 días a la semana	15	26,3
2 días a la semana	8	14
1 día a la semana	2	3,5
No realizó ejercicio físico	18	31,6
Tiempo en minutos de ejercicio		
Más de 60 minutos	6	10,5
De 40-60 minutos	10	17,5
De 20 a 45 minutos	18	31,6
Menos de 20 minutos	5	8,8
No realizo ejercicio físico	18	31,6
Tiempo de ejercicio		
Más de 1 año	22	38,6
De 7 meses a 1 año	12	21,1
De 4 a 6 meses	5	8,8
No realizó ejercicio físico	18	31,6

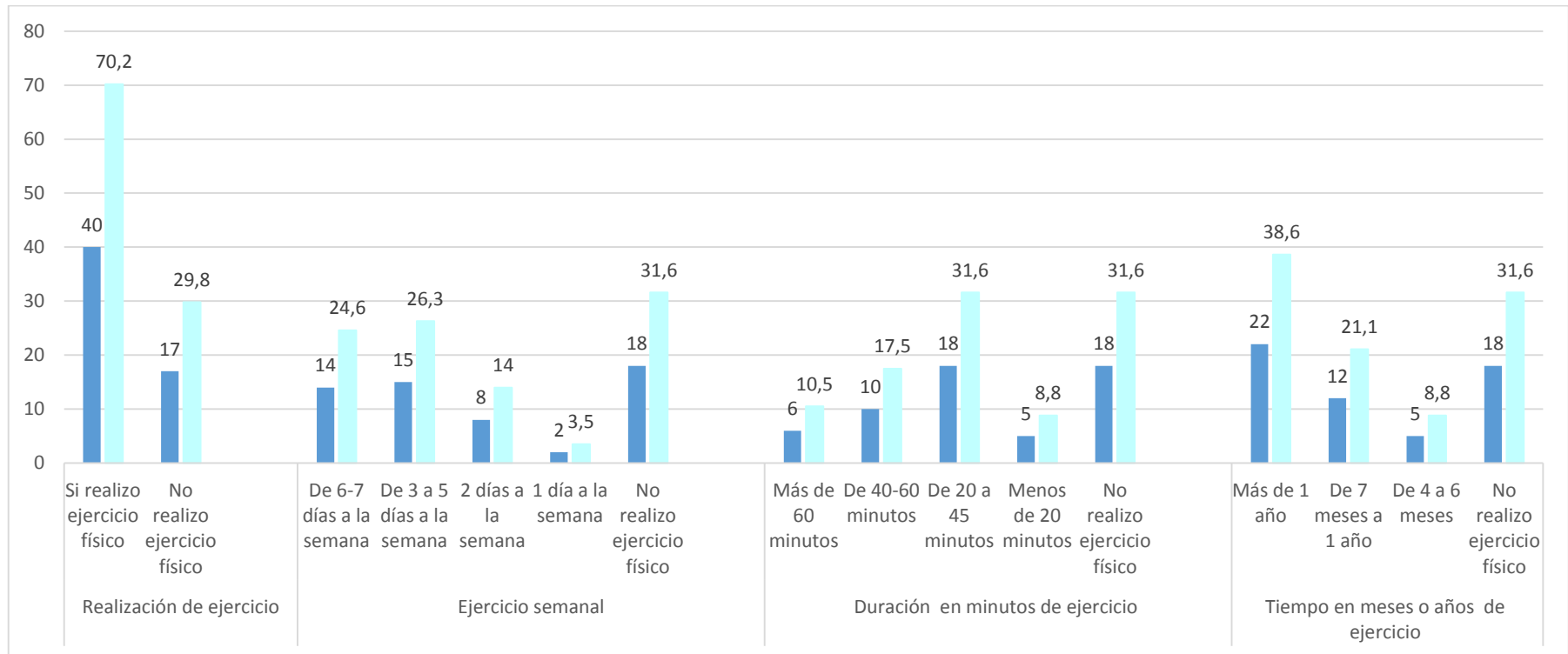


Figura 8. Pacientes oncológicos según ejercicio físico

Interpretación

Un 70,2 % de los encuestados indicaron que sí realizan ejercicio físico, mientras que un 29,8 % no lo hace. Esto sugiere que la mayoría de la población en este estudio tiene algún tipo de actividad física en su rutina, aunque una proporción considerable no realiza ejercicio. Entre las personas que realizan ejercicio físico, la frecuencia varía notablemente, ya que el 24,6 % realiza ejercicio de 6 a 7 días por semana, lo que indica un compromiso alto con la actividad física; el 26,3 % realiza ejercicio entre 3 y 5 días a la semana, lo que también representa una rutina moderada. El 14 % lo hace solo 2 días a la semana, mientras que el 3,5 % realiza ejercicio únicamente un día a la semana. Un 31,6 % de las personas que no realizan ejercicio físico, es decir, aproximadamente un tercio de la población, no tienen ninguna actividad física regular. Este patrón refleja una distribución variada en la frecuencia de la práctica del ejercicio físico, con un pequeño porcentaje de la población practicando de forma intensiva (6-7 días) y una mayor proporción realizando ejercicio de forma más esporádica (1-2 días a la semana). Respecto a la duración del ejercicio físico, se halló que un 31,6 % de las personas realizan ejercicios de 20 a 45 minutos por sesión, lo que es el rango más común, un 17,5 % realiza ejercicio entre 40 y 60 minutos y un 10,5 % dedica más de 60 minutos a su actividad física. Solo un 8,8 % realiza ejercicio por menos de 20 minutos, lo que sugiere que, aunque muchos ejercen brevemente, una porción de ellos dedica tiempo suficiente para obtener beneficios de salud. Por otro lado, 31,6 % de las personas que no realizan ejercicio no tienen una duración asignada, lo que resalta la falta de práctica en este grupo.

En relación con el tiempo que las personas llevan realizando ejercicio, se encontró que un 38,6 % lleva más de 1 año realizando ejercicio, lo que indica que esta porción de la población ha adoptado el ejercicio como un hábito a largo plazo. Un 21,1 % lleva entre 7 meses y 1 año haciendo ejercicio. Un 8,8 % lleva entre 4 a 6 meses realizando actividad física. Finalmente, 31,6 % no realiza ejercicio, lo que también refleja la proporción de personas que no tienen experiencia o han dejado de hacerlo. Estos hallazgos sugieren que hay un número significativo de personas que han integrado el ejercicio físico en su vida diaria a largo plazo, pero también muestra que una parte importante de la población es nueva en la práctica o ha dejado de realizar ejercicio después de un tiempo.

Tabla 17. Pacientes oncológicos según nivel de adherencia a la quimioterapia

	N°	%
Promedio de adherencia	1	1,8
Promedio alto de adherencia	2	3,5
Alta adherencia	54	94,7
Total	57	100

Interpretación:

En la Tabla 17 y Figura 9, se aprecia que, de un total de 57 pacientes, se observa que el 94,7 % presenta alta adherencia, lo que sugiere un compromiso significativo con el tratamiento oncológico. Este hallazgo es alentador, ya que una alta adherencia está asociada con mejores resultados clínicos y una mayor eficacia del tratamiento.

Un 3,5 % de los pacientes muestra un promedio alto de adherencia, lo que indica que, aunque no alcanzan el nivel más alto, están relativamente comprometidos con su tratamiento. Este grupo podría beneficiarse de intervenciones adicionales para fomentar aún más su adherencia y asegurar que mantengan un seguimiento adecuado de sus tratamientos.

Finalmente, solo un 1,8 % de los participantes se clasifica como promedio de adherencia. Aunque este porcentaje es bajo, resalta la importancia de identificar y abordar las barreras que podrían estar afectando la adherencia en este pequeño grupo. La baja adherencia puede estar relacionada con factores emocionales, sociales o logísticos que deben ser considerados para mejorar la experiencia del paciente y su compromiso con el tratamiento.

En conclusión, la mayoría de los pacientes con cáncer en este estudio (94,7 %) presenta alta adherencia al tratamiento, lo cual es un indicador positivo para su salud y bienestar. Sin embargo, es crucial prestar atención a aquellos con niveles de adherencia promedio y alto para implementar estrategias que optimicen su compromiso y mejoren los resultados generales del tratamiento oncológico.

Viudo/a Otro (4)	-0,133	56841,430	0,000	1	1,000	0,875
Rural (1)	17,842	40192,947	0,000	1	1,000	56091233,298
Constante	-55,310	57645,163	0,000	1	0,999	0,000

Decisión:

Teniendo un valor de p siendo igual a 0,000, el cual es un valor inferior a la significancia $\alpha > 0,05$; en consecuencia, no se rechaza la H_0 .

Los resultados de la regresión logística indican los factores que podrían influir en la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos. La variable dependiente del modelo fue la adherencia al tratamiento, categorizada de forma dicotómica (adherente/no adherente) donde “1” representa “no adherente” y “0” representa “adherente”.

Los hallazgos evidencian que ninguna de las variables incluidas en el modelo, edad, sexo, estado civil y zona de residencia, se asoció significativamente con la adherencia. En primer lugar, la edad presentó un coeficiente negativo ($B = -0,033$; $p = 0,583$), lo que indica una leve tendencia a menor adherencia conforme aumenta la edad, aunque dicha relación no fue estadísticamente significativa.

Respecto al sexo, los hombres mostraron un coeficiente extremadamente alto ($B = 18,565$) con un error estándar considerablemente elevado (9592,798), lo cual refleja una inestabilidad en la estimación que sugiere problemas en los datos, como el bajo número de hombres no adherentes o desequilibrios en la distribución de casos. Esta variable tampoco mostró significancia estadística ($p = 0,998$).

En cuanto al estado civil, se tomó como categoría de referencia a los pacientes solteros. Ninguna de las otras categorías (casado/a, conviviente, divorciado/a, viudo/a u otros) presentó asociaciones estadísticamente significativas con la adherencia (todos los valores de $p = 1,000$), y los coeficientes fueron inusualmente altos, acompañados de errores estándar igualmente elevados. Este patrón sugiere problemas de sobreajuste del modelo o una baja frecuencia de casos en algunas de las categorías.

La procedencia de zona rural tampoco mostró una asociación significativa con la adherencia ($B = 17,842$; $p = 1,000$), presentando igualmente un error estándar muy elevado. La constante del modelo fue también no significativa ($B = -55,310$; $p = 0,999$),

lo cual indica que, en ausencia de variables explicativas, el modelo no logra predecir adecuadamente la adherencia.

Hipótesis específica 2

$H_0: \beta_{\text{tipo de cáncer}} = 0, \beta_{\text{etapa de cáncer}} = 0, \beta_{\text{metástasis}} = 0, \beta_{\text{tratamiento}} = 0, \beta_{\text{comorbilidad}} = 0, \beta_{\text{analgésicos}} = 0$ (no hay efecto).

H_0 : Al menos uno de los β es diferente de cero (hay al menos un efecto).

Nivel de significancia:

$\alpha = 5\% = 0,05$

Tabla 19. Regresión logística

	B	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a Cáncer de próstata		0,000	7	1,000	
Cáncer de pulmón (1)	-49,672	0,000	1	0,998	0,000
Cáncer de mama (2)	-17,112	0,000	1	0,998	0,000
Linfoma(3)	10,853	0,000	1	1,000	51685,432
Cáncer de páncreas(4)	-29,972	0,000	1	0,999	0,000
Cáncer de estómago(5)	-41,028	0,000	1	0,999	0,000
Otro tipo de cáncer (6)	-35,905	0,000	1	0,998	0,000
Cáncer de colon(7)	-9,642	0,000	1	1,000	0,000
Etapa I		0,000	3	1,000	
Etapa II (1)	3,295	0,000	1	1,000	26,983
Etapa III (2)	-11,305	0,000	1	1,000	0,000
Etapa IV(3)	-27,112	0,000	1	0,999	0,000
Con metástasis(1)	23,065	0,000	1	0,999	10397080423,523
Tiempo de enfermedad en meses	-,339	1,424	1	0,233	0,713
Quimioterapia + cirugía(1)	-17,337	0,000	1	0,998	0,000
Sin comorbilidad		1,002	4	0,909	
Hipertensión arterial (1)	3,842	1,002	1	0,317	46,602
Hipotiroidismo(2)	16,973	0,000	1	0,999	23522302,899
Diabetes mellitus 2 (3)	-4,859	0,000	1	1,000	0,008
Otra comorbilidad (4)	-26,562	0,000	1	0,999	0,000
Sin analgésicos ni opioides		0,000	2	1,000	
Opiáceos débiles (1)	8,566	0,000	1	1,000	5248,311

Opiáceos fuertes (2)	-6,271	,000	1	1,000	0,002
Constante	20,528	,000	1	1,000	822530196,207

Decisión:

En la Tabla 18 presentada se observan los resultados de la regresión logística binaria aplicada para evaluar la asociación entre diversas características clínicas y la adherencia al tratamiento de quimioterapia en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud Tacna en 2024. En este modelo, la variable dependiente fue la adherencia a la quimioterapia, codificada de manera dicotómica (adherente/no adherente). Dado que el valor de p -valor en todos los casos superior a 0,05 que es un valor inferior a la significancia $\alpha > 0,05$; no se rechaza la H_0 .

