

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
LEOPOLDO CHIAPPO GALLI



**RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y ADHESIÓN
AL TRATAMIENTO EN MUJERES ADULTAS CON CÁNCER DE
MAMA DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA
METROPOLITANA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA**

Rita Selene Orihuela Anaya

LIMA – PERÚ

2017

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Carmen Estela Montenegro Serkovic

Presidente

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

Vocal

Mg. Elena Esther Yaya Castañeda

Secretaria

ASESOR DE TESIS

Mg. Geraldine Salazar Vargas

DEDICATORIA

A mis padres por su amor, apoyo y presencia.
A mi hermano por su fortaleza y enseñarme que todo es posible.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su amor y acompañamientos estos 26 años, y por enseñarme que cuando estamos unidos podemos lograr todo.

A mi hermano, por estar presente siempre, por su espontaneidad y porque siempre logra sacarme una sonrisa con sus ocurrencias. Te amo hermanito.

A la Mg. Geraldine Zalazar Vargas, por su paciencia, confianza y disponibilidad para atender mis dudas, no solo durante el proceso de elaboración de mi tesis sino a lo largo de mi carrera universitaria.

A mi terapeuta Claudia Cisneros, por sus enseñanzas, presencia y acompañamiento en el camino de mi búsqueda personal.

INDICE

RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	19
1.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	22
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	24
2.1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES	24
2.1.1. SENTIDO DE COHERENCIA (SOC):.....	24
2.1.2. ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	31
2.3. DEFINICIONES OPERACIONALES Y DE VARIABLES	49
2.4. HIPÓTESIS	48
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	51
3.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	49
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.3. NATURALEZA DE LA MUESTRA	49
3.3.1. POBLACIÓN.....	51
3.3.2. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	51
3.3.3. MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO.....	53
3.3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	54
3.3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	54
3.4. INSTRUMENTOS	55

3.4.1. FICHA DE DATOS:	55
3.4.2. CUESTIONARIO DE ORIENTACIÓN A LA VIDA (OLQ) O ESCALA DEL SOC (ANEXO D):	55
3.4.3. CUESTIONARIO PARA MEDIR VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CONDUCTAS DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO POR CÁNCER DE MAMA (ANEXO C).	56
3.5. PROCEDIMIENTO	57
3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	58
3.7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	59
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	60
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	70
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS.....	90
ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO	92
ANEXO B: FICHA DEMOGRÁFICA.....	95
ANEXO C: CUESTIONARIO DE VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CONDUCTAS DE ADHESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	96
ANEXO D: ESCALA DE ORIENTACIÓN HACIA LA VIDA.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1 Definiciones operacionales.....	49
2. Tabla 2 Características personales de la muestra	52
3. Tabla 3 Características clínicas de la muestra.....	53
4. Tabla 4 Coeficiente de correlación del Sentido de Coherencia y Adhesión al Tratamiento.....	61
5. Tabla 5 Conductas de Adhesión Presentes	62
6. Tabla 7 Coeficiente de correlación de las variables Sentido de Coherencia y Competencias funcionales pasadas.....	65
7. Tabla 8 Coeficiente de correlación de las variables Sentido de Coherencia y Competencias Presentes	65
8. Tabla 9 Coeficiente de correlación de las variables Sentido de Coherencia y Motivos.....	66
9. Tabla 10 Coeficiente de correlación de las variables Sentido de Coherencia y Conductas presentes	67
10. Tabla 11 Sentido de Coherencia y Adhesión, controlando la variable tipo de Tratamiento.....	68
11. Tabla 12 Sentido de coherencia y Adhesión al tratamiento, controlando la variable estadio	69

RESUMEN

Objetivo: La presente investigación busca conocer la relación que existe entre el Sentido de Coherencia (SOC) y la Adhesión al tratamiento en 100 mujeres adultas con diagnóstico de cáncer de mama de un Hospital de Lima Metropolitana. Busca identificar también la relación entre el SOC y las variables de conductas de adhesión presentes, motivos, competencias funcionales pasadas y presentes; asimismo, pretende describir las variables SOC y conductas de adhesión que posee la muestra e identificar el valor predictivo del SOC en la adhesión al tratamiento. **Material y Método:** Se utilizó el cuestionario de orientación hacia la vida de Antonovsky y el cuestionario para medir variables psicológicas y conductas de adhesión de Sánchez y Piña. El diseño de la investigación es descriptivo correlacional. **Resultados:** Se encontró una fuerte correlación entre SOC y adhesión al tratamiento (0,809), siendo el SOC predictor de la adhesión (65.44%). Además existe fuerte correlación entre el SOC y las variables: competencias funcionales pasadas (0,741), presentes (0,769), motivos (0,855) y conductas de adhesión (0,749).

Palabras clave: Adhesión al tratamiento, sentido de coherencia, cáncer de mama, mujeres adultas.

ABSTRACT

Objective: The present investigation seeks to understand the relationship between the sense of coherence (SOC) and adherence to treatment in 100 adult women diagnosed with breast cancer at the Hospital de Lima Metropolitana. Seeks to identify also the relationship between the SOC and the present behavioral adherence variables, motifs, past and present functional competencies; Likewise, the investigation has the intent to describe the SOC variables and adherence behaviors of the sample, as well as to identify the predictive value of SOC in adherence to treatment. **Material and Method:** We used the Antonovsky life orientation questionnaire and the questionnaire to measure psychological variables and adherence behaviors of Sánchez and Piña. The research design is descriptive correlational. **RESULTS:** The results show a strong correlation between SOC and adherence to treatment (0.709), SOC being predictive of adherence (50.26%). There was also a strong correlation between SOC and variables: past functional competences (0.741), present functional competences (0.769), Motifs (0.855) and adhesion behavior (0.749).

Key words: Adherence to treatment, sense of coherence, breast cancer, adult women.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) y la International Agency for Research on Cancer (2012), el cáncer de mama representa la neoplasia más frecuente entre las mujeres y es considerada la primera causa de muerte por cáncer, así mismo presenta una incidencia de 1,67 millones de casos nuevos, y una mortalidad de 522 mil casos.

Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) en América Latina y el Caribe, el 27% de casos nuevos de neoplasias y el 15% de muertes por neoplasias son ocasionados por el cáncer de mama. Cabe destacar que según las estimaciones realizadas en base al crecimiento poblacional, se espera que en el 2030 se presenten más de 596 mil casos nuevos y más de 142 mil muertes por cáncer de mama a nivel mundial (International Agency for Research on Cancer, 2012).

En el Perú, según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2016), el cáncer de mama durante el periodo 2010-2012, representó el cáncer más frecuente en Lima Metropolitana con una tasa de incidencia de 40,9 por 100.000 y una tasa de mortalidad de 10,7 por 100.000 mujeres con 1619 defunciones al año. Además, según GLOBOCAN (2017), se estima que para el 2020, en nuestro país, se tendrán 4914 casos nuevos y 1548 defunciones por cáncer de mama.

En este contexto, es posible notar que un elemento importante dentro de esta neoplasia es la edad, ya que según la International Agency for Research on Cancer (2012), en nuestro país la mayor incidencia (2389 casos nuevos al año) por cáncer de mama se encuentra entre los 40 y 65 años, etapa que corresponde a la adultez media, término definido por Papalia, Wendskos & Duskin (2010).

Las cifras antes mencionadas, nos brinda evidencia de la magnitud del cáncer de mama a nivel mundial; sin embargo, es importante también prestar atención al proceso que atraviesan estas pacientes, desde su diagnóstico hasta el tratamiento, dentro de este proceso

toma importancia las consecuencias psicológicas que enfrentan estas pacientes, como la depresión y la ansiedad, siendo esta última la sintomatología de mayor prevalencia en pacientes con cáncer de mama (Bleiker, E., Leer, J., Pouwer, F., Van der Ploeg, H., y Ader, H., 2000). Así mismo, entre otras consecuencias propias del tratamiento tenemos los efectos colaterales que se produce a partir de su aplicación (nauseas, vómitos, disminución de peso, falta de apetito, alopecia, entre otros), que pueden afectar la adhesión al tratamiento en estas pacientes. Además, el tratamiento oncológico viene siendo estigmatizado como “doloroso” y “desagradable”, situación que también influye en la adhesión. En este sentido, se ha encontrado que las tasas de adherencia a medicamentos utilizados por largo tiempo como la quimioterapia oral, presentan tasas bajas de adhesión de un 40% a 50% o tasas variables de un 20% a 100% (citado en Palacios, X.& Vargas, L., 2011, p. 427). Además, se ha encontrado, que en pacientes con cáncer de mama y enfermedades hematológicas malignas, según las definiciones y la metodología, la adhesión osciló entre 16 y 100%. (Foulon V, Schoffski P, Wolter P 2011 citado en Bouwman, L., Eeltink, C., Visser, O., Janssen, J & Maaskant, J., 2017). A pesar de esta evidencia, aún existen esfuerzos por medir la adhesión, y la gran barrera que se encuentra para esta medición es la poca especificación del concepto y los pocos instrumentos que existen para medirlo.

Por otro lado, es importante mencionar que el proceso del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, es en sí una situación de estrés, entonces si bien los índices de adhesión pueden estar en disminución por las ideas o malas experiencias que se tienen del mismo, existen factores psicológicos que también pueden ejercer influencia en la adhesión de las pacientes, como los conocimientos que poseen de la enfermedad, sus experiencias previas, y las capacidades que poseen para hacer frente a situaciones de estrés, etc. Es a partir de observar las diferentes reacciones que tienen las pacientes frente a su diagnóstico y tratamiento que surge el concepto sentido de coherencia (SOC), término que según

investigaciones representa un rol amortiguador frente al impacto que tienen las pacientes al diagnóstico de cáncer de mama, ya que la enfermedad al actuar como un estresor que impacta la vida de estas personas, las conduce a afrontar una variedad de eventos estresantes como los efectos colaterales del tratamiento (disminución de peso, caída de cabello, vómitos, náuseas, etc.), recurrencia (aparición de un segundo cáncer) o preparación para la muerte en caso de una fase terminal (Browall, Fall-Dickson, Gaston, Kenne y Persson, 2013 citado en Torres, B. 2014, p. 3). Entonces, el sentido de coherencia según Antonovsky es la capacidad que tiene la persona para hacer frente a situaciones de estrés, es decir las personas con un SOC alto, poseen una mejor comprensión del problema, tienen capacidad para reconocer los recursos con los que disponen y presentan compromiso emocional para enfrentarlos (Antonovski 1979, citado en Torres B., 2014 p. 2). Por todo lo mencionado, el sentido de coherencia podría conducir a las personas a enfrentar de una mejor forma las situaciones de estrés, además podría promover que las pacientes lleven a cabo conductas saludables que mejorarían o generaría influencia en su calidad de vida.

Por ello, es importante identificar la relación que existe entre el SOC y la adhesión al tratamiento oncológico, ya que ambas variables tienen en común la situación de estrés que atraviesan estas pacientes. Cabe destacar, que no existen investigaciones que relacionen estas variables en población oncológica.

Con el fin de entender y explicar esta posible relación, la presente investigación se desarrolla en seis capítulos. En el primero, se presenta el planteamiento del problema de acuerdo a nuestra pregunta de investigación y objetivos. En el segundo capítulo, se presenta el marco teórico que consiste en la descripción, caracterización de los conceptos y la descripción de la evidencia previa sobre el tema. En el tercer capítulo, se describe la metodología, tanto en término de nivel, tipo, diseño, muestra, instrumentos y procedimientos. En el cuarto capítulo, se presentarán los resultados obtenidos a partir del estudio y, en el

quinto capítulo, se presentará la discusión de los mismos, la cual se enfocará en el análisis de los resultados más resaltantes. Finalmente se presentarán las conclusiones y recomendaciones.

Los hallazgos que surgirán a partir de esta investigación, buscan brindar aportes a los estudios en psicooncología, además tienen como fin facilitar el abordaje psicológico oportuno en pacientes con cáncer de mama.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La International Agency for Research on Cancer (GLOBOCAN, 2012), cuyo objetivo es dar a conocer las estimaciones actuales en incidencia y mortalidad de las principales neoplasias, considera al cáncer de mama como el más frecuente de las neoplasias, seguido del cáncer de próstata y pulmón, es así que este cáncer presenta una incidencia de 43.4 por cada 100 mil habitantes y una mortalidad de 12.9 por cada 100 mil habitantes. Además, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014), en el 2012, mas de 408.200 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas, y 92.000 fallecieron a causa de esta enfermedad; es así, que las predicciones indican que el número de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas aumentará en un 46% en el 2030.

Así mismo, en el Perú, según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN (2016), organismo que atiende a pacientes con diagnóstico de tumores benignos y malignos, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en Lima Metropolitana, con un promedio de 6051 casos nuevos de mujeres diagnosticadas anualmente y 1619 defunciones de pacientes con cáncer de mama. Además, la International Agency for Research on Cancer (2012), menciona que entre los 40 a 65 años, se presenta mayor incidencia, con 2389 casos nuevos al año; los cambios que surgen a partir de esta etapa son el inicio de la menopausia, disminución de algunas funciones físicas (visión y audición), inicio de enfermedades cardiovasculares, además en esta etapa existe una tendencia a buscar la realización a nivel profesional y familiar, muchas mujeres establecen sus familias, aunque tambien surgen cambios en sus roles, divorcio, muerte de los padres, crecimiento de sus hijos a adolescentes o jóvenes, etc.

Por otro lado, si bien se han descrito en cifras la magnitud que tiene el cáncer de mama a nivel mundial y las características relevantes de la etapa adultez media (40 a 65 años), es

importante mencionar que los avances en el campo de la salud, permiten a las pacientes contar con grandes alternativas de tratamiento como pueden ser procedimientos quirúrgicos, farmacológicos, hormonales y los basados en radiaciones ionizantes que ayudan a la recuperación y control de esa enfermedad. Así mismo, las enfermedades crónicas como el cáncer de mama, requieren un proceso de tratamiento a largo plazo, que implica adaptarse también a cambios en su estilo de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (Haynes, R., 2001 citado en WHO, 2004), los países desarrollados tienen un promedio de 50% en la adhesión terapéutica de pacientes con enfermedades crónicas.

Como se ha mencionado, el cáncer de mama considera una serie de procedimientos, que van a ser aplicados dependiendo del tamaño y del estadio del cáncer. Sin embargo, estos procedimientos que se aplican continúan siendo iatrogénicos y generan altos costos psicológicos y físicos en las pacientes, a pesar de existir avances científicos en la administración de estos tratamientos (Díaz R., 2000; Buena-Casal G., 1999 citados en Palacios, X.& Vargas, L., 2011, p.427). Un claro ejemplo, son la quimioterapia y radioterapia que continúan provocando efectos colaterales como náuseas, vómitos, diarrea, mucositis, inmunosupresión, alopecia, astenia, adinamia, etc., interfiriendo con la cotidianidad y el bienestar subjetivo de las pacientes (Fleming ID, Braddy LW, Mielszkalski GB, Cooper MR, Cooper MR., 1996 citados en Palacios, X.& Vargas, L., 2011, p. 424). Esto nos permite explicar, por qué muchos de los procedimientos que son parte del tratamiento oncológicos continúan siendo estigmatizados, esto se refuerza por la experiencias de los propios pacientes que incluso ha trascendido a la población en general, quienes etiquetan este tipo de tratamientos como “costosos” y “desagradables”; además, estas etiquetas y prejuicios de la población acerca de los tratamientos, nos permitiría explicar las respuestas de evitación que tiene las pacientes con diagnóstico de cáncer, ya que son ellas quienes deben decidir si inician o mantienen su tratamiento oncológico (Palacios, X.& Vargas, L., 2011, p. 424).