Se incluyeron como variables independientes el tipo de cáncer, el estadio clínico de la enfermedad, la presencia de metástasis, el tiempo de enfermedad, la combinación del tratamiento con cirugía, la presencia de comorbilidades y el uso de analgésicos. Sin embargo, los resultados muestran que ninguna de estas variables se asoció significativamente con la adherencia al tratamiento, dado que todos los valores de significancia (p) superan ampliamente el umbral convencional de 0,05, muchos de ellos alcanzando el valor máximo de 1,000.

Respecto al tipo de cáncer, se evaluaron múltiples diagnósticos, tales como cáncer de pulmón, mama, colon, páncreas, estómago, linfoma, entre otros. Aunque algunos presentaron coeficientes negativos que sugerirían una posible relación inversa con la adherencia como en el caso del cáncer de pulmón ($B = -49,672$), ninguno de estos hallazgos fue estadísticamente significativo. En cuanto al estadio clínico, se compararon los estadios II, III y IV con el estadio I como referencia. Si bien se observó una tendencia decreciente en la adherencia conforme avanza la enfermedad, por ejemplo, etapa IV con $B = -27,112$, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. De manera similar, la presencia de metástasis presentó un coeficiente negativo ($B = -23,065$), lo que podría

indicar una menor adherencia en estos casos, aunque también sin resultados concluyentes ($p = 0,999$).

El tiempo de enfermedad, medido en meses, fue la única variable que presentó un valor de significancia relativamente cercano al nivel convencional ($B = -0,339$; $p = 0,233$), lo que sugiere que a mayor duración de la enfermedad podría haber una tendencia hacia la no adherencia. No obstante, este resultado tampoco fue estadísticamente significativo, por lo que debe interpretarse con cautela.

Por otro lado, la combinación del tratamiento de quimioterapia con cirugía no se asoció significativamente con la adherencia ($B = -17,337$; $p = 1,000$). Asimismo, ninguna de las comorbilidades analizadas, como hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo 2 y otras, mostró relación significativa con la variable dependiente. Aunque el hipotiroidismo presentó un coeficiente elevado ($B = 16,973$), su p-valor ($0,999$) sugiere que se trata de un resultado estadísticamente no confiable, posiblemente influido por una frecuencia muy baja de pacientes con esta condición.

El uso de analgésicos, clasificados como débiles, fuertes o ausencia de estos, tampoco evidenció asociación significativa con la adherencia al tratamiento.

Hipótesis específica 3

H_0 : Las variables son independientes. Esto significa que la distribución del apoyo social no afecta la distribución de la otra.

H_1 : Las variables no son independientes. Esto indica que la distribución del apoyo social está relacionada con la distribución de la otra.

Nivel de significancia:

$$\alpha = 5 \% = 0,05$$

Tabla 20. Chi cuadrado apoyo social y adherencia a la quimioterapia

		Nivel de adherencia			Total
		Promedio de adherencia	Promedio alto de adherencia	Alta adherencia	
Apoyo social bajo	N°	0	1	15	16
	%	0,0	1,8	26,3	28,1
Apoyo social moderado	N°	1	1	30	32
	%	1,8	1,8	52,6	56,1
Apoyo social fuerte	N°	0	0	9	9
	%	0,0	0,0	15,8	15,8
Total	N°	1	2	54	57
	%	1,8	3,5	94,7	100,0

$$X^2 = 1,484 \quad p\text{-valor} = 0,829$$

Decisión

Teniendo un valor de p -valor de 0,829 el cual es un valor superior a la significancia $\alpha < 0,05$; no se rechaza la H_0 .

La Tabla 19 presenta un análisis de chi cuadrado que explora la asociación entre el nivel de apoyo social y la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos. La tabla muestra la distribución de los pacientes en tres niveles de apoyo social (bajo, moderado y fuerte) en relación con tres niveles de adherencia (promedio de adherencia, promedio alto de adherencia y alta adherencia).

De los pacientes con apoyo social bajo (16 en total), el 26,3 % presenta alta adherencia, mientras que un 1,8 % tiene un nivel de adherencia promedio alto.

Entre los pacientes con apoyo social moderado (32 en total), el 52,6 % muestra alta adherencia, mientras que un 1,8 % tiene una adherencia promedio alta y un 1,8% se encuentra en el promedio de adherencia. En los pacientes con apoyo social fuerte (9 en total), todos (15,8 %) muestran alta adherencia sin ningún caso de adherencia promedio o promedio alto.

El valor de chi cuadrado ($X^2 = 1,484$) y el p-valor de 0,829 indican que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de apoyo social y la adherencia

a la quimioterapia ($p > 0,05$). Esto sugiere que, en esta muestra, el nivel de apoyo social no influye de manera significativa en la probabilidad de adherencia a la quimioterapia de los pacientes oncológicos. En resumen, aunque la mayoría de los pacientes con apoyo social moderado y fuerte muestran alta adherencia, esta relación no alcanza significancia estadística.

Hipótesis específica 4

H_0 : Las variables son independientes. Esto significa que la distribución de la ansiedad ad variable no afecta la distribución de la otra.

H_1 : Las variables no son independientes. Esto indica que la distribución de la ansiedad está relacionada con la distribución de la otra.

Nivel de significancia:

$$\alpha = 5\% = 0,05$$

Tabla 21. Chi cuadrado ansiedad y adherencia a la quimioterapia

		Nivel de adherencia			Total
		Promedio de adherencia	Promedio alto de adherencia	Alta adherencia	
Se aprecian síntomas de ansiedad leves	N°	0	1	37	38
	%	0,0	1,8	64,9	66,7
Se aprecian síntomas de ansiedad moderados	N°	0	1	15	16
	%	0,0	1,8	26,3	28,1
Se aprecian síntomas de ansiedad severos	N°	1	0	2	3
	%	1,8	0,0	3,5	5,3
Total	N°	1	2	54	57
	%	1,8	3,5	94,7	100,0

$$X^2 = 18,810 \quad p\text{-valor} = 0,001$$

Decisión

Teniendo un valor de p siendo igual a 0,000, el cual es un valor inferior a la significancia $\alpha < 0,05$; en consecuencia, se rechaza la H_0 .

De los 38 pacientes que presentan síntomas leves de ansiedad, la mayoría (64,9 %) muestra un nivel de alta adherencia a la quimioterapia. Un pequeño porcentaje (1,8 %) presenta promedio alto de adherencia, y no se observa ningún paciente con promedio de adherencia bajo. Esto sugiere que, en este grupo, la mayoría de los pacientes tienen un alto nivel de adherencia a la quimioterapia. De los 16 pacientes con ansiedad moderada, el 26,3 % tiene alta adherencia, mientras que un pequeño porcentaje (1,8 %) muestra promedio alto de adherencia. Al igual que en el grupo anterior, no se observa una alta proporción de pacientes con promedio de adherencia bajo. En el grupo de pacientes con ansiedad severa (3 pacientes), la distribución de la adherencia es diferente. Aunque solo un pequeño porcentaje (1,8 %) presenta un nivel bajo de adherencia, la mayoría de los pacientes en este grupo también tiene alta adherencia, lo que podría indicar que los pacientes con ansiedad severa, aunque son pocos, siguen en gran parte adheridos a su tratamiento.

El valor de Chi-cuadrado ($X^2 = 18,810$) con un p-valor de 0,001 es altamente significativo, lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y los niveles de adherencia a la quimioterapia. Este p-valor menor a 0,05 sugiere que la ansiedad, en sus diferentes niveles (leves, moderados y severos), tiene un impacto sobre la adherencia de los pacientes a la quimioterapia.

Hipótesis específica 5

H₀: Las variables son independientes. Esto significa que la distribución del dolor no está asociada con el nivel de adherencia a la quimioterapia.

H₁: Las variables no son independientes. Esto indica que la distribución del dolor está asociada con el nivel de adherencia a la quimioterapia.

Nivel de significancia:

$$\alpha = 5\% = 0,05$$

Tabla 22. Chi cuadrado dolor y adherencia a la quimioterapia

		Nivel de adherencia			Total
		Promedio de adherencia	Promedio alto de adherencia	Alta adherencia	
Sin dolor	N°	0	2	31	33
	%	0,0	3,5	54,4	57,9
Dolor de intensidad media	N°	1	0	23	3
	%	1,8	0,0	40,4	24
Total	N°	1	2	54	42,1
	%	1,8	3,5	94,7	100,0

$$X^2 = 2,835 \quad p\text{-valor} = 0,242$$

De los 33 pacientes que no experimentan dolor, la mayoría (54,4 %) tiene un nivel de alta adherencia a la quimioterapia. Un pequeño porcentaje (3,5 %) tiene un promedio alto de adherencia, y no se observa ningún paciente en el grupo de promedio de adherencia bajo. Esto sugiere que, en este grupo, los pacientes sin dolor presentan una alta adherencia al tratamiento.

En el grupo de 3 pacientes con dolor de intensidad media, solo uno (1,8 %) tiene un nivel de promedio de adherencia bajo, mientras que los otros 2 (40,4 %) tienen alta adherencia a la quimioterapia. Este grupo muestra una distribución algo más diversa, pero la adherencia sigue siendo relativamente alta a pesar de la presencia de dolor.

El valor de Chi-cuadrado ($X^2 = 2,835$) con un p-valor de 0,242 indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor y los niveles de adherencia a la quimioterapia. Un p-valor superior a 0,05 sugiere que la intensidad del dolor no tiene un impacto claro sobre la adherencia al tratamiento.

– Hipótesis general

H_0 : $\beta_{\text{características sociodemográficas}} = 0$, $\beta_{\text{factor relacionado con el cáncer}} = 0$, $\beta_{\text{apoyo social}} = 0$, $\beta_{\text{tratamiento}} = 0$, $\beta_{\text{ansiedad}} = 0$, $\beta_{\text{dolor}} = 0$ (no hay efecto).

H_1 : Al menos uno de los β es diferente de cero (hay al menos un efecto).

Nivel de significancia:

$$\alpha = 5\% = 0,05$$

Tabla 23. Regresión logística

	B	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^{aCo} Edad	-0,980	0,000	1	1,000	0,375
Sexo hombre	-110,323	0,000	1	0,998	0,000
Estado civil casado o conviviente	-5,786	0,000	1	1,000	0,003
Procedencia rural	-14,396	0,000	1	1,000	0,000
Tipo de cáncer mama	11,508	0,000	1	0,999	99547,021
Etapa de cáncer III o IV	-28,529	0,000	1	0,998	0,000
Con metástasis	-145,211	0,000	1	0,998	0,000
Tiempo de enfermedad en meses	-3,843	0,000	1	0,998	0,021
Modalidad de tratamiento quimioterapia + cirugía	19,813	0,000	1	,998	402544152,375
Con comorbilidad	-8,654	0,000	1	,999	0,000
Con analgésicos	14,074	0,000	1	1,000	1294864,100
Con dolor	-1,384	0,000	1	1,000	0,251
Sin apoyo	-86,870	0,000	1	0,997	0,000

Interpretación

En la Tabla 22 se muestran los resultados del modelo de regresión logística binaria aplicado para identificar los factores sociodemográficos, clínicos y relacionados con el tratamiento que podrían asociarse con la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud Tacna en 2024. La variable dependiente fue dicotómica, codificada como adherente (1) y no adherente (0). Los resultados estadísticos revelan que ninguna de las variables introducidas en el modelo mostró una asociación estadísticamente significativa con la adherencia, ya que todas las probabilidades (p) fueron mayores a 0,05, lo que impide rechazar la hipótesis nula. Las variables sociodemográficas como edad (B = -0,980; p = 1,000), sexo masculino (B = -

110,323; $p = 0,998$), estado civil casado o conviviente ($B = -5,786$; $p = 1,000$) y procedencia rural ($B = -14,396$; $p = 1,000$), aunque algunas con coeficientes negativos importantes, no resultaron significativas en el modelo.

Asimismo, tampoco se observaron asociaciones significativas entre la adherencia y variables clínicas como tipo de cáncer de mama ($B = 11,508$; $p = 0,999$), etapa clínica avanzada (III o IV) ($B = -28,529$; $p = 0,999$), presencia de metástasis ($B = -145,211$; $p = 0,998$) ni tiempo de enfermedad en meses ($B = -3,843$; $p = 0,998$). A pesar de que los coeficientes de algunas de estas variables sugieren una tendencia negativa, la no significancia estadística una ausencia de asociación. Del mismo modo, la modalidad de tratamiento combinada (quimioterapia + cirugía) ($B = 19,813$; $p = 0,998$), la presencia de comorbilidad ($B = -8,654$; $p = 0,999$), el uso de analgésicos ($B = 14,074$; $p = 1,000$), la presencia de dolor ($B = -1,384$; $p = 1,000$) y la ausencia de apoyo social ($B = -86,370$; $p = 0,997$), no mostraron asociación significativa con la variable dependiente.

DISCUSIÓN

El estudio realizado sobre pacientes oncológicos en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de ESSALUD Tacna proporciona información valiosa sobre diversos factores como la edad, el sexo o el estado civil, no están significativamente asociados con la adherencia a la quimioterapia, un hallazgo que difiere de investigaciones previas. A través de la recopilación y análisis de datos demográficos, psicológicos y sociales, se han podido identificar patrones que pueden influir en la experiencia del paciente con el cáncer, así como en su adherencia al tratamiento.

Los resultados de este estudio no encontraron una asociación significativa entre características sociodemográficas, como edad, sexo o estado civil, y la adherencia a la quimioterapia. Esta falta de asociación contrasta con estudios previos, como el de Reshma et al.(1), que encontraron que la edad avanzada y el apoyo social pueden influir en la adherencia debido a factores como la percepción de gravedad de la enfermedad como el de Acosta (9) en Lima, el 75,7 % de los pacientes mostraron una adherencia inadecuada, asociada a barreras psicosociales y económicas. Esta diferencia podría deberse, en parte, por el contexto local y cultural de Tacna, donde puede que los pacientes no perciban la enfermedad como una amenaza constante, disminuyendo la influencia de factores sociodemográficos sobre la adherencia (Tabla 1). Estudios en contextos similares han demostrado que los pacientes mayores suelen adherirse menos a los tratamientos médicos prolongados debido a factores relacionados con la percepción de su salud y la dependencia de cuidadores. Desde la perspectiva del Modelo de Creencias en Salud, este resultado puede explicarse por la posible falta de percepción de susceptibilidad o gravedad de la enfermedad, lo cual es clave en la motivación para adherirse a los tratamientos. Si los pacientes no perciben la enfermedad como una amenaza constante o grave, es menos probable que la edad u otras características influyan en su compromiso con la quimioterapia.

Los factores relacionados con la etapa y tipo de cáncer no mostraron una relación estadísticamente significativa con la adherencia, lo que concuerda con estudios que sugieren que el tipo de cáncer no siempre impacta de manera directa en la adherencia. Sin

embargo, se ha encontrado que la percepción de gravedad de una etapa avanzada puede influir en la disposición del paciente a completar su tratamiento. Este hallazgo sugiere que, en algunos casos, la percepción de gravedad podría no ser suficientemente elevada, y el apoyo psicológico podría desempeñar un rol fundamental para influir positivamente en esta percepción y, por ende, en la adherencia

Asimismo, no se ha encontrado una asociación entre el apoyo social y la adherencia a la quimioterapia. Este hallazgo se distancia de estudios como el de Souliotis et al.(3), que señalan que el apoyo familiar es esencial en la adherencia, especialmente en enfermedades crónicas como el cáncer. Es posible que la asociación pueda estar influida por barreras culturales o la limitada percepción de apoyo en el ámbito familiar, lo que también podría reducir el impacto del apoyo social en la adherencia (Tabla 3). En este contexto, la falta de asociación observada podría reflejar limitaciones en la manera en que los pacientes perciben y reciben el apoyo, posiblemente debido a barreras culturales o estructurales en el entorno hospitalario y familiar.

Se encontró una asociación significativa entre niveles de ansiedad y adherencia, lo cual es consistente con investigaciones que demuestran que el estado emocional impacta en el seguimiento de los tratamientos oncológicos. Estudios como el de Jacobs et al. (2014) han demostrado que la ansiedad y otros síntomas psicológicos afectan de manera significativa la adherencia en tratamientos a largo plazo. En general, los pacientes con síntomas de ansiedad leve y moderados tienden a mostrar una alta adherencia al tratamiento, mientras que aquellos con síntomas más graves de ansiedad (aunque en menor número) también tienden a adherirse, aunque con menor frecuencia. Este hallazgo sugiere que, a pesar de la ansiedad, los pacientes en su mayoría siguen comprometidos con la quimioterapia, lo que podría reflejar una fuerte motivación para completar el tratamiento, posiblemente debido a la percepción de su importancia para la salud. Según el Modelo de Creencias en Salud, la ansiedad puede actuar como una barrera percibida, dificultando la adherencia si los pacientes consideran que los efectos secundarios o la angustia emocional son mayores a los beneficios percibidos del tratamiento. Por lo tanto, este hallazgo resalta la necesidad de incluir intervenciones de apoyo psicológico para mejorar la adherencia.

Finalmente, los resultados sugieren que el dolor no tiene una asociación significativa con la adherencia a la quimioterapia, lo cual contradice estudios que reportan el dolor como una barrera importante para el cumplimiento terapéutico. En este caso, una posible explicación podría ser que los pacientes han desarrollado tolerancia al dolor o que otros factores, como la percepción de beneficios del tratamiento, superan el impacto del dolor. Los hallazgos de este estudio pueden interpretarse dentro del marco del Modelo de Creencias en Salud, el cual postula que la adherencia a un tratamiento está influida por las percepciones de susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras. En este contexto, la falta de asociación con características sociodemográficas y de apoyo social podría explicarse, por qué los pacientes no perciben su situación de salud o el apoyo social como elementos clave para el tratamiento. Por otro lado, la asociación de la ansiedad con la adherencia refuerza la idea de las barreras emocionales y psicológicas, subrayando la importancia de implementar apoyo psicoemocional durante el tratamiento oncológico

Este estudio ha proporcionado una visión integral sobre los factores asociados a la experiencia oncológica en pacientes atendidos en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna. La predominancia femenina entre los pacientes, junto con las características demográficas como estado civil y procedencia geográfica, subraya la importancia del contexto social y emocional en el manejo del cáncer.

El presente estudio presenta limitaciones, ya que, al haberse utilizado un diseño de corte transversal, el estudio captura una sola imagen en el tiempo, lo cual impide establecer relaciones causales entre las variables. Esto significa que no se puede afirmar con certeza si los factores identificados son realmente causantes de la adherencia o no adherencia a la quimioterapia. Asimismo, la muestra comprendió a todos los pacientes oncológicos que aceptaron ser parte del estudio (N=57), lo que podría limitar la capacidad de detectar asociaciones significativas y puede influir en la robustez estadística de los hallazgos. Es posible que, al realizarse el estudio en un único hospital en Tacna, Perú, los resultados pueden estar influenciados por factores culturales y socioeconómicos específicos de la región, lo que limita la aplicabilidad de los hallazgos a otras poblaciones o contextos. Asimismo, la adherencia y otros factores relevantes fueron medidos a través de cuestionarios de autoinforme, lo que puede introducir sesgos de respuesta, como el

deseo de los pacientes de responder en línea con lo que consideran socialmente deseable o aceptable. Aunque se evaluó la ansiedad, otros factores emocionales y psicológicos, como la depresión o el apoyo percibido más allá del ámbito familiar, no fueron investigados a fondo. Esto podría limitar la comprensión de cómo los aspectos emocionales complejos afectan la adherencia. Estas limitaciones sugieren que se deben realizar estudios longitudinales, con una muestra más grande y en diferentes contextos, para validar los hallazgos y profundizar en la comprensión de los factores asociados a la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos.

Se sugieren futuras líneas de investigación como la inclusión de un mayor número de variables emocionales para evaluar cómo la ansiedad y la depresión, afectan la adherencia a lo largo del tiempo, lo que podría ayudar a comprender cómo varían las barreras emocionales en diferentes etapas del tratamiento oncológico. También es necesario investigar la efectividad de intervenciones psicoeducativas enfocadas en el manejo de la ansiedad, el dolor y el apoyo social, para mejorar la adherencia. Estas intervenciones podrían incluir programas de apoyo psicológico, educación sobre el manejo de efectos secundarios y estrategias de afrontamiento. Además de realizar estudios comparativos multicéntricos en diferentes hospitales o regiones para identificar factores culturales, sociales y económicos específicos que puedan influir en la adherencia a la quimioterapia. Esto proporcionaría una visión más amplia y ayudaría a adaptar las intervenciones a distintos contextos.

También resultaría valioso investigar el impacto de los efectos secundarios específicos de la quimioterapia en la adherencia. Examinar cómo los distintos efectos secundarios de los medicamentos quimioterapéuticos afectan la adherencia. Esto permitiría diseñar intervenciones específicas para el manejo de estos efectos secundarios y, así, mejorar la adherencia al tratamiento. Se considera relevante investigar el rol del apoyo social en la adherencia en distintas etapas del cáncer. Profundizar en el impacto del apoyo social en pacientes oncológicos, considerando las distintas etapas de la enfermedad. Podría incluir el estudio de cómo el apoyo familiar, de pares y de profesionales de la salud influye en la adherencia según el avance o remisión de la enfermedad.

CONCLUSIONES

1. Se demostró que la adherencia a la quimioterapia está influenciada significativamente por factores psicológicos, específicamente la ansiedad, mientras que las características sociodemográficas, factores relacionados con el cáncer, apoyo social y dolor no mostraron una asociación relevante en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.
2. No se logró establecer una asociación significativa entre las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y procedencia) y la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos. Los resultados sugieren que estos factores no influyen significativamente en la adherencia al tratamiento.
3. Los factores específicos del cáncer, como el tipo de cáncer, estadio y presencia de metástasis, no mostraron una asociación significativa con la adherencia a la quimioterapia, no mostrándose como determinantes para la adherencia en la población estudiada.
4. No se demostró una asociación significativa entre el apoyo social y la adherencia a la quimioterapia.
5. Se demostró una asociación significativa entre el nivel de ansiedad y la adherencia a la quimioterapia, sugiriendo que la ansiedad afecta la adherencia al tratamiento.
6. La intensidad del dolor no mostró una asociación significativa con la adherencia a la quimioterapia.

RECOMENDACIONES

Al jefe del Servicio de Quimioterapia y a la jefa de Enfermeras

1. Se recomienda implementar estrategias de educación en salud adaptadas a diferentes perfiles sociodemográficos para asegurar una comprensión adecuada de la importancia de la adherencia al tratamiento. Esto podría incluir sesiones informativas en el hospital, material educativo impreso y digital, y talleres familiares para fortalecer el conocimiento sobre la quimioterapia.
2. A pesar de no encontrar asociación significativa, se sugiere realizar un seguimiento personalizado de los pacientes de acuerdo con el tipo y estadio del cáncer. Esto podría permitir una evaluación continua de sus necesidades, ayudando a identificar y abordar oportunamente posibles barreras individuales a la adherencia.
3. Se recomienda fortalecer los sistemas de apoyo para los pacientes con cáncer mediante la creación de grupos de apoyo en el hospital, donde los pacientes puedan compartir experiencias y recibir apoyo emocional. Incluir familiares en charlas educativas también podría aumentar el compromiso del entorno cercano con el proceso de tratamiento del paciente. Fortalecer los vínculos sociales con los voluntarios “Guerreras Unidas De Corazón” pacientes que han tenido cáncer y han recibido tratamiento en la sala de quimio, quienes dan testimonio de vida.
4. Considerando la asociación significativa entre ansiedad y adherencia, se recomienda implementar programas de apoyo psicológico que ofrezcan técnicas de manejo de ansiedad como terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en relajación y atención plena (mindfulness). Además, el equipo de salud debería incluir evaluaciones regulares del estado emocional de los pacientes para intervenir oportunamente en casos de ansiedad elevada.
5. Aunque no se encontró una relación significativa, el manejo adecuado del dolor sigue siendo crucial en la atención oncológica. Se recomienda mantener un control

regular del dolor en los pacientes, ajustando los tratamientos analgésicos según sus necesidades, y considerar intervenciones complementarias como terapia física o técnicas de relajación para quienes experimenten dolor de intensidad media.