De acuerdo con esta información, DiMatteo MR, Lepper H, Croghan T (2000, citado en Palacios, X.& Vargas, L., 2011, p.427), menciona que “[...]cerca de la mitad de los pacientes en los Estados Unidos no se adhieren a las recomendaciones de sus médicos para la prevención o tratamiento de las enfermedades crónicas o agudas [...]”. “Además, se ha encontrado que entre el 25% y el 50% de los pacientes no cumplen con las indicaciones médicas tales como tomar medicamentos, asistir a las citas y modificar hábitos de vida” (Patridge, 2006 citado en Palacios, X.& Vargas, L., 2011, p.427).

Así mismo, en lo que respecta a la adhesión a tratamientos oncológicos encontramos que según Patridge, 2007; Ruddy K., Mayer E., Patridge A. 2009; Ruddy K. & Patridge A. 2009 (citado en Palacios, X.& Vargas, L., 2011):

Las tasas de adherencia a las terapias con medicamentos suministrados por largo tiempo, como puede ser el caso de la quimioterapia oral a menudo administrada para el tratamiento de algunos tipos de cáncer, son sorprendentemente bajas (40%-50%) o variables (20%-100%). Incluso se calcula que 1 de cada 10 pacientes abandonan la primera prescripción de la quimioterapia oral. Por ejemplo, las tasas de adherencia a las terapias por vía oral varían del 16% al 100% en pacientes con cáncer de mama. Específicamente con respecto a la adherencia al Tamoxifeno o al inhibidor aromatasa, del 23% al 28% de los pacientes con cáncer de seno interrumpieron su terapia hormonal oral antes de lo recomendado· (p.427).

También, en estudios recientes donde se realizó una revisión sistemática sobre la adherencia en pacientes con neoplasias hematológicas informaron tasas de adherencia entre 20 y 53% en pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) y tasas de no adherencia del 6-35% en pacientes con leucemia linfocítica aguda (LLA) (Bouwman, L., Eeltink, C., Visser, O., Janssen, J & Maaskant, J., 2017).

Además, existen variables psicológicas que afectan a la adhesión al tratamiento, como las actitudes, conocimientos y creencias acerca de la enfermedad y los medicamento, la percepción de riesgo, la motivación, las experiencias previas, las creencias acerca de la salud y las capacidades para hacer frente a situaciones de estrés como lo serían recibir un diagnóstico de cáncer de mama (Palacios, X.& Vargas, L., 2011, p. 428). Es dentro de estas variables, que se identifica el término Sentido de Coherencia (SOC), ya que se observa que algunas pacientes tienden a afrontar de forma positiva su enfermedad a diferencia de otras; es en este contexto, que se identificó al sentido de coherencia, el cual es definido como la capacidad que tiene la persona para hacer frente a situaciones de estrés, de modo que una persona con alto sentido de coherencia contaría con una mejor comprensión del problema, capacidad para reconocer recursos disponibles y compromiso emocional para enfrentarlos (Antonovski 1979, citado en Torres B., 2014 p. 2). Así mismo, Kenne (2013, citado en Torres B., 2014 p. 3) “encontró una relación positiva entre el sentido de coherencia y la capacidad para enfrentar un problema y darle un significado a la experiencia de enfermedad, lo cual influyó de forma significativa en su bienestar y calidad de vida”. Además, Antonovski (1993, citado en Torres B., 2014 p. 8) autor de esta variable, menciona que a mayor fortaleza del sentido de coherencia, mayor es la capacidad de las personas para hacer frente a los estresores psicosociales y así acercarse a la salud dentro del continuo salud-enfermedad. Entonces, el sentido de coherencia podría representar un rol amortiguador frente al diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, además podría promover que las personas lleven a cabo conductas saludables que fortalezcan su salud.

Es importante aclarar, que este término a diferencia del concepto de resiliencia, se refiere específicamente a una disposición personal, estable en el tiempo, que en caso de ser fuerte, haría posible un manejo más efectivo de los estímulos que reciben las personas del medio interno o externo; entonces, una persona con un fuerte SOC sería más capaz de

reponerse a una situación de adversidad. Por otro lado, la Resiliencia, es un proceso dinámico, que varía según las circunstancias del trauma, la intensidad de la adversidad, el contexto y la etapa de vida (Cyrulnik, 2002; Manciaux, 2001 citado en Dematteis, M., Grill, S. & Posada, M. 2012 p. 17). Frente a esto, el SOC toma mayor importancia dentro de esta investigación por su carácter global a nivel de culturas y su estabilidad en el tiempo.

Por otro lado, es importante mencionar que las respuestas de evitación a los tratamientos oncológicos pueden desencadenar progresión de la enfermedad y con ello mayor riesgo de muerte. Además, se puede evidenciar que existe poca información de las dos variables (sentido de coherencia y adhesión al tratamiento) en población oncológica.

Entonces, las consideraciones antes expuestas, nos llevan a plantear la siguiente interrogante ¿Qué relación existe entre el sentido de coherencia y adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?.

1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Se ha evidenciado a través de las cifras la magnitud del cáncer de mama en el mundo y en nuestro país, es así que es considerada la primera causa de muerte en mujeres con cáncer. Además, las cifras de no adhesión al tratamiento son preocupantes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), “la no adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%”.

Además, en lo que respecta a la adhesión a tratamientos oncológicos se ha encontrado que según Patridge, 2007; Ruddy K., Mayer E., Patridge A. 2009; Ruddy K. & Patridge A. (2009 citado en Palacios, X. & Vargas, L., 2011), las tasas de adhesión a medicamentos que son usados por tiempos prolongados o a largo plazo, como por ejemplo la quimioterapia oral, presentan bajas de adhesión entre un 40%-50% o tasas que varían de un 20%-100%; además, se estima que 1 de cada 10 pacientes dejan la primera prescripción de la quimioterapia oral,

por lo que sus tasas de adhesión varían de un 16% a 100%. Estos mismos autores, han encontrado también que del 23% al 28% de pacientes, interrumpen su terapia hormonal oral antes de lo recomendado. A pesar de existir estas cifras, es importante mencionar que las investigaciones con respecto a esta variable y las cifras que corresponden a ella no son actuales, ya que existe dificultad al momento de evaluar la adhesión por la discusión que existe en torno al término, esto no permite tener evidencias claras con respecto a este problema.

Por otro lado, existen numerosas causas que dificultan la adhesión, como son los efectos colaterales de tratamiento, los conocimientos sobre la enfermedad, la actitud del paciente, y las capacidades para hacer frente a situaciones de estrés; en este sentido, se ha observado que muchas pacientes afrontan de forma positiva su diagnóstico y tratamiento, esto condujo a investigar la variable sentido de coherencia, que hace referencia a la capacidad que tiene la persona para comprender mejor el problema, capacidad para reconocer recursos disponibles y compromiso emocional para enfrentarlos (Antonovski 1979, citado en Torres B., 2014 p. 2). Si bien se han encontrado algunas investigaciones que nos describen la relación positiva entre el sentido de coherencia y la capacidad de enfrentar un problema y darle significado a la experiencia de enfermedad en pacientes crónicos (Kenne, 2013, citado en Torres B., 2014 p. 3), son pocas las investigaciones que dirigen su estudio a población oncológica, sobre todo en nuestro país.

Es por estas evidencias, en torno a la poca información que existe sobre estas dos variables, que la presente investigación brindará aporte a nivel teórico ya que desde la Psicología de la salud se contribuye en el trabajo interdisciplinario de prevención como de rehabilitación en enfermedades crónicas, para lo cual se necesita modelos teóricos que permitan predecir el comportamiento de las personas ante determinadas circunstancias; por lo tanto, en esta investigación se busca dar complemento a las teorías de adhesión al tratamiento

en las enfermedades oncológico y el sentido de coherencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Además, esta investigación presenta implicaciones prácticas, ya que nos permitiría identificar a aquellos pacientes propensos a abandonar sus tratamientos, de manera que el personal de salud contaría con mayores herramientas para abordar esta problemática en pacientes vulnerables o pacientes con bajo sentido de coherencia. También presenta relevancia social debido a que los índices de esta enfermedad están en aumento y el estado peruano ha elaborado políticas de prevención y promoción, siendo esta investigación enmarcada de acuerdo a los lineamientos actuales y necesidades abordadas en nuestro país.

Todo lo expuesto, evidencia la relevancia de conocer qué relación existe entre el sentido de coherencia para afrontar el diagnóstico de cáncer, en mujeres con responsabilidades propias de su etapa de vida, vinculado a un proceso de tratamiento y su adhesión, para su recuperación.

1.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Los resultados obtenidos se circunscriben al grupo de pacientes del estudio ya que se trata de un muestreo no probabilístico.
- Siendo el estudio de tipo transversal, la información que ha sido obtenida corresponde al momento determinado de la evaluación y no permite identificar si los resultados serían los mismos de haberse recolectado previamente al diagnóstico ni antes de la cirugía o meses después de esta. Ello impide hacer referencias acerca de los posibles cambios en la interacción de las variables estudiadas a largo plazo.
- La bibliografía que relaciona el Sentido de Coherencia y la Adhesión al Tratamiento oncológico es escasa, por lo que se recurrió a estudios afines.

- La validez de la prueba que mide las variables psicológicas y las conductas de adhesión llega a un 40%, el cual permite dar una interpretación con cierta incertidumbre. Sin embargo, es el único instrumento validado en el Perú.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. *Objetivo general*

- Conocer la relación que existe entre el sentido de coherencia y la adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

1.4.2. *Objetivos específicos*

1. Describir las conductas de adhesión presentes en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
2. Describir los niveles del sentido de coherencia en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
3. Identificar la relación entre el sentido de coherencia y las conductas de adhesión presentes en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
4. Identificar la relación entre el sentido de coherencia y las competencias funcionales pasadas en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
5. Identificar la relación entre el sentido de coherencia y las competencias funcionales presentes en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
6. Identificar la relación entre el sentido de coherencia y la dimensión “motivos subyacentes para cumplir o no las conductas de adhesión”, en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

7. Identificar el valor predictivo del sentido de coherencia en la adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
8. Identificar la relación que existe entre el sentido de coherencia y adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, según el tipo de tratamiento.
9. Identificar la relación que existe entre el sentido de coherencia y adhesión al tratamiento en mujeres adultas de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, según el estadio de enfermedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Aspectos conceptuales pertinentes

2.1.1. Sentido de Coherencia (SOC):

El origen se remonta a la Segunda Guerra Mundial, donde muchas personas perdieron familiares, sufrieron constante exposición a la muerte, perdieron bienes, sufrieron frío y violencia en condiciones deplorables. Antonovsky, investigador de la Universidad de Ben-Gurion de Negev en Beer Sheva, Israel, se dedicó a estudiar los factores que facilitaban el bienestar personal, de manera que integró tres factores: nivel de conexión entre los individuos, su experiencia y la historia social (Fernández, M., 2009, p.101). Es así que, al igual que Víctor Frankl (citado en Fernández M., 2009) , “creador de la logoterapia, encontró que la gente que tenía un claro sentido del significado de sus vidas y un fuerte sistema de creencias espirituales o filosóficas enfrentaban mejor los momentos traumáticos” (p.100).

Antonovsky (1987, citado en Fernández, 2009, p.100) considera al SOC como parte de su modelo salutogénico, a partir de él considera una mirada dinámica del bienestar humano, centrándose en investigar el origen de la salud en lugar de buscar explicaciones en las causas de la enfermedad, es decir, este autor propone estudiar la salutogénesis, en lugar de centrarse solo en estudiar la patogénesis.

Además, según Antonovsky (1979 citado en Fernández, M., 2009, p.100), el modelo salutogénico, busca terminar con la división que se realiza frente a los términos bienestar y enfermedad, proponiendo un continuo entre ambos opuestos o polos; es por ello, que sugiere que no existe ningún ser humano totalmente sano o enfermo, ya que resultaría totalmente arbitrario hablar de forma absoluta de estado de enfermedad o salud, proponiendo entonces que los seres humanos nos movemos continuamente entre un polo y otro, entre la salud y la enfermedad.

Entonces, para Antonovsky (1987, citado en Fernandez M., 2009, p. 10), la naturaleza del ser humano se caracteriza por la presencia de estresores, es en este sentido, la forma de responder al ambiente y al estrés sería fundamental en la promoción de una buena salud. Por ello, este modelo nos permitiría mostrar como las personas poseen capacidades para ajustarse satisfactoriamente a situaciones de estrés, es decir cuentan con un buen afrontamiento, moviéndose hacia el polo de la salud.

Por lo tanto Antonovsky (1987), plantea o define al sentido de coherencia como:

Una orientación global que expresa el grado en el que uno tiene un sentimiento de confianza profundo, generalizado y perdurable, aunque dinámico, de que (1) los estímulos derivados de los medios interno y externo en el curso de la vida son comprensibles, estructurados, predecibles y explicables; (2) uno dispone de recursos para satisfacer las exigencias de estos estímulos, los recursos son manejables y están disponibles con respecto a las demandas que el individuo se va a encontrar derivadas de esos estímulos; y (3) esas demandas son retos, con significado, dignos de implicarse y comprometerse (p. 19).

Antonovsky se refirió a este término como una disposición relativamente estable que lleva a evaluar las situaciones de la vida como significativas, manejables y predecibles (Antonovsky, 1987 citado en Fernández, M. 2009, p. 103). El autor propone que, a mayor cantidad de sentido de coherencia, existe mayor posibilidad de bienestar, comprendiendo así a la salud como un continuo, el cual el individuo tiene la tendencia a alcanzar (Antonovsky, 1990).

Para comprender mejor el constructo, Antonovsky (1990, citado en Saravia 2011) lo divide en tres componentes que forman parte de su definición, estos son:

Comprensibilidad

Es la capacidad que tienen las personas para dar un sentido cognitivo al estímulo que se deriva de estímulos internos y externos relacionados al ambiente. Es decir, las personas con comprensibilidad poseen la habilidad de darle sentido a las situaciones o estímulos que los sorprenden de manera que establecen conexiones ordenadas de lo que sucede en su entorno y creen que la vida es predecible (Antonovsky, 1990, citado en Saravia 2011, p. 18).

Entonces según Saravia (2011), las personas que poseen una alta comprensibilidad, pueden percibir los estímulos de manera ordenada, estable, consistente, predecible, estructurada y clara; en lugar de desordenada o impredecible. Además, este autor, también menciona que esta característica del SOC permite tener una comprensión de lo que sucede alrededor, también eleva las expectativas y aumenta la capacidad que tienen los seres humanos para adaptarse y modificar experiencias propias; además con respecto a su entorno, el sentido de coherencia se presenta como una habilidad para entender de otras personas, permitiendo entonces una adecuada relación con el entorno social e interpersonal. Entonces, la comprensibilidad posibilita que las personas lleven a cabo conductas adaptativas frente a las diversas situaciones y también promueve una actitud flexible a los cambios que atraviesen en el futuro.

Por último, la comprensibilidad es el segundo factor más importante detrás del sentido emocional hacia la vida; permitiendo un buen entendimiento de las situaciones y generando alta manejabilidad. (Antonovsky, 1990 citado en Fernández, M., 2009, p. 104).

Manejabilidad

Se refiere al bagaje de recursos que puede tener la persona para enfrentar los estímulos de su entorno, es decir es el componente instrumental, comportamental del constructo, en donde la persona entiende que los recursos para hacer frente a diversas situaciones se encuentran a su disposición, ya sea porque se encuentran bajo su propio control o bajo el control de otros: padres, esposo, comunidad, estado o Dios; además, la persona con un alto

sentido de manejabilidad no se sentirá como víctima y tampoco creará que la vida lo trata de manera injusta, es decir la persona cuenta con habilidades para afrontar la circunstancia. Si el individuo no cree que los recursos son accesibles, el sentido de la situación y las habilidades de afrontamiento se ven afectadas (Antonovsky, 1990 citado en Fernández, M., 2009, p. 104).

Sentido Emocional a la vida

Es la habilidad que tienen las personas para dar sentido afectivo a la vida, entendiéndose como la capacidad para invertir la energía en los problemas que existen en el ambiente, dándole sentido a las situaciones, lo cual demuestra compromiso cuando las dificultades del ambiente representan retos estimulantes (Antonovsky, 1990 citado en Saravia J., 2011, p. 19).

Por lo que, las personas que cuentan con un alto sentido emocional, son personas que poseen una visión de compromiso en diversas áreas de su vida, consideran además que en estas áreas vale la pena emplear tiempo y esfuerzo; además, las demandas del medio son consideradas como retos dignos de invertir energía (Antonovsky, 1987 citado en Saravia, J., 2011, p. 19).

Es importante mencionar que, si bien los tres componentes son necesarios, el factor sentido emocional es el más importante, ya que sin un componente motivacional, alta comprensibilidad y manejabilidad se volverían temporales; además, cuando la persona está interesada y dispuesta se da un saludable afrontamiento de la situación, ya que se logra el entendimiento de la situación y la utilización de sus recursos (Antonovsky, 1990 citado en Saravia, J., 2011, p. 20).

Entonces, el sentido de coherencia es un concepto de carácter universal, que va más allá de la cultura y de la economía (clase social). En este sentido, una persona con alto SOC, seleccionará estrategias de afrontamiento cuya probabilidad de éxito pueden asegurarle la ejecución de conductas exitosas que favorecerán su calidad de vida (Antonovsky, 1992).

El sentido de coherencia, entonces, no es un tipo de afrontamiento, ni representa un rasgo de personalidad; se refiere entonces a la base de un afrontamiento exitoso, en cualquier cultura, en cualquier clase social y en cualquier individuo (Antonovsky, 1993; Langius y Björvell, 1996 citado en Fernandez, M. 2009, p.105).

Por otro lado, es importante mencionar que Antonovsky (1987 citado en C. Rohani, H. Abedi, K. Sundberg & A. Langius, 2015) hipotetizó un alto SOC como un recurso salutogénico, que promueve salud positiva, y además se desarrolla a medida que la edad aumenta. El autor también relaciona el SOC con los recursos de resistencia generalizados (GRR), este término GRR se refiere a una cantidad de recursos que están vinculados a la persona, su capacidad y su entorno. Los GRR son creados por experiencias de vida e incluyen disposiciones genéticas y psicosociales, como la identidad del ego (fuerza), el conocimiento, la inteligencia, la riqueza, apoyo social, estabilidad cultural y religión, todo lo cual hace que la energía esté disponible para hacer frente a los factores estresantes (Antonovsky, 1993 citado en C. Rohani, H. Abedi, K. Sundberg & A. Langius, 2015). Cuando los GRR son insuficientes, la persona no se adapta bien y esto puede generar déficits de resistencia generalizados (GRD). Entonces, el SOC está formado por GRRs y GRDs y por la propia experiencia de vida (Hohmann-Viney, 2015).

Además, Antonovsky describió que el SOC está completamente desarrollado hacia el final de la tercera década de la vida, y de ahí en adelante muestra fluctuaciones menores y temporales en respuesta a situaciones estresantes (C. Rohani, H. Abedi, K. Sundberg & A. Langius, 2015). El inicio de la cuarta década de la vida, está asociado al concepto de adultez media planteada por Papalia, Wendskos & Duskin (2010), quienes mencionan que el nivel cognitivo en esta etapa, las habilidades mentales básicas como las de resolución de problemas o la experiencia alcanzan su cima. Ya que estos adultos pueden conciliar sus pensamientos o ideas con hechos contradictorios, de manera que van añadiendo nueva información; además,

en esta etapa las personas escuchan lo que reciben de su entorno y le dan un significado, filtrando a través de su experiencia y aprendizaje toda su vida, estas características mencionadas corresponden al pesamiento post formal (Papalia, Wendskos & Duskin, 2010). También es importante mencionar que las personas en esta etapa se encuentran mejor preparadas para afrontar situaciones de estrés en comparación con otros grupos de edad, ya que cuentan con una mejor forma de hacer frente a las situaciones de estrés, son más capaces de aceptar las cosas que no se pueden cambiar, es así que se ha encontrado que en mujeres, el patron de respuesta frente a situaciones de estrés, están mas ligadas al cuidado y a la cordialidad, de manera que ellas se involucran más en actividades afectivas que permiten reforzar su seguridad, además a través de la redes sociales que establecen intercambiar roles, recursos y responsabilidades que contriubuyen a su bienestar (Papalia, Wendskos & Duskin, 2010).

En este contexto, Torres B., (2014), encontró en pacientes con cáncer de mama que pertenecen a la adultez media, una relación directa entre el SOC y el soporte social que reciben. Según el Modelo Salutogénico, el soporte constituye ser uno de los Recursos Generales de Resistencia externos más importantes para el desarrollo de un fuerte SOC (Antonovsky, 1987). En el caso de las pacientes que padecen cáncer de mama, el Soporte Social fortalece y promueve su Sentido de Coherencia pues disminuye la preocupación por el progreso de la enfermedad, así como los sentimientos de culpa y vergüenza, entre otros malestares (Jefte, Liu, Schootman y Waters, 2013; Kronfeld y Kulik, 2013). Dentro de estos beneficios que brinda el Soporte social, se encuentra menos ansiedad de muerte en pacientes oncológicos que cuentan con este recurso (Adelbratt y Strang, 2000; Gonen, Kaymak, S., Cankurtaran, E., Karšlioglu, E., Ozalp E. y Soygur, H.. 2012; Jo, K. y Song, B., 2012).

Por otro lado, una característica común en la adultez media, es la aparición de la menopausia, cambios en su estado físico y psicológico. Lo cual implica no solo la presencia

de bochornos (Saucier, 2004; Zerbe, 2003; citados en Torres B., 2014), sino también cambios en el estado de ánimo como irritabilidad, agresividad, ansiedad, agitación, dificultad para concentrarse, tensión, fatiga (The Scott Hamilton CARES Initiative, 2013; Saucier, 2004; Zerbe, 2003; Fitzpatrick, 2004; citados en Torres, B. 2014). Desde el Modelo Salutogénico de Antonovsky (1993), estos síntomas de tensión, ansiedad, irritabilidad o falta de concentración reflejan el debilitamiento de algunos Recursos generales de resistencia propios del área física y bioquímica de la paciente. Convirtiéndose entonces, en estresores que las pacientes que se encuentran en la etapa adultez media tienen que manejar, a diferencia de las más jóvenes.

Dentro del tratamiento del cáncer de mama, se toma en cuenta la cirugía (parcial o total), quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y de forma paralela los médicos y el personal de salud brindan indicaciones a las pacientes para que realicen conductas saludables como: dieta balanceada, realizar ejercicios, cuidar las zonas afectadas, y asistir a sus citas programadas; estas indicaciones más el tratamiento propio del cáncer empiezan a formar parte de la vida de las pacientes una vez reciben el diagnóstico. Así mismo, es importante mencionar que según el Modelo Salutogénico, el cáncer de mama es un estresor en sí mismo pues implica la deficiencia de un Recurso General de Resistencia como es la pérdida de un adecuado estado físico (Antonovsky, 1979, citado en Taylor, 2007); además el cáncer es un estresor que impacta en sus vidas, promoviendo que ellas afronten una variedad de eventos estresantes durante los diferentes estados de la enfermedad, incluyendo efectos colaterales del tratamiento, recurrencia o preparación para la muerte en caso de una fase terminal (Browall, Fall-Dickson, Gaston, Kenne y Persson, 2013; citado en Torres, B. 2014).

Se ha encontrado evidencias del rol amortiguador que cumple el SOC sobre el impacto que tiene el cáncer en el bienestar de estas pacientes; es así que, en un estudio con pacientes de cáncer de mama que tenían un sentido de coherencia más alta presentaban una asociación

directa con una mejor salud general percibida y bienestar mental a corto plazo después de la cirugía de cáncer de mama (Poppius, E., Virkkunen H., Hakama M., & Yenkanen, 2006 citado en Lindblad C., 2016). En esta línea, Kenne, E., L. Persoon, M. Browall, J. Dickson & F. Gaston (2013) encontraron una relación positiva entre el SOC y la capacidad para enfrentar el problema y darle un significado a la experiencia de la enfermedad, lo cual influyó de forma positiva en su bienestar. Así mismo, en un estudio longitudinal, se ha demostrado el efecto mediador del SOC en dos momentos (antes del diagnóstico y 6 meses después), es así que es considerado como un recurso interno que influye positivamente en las respuestas que presentan estas pacientes con el tiempo y refuerzan también la calidad de vida de las mismas (C. Rohani, H. Abedi, K. Sundberg & A. Langius, 2015).

2.1.2. *Adhesión al tratamiento*

Según Viveros & Ortega (2011, p. 80), la poca adhesión al tratamientos de pacientes crónicos, genera consecuencias adversas para la salud del paciente, y también para el sistema de salud ya que aumenta el costo económico en la calidad atención a la población por la alta demanda; así mismo, con respecto al paciente, este puede ver afectada su enfermedad, perdiendo entonces el control de su evolución y contribuyendo a la disminución de su calidad de vida ya que puede presentar complicaciones o secuelas en su enfermedad que podría conducirle a recaídas o progresión de su enfermedad y también resistencia a los medicamentos.

Es así que, según las cifras de la Organización Mundial de la Salud, en los países desarrollados el promedio de adhesión a tratamientos es del 50 %, porcentaje que es menor en los países en vía de desarrollo (Sabaté E., 2003 citado en Mejía, Piña, Méndez & Laborin, 2013, p.143). Hoy en día se evidencia que el porcentaje de adhesión en estudios con pacientes oncológicos oscila entre el 20% y el 100%, siendo menor el porcentaje de adhesión a tratamientos prolongados como la quimioterapia o radioterapia (Palacios y Vargas, 2011,

p.435). Además, en un estudio reciente en Brazil con pacientes con cáncer de mama bajo tratamiento adyuvante sometido a intervención nutricional educativa, encontraron una baja prevalencia de adhesión a la terapia farmacológica, entre el 28.1% y el 88.2% de los usuarios se adhieren al tratamiento (Ftitzen, J., Motter F., Vieira V., 2017).

Se ha encontrado también, que en pacientes con cáncer de mama y enfermedades hematológicas malignas, según las definiciones y la metodología, la tolerancia osciló entre 16 y 100%. (Foulon V, Schoffski P, Wolter P 2011 citado en Bouwman, L., Eeltink, C., Visser, O., Janssen, J & Maaskant, J., 2017). Otra revisión sistemática sobre la adherencia en pacientes con neoplasias hematológicas informa tasas de adherencia entre 20 y 53% en pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) y tasas de no adherencia del 6-35% en pacientes con leucemia linfocítica aguda (LLA) (Bouwman, L., Eeltink, C., Visser, O., Janssen, J & Maaskant, J., 2017).

Otro estudio en población con neoplasias hematológicas, encontró que la prevalencia de no adhesión fue del 50%. Además, encontró que la edad más baja es el factor de riesgo más importante para la no adherencia. Así mismo, la fatiga y el nivel de educación superior son buenos predictores para la adherencia (Bouwman, L., Eeltink, C., Visser, O., Janssen, J & Maaskant, J., 2017).

Por último, es importante mencionar que en la actualidad son pocas las evidencias en cifras que hablen de la adhesión a tratamientos oncológicos, esto es por la discusión que existe en torno al término de adhesión, lo que dificulta su medición o estudio (Mejía, 2013).

Existe una diversidad de conceptos con respecto a la adherencia, se utiliza el término *cumplimiento* como “el grado o extensión en el que una conducta guarda correspondencia con determinada recomendación, como sería el caso de consumir un medicamento según se prescribió” (Haynes, 1979 citado en Viveros & Ortega, 2011, p. 80). Por otro lado, se utiliza el término *adherencia* como “la implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de

comportamiento aceptado de un mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo & DiNicola, 1982 citado en Viveros & Ortega, 2011, p. 80).

Para Piña (2012), existe la necesidad de contar con una definición alternativa que ayude a una mejor comprensión y delimitación de parámetros para la evaluación de la adhesión. Por ello en esta investigación nos basaremos en la definición propuesta por Piña y Sánchez (2007), quienes considera que la adhesión es:

La frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud pone en práctica, a lo largo de un periodo variable y a partir de las competencias que dispone, una diversidad de comportamientos que le permiten cumplir de modo eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud (p. 401).

De modo que, la adhesión constituyen el componente final de una secuencia de conductas, que la persona o paciente lleva a cabo una vez recibido el diagnóstico de una enfermedad y además ha sido expuesta a los tratamientos que le corresponden (Sánchez-Sosa JJ., 2002).

En este sentido, de acuerdo a lo planteado por Piña (2012, citado Mejía R., 2013):

[...] para poder dar cuenta de porqué y en qué circunstancias una persona práctica conductas de adhesión es fundamental disponer de elementos teóricos para así realizar un análisis adecuado y así mismo plantear una medición sistemática de las variables psicológicas que actúan como predictores en dicha práctica [...] (p.28).

Para tal objetivo, Piña (2012) propone un modelo teórico que explicaremos después de revisar los modelos tradicionales que existen en la actualidad para explicar las conductas de adhesión.

La psicología de la salud, ha estudiado diversos modelos teóricos tradicionales

relacionados con la conducta de adhesión, siendo las más principales: la teoría de autoeficacia, teoría de acción razonada, el modelo de creencias en salud, modelo transteórico y el modelo de información-motivación-habilidades conductuales, las cuales se presentarán a continuación.

2.1.2.1. La teoría de la Autoeficacia

Según Bandura (1977, citado en Amigo, Fernández y Pérez, 1998), esta teoría se refiere a la certeza que tiene la persona para realizar con éxito la conducta que lo conducirá a producir los resultados que desea.

Entonces, para esta teoría, la creencia es fundamental para predecir la conducta de adhesión de una persona, aun así existan otros predictores presentes; es decir, si una persona está segura de poseer habilidades para poner en práctica una conducta, existe mayor probabilidad de que la lleve a cabo (Mejía R., 2013, p.29).