6. Se propone el diseño e implementación de un Programa Integral de Soporte Psicoemocional y Educativo para la Adherencia Oncológica en el Hospital III Daniel Alcides Carrión. Este programa, orientado a pacientes oncológicos, incluiría los siguientes componentes:

- Evaluación psicoemocional y de adherencia: Evaluación inicial y periódica del estado emocional y adherencia de los pacientes, con especial énfasis en la detección de ansiedad y estrés.
- Intervención en manejo de ansiedad y apoyo psicológico: Un equipo multidisciplinario ofrecería sesiones individuales y grupales, centradas en técnicas de reducción de ansiedad y manejo emocional para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Educación en salud y adherencia: Desarrollo de materiales educativos personalizados según las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, incluyendo módulos sobre el beneficio de la adherencia, manejo de efectos secundarios, y la importancia de la actividad física y el apoyo social.
- Fortalecimiento de redes de apoyo: Crear grupos de apoyo para pacientes y familiares, liderados por psicólogos y personal de enfermería, para fomentar un entorno de acompañamiento y contención emocional.
- Monitoreo y seguimiento continuo: Establecer un sistema de seguimiento para evaluar el progreso de los pacientes en el programa, ajustando las intervenciones según los cambios en su adherencia, estado emocional, y condiciones de salud.

PROPUESTA: PROGRAMA INTEGRAL DE SOPORTE PSICOEMOCIONAL Y EDUCATIVO PARA LA ADHERENCIA ONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN.

Objetivo del programa

Mejorar la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos mediante el soporte psicoemocional y educativo, optimizando su estado emocional y fortaleciendo sus conocimientos y redes de apoyo. Este programa busca también minimizar los niveles de ansiedad y estrés, promoviendo una adherencia sostenible y mejorando la calidad de vida.

Componentes del programa

1. Evaluación psicoemocional y de adherencia

Descripción: Se realizará una evaluación inicial del estado emocional y la adherencia de cada paciente al inicio del tratamiento, con un enfoque en detectar niveles de ansiedad, estrés y cualquier otra barrera psicoemocional que pueda interferir en su adherencia a la quimioterapia. La evaluación se repetirá cada tres meses para monitorear cambios en el estado emocional y ajustar las intervenciones.

Metodología:

- Instrumentos: Escalas validadas para medir ansiedad (Escala de Ansiedad de Hamilton o Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) y adherencia al tratamiento (MMAS-8 o similares).
- Frecuencia: Evaluación inicial y periódica (cada tres meses).
- Personal encargado: Psicólogos clínicos y personal de enfermería capacitado en técnicas de evaluación psicoemocional.

Objetivo específico: Identificar precozmente síntomas de ansiedad y estrés que puedan comprometer la adherencia, permitiendo una intervención temprana y efectiva.

2. Intervención en manejo de ansiedad y apoyo psicológico

Descripción: Se ofrecerán sesiones individuales y grupales centradas en técnicas de manejo de la ansiedad, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia de aceptación y

compromiso, y técnicas de relajación como la respiración profunda y el mindfulness. Estas intervenciones permitirán a los pacientes mejorar su bienestar emocional y su adherencia al tratamiento.

Metodología:

- Sesiones individuales: Dirigidas a pacientes con ansiedad severa o necesidades particulares.
- Sesiones grupales: Diseñadas para promover la interacción y el apoyo mutuo entre los pacientes.
- Técnicas utilizadas: Terapia cognitivo-conductual (TCC), técnicas de mindfulness y ejercicios de relajación.
- Personal encargado: Psicólogos, psiquiatras (cuando sea necesario), y terapeutas especializados en manejo de ansiedad.

Objetivo específico: Reducir la ansiedad y el estrés mediante intervenciones específicas, mejorando la capacidad del paciente para adherirse a la quimioterapia.

3. Educación en salud y adherencia

Descripción: Se desarrollarán materiales educativos personalizados basados en las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. Estos incluirán módulos sobre la importancia de la adherencia, el manejo de efectos secundarios, y temas de salud como la actividad física y el papel del apoyo social en el tratamiento oncológico.

Metodología:

- **Materiales:** Folletos, vídeos explicativos y guías impresas y digitales.
- **Módulos educativos:**
 - a) Importancia de la adherencia: Explicación sobre cómo la quimioterapia funciona mejor cuando se sigue el régimen completo.
 - b) Manejo de efectos secundarios: Técnicas prácticas para gestionar efectos comunes como náuseas, fatiga y dolor.
 - c) Actividad física y nutrición: Consejos de ejercicios y alimentación que favorezcan el bienestar durante el tratamiento.
 - d) Apoyo social y familiar: Orientación sobre cómo el entorno social puede actuar como apoyo crucial en el proceso.

- **Personal encargado:** Personal de enfermería, nutricionistas, y profesionales de la salud mental especializados en educación en salud.

Objetivo específico: Empoderar a los pacientes a través de la educación, proporcionándoles herramientas para comprender su tratamiento y manejar las posibles barreras a la adherencia.

4. Fortalecimiento de redes de apoyo

Descripción: Este componente fomenta la creación de grupos de apoyo para pacientes y sus familiares, liderados por psicólogos y enfermeras, con el fin de crear un entorno de acompañamiento y contención emocional. La meta es que los pacientes y familiares puedan compartir experiencias, inquietudes y motivaciones, construyendo una red de soporte emocional sólida.

Metodología:

- Grupos de apoyo: Reuniones semanales o quincenales donde pacientes y familiares puedan compartir sus experiencias.
- Temas de discusión: Ansiedad, efectos secundarios, relación con el equipo médico, y estrategias de apoyo mutuo.
- Actividades adicionales: Talleres de expresión emocional, dinámicas de grupo y actividades recreativas.
- Personal encargado: Psicólogos y trabajadores sociales especializados en dinámica grupal.

Objetivo específico: Crear una red de apoyo sólida que favorezca la adherencia, al proporcionar un espacio seguro y de apoyo emocional tanto para pacientes como para sus familiares.

5. Monitoreo y Seguimiento Continuo

Descripción: Se implementará un sistema de seguimiento regular para evaluar el progreso de los pacientes en términos de adherencia y bienestar emocional. Se realizarán revisiones trimestrales y se adaptarán las intervenciones de acuerdo con el progreso individual, permitiendo un enfoque personalizado y flexible en el soporte brindado.

Metodología:

- Herramientas de seguimiento: Historia clínica electrónica, registro de asistencia a sesiones, y cuestionarios de seguimiento.
- Frecuencia de seguimiento: Cada tres meses, o con mayor frecuencia en pacientes con mayores necesidades.
- Personal encargado: Personal de enfermería y psicólogos, con apoyo administrativo para la gestión de registros y citas.

Objetivo específico: Asegurar un seguimiento constante y adaptativo que permita intervenir en tiempo real ante cambios en la adherencia o el estado emocional de los pacientes.

Recursos Necesarios

- Recursos Humanos: Psicólogos, enfermeras, psiquiatras, trabajadores sociales, y terapeutas especializados en intervenciones oncológicas.
- Materiales educativos: Guías impresas, vídeos, folletos, y plataformas digitales de acceso para pacientes.
- Espacios físicos: Salas para sesiones individuales y grupales, áreas de talleres y espacios recreativos.
- Equipos y tecnología: Computadoras, software de gestión de pacientes y material audiovisual para sesiones de educación.
- Financiamiento: Para cubrir el coste de materiales, equipo y salarios del personal adicional.

Cronograma de Realización de Actividades

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Evaluación Psicoemocional Inicial	✓			✓		✓
Sesiones de Apoyo Psicológico (Individual)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sesiones de Apoyo Psicológico (Grupal)		✓	✓	✓	✓	✓
Desarrollo de Materiales Educativos	✓	✓				
Educación en Salud (Talleres)		✓	✓	✓	✓	✓
Creación de Grupos de Apoyo			✓	✓	✓	✓

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Mnitoreo y Seguimiento		✓		✓		✓

Posibles Beneficios del Programa

- a) Mejora en la adherencia: Al reducir los niveles de ansiedad y proporcionar un apoyo educativo y emocional, se espera una mayor adherencia de los pacientes al tratamiento de quimioterapia.
- b) Reducción de ansiedad y estrés: Las intervenciones psicológicas ayudarán a los pacientes a manejar el estrés, lo cual mejora su calidad de vida y su disposición para el tratamiento.
- c) Fortalecimiento del apoyo social: Los grupos de apoyo y la inclusión de familiares en el proceso contribuirán a un entorno más estable y seguro para los pacientes.
- d) Empoderamiento del paciente: La educación en salud permitirá que los pacientes comprendan mejor su tratamiento y manejen los efectos secundarios, lo que aumenta su confianza y capacidad para seguir el régimen de quimioterapia.
- e) Monitoreo proactivo: El seguimiento regular permitirá identificar y abordar rápidamente cualquier cambio en la adherencia o el estado emocional, brindando soporte adaptativo y personalizado.

Este programa integral ofrece una estrategia multifacética y centrada en el paciente para mejorar la adherencia al tratamiento oncológico, asegurando que los pacientes cuenten con el apoyo emocional, psicológico y educativo necesario para enfrentar los desafíos del cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reshma V, Chacko AM, Abdulla N, Annamalai M, Kandi V. Medication Adherence in Cancer Patients: A Comprehensive Review. *Cureus* [Internet]. 2024 Jan;16(1):e52721. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38384629>
2. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. *Arch Intern Med* [Internet]. 2000 Jul 24;160(14):2101. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.160.14.2101>
3. Souliotis K, Peppou LE, Economou M, Marioli A, Nikolaidi S, Saridi M, et al. Treatment Adherence in Patients with Lung Cancer from Prospects of Patients and Physicians. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2021 Jun 1;22(6):1891–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34181348>
4. GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2022 Aug 20;400(10352):563–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35988567>
5. Zeng XL, Heneghan MB, Badawy SM. Adherence to Oral Chemotherapy in Acute Lymphoblastic Leukemia during Maintenance Therapy in Children, Adolescents, and Young Adults: A Systematic Review. *Curr Oncol* [Internet]. 2023 Jan 5;30(1):720–48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36661705>
6. Weingart SN, Brown E, Bach PB, Eng K, Johnson SA, Kuzel TM, et al. NCCN Task Force Report: Oral Chemotherapy. *J Natl Compr Cancer Netw* [Internet]. 2008 Jun;6(S3):S-1-S-14. Available from:

<https://jnccn.org/view/journals/jnccn/6/S3/article-pS-1.xml>

7. Simchowitz B, Shiman L, Spencer J, Brouillard D, Gross A, Connor M, et al. Perceptions and Experiences of Patients Receiving Oral Chemotherapy. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2010 Aug 1;14(4):447–53. Available from: <http://cjon.ons.org/cjon/14/4/perceptions-and-experiences-patients-receiving-oral-chemotherapy>
8. Rodas ML. Calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV, del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2018. *Rev la Fac Ciencias Médicas la Univ Cuenca*. 2020;38(1):23–32.
9. Acosta K. Preferencias de comunicación médico-paciente y adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados [Internet]. Universidad Femenina del Sagrado Corazón; 2021. Available from: https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/821/A-COSTA-CASAS-KATHERINE_2021_%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Pacheco G. Adherencia terapéutica farmacológica y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2021. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023.
11. Inoñan Y, Rodríguez K. Adherencia a la quimioterapia intravenosa en pacientes que acuden al Hospital Militar Central [Internet]. Universidad Roosevelt; 2023. Available from: <http://50.18.8.108/bitstream/handle/20.500.14140/1529/TESIS-IÑONAN-RODRIGUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. DiMatteo MR, Robinson JD, Heritage J, Tabbarah M, Tabbarah M, Fox SA. Correspondence among patients' self-reports, chart records, and audio/videotapes of medical visits. *Health Commun*. 2003;15(4):393–413.
13. Ickovics JR, Meade CS. Adherence to HAART among patients with HIV: breakthroughs and barriers. *AIDS Care*. 2002;14(3):309–18.