En un estudio con pacientes adultos con cáncer (Taymal, Benítez & Córdona, 2000) se concluyó que la autoeficacia en las campañas de prevención y promoción de la salud, generan influencia a la hora de iniciar o mantener conductas favorales. Así mismo, en un estudio efectuado por Anderson (2000, citado en Mejía R., 2013, p. 30) menciona que la autoeficacia permite incrementar la habilidad que tiene el paciente para guiar o poner en practica de modo independiente su tratamiento

2.1.2.2. La Teoría de la Acción Razonada

Ajzen y Fishbein (1980, citado en Mejía R., 2013, p. 30) plantean un modelo que busca relacionar las creencias, actitudes, intenciones y conductas; donde mencionan que la intención es el mejor predictor a la hora de llevar a cabo una conducta.

A su vez Ortiz y Ortiz (2007, citado en Mejía R., 2013, p. 30) refiere que la intención es predicha por la actitud que se tiene al ejecutar la conducta, además de factores sociales como las percepciones que poseen las personas acerca de su conducta; entonces, se puede

predecir con mayor exactitud la probabilidad de que una persona se involucre en conductas saludables indagando la intención que tenga esta persona en realizar dichas conductas.

Asimismo, se considera que aquellas personas que creen que tienen el control sobre su enfermedad, tienden a realizar más comportamientos que promuevan, su salud y como resultados tendrán una mejor salud (Marshall, 1991; Citado en, Norman y Bennet, 2001).

2.1.2.3. El Modelo de Creencias en Salud

Este modelo propone que para iniciar o mantener una conducta de salud, dependerá de dos factores: El primero, la percepción de amenazas sobre la propia salud, determinado por la percepción de la posibilidad de desarrollar la enfermedad y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad. Y segundo, por la evaluación de las conductas para contrarrestar la amenaza, que se da en función a la creencia en los beneficios o la eficacia de la conducta recomendada y la convicción de que los beneficios superan los costos (Ehrenzweig, 2007 y García, 2004 citado en Mejía R., 2013, p. 30).

McCord y Brandenburg (1995) encontraron que los pacientes con diagnóstico de diabetes que toman en serio su diagnóstico poseen más probabilidad de cumplir con las indicaciones médicas y adherirse a su tratamiento. Asimismo, para Ortego (2004), entre las creencias que deberían explorarse porque influyen en la adhesión al tratamiento están los objetivos esperados del mismo, la motivación, la autoeficacia percibida, la vulnerabilidad percibida y la severidad percibida. Además, Rodríguez – Marín (2008), menciona que una persona que no cuenta con un mínimo de motivación hacia su salud o no cuenta con información relevante sobre el tema, no llevará a cabo una conducta de salud sostenible.

2.1.2.4. El Modelo Transteórico

Está basado en el balance decisional, donde se propone etapas de cambio con el objetivo de explicar cómo se adquieren las conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo (Ruegiero, 1993 citado en Mejía, R., 2013 p. 31).

Se distinguen cinco etapas diferentes para el cambio: a) Precontemplación, donde el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, alrededor de 6 meses; b) Contemplación, el sujeto está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo; c) Preparación, el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro de un mes; d) Acción, el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido; e) Mantenimiento, donde se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla (García, 2004 citado en Mejía, R., 2013 p. 31).

2.1.2.5. El Modelo de Información – Motivación – Habilidades Conductuales.

Según Ortiz y Ortiz (2007 citado en Mejía, R., 2013, p. 32), refiere que la información, la motivación y las habilidades conductuales explican el 33% de la varianza del cambio conductual; es decir, con esto evidencia que la información es un requisito para alterar la conducta, pero esta por sí sola no sería suficiente para el cambio, además los autores mencionan que la motivación y las habilidades conductuales determinan el cambio conductual.

La información y la motivación entonces, genera influencia en la conducta a través de las habilidades conductuales. Esto quiere decir, que cuando las habilidades conductuales no son complicadas, como por ejemplo cuando un paciente puede llevar a cabo su prescripción basándose en la información entregada por el médico (Ortiz y Ortiz 2007 citado en Mejía, R., 2013 p. 32).

2.1.2.6. Modelo teórico de las conductas de adhesión desde una perspectiva interconductual

Piña y Sánchez (2007), proponen un modelo teórico basado en Kantor (Interconductual) y Ribes (Modelo psicológico). A partir de este modelo, es que se desarrollará esta investigación, considerando los planteamientos de Piña y Sanchez.

“Este modelo sugiere que las conductas de adhesión se ven afectadas por variables psicológicas y biológicas que interactúan interdependientemente en 4 fases, es así que se mantiene una lógica de campo donde los eventos participantes se afectan entre sí” (Mejía R., 2013, p. 33).

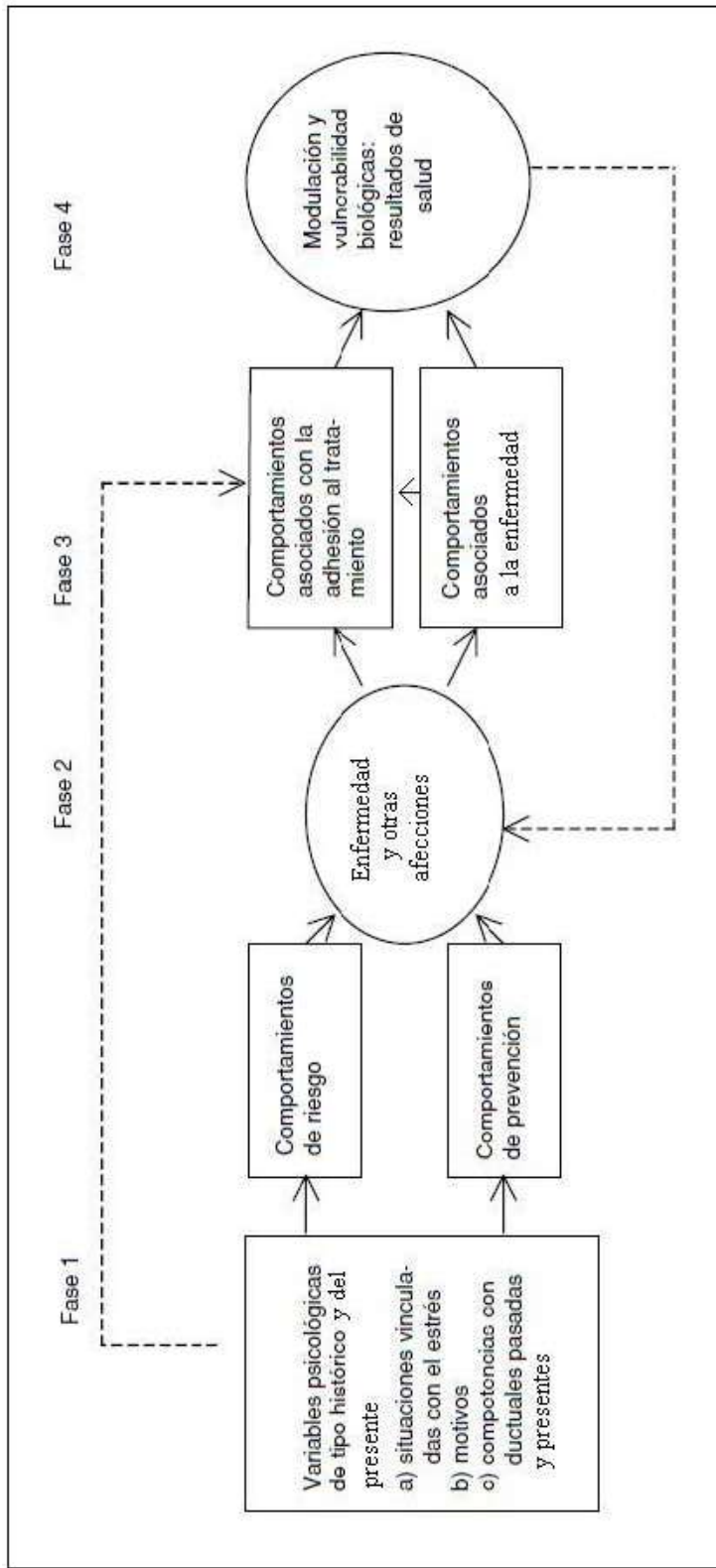


Figura 1. Representación gráfica del modelo de conductas de adhesión para enfermedades crónicas (Adaptado de

Piña y Sánchez, 2007)

A partir de la Figura 1, Piña y Sánchez (2007 citado en Piña y González 2010 p.187), explican el modelo, partiendo del supuesto de que las variables psicológicas interactúan con distintas variables biológicas a lo largo de cuatro fases, dos propiamente psicológicas que corresponden a la fase 1 y fase 3 y dos biológicas que corresponden a la fase 2 y 4. Las variables psicológicas comprenden situaciones vinculadas a estrés (Fase 1), competencias funcionales pasadas y presentes (Fase 1), motivos (Fase 1) y conductas asociadas a enfermedad (fase 3), como se observan en la figura . Por otro lado, las variables biológicas comprenden afecciones secundarias que corresponden a la Fase 2 y modulación y vulnerabilidad biológica que corresponden a la Fase 4.

Con respecto a la Fase 1, se consideran tres variables psicológicas de proceso: Las situaciones vinculadas con estrés (SVE), los motivos y el desempeño competencial (Piña y Gonzales, 2010, p.187).

Según Ribes y Sánchez (1990, citado en Piña y Sánchez, 2010), las situaciones vinculadas con estrés se relacionan con el concepto de personalidad planteado por ellos mismos, donde los definen como:

[...] los modos únicos, singulares e idiosincráticos de comportarse; comprenden situaciones tanto de la vida cotidiana como las relacionadas con la enfermedad y el tratamiento, en las que: a) las consecuencias al comportarse son impredecibles y opcionales (impredictibilidad); b) las señales de estímulo a las que hay que responder son ambiguas (ambigüedad), y c) las consecuencias de estímulo al responder, nocivas biológicamente, o su pérdida, son independientes del comportamiento de las personas (incertidumbre) (p.188).

Por otro lado, los motivos, son definidos como “una propensión a comportarse de determinada manera” (Piña y Sánchez, 2007, p. 188), es decir, son inclinaciones o propensiones que una persona tiene para comportarse en situaciones socialmente valoradas,

siempre y cuando *quiera* hacerlo en el presente en circunstancias funcionalmente similares a las que antes ha obtenido consecuencias positivas como recompensas, halagos o expresiones verbales de apoyo, entre otras. (Piña, 2009 & Ribes, 2005 citados en Piña & Sánchez, 2010, p. 188).

Finalmente, la tercera variable psicológica son las competencias conductuales, las cuales se definen según Piña (2011, 2012, citado en Piña y González, 2010) como la amplitud o variedad de comportamientos o conductas con las que cuenta la persona para dar respuesta de manera eficaz a las demandas que impone una situación social concreta, lo que implicaría entonces una organización funcional de los conocimientos, habilidades y destrezas para satisfacer dicha demanda; en este caso, poner en práctica los comportamientos de adhesión: consumir medicamentos, acudir a citas programadas, cambiar hábitos alimenticios, evitar consumo de sustancias como alcohol o drogas, etc. (p. 189).

Para el caso del cáncer, una persona es competente en la medida que sabe qué es el cáncer y sus estadios, qué tratamientos existen, sus efectos secundarios, qué consumo de sustancias hay que evitar, qué alimentos ingerir, etc. y a partir de ellos poder seguir con las recomendaciones del equipo de salud (Mejía, 2013, p. 36).

Las variables psicológicas de proceso, como son las situaciones vinculadas al estrés, los motivos y las competencias, generan influencia en la práctica de los comportamientos de adhesión, los cuales también pueden ser afectados por otros comportamientos, los denominados como asociados a la enfermedad, esta variable referida por Ribes (2008), describe estas conductas, por un lado, como relacionadas a una condición patológica y, por otro, como aquellas que adquieren autonomía en su funcionalidad sin la existencia de patología biológica. Además, el autor menciona que estas conductas se pueden presentar de 3 formas: a) Como conductas que son el efecto directo de la patología, b) conductas que se derivan del tratamiento que aplica para modificar la alteración biológica

(vómitos, náuseas y los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia) y c) comportamientos que se vinculan indirectamente con la patología a manera de reacción estrictamente psicológica con la enfermedad, por ejemplo: apatía, irritabilidad, ansiedad, depresión, etc. (Ribes, 2008 y Mejía, 2013).

Según Mejía (2013), se esperaría que una persona con bajos niveles de estrés y que haya demostrado ser competente en el pasado respecto a las mismas conductas en otras enfermedades, sumado a recibir consecuencias positivas de manera oportuna, se encuentre motivada para poner en práctica las competencias que posee y seguir las recomendaciones del equipo de salud (p. 37).

Si bien existen modelos psicológicos que explican las conductas de adhesión, también existen factores que influyen en el mismo. Es así que X. Palacios & L. Vargas (2011), en un revisión de literatura con respecto a la adherencia a la quimioterapia y radioterapia, encontró que existen factores que influyen en la adherencia en pacientes oncológicos:

- Factores biológicos:

Según el tratamiento, se ha encontrado que la adhesión es mejor entre los pacientes que toman menor cantidad de medicamentos, menor dosis del medicamento en cada administración, y en medicamentos en forma de pastillas y no en forma líquida (Tebbi, 1993 citado en X. Palacios & L. Vargas (2011). Además, muchos pacientes prefieren la administración de medicamentos antineoplásicos por vía oral que por vía intravenosa, ya que es más fácil la administración y existe menor necesidad de hospitalización (Banna, Collova, Liparo & Cavallaro, 2010 citado en X. Palacios & L. Vargas, 2011)

- Factores psicológicos:

Los conocimientos, las creencias acerca de la salud, y el optimismo influyen en la adhesión. Se ha descrito que el optimismo aumenta la percepción de calidad de vida y de

bienestar subjetivo, disminuye el estrés, aumenta las esperanzas de sobrevivir y de poder controlar las recaídas (Ramfelt E, Lützén K, 2005 citado en X. Palacios & L. Vargas, 2011)

Existen también factores sociemocionales como las relaciones sociales, la disposición emocional y los estilos de regulación emocional que influyen en las conductas de adhesión. Además, antes del inicio del tratamiento, la conciencia y el sentimiento sobre la enfermedad y los posibles resultados, así como otras condiciones psicológicas o barreras (por ejemplo, las enfermedades mentales) pueden influir en la adherencia terapéutica y por lo tanto, deben ser reconocidos (X. Palacios & L. Vargas, 2011).

- Factores sociales y culturales:

Dentro de los factores que aumentan la adhesión se encuentra el apoyo social y familiar, la cohesión familiar, los grupos de apoyo, la información del médico sobre el tratamiento a realizar, sobre los efectos secundarios y sobre el propósito del mismo (Holland 2004 citado en X. Palacios & L. Vargas, 2011).

Además, la actitud y el interés del personal de salud en el paciente y las habilidades de comunicación juegan un rol importante en la adherencia. Se ha demostrado que una adecuada relación médico-paciente se asocia con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incremento en el compromiso del paciente con su tratamiento (Kennedy BR, Mathis CC, Woods AK , 2007 citado en X. Palacios & L. Vargas, 2011).

Pese a lo fundamental que resulta el conocer la probabilidad que tiene un paciente de adherirse al tratamiento, considerando que esto es la clave del éxito en los programas de intervención en salud en enfermedades crónicas los estudios en esta línea aún son escasos (A. Urzúa, A. Marmolejo & O. Barr, 2012).

Se han realizado diversos intentos para medir los niveles de adherencia terapéutica, como por ejemplo, a través del "registro de huellas", esto es, del conteo o medición de las cantidades restantes de medicamento, a través del autorreporte, el monitoreo directo en sangre y orina de la sustancia, de sus metabolitos, de marcadores agregados o del uso de monitores de la medicación (Ehrenzweig, 2007; Maciá & Méndez, 1999; Rodríguez-Marín, 1995 citados en A. Urzúa, A. Marmolejo & O. Barr, 2012). Sin embargo, estas técnicas evalúan exclusivamente el cumplimiento del tratamiento y su componente medicamentoso, no aquellas indicaciones que se refieren a cambios de hábitos o estilos de vida (Martín & Grau, 2004 citados en A. Urzúa, A. Marmolejo & O. Barr, 2012).

Por otro lado, es importante mencionar que la no adherencia, también se asocia con resultados deficientes de salud y mayores costos de atención médica (Wu EQ, Guerin A, Yu AP, Bollue VK, Guo A, Griffin JD. 2010 citado en Bouwman, L., Eeltink, C., Visser, O., Janssen, J & Maaskant, J., 2017). Este es un factor que también debería ser considerado como influyente en la adhesión al tratamiento, ya que en enfermedades oncológicas el acceso a la medicación no siempre está al alcance de las pacientes, ya sea por los altos costos, por la lejanía de los servicios de salud o por las políticas de salud deficientes.

2.2. Investigaciones en torno al problema, nacionales e internacionales

2.2.1. Nacionales

Mejía Velarde, Richard (2013), realizó una investigación titulada *Variables psicológicas y conductas de adhesión al tratamiento oncológico en pacientes con cancer de mama* (Universidad Nacional Federico Villarreal). El objetivo de esta investigación fue identificar el valor predictivo de las competencias funcionales pasadas, competencias funcionales presentes, motivos y situaciones vinculadas a estrés en la práctica de cinco conductas de adhesión al tratamiento oncológico. La muestra es de 110 mujeres con cáncer de mama del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Los resultados, concluyen que las

variables psicológicas ejercen una influencia diferencial en cada una de las conductas de adhesión, lo que se entiende por la funcionalidad particular que adquiere cada conducta en interacción con las distintas variables.

Moya Bravo, Malhy (2014), realizó una investigación titulada *Sentido de coherencia y adhesión terapéutica antirretroviral en personas con VIH sida* (Pontificia Universidad Católica del Perú). Esta investigación tuvo como objetivo describir la relación entre el Sentido de Coherencia y la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en una muestra de 98 personas con VIH, 49 fueron hombres y 49 mujeres, entre los 20 y 66 años. Los resultados que se obtuvieron, demuestran una relación mediana significativa entre el SOC y la adhesión al tratamiento antirretroviral ($r=0.43$, $p=0.01$).

Torres, B. (2014), realizó una investigación titulada *Sentido de coherencia y ansiedad rasgo - estado en una muestra de pacientes que padecen cáncer de mama* (Pontificia Universidad Católica del Perú). La investigación tuvo como objetivo describir la relación entre Sentido de Coherencia (SOC) y la Ansiedad Rasgo- Estado en pacientes con cáncer de mamá. La muestra fue de 51 pacientes mujeres con edades entre 29 y 60 años. Los resultados que se obtuvieron mencionan que la ansiedad rasgo resultó ser mayor que la ansiedad estado; así mismo, se encontró que el sentido de coherencia se correlaciona de forma inversa con la ansiedad rasgo y ansiedad estado; por último, la relación entre el SOC y la ansiedad estado demostró ser más fuerte que su relación con la ansiedad estado. Se encontró también, que las mujeres que provenían de provincia y las mujeres mayores de 44 años presentaron mayor ansiedad estado.

2.2.2. Internacionales

Piña & Sanchez (2007) realizó una investigación titulada *Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH* (Universidad de Sonora México & Universidad Nacional Autónoma de México). Esta investigación, es la base

inicial de la formulación de la escala para medir las variables psicológicas y conductas de adhesión al tratamiento que se utilizó en esta investigación. En este estudio se presenta un modelo psicológico para la investigación de comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH, donde se agrupan a sus elemento en 4 fases, dos psicológicas y dos biológicas. Las conclusiones de este estudio, refieren que las variables psicológicas de la fase I probabilizan la ocurrencia de los comportamientos instrumentales de riesgo o prevención y que, a través de ambos, ejercen una influencia indirecta sobre los comportamientos instrumentales de adhesión, los cuales podrían ser afectados también, y de manera directa, por los comportamientos asociados con la enfermedad. En otras palabras, la probabilidad de que finalmente la persona practique los comportamientos de adhesión depende de la interacción de las variables psicológicas. Siendo posible que tanto un bajo nivel de estrés como una elevada motivación faciliten directamente un mejor desempeño competencial y la práctica de los comportamientos de adhesión.

Palacios, X. & Vargas L (2011) en su investigación *Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura* (Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia). En esta investigación se realizó una revisión de la literatura sobre la adherencia a la quimioterapia y a la radioterapia en pacientes oncológicas, quienes atraviesan durante este tratamiento altos costos biopsicosociales y culturales los cuales influyen en sus tasas de adherencia. Se identificó un porcentaje significativo de pacientes no se adhieren a los tratamientos oncológicos y que las consecuencias de no hacerlo pueden desencadenar un mayor riesgo de muerte o progresión de la enfermedad. Además, se realizo un analisis de los factores psicológicos, cognoscitivos, sociales y emocionales que aumentan y disminuyen la probabilidad de adherencia. Los investigadores concluyen que la adherencia es un constructo multifactorial y multideterminado, que ha sido estudiado en tratamiento no oncológicos y

existe escasa investigación que avale la eficacia de las intervenciones psicológicas en el abordaje de la no adherencia.

Boscaglia, N., & Clarke M. (2007) realizó una investigación titulada *Sentido de la coherencia como un factor protector para la desmoralización en las mujeres con un diagnóstico reciente de cáncer ginecológico* (Departament of Psychological Medicine, Manash University, Australia). En este estudio, se elabora hipótesis sobre bases teóricas que una fuerte SOC estaría asociada con niveles más bajos de desmoralización en el contexto de cáncer ginecológico (CG). Se contó con 120 mujeres con un diagnóstico reciente (<12 meses) de CG en clínicas para pacientes ambulatorios. Las participantes fueron entrevistadas y completaron cuestionarios de medidas de desmoralización y SOC. Un análisis de regresión múltiple se realizó con las cinco subescalas de la Escala de desmoralización como variables predictoras y SOC como la variable dependiente. En conjunto, las cinco subescalas de la Escala de desmoralización representaron el 60% de la varianza en el SOC. Los resultados apoyan la hipótesis, lo que sugiere que puede tener un efecto protector SOC contra la desmoralización en el contexto de una enfermedad grave. Se requerirían variables adicionales, tales como hacer frente, para aclarar la relación entre SOC y la desmoralización. Mientras tanto, los médicos pueden considerar los esfuerzos para mejorar SOC en los pacientes.

Rohani, C., Abedi, H., Sundberg, K. & Langius, A. (2015), realizó una investigación titulada *Sentido de coherencia como mediador de las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud en pacientes con cáncer de mama: un estudio longitudinal con diseño prospectivo* (Ministerio de Salud y Educación médica de Irñan y el Instituto Karolinska en Suecia). Se trata de una investigación longitudinal con un diseño prospectivo. Se realizaron las mediciones en dos momentos, el primero como línea de base y el segundo 6 meses después del diagnóstico de cáncer. La muestra estuvo conformada por 162 mujeres con cáncer de mama. Para medir las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud

(CVRS) se utilizaron 3 cuestionarios: la Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer QLQ-30, la Encuesta de Salud SF-12 versión 2 y el Índice de Salud. La medición del SOC como mediador se dio a través de la escala SOC -13. Los hallazgos dan soporte a la teoría de Antonovsky sobre el SOC y el enfrentamiento, se encontró que el SOC sirvió como mediador total 3 dimensiones del CVRS en ambos momentos de la evaluación (antes del diagnóstico y 6 meses después): calidad de vida general y funcionamiento cognitivo y social; y mediador parcial de los cambios en el funcionamiento emocional, la fatiga, las dificultades financieras, el bienestar y la salud mental con el tiempo. El efecto mediador longitudinal del SOC en el contexto de este estudio desde la fase de pre-diagnóstico de cáncer de mama hasta 6 meses después apoya el papel del SOC como un recurso interno que puede influir positivamente en la respuesta a los retos que se presentan con el cáncer de mama a través del tiempo y refuerza la recuperación del paciente en forma de mejor calidad de vida. Aquí, los resultados sugieren que un mayor grado de SOC puede funcionar como un mediador protector para las dimensiones de CVRS en el proceso de adaptación psicológica a la trayectoria del cáncer. La vía mediadora del SOC en el contexto de este estudio parece ser la clave para entender cómo un mayor sentido de coherencia como recurso interno puede servir como un factor psicológico protector en el proceso de adaptación de los pacientes. Los médicos podrían considerar la estructura coherente del SOC y la conexión entre el SOC y los datos de la CVRS en los planes de intervención desde la primera visita, lo cual puede ayudar a la identificación de las mujeres que están en mayor riesgo de mala adaptación a la trayectoria del cáncer de mama.

Sarenmalm, E., Browall, M., Persson, L., Dickson, J. & Gaston, F. (2013), realizó una investigación titulada *Relación entre sentido de coherencia y eventos estresantes, estrategias de afrontamiento, estado de salud y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama* (Revista de Psicooncología, dimensiones conductuales y sociales del cáncer. Estados Unidos). El

objetivo fue Poner a prueba la hipótesis de que el concepto de sentido de coherencia (SOC) de Antonovsky predice eventos estresantes, estrategias de afrontamiento, estado de salud y calidad de vida (QOL) en una cohorte de mujeres posmenopáusicas (n = 131) Métodos: Los análisis de regresión de los datos longitudinales en la línea de base a través de los 6 meses siguientes al diagnóstico de cáncer de mama examinaron las relaciones entre el SOC (versión de 13 ítems), la evaluación diaria del afrontamiento con eventos estresantes, el estado de salud y la QV (EORTC QLQ-30). Los resultados concuerdan que los hallazgos apoyan el concepto de SOC de Antonovsky. Las mujeres con SOC fuerte reportaron menos eventos estresantes y más días sin eventos estresantes. Utilizaron más estrategias de afrontamiento como la redefinición de la situación, la acción directa y la relajación, pero rara vez la religión, para hacer frente a eventos estresantes, y reportaron un mejor estado de salud y calidad de vida. Por otro lado, las mujeres con SOC débil experimentaron más angustia y utilizaron menos estrategias de afrontamiento, y más frecuentemente utilizaron estrategias de afrontamiento como la catarsis y buscar apoyo social y espiritual, pero rara vez aceptaron la situación. Reportaron también un peor estado de salud y Calidad de Vida, independientemente de la etapa de la enfermedad o el tratamiento. Las relaciones entre SOC y el estado de salud y la calidad de vida fueron lineales. Conclusiones: El sentido de coherencia predice significativamente la angustia, el número y el tipo de estrategias de afrontamiento como la acción directa y la relajación, el estado de salud y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Los datos sugieren que la escala SOC puede ser una herramienta de detección útil para identificar individuos particularmente vulnerables a la angustia e incapaces de lidiar adecuadamente. La evaluación de la fuerza del SOC puede ayudar a los profesionales de la salud a proporcionar intervenciones individualizadas del paciente.

2.3. Definiciones operacionales y de variables

Tabla 1
Definiciones operacionales

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Instrumento
Adhesión al tratamiento	“Frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud pone en práctica, a lo largo de un periodo variable y a partir de las competencias que dispone, una diversidad de comportamientos que le permiten cumplir de modo eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud” (Piña y Sánchez, 2007).	Cualitativa Nominal	Competencias pasadas: 1,2,3,4 y 5. Conductas de adhesión presentes: 6,7,8,9 y 10. Motivos: 11 y 12 Competencias presentes: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20.	Cuestionario de Variables Psicológicas y conductas de adhesión en pacientes oncológicos (VPAD).
Sentido de Coherencia	Capacidad de una persona para afrontar las demandas del medio, percibir los desafíos que lo movilizan y orientarlo positivamente hacia la vida” (Antonovsky, 1987).	Cualitativa Nominal	Comprensibilidad Manejabilidad Sentido emocional a la vida	Escala de Orientación hacia la vida Escala tipo Likert (1-7): No me ha ocurrido: 1 Me ha ocurrido o he conseguido los objetivos: 7

2.4. Hipótesis

- A mayor Sentido de Coherencia mayor adhesión al tratamiento de las pacientes con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
- A mayor Sentido de Coherencia mayor conductas de adhesión presentes de las pacientes con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
- A mayor Sentido de Coherencia mayor competencias funcionales pasadas de las pacientes con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
- A mayor Sentido de Coherencia mayor competencias funcionales presentes de las pacientes con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
- A mayor Sentido de Coherencia mayor motivos para la adhesión al tratamiento de las pacientes con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
- El 50% de la Adhesión al tratamiento puede ser predicha a través del Sentido de Coherencia
- A mayor sentido de coherencia mayor adhesión al tratamiento en pacientes sin tratamiento hormonal.
- A mayor sentido de coherencia mayor adhesión al tratamiento en pacientes del estadio I.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Nivel y tipo de Investigación:

La presente investigación es de nivel básico, ya que no busca modificar la realidad. Sin embargo genera un conocimiento sobre la posible relación entre variables. Igualmente es de tipo descriptivo porque recoge y mide datos sobre las variables sentido de coherencia y adhesión al tratamiento (Dankhe, 1986).

En lo que se refiere al tiempo es de tipo transaccional o transversal puesto que solo se recogen los datos en un solo momento (Hernández, 2006). Por último, es de tipo no experimental, ya que no se manipula ninguna de las variables (Hernández, 2006).

3.2. Diseño de investigación

El diseño de la presente investigación es Descriptivo - Correlacional, ya que su finalidad es el análisis de la fuerza con la que se asocian a las variables sentido de coherencia y adhesión al tratamiento.

3.3. Naturaleza de la muestra

3.3.1. Población

La población es de 3408, son pacientes mujeres adultas con diagnóstico de cáncer de mama que recibieron tratamiento en un Hospital de Lima Metropolitana durante los meses de Diciembre del 2015 a Abril 2016 y que fueron evaluadas durante su asistencia en consultorio externo.

3.3.2. Descripción de la población

El grupo de estudio quedó conformado por 100 pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que acuden a un Hospital de Lima Metropolitana. A continuación se describen las características de la misma, haciendo obtenido esta información a través de la Ficha de datos.