14. Paranjpe R, John G, Trivedi M, Abughosh S. Identifying adherence barriers to oral endocrine therapy among breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;174:297–305.
15. Verbrugghe M, Verhaeghe S, Lauwaert K, Beeckman D, Van Hecke A. Determinants and associated factors influencing medication adherence and persistence to oral anticancer drugs: a systematic review. *Cancer Treat Rev.* 2013;39(6):610–21.
16. Eldessouki I, Gaber O, Riaz MK, Wang J, Karim NA. Clinical presentation and treatment options for clear cell lung cancer: University of Cincinnati A Case Series and Literature Review of Clear Cell Lung Cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev APJCP.* 2018;19(9):2373.
17. García J, Carrillo G. XXI Seminario Internacional de Cuidado. Impulsando la Autonomía y el Liderazgo de Enfermería en la Atención Primaria y en la calidad del cuidado en salud. In: Factores asociados a la adherencia al tratamiento en adultos con cáncer en quimioterapia oral [Internet]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2019. Available from: http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/fileadmin/21_SIC/Memorias_PDF/memoria_seminario_XXVI.pdf#page=86
18. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health [Internet].* 2008;11(1):44–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18237359>
19. Yussof I, Mohd Tahir NA, Hatah E, Mohamed Shah N. Factors influencing five-year adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients: A systematic review. *Breast [Internet].* 2022 Apr;62:22–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35121501>
20. Seangrung R, Ahuja M, Pasutharnchat K, Mahawan R. Factors influencing non-adherence to opioids in cancer patients: a mixed-methods cross-sectional study.

- F1000Research [Internet]. 2020;9:1471. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33815776>
21. Rosso R, D'Alonzo M, Bounous VE, Actis S, Cipullo I, Salerno E, et al. Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy in Breast Cancer Patients. *Curr Oncol* [Internet]. 2023 Jan 21;30(2):1461–72. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36826073>
 22. Jacobs JM, Ream ME, Pensak N, Nisotel LE, Fishbein JN, MacDonald JJ, et al. Patient Experiences With Oral Chemotherapy: Adherence, Symptoms, and Quality of Life. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2019 Mar 1;17(3):221–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30865917>
 23. Walsh JC, Horne R, Dalton M, Burgess AP, Gazzard BG. Reasons for non-adherence to antiretroviral therapy: patients' perspectives provide evidence of multiple causes. *AIDS Care*. 2001;13(6):709–20.
 24. Bassan F, Peter F, Houbre B, Brennstuhl MJ, Costantini M, Speyer E, et al. Adherence to oral antineoplastic agents by cancer patients: definition and literature review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014;23(1):22–35.
 25. Lavdaniti M, Fradelos EC, Troxoutsou K, Zioga E, Mitsi D, Alikari V, et al. Symptoms in advanced cancer patients in a Greek hospital: a descriptive study. *Asian pacific J Cancer Prev APJCP*. 2018;19(4):1047.
 26. Riley L, Guthold R, Cowan M, Savin S, Bhatti L, Armstrong T, et al. The World Health Organization STEPwise Approach to Noncommunicable Disease Risk-Factor Surveillance: Methods, Challenges, and Opportunities. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 Jan;106(1):74–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26696288>
 27. Schwarzer R, Knoll N. Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *Int J Psychol* [Internet]. 2007 Aug;42(4):243–52. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1080/00207590701396641>

28. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* [Internet]. 1985 Sep;98(2):310–57. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.98.2.310>
29. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Catellier DJ, Carney RM, Berkman LF, et al. Dimensions of Social Support and Depression in Patients at Increased Psychosocial Risk Recovering from Myocardial Infarction. *Int J Behav Med* [Internet]. 2009 Sep 14;16(3):248–58. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12529-009-9040-x>
30. Moak ZB, Agrawal A. The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2010 Jun;32(2):191–201. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/pubmed/fdp093>
31. van den Beuken-van Everdingen MHJ, Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ, Tjan-Heijnen VCG, Janssen DJA. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2016 Jun;51(6):1070-1090.e9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392416300483>
32. Brozović G, Lesar N, Janev D, Bošnjak T, Muhaxhiri B. Cancer Pain and Therapy. *Acta Clin Croat*. 2022;61:103–8.
33. Araujo AM, Gómez M, Pascual J, Castañeda M, Pezonaga L, Borque JL. Treatment of pain in the oncology patient. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2004;27 Suppl 3:63–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15723106>
34. Ventafridda V, Saita L, Ripamonti C, De Conno F. WHO guidelines for the use of analgesics in cancer pain. *Int J Tissue React*. 1985;7(1):93–6.
35. Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. WHO Analgesic Ladder [Internet]. *StatPearls*. 2023. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2409039>

36. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* [Internet]. 2005 Aug 4;353(5):487–97. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra050100>
37. Adnan K, Zahra E-M, Sharareh S, Shirin K, Habib E, Kian K. Clinicopathological characteristics of Iranian patients with lung cancer a single institute experience. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2016;17(8):3817–22.
38. Guerci B, Chanan N, Kaur S, Jasso-Mosqueda JG, Lew E. Lack of Treatment Persistence and Treatment Nonadherence as Barriers to Glycaemic Control in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Ther* [Internet]. 2019 Apr;10(2):437–49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30850934>
39. Raymundo O. Tratamiento en pacientes con cáncer: impacto y adherencia [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3522/Raymundo_vo.pdf?sequence=3&isAllowed=y
40. NINDS Common Data Elements. Brief Pain Inventory (BPI). 2024; Available from: [https://www.commondataelements.ninds.nih.gov/report-viewer/25216/Brief Pain Inventory \(Short Form\)](https://www.commondataelements.ninds.nih.gov/report-viewer/25216/Brief-Pain-Inventory-(Short-Form))
41. Lee C, Round JM, Hanlon JG, Hyshka E, Dyck JRB, Eurich DT. Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scores in Medically Authorized Cannabis Patients—Ontario and Alberta, Canada. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2022 Jun 14;67(6):470–80. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/07067437211043393>
42. Kocalevent R-D, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M, et al. Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol* [Internet]. 2018 Dec 17;6(1):31. Available from: <https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-018-0249-9>

ANEXOS

ANEXO N° 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis	variables																																																																
<p style="text-align: center;">– Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna?</p> <p style="text-align: center;">–Problemas específicos</p> <p>¿Las características sociodemográficas se asocian con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna?</p> <p>¿El factor relacionado con la enfermedad se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna?</p> <p>¿El factor apoyo social se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna?</p> <p>¿El factor ansiedad se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna?</p>	<p style="text-align: center;">– Objetivo general</p> <p>Determinar los factores asociados a la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.</p> <p style="text-align: center;">– Objetivos Específicos</p> <p>Establecer la asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.</p> <p>Establecer si el factor relacionado con la enfermedad se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.</p> <p>Establecer si el factor apoyo social se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.</p> <p>Establecer si el factor ansiedad se asocia con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.</p>	<p style="text-align: center;">– Hipótesis general</p> <p>Algunos factores se asocian significativamente a la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.</p> <p style="text-align: center;">– Hipótesis específicas</p> <p>a) Las características sociodemográficas se asocian significativamente con la adherencia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud de Tacna.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">VARIABLE</th> <th style="width: 15%;">DIMENSIÓN</th> <th style="width: 25%;">INDICADOR</th> <th style="width: 45%;">UNIDAD/ CATEGORÍA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10" style="vertical-align: top;">Variable 1: Factores</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: top;">Sociodemográficas</td> <td>Edad</td> <td>Años</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>Mujer Hombre</td> </tr> <tr> <td>Estado civil</td> <td>Soltero/a Casado/con viviente Divorciado/separado Viudo/a</td> </tr> <tr> <td>Ingresos</td> <td>Menor o igual 1050 Mayor o igual a 1051</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Procedencia</td> <td>Urbano Rural</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="vertical-align: top;">Relacionadas con la enfermedad</td> <td></td> <td>Tipos de cáncer</td> <td>Directo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Etapas del cáncer</td> <td>Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Metástasis</td> <td>Si No</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tiempo de enfermedad</td> <td>Meses</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="vertical-align: top;">Comportamental</td> <td></td> <td>Modalidad de tratamiento</td> <td>Quimioterapia Cirugía Combinación</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Comorbilidad</td> <td>Directo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Consumo de bebidas alcohólicas</td> <td>Si No</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Fumador cigarrillo</td> <td>Si No</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">Apoyo social</td> <td></td> <td>Actividad física</td> <td>Vigoroso Moderado Pobre</td> </tr> <tr> <td></td> <td>De familia De amigos De la comunidad</td> <td>Pobre Moderado Fuerte</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;">Variable 2: Adherencia al tratamiento</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">Ansiedad</td> <td>Nerviosismo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Preocupación Desasosiego Irritabilidad o disgusto Temor por inminencia de suceso</td> <td>Si No</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">Dolor y tratamiento</td> <td>Analgésicos prescritos</td> <td>Sin analgésico Ningún opioide Opiaicos débiles Opiaicos fuertes</td> </tr> <tr> <td>Grado de dolor</td> <td>Sin dolor Dolor leve Dolor severo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cumplimiento de pautas terapéuticas</td> <td>Si No</td> </tr> </tbody> </table>	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORÍA	Variable 1: Factores	Sociodemográficas	Edad	Años	Sexo	Mujer Hombre	Estado civil	Soltero/a Casado/con viviente Divorciado/separado Viudo/a	Ingresos	Menor o igual 1050 Mayor o igual a 1051		Procedencia	Urbano Rural	Relacionadas con la enfermedad		Tipos de cáncer	Directo		Etapas del cáncer	Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV		Metástasis	Si No		Tiempo de enfermedad	Meses	Comportamental		Modalidad de tratamiento	Quimioterapia Cirugía Combinación		Comorbilidad	Directo		Consumo de bebidas alcohólicas	Si No		Fumador cigarrillo	Si No	Apoyo social		Actividad física	Vigoroso Moderado Pobre		De familia De amigos De la comunidad	Pobre Moderado Fuerte	Variable 2: Adherencia al tratamiento	Ansiedad	Nerviosismo		Preocupación Desasosiego Irritabilidad o disgusto Temor por inminencia de suceso	Si No	Dolor y tratamiento	Analgésicos prescritos	Sin analgésico Ningún opioide Opiaicos débiles Opiaicos fuertes	Grado de dolor	Sin dolor Dolor leve Dolor severo		Cumplimiento de pautas terapéuticas	Si No
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORÍA																																																																
Variable 1: Factores	Sociodemográficas	Edad	Años																																																																
		Sexo	Mujer Hombre																																																																
		Estado civil	Soltero/a Casado/con viviente Divorciado/separado Viudo/a																																																																
		Ingresos	Menor o igual 1050 Mayor o igual a 1051																																																																
		Procedencia	Urbano Rural																																																																
	Relacionadas con la enfermedad		Tipos de cáncer	Directo																																																															
			Etapas del cáncer	Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV																																																															
			Metástasis	Si No																																																															
			Tiempo de enfermedad	Meses																																																															
	Comportamental		Modalidad de tratamiento	Quimioterapia Cirugía Combinación																																																															
		Comorbilidad	Directo																																																																
		Consumo de bebidas alcohólicas	Si No																																																																
		Fumador cigarrillo	Si No																																																																
Apoyo social		Actividad física	Vigoroso Moderado Pobre																																																																
		De familia De amigos De la comunidad	Pobre Moderado Fuerte																																																																
Variable 2: Adherencia al tratamiento	Ansiedad	Nerviosismo																																																																	
		Preocupación Desasosiego Irritabilidad o disgusto Temor por inminencia de suceso	Si No																																																																
	Dolor y tratamiento	Analgésicos prescritos	Sin analgésico Ningún opioide Opiaicos débiles Opiaicos fuertes																																																																
Grado de dolor		Sin dolor Dolor leve Dolor severo																																																																	
	Cumplimiento de pautas terapéuticas	Si No																																																																	

**ANEXO 2. ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE CÁNCER –
EATC (RAYMUNDO,2011)**

ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CÁNCER

A continuación, se le presentan una serie de preguntas las cuales deberá marcar con un aspa (X) en los casilleros

- NUNCA -CASI NUNCA -CASI SIEMPRE - SIEMPRE

Según lo que le suceda actualmente. Recuerde responder con sinceridad.

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

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

21	Le manifiesto abiertamente al médico mi conformidad o disconformidad con el tratamiento.				
22	Ejecuto voluntariamente todas las pruebas y análisis que el médico me solicita.				
23	Llamo a mi médico tratante cada vez que me siento mal.				