Las características sociodemográficas y clínicas que presentaron las pacientes al momento de la evaluación, son las siguientes: La edad promedio de las pacientes fue de 51 años (± 7 años) en un rango de 40 a 65 años. Según el estado civil de las pacientes, el 51% era casada, el 20% soltera, el 14% viuda, 12% divorciada y solo un 3% era conviviente. Un 5% no tenía hijos, 65% de uno a dos hijos, y el 30% de 3 a 7 hijos. La mayoría nació en Lima, y sólo 7 de ellas laboraban (cuidar ancianos, peluquería, docencia, supervisión de ventas, y expendio de comida). Al momento de la entrevista, todas se encontraban orientadas en tiempo, espacio y persona.

Tabla 2.
Características Personales

Edad (años)		Grado Instrucción	
40 a 48	37%	Primaria	5%
49 a 54	30%	Secundaria	85%
55 a 65	33%	Superior	10%
Estado Civil		Ocupación	
Soltera	20%	No trabaja	93%
Casada	51%	Trabaja	7%
Conviviente	3%	Procedencia	
Viuda	14%	Lima	76%
Divorciada	12%	Provincia	24%

En lo que respecta a las características clínicas, La frecuencia del cáncer en la mama fue prácticamente la misma en la mama derecha (51%) que en la izquierda (49%). Solamente la quinta parte de mujeres seguían un tratamiento con terapia hormonal, pero todas sin excepción eran tratadas con cirugía y quimioterapia, sin embargo al 76% también se le trató con radioterapia, tal como se muestra en la Tabla 2 en tipo de tratamiento.

El tiempo promedio transcurrido desde el diagnóstico fue de 2.2 años en un rango de 1 a 5 años, y similarmente el tiempo trascendido desde la cirugía fue de 2.1 años en un rango de 1 a 5 años. El estadio de la enfermedad más frecuente fue el II-B, seguido del II-A con frecuencias de 41% y 27% respectivamente. Una sola paciente estuvo en el estadio IV y otra en el estadio III-C.

Tabla 3
Características Clínicas

Diagnóstico		Tratamiento actual	
Ca mama derecha	51%	Control	54%
Ca mama izquierda	49%	Anastrozol	21%
Cirugía		Plaquitaxel	7%
Mastectomía	47%	Tamoxifeno	14%
Tumorectomía	53%	Tranzuman	4%
Tipo de Tto.*		Estadio	
Cx, Qx	3%	IA, IB	19%
Cx, Qx, Rx	76%	IIA	27%
Cx, Qx, Rx, Hx	21%	IIB	41%
		IIIA, IIIB, IIIC, IV	13%

* Cx=Cirugía, Qx=Quimioterapia, Rx=Radioterapia, Hx=Hormonal

3.3.3. Muestra y método de muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico de tipo accidental o por conveniencia, donde se eligió a los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión.

El tamaño de la muestra fue obtenida a través de la siguiente fórmula, la cual es aplicada cuando los objetivos a determinar son únicamente de correlación:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

Dónde:

n= tamaño de muestra ajustada

r= 0,3 coeficiente de correlación estimado para el estudio,

$z_{1-\alpha/2} = 1,96$, prueba bilateral

$z_{1-\beta} = 0,842$, prueba unilateral

Además, los datos se consideran según una seguridad del 95% y un poder estadístico de 80%.

Se obtiene una n= 85, es el mínimo número de pacientes que se necesita para el siguiente estudio.

3.3.4. Criterios de inclusión

- Pacientes entre 40 a 65 años
- Pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama
- Pacientes de un Hospital de Lima Metropolitana.
- Pacientes lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona.
- Pacientes que hayan sido sometidos a intervención quirúrgica en un tiempo mínimo de un mes
- Paciente continuador del Hospital de Lima Metropolitana que reciba tratamiento con quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal o dirigida con fin curativo.

3.3.5. Criterios de exclusión

- Pacientes nuevos
- Cáncer de mama como segunda neoplasia.

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que reciban tratamiento con fines paliativos.

3.4. Instrumentos

3.4.1. Ficha de datos:

Esta ficha recoge datos sociodemográficos y clínicos como sexo, edad, estado civil, número de hijo, lugar de procedencia, historia clínica, diagnóstico, tiempo de enfermedad, y tiempo y tipo de tratamiento (Anexo B).

3.4.2. Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ) o escala del SOC (Anexo D):

El cuestionario OLQ mide el sentido de coherencia, constructo que se relaciona con el afrontamiento de situaciones traumáticas y que se ha empleado como predictor de medidas de salud percibida y objetiva. Este constructo no se puede considerar como una estrategia de afrontamiento, ni como un rasgo de personalidad sino como una orientación a la vida (Antonovsky, 1987 citado en Lizarbe, M., Guillén, F., Aguinaga, I., Canga N., 2016, p. 239). Este cuestionario consta de 29 ítems con respuestas de escala likert de 1-7 donde 1 se refiere “nunca tuve este sentimiento”, mientras que 7 “siempre tuve este sentimiento”, que producen información cuantitativa de carácter de razón (numérico).

El OLQ (Sentido de coherencia) presenta un coeficiente de alpha de Cronbach fue de 0.84 a 0.93 (Antonovsky, 1984). Comprensibilidad obtuvo un alpha de 0.80, Sentido emocional a la vida 0.82 y Manejabilidad 0.80, con un test-retest de 0.85 (Antonovsky, 1988). Por otro lado, en nuestro país, Arévalo (2007), con la finalidad de realizar un estudio respecto al Estrés y pobreza en mujeres peruanas, realizó una adaptación de la escala del SOC a nuestro medio, con la respectiva traducción al español del instrumento. La escala en conjunto mostró ser una escala homogénea. Con un nivel de Alpha de Cronbach de .80.

En el Perú, Saravia (2011), llevó a cabo la investigación “Sentido de coherencia en pacientes limítrofes y estudiantes de ingeniería”, cuyos análisis estadísticos arrojaron que la

escala Sentido de Coherencia obtuvo un alpha de Cronbach de 0.88 de índice de confiabilidad en los pacientes límite, lo cual demuestra un elevado grado de confiabilidad. Además, se encuentra un 0.90 de alpha de Cronbach para estudiantes de ingeniería evidenciando un alto grado de índice de confiabilidad haciendo fiable la comparación de los datos.

Es importante mencionar que el Sentido de Coherencia es un constructo unitario, donde las sub escalas se relacionan entre ellas y funcionan de manera unitaria e inseparable, por ello no es posible realizar un análisis excluyente entre sub escalas; además después de realizar un análisis de diversas investigaciones no se encuentra un consenso de los ítems que corresponden a cada subescala, motivo por el cual el análisis se realiza de forma unitaria.

3.4.3. Cuestionario para medir variables psicológicas y conductas de adhesión al tratamiento oncológico por cáncer de mama (Anexo C).

Este instrumento es una adaptación del Cuestionario para medir Variables Psicológicas y Conductas de Adhesión al Tratamiento – VPAD – 24 elaborado por Piña (2010). La validación del instrumento original muestra 4 factores: Conductas de adhesión y tratamiento (7 preguntas); motivos subyacentes para cumplir o no las conductas de adhesión (4 preguntas); competencias conductuales presentes (4 preguntas) y competencias conductuales pasadas (5 preguntas). El instrumento original presenta índices adecuados de validez y confiabilidad identificados en pacientes VIH (Piña, 2010).

Mejía (2013), realizó dos modificaciones, la primera consistió en agregar las conductas pertinentes al tratamiento: asistir a consultas programadas para los tratamientos, realizar los ejercicios especificados por el médico tratante, cuidar la dieta y cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor. Se agregaron también, 4 preguntas más al factor competencias presentes, dirigidas a identificar las competencias relacionadas al tratamiento médico.

La adaptación está conformada por 22 ítems, agrupados en 4 factores. Cada una de las preguntas tiene 4 alternativas de respuesta en escala tipo Likert. Los ítems distribuidos de la siguiente manera: Cinco ítems orientados a identificar competencias pasadas (1,2,3,4 y 5); cinco para identificar práctica de conductas de adhesión a las recomendaciones médicas propias del tratamiento por cáncer de mama (6, 7, 8, 9 y 10); cuatro ítems para identificar motivos para practicar o no las conductas de asistir a citas de tratamiento (11.1, 11.2, 11.3, 11.4, o 12.1, 12.2, 12.3 y 12.4) y ocho ítems para identificar competencias presentes, de las cuales 4 identificaban competencias relacionadas al tratamiento (14, 15, 16 y 17) y las últimas cuatro identificaban competencias personales y sociales (18, 19, 20 y 21) (Mejía, 2013).

La prueba total presenta un alfa de 0.70, lo que sugiere una confiabilidad aceptable del instrumento (Mejía, 2013). Se formaron 3 factores con valores propios superiores a 1, que explican el 45,6% de la varianza. Así mismo el análisis de Ítem- total evidencia que los ítems presentan relaciones moderadas y altas con cada uno de los factores a los que corresponden, lo que sugiere que el instrumento presenta validez de constructo (Mejía, 2013).

3.5. Procedimiento

Los procedimientos necesarios para llevar a cabo la investigación son los siguientes:

- Trámite administrativo para llevar a cabo la investigación en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
- Coordinación con los jefes de las áreas donde se obtendrá la muestra para la solicitud pertinente (consultorio externo de Mamas y Tejidos Blandas)
- Identificación de los participantes a través de la obtención de las listas de atenciones en el sistema, utilizando los criterios de atención. Los días de atención en el consultorio externo son martes y jueves desde las 6 am hasta las 9 am.
- Ubicación de los participantes en consultorio externo de Mamas y Tejidos Blandos.

- La aplicación de las pruebas se realizó de manera individual, la primera información brindada fue el consentimiento informado en el que se recalcará que la presente investigación es voluntaria, la existencia de la confidencialidad en los datos a través de la codificación y los objetivos de la investigación. Asimismo, se puso énfasis que el proceso considera los principios éticos en función a la autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y responsabilidad.
- Después del consentimiento informado, se solicitó los datos demográficos de cada participante.
- Posteriormente se procedió a brindar indicaciones sobre las escalas: la primera, la escala de adherencia al tratamiento, donde cada ítem fue leído por la investigadora; segundo la escala de orientación hacia la vida que tuvo el mismo proceder.
- Al finalizar la recolección de datos, se procedió a realizar el análisis estadístico.

3.6. Consideraciones éticas

La presente investigación busca satisfacer los principios éticos de:

3.6.1. Autonomía:

Este principio es un reconocimiento explícito de la igual dignidad de las personas, pone su acento en el respeto a la voluntad del paciente (Costa & Almendro, 2005). En la presente investigación este principio será aplicado a través del consentimiento informado, donde se le explicará al paciente con un lenguaje claro y preciso el objetivo y procedimiento de la investigación, así mismo se respetará si el paciente no desea participar.

3.6.2. Beneficencia:

Este principio promueve el bienestar del paciente y la obtención de sus máximos beneficios, evitando riesgos innecesarios (Berrueta, Bellido & Carrasco, 2004). Se buscará satisfacer este principio a través del análisis que se ha realizado en la escala, cuyas preguntas no dañan, por otro lado la presente investigación busca identificar tempranamente a aquellos

posibles pacientes no adherentes para su intervención adecuada. Además, se brindará a cada participante una charla informativa acerca de la importancia de la adhesión en el tratamiento oncológico.

3.6.3. Justicia:

Este principio es descrito como la imparcialidad en la distribución de los riesgos y beneficios, procurando un trato no discriminatorio (Berrueta, Bellido & Carrasco, 2004). Este principio se logrará gracias a que la investigación utiliza un muestreo aleatorio, donde cada participante tiene igual oportunidad de pertenecer a la muestra. Así mismo, el conocimiento brindado por esta investigación será de beneficio de todos los pacientes del hospital.

3.7. Plan de análisis de datos

Los datos recolectados fueron inicialmente vaciados en una hoja de cálculo (Microsoft Excel) para su depuración y codificación; luego fueron analizados con el software estadístico SPSS-IBM 21.

En la parte descriptiva se aplicaron tablas de frecuencias y porcentajes para las variables categorizadas, y promedios y medidas de dispersión para las variables numéricas.

Para las correlaciones, primero se identificó el tipo de correlación que mejor describiría a las dos variables estudiadas a partir del gráfico de dispersión cuyo gráfico arrojó una curva – no lineal, es así que se utilizó la correlación ETA. Para identificar la predicción, se elevó al cuadrado el coeficiente de correlación ETA.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Los resultados fueron analizados considerando los objetivos planteados para el estudio.

En el Grafico 1, se puede observar la estimación curvilínea de las variables psicológicas y conductas de adhesión con el sentido de coherencia, al observar la figura y la curva que se forma de acuerdo a los puntos de dispersión, podemos identificar que la correlación a utilizar será la correlación ETA.

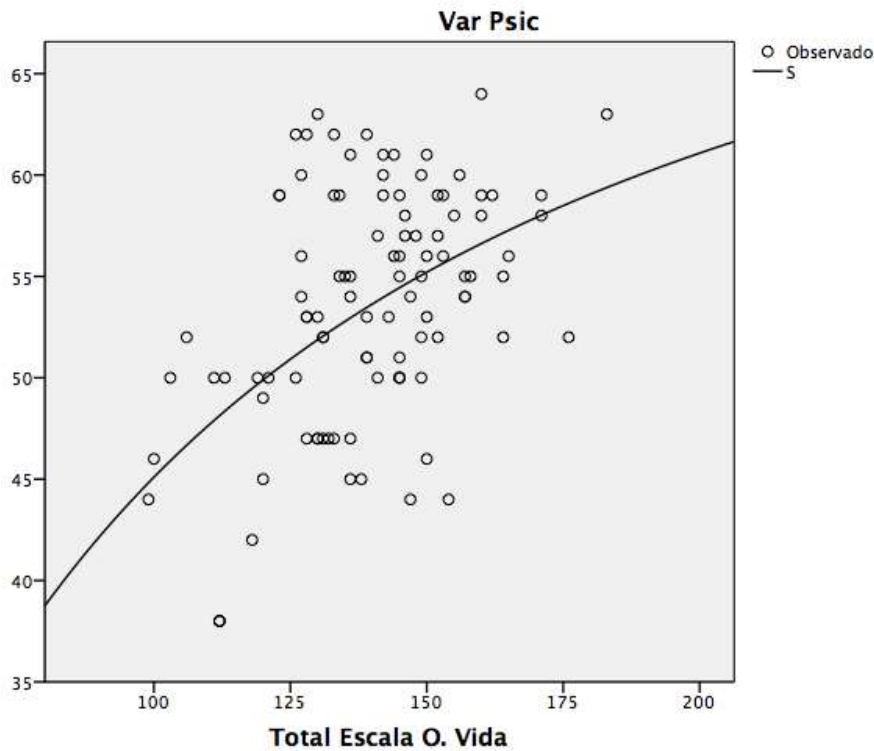


Grafico1. Gráfico de dispersión de la variable adhesión al tratamiento y sentido de coherencia

De acuerdo al objetivo general: **Conocer la relación que existe entre el sentido de coherencia y la adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.**

En la siguiente tabla, se identifica la fuerza de correlación entre el sentido de coherencia y la adhesión al tratamiento, la cual arroja un valor de 0,809; este resultado indica que la fuerza de correlación entre estas dos variables es muy alta. Por ello, se espera que a mayor sentido de coherencia, mayor adhesión al tratamiento oncológico.

Tabla 4
Coeficiente de correlación del Sentido de Coherencia y Adhesión al Tratamiento

Variables		Coef. Correlación
Nominal por intervalo	Eta Adh. Tto. dependiente	,809

Esto nos indica que las pacientes con un mayor sentido de coherencia (SOC), es decir aquellas que poseen una mejor capacidad para afrontar las demandas del medio, percibir los desafíos que lo movilizan y orientarlo positivamente hacia la vida, tienden a presentar mejor adhesión al tratamiento oncológico, esto implica llevar a cabo conductas de auto cuidado, poseer mejores competencias antes y después del diagnóstico de cáncer y además presentar motivos para continuar con dichas conductas.

Como primer objetivo específico: **Describir las conductas de adhesión presentes al tratamiento oncológico en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.**

Para las Conductas de Adhesión Presentes (Tabla 5), se indica que en las 100 pacientes, el 53% reportó practicar siempre comportamientos relacionados a asistir a sus consultas médicas, el 92% reportó asistir a sus sesiones de tratamiento para quimioterapia y/o radioterapia y/u otro tratamiento. Por el contrario, las siguientes conductas, tienen un menor porcentaje de adhesión, por ejemplo el 49% de pacientes reportan practicar siempre

comportamientos relacionados a seguir una dieta recomendada, el 31% realiza siempre los ejercicios propios para su rehabilitación y solo el 35% cuida siempre las zonas de su cuerpo.

Tabla 5
Conductas de Adhesión Presentes

Ítems	Pocas			
	Nunca	Veces	Muchas Veces	Siempre
6 ¿Asiste a las consultas programadas o el personal de salud para revisar y/o analizar su tratamiento?	0%	8%	39%	53%
7 ¿Asiste a sus citas para recibir quimioterapia, radioterapia, en la fecha programada?	0%	4%	4%	92%
8 ¿Incluye en su dieta diaria alimentos recomendados por su médico o nutricionista?	0%	8%	43%	49%
9 ¿Realiza los ejercicios físicos recomendados por los especialistas para su rehabilitación?	0%	15%	54%	31%
10 ¿Cuida las zonas afectadas por la enfermedad a la exposición de calor (cocina, plancha, sol, etc.)?	2%	20%	43%	35%
En General	0.4%	11.0%	36.6%	52.0%

En la Gráfico N°2 podemos observar que del total de conductas de adhesión recomendadas como parte del tratamiento oncológico por cáncer de mama, el 6% de personas practicaron siempre las 5 conductas recomendadas, en tanto que el 94% nunca practicó al menos una de estas conductas o dejó de practicarlas. Además, según la Tabla 3, las conductas que son menos practicadas son las que implican realizar ejercicios físicos de rehabilitación (69%) y cuidar las zonas de su cuerpo (65%).

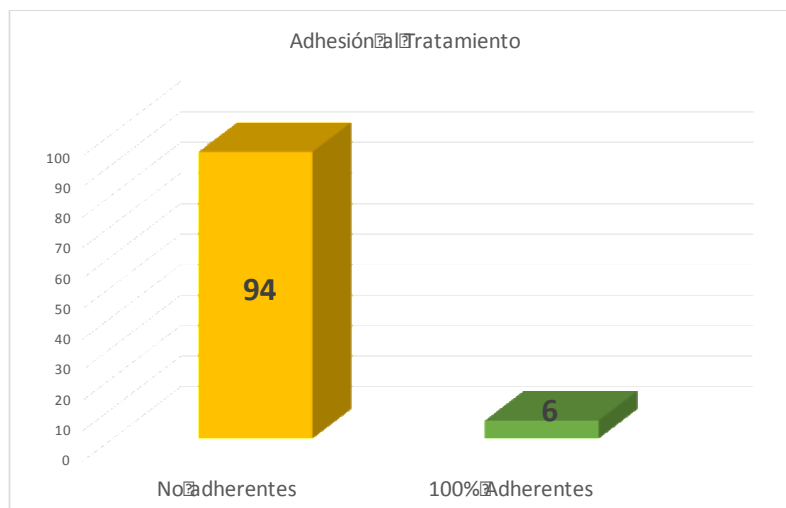


Gráfico N° 2. Adhesión a cinco conductas recomendadas en tratamiento oncológico por cáncer de mama.

Frente a estos resultados, se puede evidenciar que aquellas conductas donde la paciente tiene un rol activo como por ejemplo realizar ejercicios físicos y cuidar las zonas afectadas del calor, se ejecutan con menor frecuencia, esto probablemente sucede porque para llevar a cabo dichas conductas no se requieren de una supervisión externa.

Como segundo objetivo específico: **Describir los niveles de sentido de coherencia en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.**

Este constructo SOC se midió a través de la escala de Orientación hacia la Vida, cuyos puntajes obtenidos permitieron identificar 2 grupos de pacientes: pacientes con sentido regular (57%), y con sentido positivo (43%), esto significa que ninguna de las pacientes presentó un sentido negativo en cuanto a su orientación hacia la vida (Gráfico 3).

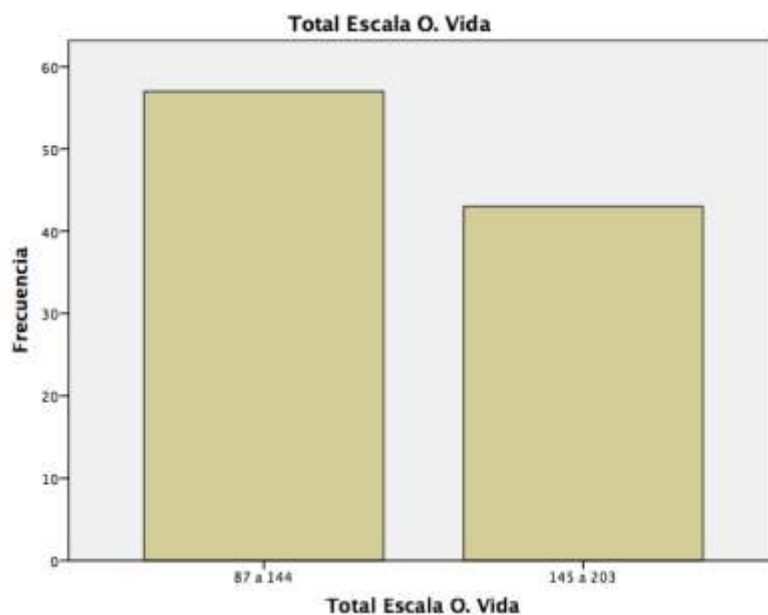


Gráfico N° 3. Sentido de Coherencia

Frente a estos resultados, las pacientes con cáncer de mama del Hospital de Lima Metropolitana poseen capacidad para percibir los estímulos de su entorno como comprensible, estructurado y explicable; además disponen de recursos para satisfacer las exigencias de estos estímulos y perciben estas demandas como retos, con significado, dignos de comprometerse e implicarse.

Como tercer objetivo específico: **Identificar la relación entre el sentido de coherencia y las competencias funcionales pasadas en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.**

En la siguiente tabla, se identifica la fuerza de correlación entre las variables Sentido de coherencia y Competencias funcionales pasadas, a través del coeficiente de correlación ETA, cuyo dato nos arroja 0,741; esto nos indica que la fuerza de correlación entre estas dos variables es muy alta, lo que se esperaría que ha mayor sentido de coherencia mayor competencias funcionales pasadas y viceversa.

Tabla 7

Coeficiente de correlación de las variables Sentido de Coherencia y Competencias funcionales pasadas

Variables		Coef. Correlación
Nominal por intervalo	Eta	Competencias Pasadas dependiente
		,741

Es decir, las pacientes que poseen una mejor capacidad para afrontar las demandas del medio y orientarlos positivamente hacia la vida, y además presentaron antes de su diagnóstico de cáncer de mama conocimientos, habilidades y destrezas para llevar a cabo conductas de adhesión, mantienen sus recursos para adherirse al tratamiento incluso después de su diagnóstico.

Como cuarto objetivo específico: **Identificar la relación entre el sentido de coherencia y las competencias funcionales presentes en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.**

En la tabla 8, se identifica la fuerza de correlación ETA entre las variables Sentido de coherencia y Competencias funcionales presentes, cuyo dato es 0,769; esto nos indica que la fuerza de correlación entre estas dos variables es muy alta, lo que se esperaría que ha mayor sentido de coherencia mayor competencias presentes y viceversa.

Tabla 8

Coeficiente de correlación de las variables Sentido de Coherencia y Competencias Presentes

Variables		Coef. Correlación
Nominal por intervalo	Eta	Competencias Presentes dependiente
		,769

Es decir, las pacientes que poseen una mejor capacidad para afrontar las demandas del medio y orientarlos positivamente hacia la vida, tienden a tener mejores recursos

(conocimiento, habilidades y destrezas) para poner en práctica los comportamientos de adhesión después del diagnóstico de cáncer.

Como quinto objetivo específico: **Identificar la relación entre el sentido de coherencia y la variable psicológica “motivos subyacentes para cumplir o no las conductas de adhesión”, en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.**

En la tabla 9, se identifica la correlación entre la variable sentido de coherencia y competencias presentes, donde se obtuvo 0.855, este valor nos indica que las variables presentan una correlación alta, de manera que a mayor sentido de coherencia la pacientes presentan mejores motivos para su adhesión al tratamiento.

Tabla 9

Coefficiente de correlación de las variables Sentido de Coherencia y Motivos

Variables			Coef. Correlación
Nominal por intervalo	Eta	Motivos dependiente	,855

Es decir, las pacientes que poseen una mejor capacidad para afrontar las demandas del medio y orientarlos positivamente hacia la vida, tienden a llevar a cabo conductas de adhesión en el presente ya que las consideran oportunos y pertinentes, además asocian esta forma de comportarse con la percepción positiva de su salud, refuerzo del médico tratante y de la familia.

Como sexto objetivo específico: **Identificar la relación entre el sentido de coherencia y las conductas de adhesión presentes y en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.**

En la tabla 10, se identifica la fuerza de correlación ETA entre las variables Sentido de coherencia y Competencias funcionales pasadas, cuyo dato nos arroja 0,749; esto nos indica que la fuerza de correlación entre estas dos variables es muy alta, lo que se esperaría que ha mayor sentido de coherencia mayor ejecución de conductas presentes y viceversa.

Tabla 10

Coefficiente de correlación de las variables Sentido de Coherencia y Conductas presentes dependientes

		Variables	Coef. Correlación
Nominal por intervalo	Eta	Conductas Presentes dependiente	,749

Como séptimo objetivo específico: **Identificar el valor predictivo del sentido de coherencia en adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.**

El valor predictivo se obtuvo con el coeficiente de correlación ETA al cuadrado, obteniendo como resultado 0.6544. Es así que podemos decir que el 65.44% de la adhesión al tratamiento puede ser predicha a partir de la variable sentido de coherencia.

Esto quiere decir que el sentido de coherencia representa un predictor de la adhesión al tratamiento, lo que implica que las pacientes con un alto sentido de coherencia, tienen mayor posibilidad de llevar a cabo conductas de adhesión, presentaron competencias como conocimientos y habilidades no solo frente a su diagnóstico de cáncer sino también en el pasado frente a otras enfermedades y además consideran que sus conductas de adhesión son oportunas, pertinentes y contribuyen a su calidad de vida.

Como octavo objetivo específico: **Identificar la relación que existe entre el sentido de coherencia y la adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, controlando la variable tipo de tratamiento.**

La Tabla 11, nos indica las correlaciones ETA entre las variables estudiadas, controlando el tipo de tratamiento que reciben las pacientes con cáncer de mama, debido a que este grupo presenta de forma general tratamiento de quimioterapia, radioterapia y cirugía, se encontró que la diferencia radica en la utilización del tratamiento hormonal, por ello, se dividen a las pacientes en dos grupos *con tratamiento hormonal* y *sin tratamiento hormonal*, es así que en las pacientes SIN TRATAMIENTO HORMONAL, se encontró una correlación de 0.777 entre las variables psicológicas y conductas de adhesión con el sentido de coherencia; por otro lado, con respecto a las pacientes CON TRATAMIENTO HORMONAL, la correlación sigue siendo fuerte, pero menor al grupo anterior, con una $r=0.687$.

Tabla 11

Sentido de Coherencia y Adhesión, controlando la variable tipo de tratamiento

Tratamiento					Coef. correlación
Sin hormonas	Nominal por intervalo	Eta	Adh. Tto. dependiente		,777
Con Hormonas	Nominal por intervalo	Eta	Adh. Tto. dependiente		,687
Total	Nominal por intervalo	Eta	Adh. Tto. dependiente		,709

Los resultados obtenidos controlando la variable tipo de tratamiento no nos brinda diferencias significativas entre las variables sentido de coherencia y adhesión al tratamiento; por lo que la relación entre ambas variables no se ve afectada por el tipo tratamiento que reciban las pacientes.

Y como noveno objetivo específico: **Identificar la relación que existe entre el sentido de coherencia y la adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, controlando la variable estadio.**

Para un mejor análisis y control de la variable estadio, se dividió a la población en 3 grupos, pacientes con estadio IA y IB, pacientes con estadio IIA y IIB y pacientes con estadio III y IV. En la tabla N° 12 se identifica la correlación entre las variables estudiadas, donde se encontró que las pacientes con estadio IA y IB, presentan una correlación ETA de 0.887, las pacientes con estadio IIA y IIB una correlación de 0.725 y las pacientes con estadio III y IV una correlación de 0.850. Es así que las pacientes con estadio I presentaron mayor fuerza correlacional entre adhesión al tratamiento y el sentido de coherencia; sin embargo las diferencias no son significativas; esto nos permitiría concluir que la relación entre el sentido de coherencia y la adhesión al tratamiento no se ve afectada por el estadio en el que se encuentren estas pacientes.