ANEXO 3. FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA QUIMIOTERAPIA

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,744	0,814	23

Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
a1	3,98	0,132	57
a2	3,81	0,398	57
a3	3,96	0,186	57
a4	3,95	0,225	57
a5	3,84	0,368	57
a6	3,96	0,186	57
a7	3,98	0,132	57
a8	3,54	0,503	57
a9	3,89	0,310	57
a10	3,44	0,535	57
a11	3,95	0,225	57
a12	3,79	0,773	57
a13	1,11	0,451	57
a14	3,98	0,132	57
a15	3,54	0,569	57
a16	3,93	0,320	57
a17	3,88	0,381	57
a18	3,98	0,132	57
a19	3,89	0,310	57
a20	3,86	0,398	57
a21	3,91	0,342	57

a22	3,96	0,186	57
a23	3,42	0,596	57

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	3,721	1,105	3,982	2,877	3,603	0,356	23
Varianzas de elemento	0,144	0,018	0,598	0,580	34,071	0,020	23
Covarianzas entre elementos	0,016	-0,056	0,144	0,200	-2,550	0,001	23
Correlaciones entre elementos	0,160	-0,314	1,000	1,314	-3,181	0,053	23

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
a1	81,60	10,924	0,595	.	0,733
a2	81,77	10,465	0,326	.	0,733
a3	81,61	10,813	0,504	.	0,731
a4	81,63	10,701	0,482	.	0,729
a5	81,74	10,590	0,308	.	0,734
a6	81,61	11,134	0,237	.	0,740
a7	81,60	10,924	0,595	.	0,733
a8	82,04	9,784	0,453	.	0,721
a9	81,68	10,398	0,485	.	0,725
a10	82,14	10,123	0,309	.	0,735
a11	81,63	11,237	0,116	.	0,744
a12	81,79	10,526	0,067	.	0,778
a13	84,47	11,468	-0,068	.	0,764
a14	81,60	11,352	0,104	.	0,744
a15	82,04	9,284	0,535	.	0,712
a16	81,65	10,089	0,626	.	0,715

a17	81,70	10,892	0,169	.	0,744
a18	81,60	11,424	0,024	.	0,746
a19	81,68	10,863	0,247	.	0,738
a20	81,72	9,956	0,537	.	0,717
a21	81,67	10,405	0,426	.	0,727
a22	81,61	10,956	0,384	.	0,735
a23	82,16	9,707	0,377	.	0,730

**ANEXO 5. CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS, RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD
Y ANALGÉSICOS**

1. Características sociodemográficas	
Edad	Años.....

Sexo	Mujer () Hombre ()
Estado civil	Soltero/a () Casado/a () Conviviente () Divorciado/a () Viudo/a Otro ()
Procedencia	Urbano () Rural ()
2. Relacionadas con la enfermedad	
Tipos de cáncer	Directo
Etapa del cáncer	Etapa I () Etapa II () Etapa III () Etapa IV ()
Metástasis	Si () No ()
Tiempo de enfermedad	Meses
Modalidad de tratamiento	Quimioterapia () Cirugía () Combinación ()
Comorbilidad	Directo
6. Dolor y tratamiento	
Analgésicos prescritos	Sin analgésico () Especificar Ningún opioide () Especificar Opiáceos débiles () Especificar Opiáceos fuertes () Especificar

Anexo 3. Instrumento para medir Ansiedad GAD 7 Spitzer et al. (47)

1. Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta.

- Nunca
- Varios días
- La mitad de los días
- Casi cada día

2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.

- Nunca
- Varios días
- La mitad de los días
- Casi cada día

3. Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.

- Nunca
- Varios días
- La mitad de los días
- Casi cada día

4. Dificultad para relajarse.

- Nunca
- Varios días
- La mitad de los días
- Casi cada día

5. Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto.

- Nunca
- Varios días
- La mitad de los días
- Casi cada día

6. Sentirse fácilmente disgustado o irritable.

- Nunca
- Varios días
- La mitad de los días
- Casi cada día

7. Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.

- Nunca
- Varios días
- La mitad de los días
- Casi cada día

ANEXO 4. CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR (BPI-SF)

INSTRUCCIONES: POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE Y CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

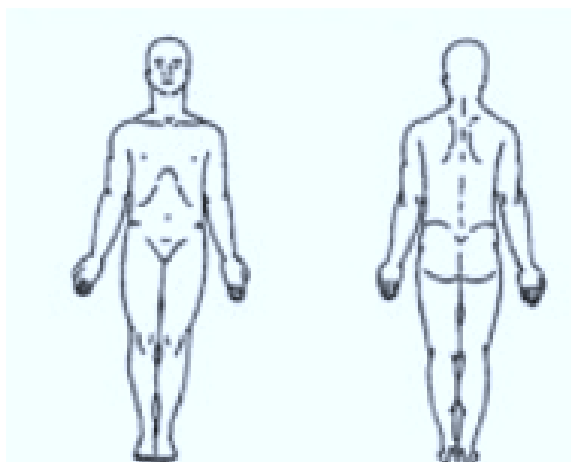
Pregunta 1: Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda).

En la actualidad, ¿tiene algún dolor distinto a estos dolores comunes?

- Sí
- No

Pregunta 2: Indique en el dibujo, con un lápiz, dónde siente dolor. Indique con una "X" la parte del cuerpo en la que el dolor es más grave.

Imagen con dos figuras humanas (frontal y posterior) para señalar áreas de dolor



Pregunta 3: Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **MÁXIMA del dolor sentido en las últimas 24 horas** (0 = ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pregunta 4: Clasifique el dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **MÍNIMA del dolor sentido en las últimas 24 horas** (0 = ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pregunta 5: Clasifique el dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **MEDIA del dolor sentido en las últimas 24 horas** (0 = ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable).

Pregunta 6: Clasifique el dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su **dolor ACTUAL**. (0 = ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pregunta 7: ¿Qué tratamiento o medicación recibe para su dolor?

Pregunta 8: En las últimas 24 horas, ¿cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio (0% = ningún alivio; 100% = alivio total).

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Pregunta 9: Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido en las últimas 24 horas en su:

(0 = no interfiere; 10 = interfiere por completo)

A. Actividad en general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B. Estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C. Capacidad para caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D. Trabajos habituales (en casa o fuera)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E. Relaciones con otras personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

F. Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

G. Capacidad de diversión

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OBSERVACIONES:

ANEXO 6. CUESTIONARIO OSSS-3 (APOYO SOCIAL)

Oslo 1: ¿Cuántas personas están tan cerca de ti que puedes contar con ellas si tienes grandes problemas personales?

1. Ninguno
2. Una a dos personas
3. Tres a cinco personas
4. Más de cinco personas

Oslo 2: ¿Cuánto interés y preocupación muestra la gente en lo que haces?

1. Ninguno
2. Pequeño
3. Incierto
4. Alguno
5. Mucho

Oslo 3: ¿Qué tan fácil es obtener ayuda práctica de los vecinos si la necesita?

1. Muy difícil
2. Difícil
3. Posible
4. Fácil
5. Muy fácil

ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: Factores Asociados a la Adherencia de la Quimioterapia en Pacientes Oncológicos

Investigador Principal: [Nombre del Investigador]

Institución: Hospital III Daniel Alcides Carrión, ESSALUD Tacna

Objetivo del Estudio: El objetivo de este estudio es identificar y analizar los factores que influyen en la adherencia a la quimioterapia en pacientes oncológicos, con el fin de mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

Descripción del Estudio: Usted está siendo invitado a participar en un estudio que involucra la recopilación de información sobre su experiencia con el tratamiento de quimioterapia. La participación incluye completar cuestionarios y entrevistas que abordarán aspectos relacionados con su salud, apoyo social y adherencia al tratamiento.

Duración del Estudio: Se espera que su participación dure aproximadamente [especificar duración, por ejemplo, "30-60 minutos"].

Riesgos y beneficios:

- **Riesgos:** Su participación en este estudio no debería implicar riesgos significativos. Sin embargo, puede experimentar incomodidad al responder preguntas personales.
- **Beneficios:** Su participación contribuirá a una mejor comprensión de los factores que afectan la adherencia a la quimioterapia, lo que podría ayudar a desarrollar mejores estrategias de apoyo para pacientes oncológicos en el futuro.

Confidencialidad: Toda la información que se obtenga durante este estudio será tratada con estricta confidencialidad. Los datos serán almacenados de manera segura y solo se utilizarán con fines de investigación. Su identidad no será revelada en ningún informe o publicación resultante de este estudio.

Participación Voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención médica o relación con el hospital.

Consentimiento: Al firmar este documento, usted confirma que ha leído y comprendido la información proporcionada, que tiene al menos 18 años y que acepta participar en este estudio. También reconoce que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que estas han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma del Participante:

Nombre del Participante: _____

Fecha: _____

Firma del Investigador:

Nombre del Investigador: _____

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este estudio, puede comunicarse con [nombre y contacto del investigador o responsable del estudio].

ANEXO 8. ARTÍCULO CIENTÍFICO

ARTÍCULO ORIGINAL

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: UN ESTUDIO CUALITATIVO ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES ENFERMERAS EN TACNA-PERÚ

PATIENT PARTICIPATION IN ONCOLOGICAL CARE: A QUALITATIVE STUDY AMONG PATIENTS AND HEALTH NURSING PROFESSIONALS IN TACNA-PERU

Marlube Huertas Calderón - 1a
Rina Alvarez Becerra - 1b
Blanca Raquel Zevallos Delgado - 2c

1 Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú
2 Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú
a Maestro en Ciencias con mención en Salud Pública
b Doctora en Educación
c Licenciada en Enfermería

RESUMEN

Objetivo: Comprender la participación del paciente en la atención oncológica desde la perspectiva de profesionales de enfermería y pacientes. **Material y métodos:** Estudio cualitativo en el que participaron 12 pacientes diagnosticados con cáncer y 6 profesionales enfermeras de una unidad de oncología. Se realizaron entrevistas en profundidad semiestructurada aplicada en octubre 2023. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante el enfoque temático. Se utilizó el software ATLAS TI versión 23 para gestionar los datos. **Resultados:** Surgieron cinco temas importantes en la participación con la atención oncológica y la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de las enfermeras y pacientes de una unidad oncológica en Tacna-Perú: (1) motivación, (2) personalización de la atención, (3) comunicación y educación, (4) compromiso y adherencia al tratamiento (5) interacción enfermera-paciente. **Conclusión:** La participación del paciente concurre con la motivación recibida, comunicación y educación, personalización de la atención e interacción, los que a su vez favorecen el compromiso y adherencia al tratamiento. Las enfermeras que brindan atención oncológica incentivan la participación del paciente con un enfoque holístico y empático, que fue valorado por los pacientes.

PALABRAS CLAVES: adherencia y cumplimiento del tratamiento, cáncer, enfermería oncológica, participación del paciente

ABSTRACT

Objective: Understand patient participation in cancer care from the perspective of nursing professionals and patients. **Material and methods:** Qualitative study in which 12 patients diagnosed with cancer and 6 nursing professionals from an oncology unit participated. Semi-structured in-depth interviews were carried out in October 2023. The interviews were recorded, transcribed and analyzed using the thematic approach. ATLAS TI version 23 software was used to manage the data. **Results:** Five important themes emerged in participation with cancer care and adherence to treatment from the perspective of nurses and patients in an oncology unit in Tacna-Peru: (1) motivation, (2) personalization of care, (3) communication and education, (4) commitment and adherence to treatment (5) nurse-patient interaction. **Conclusion:** Patient participation coincides with the motivation received, communication and education, personalization of care and interaction, which in turn favor commitment and adherence to treatment. Nurses providing oncology care encouraged patient participation with a holistic and empathetic approach, which was valued by patients.

KEY WORDS: treatment adherence and compliance, cancer, oncology nursing, patient participation

INTRODUCCIÓN

La participación de los pacientes ha ganado cada vez más atención en la atención del cáncer, ya que se reconoce ampliamente como un elemento esencial de la atención de alta calidad (1). Asimismo, la adherencia al tratamiento es un comportamiento dinámico y complejo (2) y su bajo cumplimiento (alrededor del 50%) por pacientes con enfermedades crónicas (3) como el cáncer es un problema de salud pública. La participación del paciente puede ayudar en la toma de decisiones y modificaciones de comportamiento que mejoren los resultados relacionados con la salud, minimicen los costos del tratamiento y mejoren la satisfacción del paciente (4). En ese contexto, los enfermeros contribuyen significativamente a involucrar a los pacientes en el proceso de atención. Las enfermeras tienen un papel fundamental en la educación, el estímulo, la motivación y el apoyo a los pacientes para que participen en su propio cuidado y logren sus objetivos de atención médica (5-8). La participación del paciente y la adherencia a la medicación ha sido estudiada a través de estudios cuantitativos y cualitativos (2,3,9,10), pero pocos lo han estudiado desde la perspectiva de los pacientes y de las enfermeras. Debido al aumento de la prevalencia de cáncer en el mundo (de los 20,4 millones de muertes por enfermedades no transmisibles, de cada 10 personas que mueren prematuramente entre 30 y 70 años, 3 mueren de cáncer). Para 2020 en el Perú, se estimó 69 869 casos de cáncer (11), y en Tacna se registró una incidencia de 187 casos de cáncer entre 2019 y 2020 (12). Es importante explorar el comportamiento participativo del paciente oncológico. Este estudio tiene como objetivo comprender la experiencia de participación del paciente en la atención oncológica y la adherencia al tratamiento desde la perspectiva del paciente y enfermeras en una unidad oncológica hospitalaria en la ciudad de Tacna en Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de corte cualitativo con un diseño temático reflexivo (13), debido a que busca identificar patrones de categorías temáticas en torno a la participación de pacientes y profesionales de salud en la atención oncológica en y desde los participantes. El estudio se realizó en una unidad oncológica de un hospital del III nivel de atención de Tacna en Perú. Se contó con la participación de 12 pacientes ambulatorios y 6 profesionales de enfermería de una unidad oncológica de un hospital nivel III de Tacna en el Perú. Se utilizó un muestreo intencional (11) para obtener una muestra homogénea de pacientes con cáncer y atención en la unidad oncológica, además de profesionales de enfermería que atienden a estos pacientes oncológicos. Se consideró a pacientes adultos de 47 a 64 años (media: 55) de ambos sexos (con un 75% de mujeres) y enfermeras de 33 a 58 años (media: 45

años). Respecto a los criterios de exclusión no se consideró pacientes menores de edad o adultos con deterioro cognitivo al momento de la entrevista. Se aplicaron dos entrevistas, dirigida a los pacientes y a las profesionales de enfermería (con 8 y 11 preguntas abiertas respectivamente), las que se construyeron con base en una matriz de categorización según el objetivo de investigación (15) y de acuerdo con los fundamentos categoriales de Kibret et al (16). Así, se plantearon categorías sobre la participación, el acceso, personalización y alianza terapéutica. Los guiones de las entrevistas fueron auditados por tres expertos (enfermera, médico e investigador cualitativo) y se aplicó un piloto para ajustar las preguntas de la entrevista final aplicada.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Los pacientes fueron reclutados durante sus visitas de tratamiento en la unidad oncológica; seguidamente, se les informó sobre la investigación, sus derechos e invitó a participar; además, se solicitó la aceptación del consentimiento informado. Los participantes fueron entrevistados individualmente en una sala hospitalaria para crear un espacio seguro y tranquilo entre setiembre y octubre de 2023.

Se anonimizó la transcripción para garantizar la confidencialidad (17). La primera autora realizó las entrevistas cara a cara (45 a 60 minutos) en una sola sesión y su transcripción fue anonimizada para garantizar la confidencialidad. Una vez transcritas las entrevistas, se verificó con los participantes la fidelidad de sus declaraciones. No se otorgó ningún estipendio económico por el desarrollo de las entrevistas.

Análisis de Datos

Se aplicó un análisis temático reflexivo (13), siguiendo un proceso de familiarización con los datos recolectados, lectura y citado de las unidades de análisis que guardaban pertinencia con el objetivo de investigación. Consecutivamente, se realizó la codificación de las citas realizadas. La codificación fue abierta, de metáforas y temática (18). Simultáneamente, se definieron los temas, a partir de un proceso inductivo (19) con el método de comparación constante. Luego se refinó la codificación que sirvió de fuente para construir un mapa semántico que expresara la distribución espacial y relaciones de los códigos. Como corolario, se elaboró el reporte de los hallazgos con base en las tácticas de generación de significado (20). El proceso de análisis se apoyó con el uso del software ATLAS.ti 22. Todos los autores participaron del análisis y establecieron consensos. Para garantizar el rigor metodológico se siguió los criterios establecidos por Guba y Lincoln (21): confiabilidad, confirmabilidad, transferibilidad y credibilidad. La confiabilidad se garantizó a través de cotizaciones directas para cada categoría, la confirmabilidad con la verificación de la

fidelidad de las transcripciones con el participante. La transferibilidad se aseguró con la descripción minuciosa de los procedimientos de la investigación y la credibilidad se avaló con la recolección de datos por la investigadora con preparación doctoral en diseños cualitativos. La presentación del informe siguió la ruta de los criterios consolidados para la presentación de una investigación cualitativa (COREQ)(22).

Declaración sobre Aspectos Éticos

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Hipólito Unanue de la Región de Tacna aprobó el estudio.

RESULTADOS

A partir del análisis de las entrevistas, se halló que la percepción de los participantes pacientes y enfermeras aluden a seis temas principales: implicación del paciente, personalización e interacción, implicación de la enfermera, orientación e información, rol motivacional de la enfermera y relación terapéutica (Figura 1).

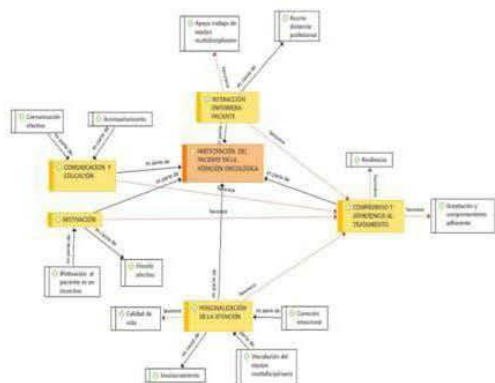


FIGURA 1: Mapa semántico de códigos

Personalización de la atención

Desde la perspectiva de la ética profesional del personal de enfermería, la personalización de la atención implica un alto nivel de involucramiento profesional y compromiso con sus responsabilidades en el cuidado de la salud. Una paciente participante comentó que:

“En el caso de licenciadas ¡eh! es desde el trato, el buen trato que tienen con nosotros y es el hecho también de que nos conocen individualmente y nos llaman por nuestro nombre también”. (P4, edad 64 años)

Sin embargo, la personalización de la atención implica la vinculación del equipo multidisciplinario de

todos los miembros del equipo de salud. Por su parte, los pacientes expresaron tener una buena experiencia del proceso de la enfermedad y se mostraron satisfechos con la ayuda del equipo de salud:

“La ayuda que recibí de los profesionales médicos, enfermeras y técnicos fue muy positivo. Fue ¡muy positivo! porque nos dan mucho aliento, muchas motivaciones, fue muy llevadero los procesos en esta etapa [...] Todos los profesionales involucrados [como parte de un] servicio multidisciplinario es excelente. Fue un seguimiento y un apoyo muy positivo”. (P12, 53 años)

Otro aspecto que surgió fue la percepción de una sensación de mejoría manifestada por los pacientes, lo que aporta al bienestar o la calidad de vida asociada a la personalización y participación del paciente, tal como lo indica una paciente:

“También con su carisma, su sonrisa, su trato amable me motivaba y me hacía sentir bien, que me he olvidé de mis problemas [...]” (P8; edad 63 años)

Asimismo, emergió una conexión emocional más intensa de los participantes en la relación enfermera-paciente, que podría surgir de la atención humanizada, a tal punto, que es posible que el paciente perciba que este vínculo emocional trasciende la relación profesional. Mencionaron que: “Espero que seamos familia, parte de ellos y ellos parte de nosotros y seamos familia para poder sentirnos como es realidad nuestra segunda casa”. (P12, edad 53 años)

Ese vínculo emocional parece necesario para iniciar y mantener una lucha ante la incertidumbre de lograr la curación del paciente. La participante Enfermera 3 manifestó al respecto:

“Teníamos que luchar juntos de la mano con el médico y enfermera. Para lograr un beneficio. Quizás así poder llegar a un final feliz, pero a veces la enfermedad también es agresiva. Depende de en qué estadio esté, cómo se encuentre la enfermedad; pero nunca se pierde la fe y nunca se pierde la esperanza de poder ganarle la batalla a esta enfermedad y, en ese sentido, yo como enfermera fui realmente efectiva con mi padre como paciente oncológico también”. (E3, edad 33 años)

Interacción enfermera -paciente

La interacción humanizada de la enfermera con el paciente acorta la distancia profesional desde el inicio del proceso y transiciones alrededor del tratamiento del cáncer. Las consecuencias se traducen en una disminución de temor, ansiedad e incertidumbre entre los pacientes. Una de las participantes manifestó:

“Ah, ya entonces yo vine a visitar la sala de quimioterapia la licenciada me abrió, como dice me

abrió los brazos, me hizo pasar, me invitó y me dijo es en eso consiste la quimio y yo me sentí feliz porque yo tenía pensado que la quimio era otra cosa. Pero me pasé a mirar la sala y vi que todo el tratamiento era por vía, por la mano te colocaba, y me sentí bien". (P3, edad 50 años)

Esta cercanía e interacción humana y respetuosa enfermera-paciente, fue vital para establecer un diálogo enfocado en la orientación e información sobre la enfermedad, tratamiento, los efectos secundarios de la quimioterapia. La versatilidad de la enfermera oncológica se evidencia en la capacidad de apoyar la labor de los demás miembros del equipo (médico, psicólogo, nutricionista). La interacción con el paciente es esencial para atender las necesidades del paciente. Una enfermera participante manifestó lo siguiente:

"Esto se nota siempre, sobre todo después de la primera o segunda quimioterapia, donde aparecen los efectos secundarios, propios de la medicación, como las náuseas, caída del cabello. Entonces ellos (pacientes) tienen temor de continuar con la quimioterapia, pero con el apoyo y la explicación que se les da, ellos deciden continuar porque saben que el beneficio es mayor al terminar la quimioterapia, la recuperación en cierto modo, algunos se curan y otros alivian el dolor". (E1, edad 33 años)

Comunicación y educación

La comunicación se enfocó en la educación y motivación al paciente, lo que promovió y reforzó la adherencia al tratamiento en cuanto a la toma y persistencia de continuar puntualmente la terapia. Además, se favoreció la percepción de éxito terapéutico por parte del paciente. Por ejemplo, una paciente manifestó lo siguiente:

"La licenciada [Enfermera] siempre me orientó, me dijo: tienes que tomar las pastillas, tienes que cuidarte, tienes que seguir la dieta. ¿Eh? ¿Cómo lo puedo decir esto? Bien, a mí me orientaron, entonces yo seguí todo lo que ellas me dijeron, sus consejos. Yo he seguido todo, y ¡para que! he salido bien de todas las quimios que ya van como nueve las que voy llevando". (Paciente 3, edad 50 años)

El profesional de enfermería es consciente del rol privilegiado de la oportunidad de establecer no solo una relación empática y cálida con el paciente, sino de lograr una comunicación efectiva para educarlo y anticiparse a sus necesidades comunicativas y de orientación al paciente en todo el proceso terapéutico, lo cual favoreció la participación del paciente. Incluso la información brindada sobre el tratamiento o la enfermedad reforzaron la comunicación de los médicos. La participante enfermera 3 lo expresó de la siguiente manera:

"El rol, más que todo, es brindarle calidez e información. Sobre todo el proceso que va a ir recibiendo el paciente oncológico en la sala de

quimioterapia. Además de la información que le dio el médico sobre su enfermedad, sobre el tratamiento que va a ir recibiendo y las posibles reacciones que vaya a ir teniendo en cuanto a este tratamiento que va a ir recibiendo. El rol de la enfermera en oncología es crucial para ayudar al paciente en todas las etapas del proceso de la enfermedad". (E3, edad 33 años)

El acompañamiento percibido —incluso por vía telefónica— fue valorado por los pacientes:

"El acompañamiento que tenemos, en el sentido de que se preocupa por nosotras y ahí en la comunicación o por el teléfono que facilite la comunicación". (P4, edad 58 años)

Motivación

Los pacientes participantes con cáncer reconocieron y le otorgaron valor al rol motivacional de las enfermeras que brindan cuidados oncológicos. La motivación que brinda la enfermera es un incentivo para el paciente, ya que genera aliento y provoca la automotivación del paciente para el tránsito por las etapas del tratamiento por cáncer y los ayuda a adherirse al tratamiento.

"Sí me gustó porque la licenciada tiene una paciencia única, es muy buena, es cariñosa, trata muy bien a los pacientes. Eso es lo que me motivó. Me llamó la atención porque yo vengo de otro sitio, en el que yo también estuve, que me colocaron las inyecciones y no tenían esa paciencia como la licenciada de acá, es una persona como un pan de Dios, por eso yo insistí, volví a mis quimios con más ganas ¿no? porque te motiva tanto [...]". (P3, mujer, edad 50 años) La motivación del personal de salud trasciende hacia la creación de vínculos afectivos, empatía y aprecio, lo cual favoreció la interacción paciente-enfermera.

"A mí me motiva la Licenciada [enfermera] [...] ya sé que es bien cariñosa, tiene como podría decir una paciencia única para cada paciente, por eso la licenciada se gana el cariño con todos los pacientes y hace bien, como que me conocía. Ay, esa palabra es el olvido de mis penas, un cariño para todos los pacientes". (P3, mujer, edad 50 años)

Compromiso y adherencia al tratamiento

Se halló que cuando las enfermeras motivan a los pacientes a continuar con el tratamiento, estos están dispuestos a seguir con las indicaciones y consejos médicos, es decir, fomentan los procesos de aceptación y adherencia con el cumplimiento de sesiones y terapéutica. Adicionalmente, resultó gratificante el trato jovial y alegre del personal de enfermería, lo que pareció influir en el estado de ánimo, la receptividad, la participación y satisfacción de los pacientes.

"La enfermera y la técnica se dan siempre tiempo para motivarnos y hacernos una broma, nos sacan

siempre una sonrisa, entonces por ese lado, los profesionales: médicos, técnicos y licenciadas [enfermeras] que nos atienden, o sea, atienden de la mejor manera y eso es lo que más me motiva siempre en venir a mi tratamiento, siempre estoy esperando a que fecha me toca venir otra vez, entonces ya vengo con el tiempo debido, y contenta también". (P5, edad 47 años)

El compromiso que se genera en los pacientes parece aumentar la resiliencia para afrontar la enfermedad y continuar a pesar de sus adversidades actuales.

"Ah. El compromiso va desde ahí, yo creo que, desde ahí, porque ¡Oh! es mucho ya tener menos molestias, ayuda bastante para que uno pueda continuar con el tratamiento y seguir luchando contra esta enfermedad". (P4, edad 64 años)

Asimismo, se resaltó que los recursos motivacionales de la enfermera se centraron en aspectos especialmente de cumplimiento de la terapia, consejos nutricionales, aunado al trato amable y cordial permanente.

"Con los medicamentos con todos los que me receta el doctor, con todas las recomendaciones que se me dan, tengo que seguir siempre al pie de la letra, ¿no?, muy aparte de eso en cuanto a la alimentación, ellos tienen también un buen trato, un buen trato". (P1, edad 53 años)

En este sentido, las participantes enfermeras evidenciaron que la participación del paciente es esencial para que se comprometa con su cuidado personal y exprese sus dudas o preocupación sobre el cáncer y los procesos inherentes (diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación) y colabore con el cumplimiento de la terapia.

"La implicación del paciente oncológico en su tratamiento es súper importante porque permite que ellos apoyen en lo que es su cuidado personal, su alimentación, colaboren con el tratamiento, manifiesten sus preocupaciones, sus dudas". (Enfermera 1, edad 49 años)

DISCUSIÓN

Actualmente, se reconoce que existe una complejidad de enfoques adoptados para el tratamiento y cuidado de los pacientes con cáncer, junto con el cambio de paradigma hacia la atención humanista, lo que ha dado lugar a cambios organizacionales y de funciones sanitarias para dar un atención eficiente y eficaz en el proceso asistencial (23). Este artículo proporciona una descripción cualitativa de la participación del paciente en la atención oncológica y la adherencia al tratamiento.

En cuanto a la experiencia vivida por paciente con cáncer, los participantes coincidieron ampliamente que un aspecto clave fue la personalización de la atención reflejado en el involucramiento profesional de las enfermeras aunado al equipo multidisciplinario, lo que influyó en su bienestar y calidad de vida. Asimismo, los pacientes establecieron una cercana conexión amical y emocional con las enfermeras, lo que devela una atención holística que abarca la esfera biológica, psicológica y social (24).

Otro hallazgo destacable fue la interacción entre los pacientes y las enfermeras, lo cual disminuyó la brecha de distancia profesional paciente-enfermera, ya que estas interactúan durante el curso y el tratamiento del cáncer, desde su llegada a la unidad oncológica. Los pacientes valoraron mucho el trato cálido de las enfermeras, que se percibe cuando un paciente dice "me abrió los brazos" (P3, edad 50 años). La interacción continua por medio de mensajes para la orientación sobre los efectos secundarios del tratamiento, dieta nutricional, **23/57** para continuar e incluso mensajes de apoyo durante la recuperación. La interacción en la atención de enfermería se realizó con empatía, ya que se estableció una buena relación con los pacientes, involucró el componente emocional y la dimensión activa/positiva que trata de dar esperanzas y ayudar al paciente a tomar el control (25). Esta actuación apoyó la labor del equipo multidisciplinario y fue parte de la intención de participación del paciente.

También destacó la comunicación y educación bidireccional, ya que permitió la presencia de la voz de los pacientes en proceso comunicativo, influyendo así en la participación y toma de decisiones de los pacientes. Las explicaciones que brindan las enfermeras resultaron comprensibles debido a las referencias de los pacientes, lo que disminuyó el desafío de comunicación que se reportaron en otros estudios (26) y contribuyó con las preferencias de comunicación del paciente (27). También, la motivación que los pacientes recibieron propició vínculos afectivos y fue un incentivo para continuar, lo que facilitó su participación y adherencia con la terapia. Además, surgió un elemento clave como parte de la participación del paciente en la atención oncológica, que es el compromiso y adherencia al tratamiento, que favoreció la resiliencia y umbral de resistencia ante un evento adverso como el padecer cáncer, así como la aceptación y adopción de comportamiento adherentes. Aumentar la resiliencia podría contribuir a la salud mental del paciente (28). Es relevante subrayar que la comunicación y educación, motivación, interacción enfermera-paciente y personalización de la atención favorecieron el compromiso y la adherencia al tratamiento. Se espera que en el futuro se acumule evidencia en los cuidados avanzados de enfermería oncológica.

Limitaciones del estudio

Se considera una limitación del estudio que la muestra estuvo condicionada al hecho de que las entrevistas debían coincidir con la cita del paciente, no obstante, se logró la máxima variabilidad en el reclutamiento en relación con el tipo de cáncer. Asimismo, es posible que exista cierto sesgo de deseabilidad social en las declaraciones.

CONCLUSIÓN

La participación del paciente implica aspectos motivacionales de comunicación y educación, personalización de la atención e interacción, las cuales a su vez favorecen el compromiso y adherencia al tratamiento. Las enfermeras que brindan atención oncológica promueven la participación del paciente con un enfoque holístico y empático, que fue valorado por los pacientes. Dilucidar la aportación de la enfermería oncológica, puede facilitar la definición de competencias específicas de práctica avanzada en este campo y sugerir estrategias de formación para favorecer una mayor participación de los pacientes dentro del marco de una atención de alta calidad. Este estudio agrega evidencia a la literatura científica de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Weil AR. The patient engagement imperative. *Health Aff*. 2016(e)ko 35(4):563-563.
- Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol*. 2013; 4: 91. Epub 2013/07/31. <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091> PMID: 23898295; 2013.
- Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2011(e)ko apirilakaren 86(4):304-14. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21389250>
- Barello S, Graffigna G. Patient engagement in healthcare: Pathways for effective medical decision making. *Neuropsychol Trends*. 2015(e)ko 17(1):53-65.
- Graffigna G, Barello S, Riva G, Corbo M, Damiani G, Iannone P, et al. Italian Consensus Statement on Patient Engagement in Chronic Care: Process and Outcomes. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020(e)ko ekainakaren 11a;17(11):4167. Available at: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/4167>
- Deyo P, Swartwout E, Drenkard K. Nurse Manager Competencies Supporting Patient Engagement. *JONA J Nurs Adm* [Internet]. 2016(e)ko martxoakaren 146(3):S19-26. Available at: <https://journals.lww.com/00005110-201603001-00004>
- Bonetti L, Tolotti A, Valcarengi D, Graffigna G, Nania T, Sari D, et al. Nurses' interventions to promote cancer patient engagement and related outcomes: A systematic review and meta-analysis protocol. *Acta Biomed*. 2020(e)ko 91:65-70.
- Bonetti L, Tolotti A, Anderson G, Nania T, Vignaduzzo C, Sari D, et al. Nursing interventions to promote patient engagement in cancer care: A systematic review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2022(e)ko 133:104289. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104289>
- Tolotti A, Barello S, Vignaduzzo C, Liptrott SJ, Valcarengi D, Nania T, et al. Patient Engagement in Oncology Practice: A Qualitative Study on Patients' and Nurses' Perspectives. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022(e)ko irailakaren 15a;19(18). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36141919>
- Souliotis K, Peppou LE, Economou M, Marioli A, Nikolaidi S, Saridi M, et al. Treatment Adherence in Patients with Lung Cancer from Prospects of Patients and Physicians. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2021(e)ko ekainakaren 10;22(6):1891-8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34181348>
- Ministerio de Salud. Cáncer en el Perú según resultados de la vigilancia epidemiológica, año 2021. 2022(e)ko; Available at: https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/boletin/boletin_20225_24_202501_4.pdf
- Dirección Ejecutiva de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud. 2021(e)ko; Available at: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4860072/ASIS-TACNA_v2_2021.pdf
- Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Heal* [Internet]. 2019(e)ko abuztuakaren 8a;11(4):589-97. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Robinson OC. Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2014(e)ko urtarrilakaren 2a;11(1):25-41. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14780887.2013.801543>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital 2018 [Internet]. 2020. Available at: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicacionesdigitales/Est/Lib718/Libro.pdf>
- Kibret AA, Wolde HF, Molla MD, Aragie H, Getnet Aduana D, Tafesse E, et al. Factors associated with adherence to guidelines in cancer pain management among adult patients evaluated at oncology unit, in the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Front Pain Res* [Internet]. 2022(e)ko abuztuakaren 10;3. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpain.2022.884253/full>
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2013(e)ko 310(20):3359-62. Available at: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
- Saldana J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*.
- Vives Varela T, Hamui Sutton L. La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investig en Educ Médica*. 2021(e)ko 30(40):97-104.
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. sage;1994.
- Guba EG, Lincoln YS. *The Jossey-Bass higher and adult education series and the Jossey-Bass social and behavioral science series. Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Jossey-Bass;1981.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007(e)ko 10(6):349-57.
- Winters DA, Soukup T, Sevdalis N, Green JSA, Lamb BW. The cancer multidisciplinary team meeting: in need of change? History, challenges and future perspectives. *BJU Int* [Internet]. 2021(e)ko irailakaren 28a;128(3):271-9. Available at: <https://bjui-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bju.15495>
- van Dusseldorp L, Groot M, Adriaansen M, van Vught A, Vissers K, Peters J. What does the nurse practitioner mean to you? A patient-oriented qualitative study in oncological/palliative care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019(e)ko otsailakaren 7a;28(3-4):589-602. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14653>
- Lelorain S. Discussing Prognosis with Empathy to Cancer Patients. *Curr Oncol Rep* [Internet]. 2021(e)ko martxoakaren 14a;23(4):42. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33718973>
- Covey JR, Kamal KM, Gorse EE, Mehta Z, Dhupal T, Heidari E, et al. Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology: a systematic review of the literature. *Support Care Cancer* [Internet]. 2019(e)ko maiatzakaren 8a;27(5):1613-37. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-019-04675-7>
- Haltaufderheide J, Wäscher S, Bertlich B, Vollmann J, Reinacher-Schick A, Schildmann J. «I need to know what makes somebody tick ...»: Challenges and Strategies of Implementing Shared Decision-Making in Individualized Oncology. *Oncologist* [Internet]. 2019(e)ko apirilakaren 24(4):555-62. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30190300>
- Wood SK, Bhatnagar S. Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiol Stress* [Internet]. 2015(e)ko urtarrilakaren 1;1:64-73. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352289514000186>

CORRESPONDENCIA:

Mariube Huertas Calderón
mhuertascalderon@gmail.com

Mariube Huertas Calderón
<https://orcid.org/0009-0005-3850-8437>

Rina Alvarez Becerra
<https://orcid.org/0000-0002-5455-6632>

Bianca Raquel Zevallos Delgado
<https://orcid.org/0000-0002-7129-5366>