Tabla 12

Sentido de coherencia y Adhesión al tratamiento, controlando la variable Estadio

Estadio		Coef. De correlación		
IA, IB	Nominal por intervalo	Eta	Adh. Tto. dependiente	,887
IIA, IIB	Nominal por intervalo	Eta	Adh. Tto. dependiente	,725
III, IV	Nominal por intervalo	Eta	Adh. Tto. dependiente	,850
Total	Nominal por intervalo	Eta	Adh. Tto. dependiente	,709

CAPITULO V

DISCUSIÓN

De acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación, el objetivo general es conocer la relación que existe entre el sentido de coherencia y la adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama, donde se obtuvo una fuerte correlación de 0,709, es así que a mayor sentido de coherencia se espera que las pacientes cuenten con una mejor adhesión al tratamiento. Esta información, podemos relacionarla con la investigación realizada por Moya, M. (2009) en Perú, quien describió la relación entre sentido de coherencia (SOC) y adhesión al tratamiento antirretroviral, donde encontró una relación mediana significativa entre estas dos variables ($r=0,43$), concluyendo que a mayores niveles de SOC se esperaría mayores niveles de adhesión al tratamiento en su población estudiada. Además según la teoría planteada por Antonovsky (1987), las personas con sentido de coherencia alto tienen una mayor probabilidad de adoptar conductas saludables, poseen un nivel de salud autoreferido más estable ante acontecimientos vitales de carácter estresante (Richardson, 2005), esto nos permitiría decir que las pacientes con cáncer de mama de esta investigación, al enfrentar una situación estresante no solo por el diagnóstico sino también por el tratamiento que implica su enfermedad, y la etapa de desarrollo que atraviesan; y además contar con un SOC alto o regular tienden a adoptar conductas más saludables no solo de implicancia físicas sino también psicológicas, que les permitirá tener mayor adhesión a su tratamiento, lo que implicaría contar con competencias (conocimientos habilidades y destrezas) para llevar a cabo conductas de autocuidado, y además considerar que dichas conductas son pertinentes y coherentes con el tratamiento y contribuyen con su percepción de salud. Así mismo, la variable SOC representa entonces un rol amortiguador en el impacto que tiene el cáncer de mama en estas pacientes, ya que al enfrentar esta situación de estrés generan en ellas diversos efectos colaterales a nivel físico y emocional, de manera que un alto SOC les

permitiría contar con mayores recursos para orientarse de forma positiva, además se ha encontrado en una investigación realizada por Torres, B. (2014) en el Perú, con la misma población, que el SOC no solo provee de mayor capacidad para percibir al mundo como predecible y manejable, sino también presenta una relación inversa la ansiedad rasgo-estado, de manera que refuerza lo que plantea Antvosky acerca del SOC como una variable estable en el tiempo y además como un factor que promueve la salud.

De acuerdo al primer objetivo específico, donde se describe las conductas de adhesión presentes, se encontró diferencias en la ejecución de conductas recomendadas para el tratamiento, es así que un 53% refieren asistir “siempre” a consulta médica, 92% reciben “siempre” tratamiento de quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal. Mientras que un 49% de las pacientes refieren seguir “siempre” un dieta recomendada, 31% realizan “siempre” ejercicios físicos para la rehabilitación del brazo y 35% cuidan “siempre” las zonas afectadas de la exposición al calor. Estos datos obtenidos, se relacionan con lo encontrado por Mejía (2013), quien identificó que las practicas más frecuentes en pacientes con cáncer de mama corresponden a asistir a citas médicas (83%), asistir a tratamientos como la quimioterapia y radioterapia (93%) y en menor porcentaje seguir dieta balanceada (53%) y realizar ejercicios (34%) y cuidado de zonas afectadas (40%). Otras investigaciones que contribuyen con lo que se ha encontrado en esta investigación, es de los autores Alayón y Mosquera (2008) quienes estudiaron a una muestra de pacientes diabéticas, donde encontraron bajas tasas de adhesión en: realizar ejercicios físicos, seguir dieta balanceada y en el cuidado de miembros inferiores. De un modo semejante Torres y Piña (2010), con pacientes de VIH, reportaron porcentajes bajos en la práctica de ejercicios físicos (31%) y seguir dieta recomendada (37%), en tanto que el consumo de medicamento alcanzó porcentajes elevados de adhesión (89%). Todas estas investigaciones, incluido lo encontrado en la presente, nos alerta sobre la complejidad en la ejecución de conductas de adhesión vinculados al cambio del estilo de vida (alimentación,

ejercicios y cuidados) cuya importancia es igual a la del consumo de medicamentos, ya que al no cumplirlas generan otras afecciones como celulitis en las zona próximas donde se intervino quirúrgicamente, por ejemplo, en pacientes que no cuidan las zonas afectadas o no realizan los ejercicios indicados, requiriendo así mayor intervención. Por otro lado, Ortiz y Ortiz (2007), realizó una revisión de literatura sobre la adherencia terapéutica en diferentes enfermedades crónicas y agudas y mencionan que las tasas son diferentes de una patología aguda versus una crónica. Estos autores, también refieren que, cuando el tratamiento de la enfermedad consiste en un patrón complejo de conductas e invaden diferentes aspectos del paciente, estos tienden a afectar la adhesión terapéutica, por lo que podría establecerse una relación entre mayor complejidad del tratamiento, menos adherencia terapéutica; sin embargo lo que hemos encontrado en esta investigación es que el 92% refieren que “siempre” asistieron a sus tratamientos de quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal, y este tipo de tratamiento indudablemente afecta diferentes aspectos no solo físicos sino también emocionales, sin embargo, estos tipos de tratamiento son fundamentales para el pronóstico de la enfermedad, por lo que sería importante realizar mayor investigación con respecto a la adhesión al tratamiento oncológico, en forma específica. Por otro lado, se encontró que solo el 6% reporta cumplimientos de manera consistente en las cinco conductas de adhesión estudiadas. Esto también fue hallado por Mejía (2013), donde solo el 10% de su población realizaron siempre las 5 conductas, y además detalla que el tiempo de enfermedad de las participantes fue de 9,8 meses y el tiempo post quirúrgico fue de 6.5, por lo que son personas que han tenido poco tiempo para ajustarse al proceso de enfermedad, concluyendo que entre menor sea el tiempo transcurrido desde diagnóstico y menor el tiempo desde el inicio del tratamiento, mayor es la posibilidad de observar una respuesta de estrés ante esas situaciones; sin embargo el tiempo de enfermedad de las pacientes de esta investigación fue de 2.2 años y el tiempo post cirugía fue de 2.1 años, esto indicaría que el tiempo no es un factor para indicar

cuándo una persona se ajusta o no mejor a llevar a cabo conductas saludables, especialmente siendo el cáncer una enfermedad donde existe una constante presencia de incertidumbre (adherirse al tratamiento no necesariamente se refleja en mejoras inmediatas), ambigüedad (efectos desagradables del tratamiento, que pueden generar la duda de si el tratamiento es o no efectivo) y es impredecible. Una variable más importante que el tiempo y con mayor influencia, sería el sentido coherencia, ya que al ser la capacidad que tiene la persona para orientarse a la vida de forma saludable, ejerce influencia no solo frente a un diagnóstico de cáncer sino también frente a otras enfermedades y situaciones de estrés.

De acuerdo al segundo objetivo específico, donde se describe la variable sentido de coherencia, se encontró que el 57% de las pacientes cuenta con un sentido regular y el 43% un sentido alto o positivo, de manera que no se identificó a ninguna pacientes con un sentido de coherencia negativo; este resultado se contrasta con la mencionado por Papalia, Wendskos & Duskin (2010), quienes al describir las características de las personas que atraviesan la adultez media refieren que en esta etapa, las personas se encuentran más preparadas para afrontar situaciones de estrés, en comparación de otros grupos de edad, ya que, en esta etapa las personas poseen mejor percepción de lo que quieren hacer para cambiar las situaciones problemáticas y probablemente son más capaces de aceptar aquellas cosas que no se pueden cambiar; así mismo, estas personas lograron aprender estrategias que les permite reducir o minimizar su estrés; además, encontraron que las mujeres poseen un patron de respuesta de cuidado y cordialidad frente al estrés, esto les permite reforzar su seguridad y dependencia en las redes sociales para intercambiar recursos y responsabilidades. En nuestra muestra las mujeres adultas (40 a 60 años) presentaron puntuaciones más altas (>51%), en ítems que corresponden al soporte que reciben de su entorno y a la percepción positiva de su vida en el presente y en el futuro. Estos resultados se relacionan con la teoría planteada por Antonovsky (1987), quien describe al soporte social como unos de los Recurso General de Resistencia

externos más importantes para el desarrollo de un fuerte SOC, y se relaciona también con lo encontrado por Torres B. (2014), quien en su investigación con pacientes con cáncer de mama en Lima, encontró que solo las mujeres mayores de 45 años perciben como positivo el soporte que reciben y menciona que en el caso de las pacientes que padecen cáncer de mama, el soporte social fortalece y promueve su sentido de coherencia pues disminuye la preocupación por el progreso de la enfermedad, así como los sentimientos de culpa y vergüenza, entre otros malestares (Jeffe, Liu, Schootman y Waters, 2013; Kronfeld y Kulik, 2005 a; Torres, B., 2014). También, dentro de estos beneficios que brinda el Soporte social, se encuentra menos ansiedad de muerte en pacientes oncológicos que cuentan con este recurso (Adelbratt y Strang, 2000; Gonen, et al. 2012; Jo, et al.2012 a; Torres, B., 2014), esto último fortalece lo encontrado en esta investigación ya que el 73% siente lo bueno que es estar vivos, el 76% perciben su vida como interesante y el 51% perciben su futuro como fascinante, esto también podría estar siendo reforzado por la inscripción al sistema integral de salud, ya que en nuestra población el 100% cuenta con la cobertura de su tratamiento a través de este sistema, que contemplan aspectos económicos y sociales que formarían parte de los recursos generales de resistencia que fortalecen el sentido de coherencia.

Con respecto al tercer objetivo que relaciona el sentido de coherencia con las competencias funcionales pasadas, se encontró una correlación fuerte de 0,741, de modo que a mayor sentido de coherencia se esperaría que las personas hayan puesto en práctica sus competencias pasadas de forma óptima, por competencias pasadas se entienden a todos los recursos con las que cuenta la persona para hacer frente algún tratamiento médico antes de su diagnóstico en cáncer de mama. Estos resultados se contrastan con la investigación de Rohani, Abedi, Sundberg, & Langius en el 2015, quienes realizaron un estudio longitudinal de la variable sentido de coherencia en pacientes con cáncer de mama, y encontraron que el sentido coherencia sirvió como mediador en 3 dimensiones; calidad de vida, funcionamiento

emocional y salud mental, tanto antes del diagnóstico de cáncer de mama como después del mismo, esto quiere decir que las pacientes de esta investigación adoptaron conductas que fortalecían y fortalecen su salud mental y calidad de vida incluso antes de su diagnóstico de cáncer de mama, lo que se relacionaría con las competencias pasadas, y al ser un estudio longitudinal, adoptaron esas conductas 6 meses después de su diagnóstico esto es similar a las competencias presentes que se estudian en el cuarto objetivo que busca relacionar el sentido de coherencia con las competencias funcionales presentes, donde se encontró una fuerte correlación de 0,769, es así que a mayor sentido de coherencia se esperaría que los pacientes pongan en práctica sus competencias después del diagnóstico de cáncer; por lo que este objetivo también se sustenta con la investigación antes mencionada y finalmente Rohani, Abedi, Sundberg, & Langius (2015) concluyen que un mayor sentido de coherencia como recurso interno puede servir como un factor psicológico protector en el proceso de adaptación de los pacientes a un diagnóstico médico, ya sea antes o después del diagnóstico de cáncer.

En el quinto objetivo se relaciona el sentido de coherencia con la variable psicológica “motivos subyacentes para cumplir o no las conductas de adhesión”, donde se encontró una fuerte correlación (0.855), es decir que a mayor SOC mayores motivos para ejecutar o no las conductas de adhesión al tratamiento. Según Piña y Sánchez (2007), una persona cuenta con “motivos”, cuando está propensa a realizar algo siempre y cuando lo quiera llevar a cabo porque lo considera oportuno y pertinente y esto se ve reforzado con la obtención de consecuencias positivas como recompensas o expresiones verbales. Esta relación con el SOC, puede estar asociado a uno de sus tres componentes: el sentido emocional a la vida, siendo esta la habilidad para dar sentido efectivo a la vida, entendiéndose como la capacidad para invertir su energía en los problemas que existen en el ambiente, dándole un significado a las situaciones y percibiéndolas como retos (Antonovsky, 1990). Además menciona que este es el componente más importante, ya que sin un componente argumentativo que motive, los otros

dos componentes del SOC: comprensibilidad y manejabilidad se vuelven temporales. Esto podemos relacionarlo con lo encontrado en la investigación donde el mayor motivo de las pacientes es el deseo de estar bien de salud el mayor tiempo posible (92%), seguido de experimentar beneficios en su salud (91%), que son refuerzos que posibilitan que lleven a cabo sus prácticas de adhesión al tratamiento y promueven además un SOC más estable. Es importante mencionar, que no se han encontrado investigaciones que estudien ambas variables.

El sexto objetivo busca identificar la relación entre el sentido de coherencias y las conductas de adhesión presentes, es decir aquellas conductas que son parte del tratamiento de cáncer de mama, es así que se encontró una correlación fuerte de 0,849. Esto se relaciona con la teoría planteada por Antonovsky (1987), quien menciona que las personas con SOC alto tienen una mayor probabilidad de llevar a cabo conductas saludables, además presentan un nivel de salud autor referido más estable ante acontecimientos vitales de carácter estresante (Richardson, 2005), como sería recibir un diagnóstico de cáncer. También se relaciona con los resultados de la investigación realizada por Sarenmalm, Browall, Persson, Dickson & Gaston, en el 2013, quienes encontraron que las pacientes con cáncer de mama con un SOC alto presentaban mejores estrategias de afrontamiento de su enfermedad, así como mejor estado de salud y calidad de vida, concluyendo que la escala SOC puede ser una herramienta de detección útil para identificar individuos particularmente vulnerables a la angustia e incapaces de lidiar adecuadamente con su enfermedad, como lo sería poner en práctica conductas saludables.

El séptimo objetivo, busca identificar el valor predictivo del sentido de coherencia y la adhesión al tratamiento, se encontró que el 65.44% de la adhesión a tratamiento puede ser predicha a través del SOC, esta predictibilidad, nos brindaría la posibilidad de atender oportunamente a aquellos pacientes que tengan un nivel regular o bajo de SOC, ya que serían

estas las pacientes más propensas a no presentar una buena adhesión a su tratamiento o a discontinuarlo, afectando considerablemente su calidad de vida. Este resultado se contrasta con la investigación longitudinal antes mencionada de Rohani, Abedi, Sundberg, & Langius en el 2015 quienes estudiaron el efecto mediador del SOC en dos momentos, el primero antes del diagnóstico de cáncer de mama y el segundo momento fue 6 meses después del diagnóstico, de manera que describen el papel del SOC como un recurso interno que puede influir positivamente en la respuesta a los retos que se presentan con el cáncer de mama a través del tiempo y refuerza la recuperación del paciente mejorando su calidad de vida. Aquí, los resultados sugieren que un mayor grado de SOC puede funcionar como un mediador protector para las dimensiones de la calidad de vida, esto según los investigadores podría ayudar a la identificación de las mujeres que están en mayor riesgo de mala adaptación a la trayectoria del cáncer de mama (Rohani, Abedi, Sundberg, & Langius, 2015).

El octavo objetivo busca identificar la relación entre el SOC y la adhesión al tratamiento, controlando la variable tipo de tratamiento. Se encontró que para los diferentes tratamientos, el tratamiento hormonal generó una diferencia en la muestra, por lo que se proponen dos grupos, es así que para “Sin tratamiento Hormonal” (recibieron quimioterapia, radioterapia y cirugía) se obtuvo una relación de 0,777 y “con tratamiento Hormonal” (recibieron quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y cirugía), se encuentra una relación de 0,687. Sin embargo, las diferencias no son significativas. Esta ligera diferencia entre pacientes con tratamiento hormonal agregado y sin tratamiento hormonal, podría estar relacionada a los efectos secundarios que implica el tratamiento hormonal, según Grunfeld E., Hunter M., Sikka P., Mittal S.(2004), citado por Palacios y Vargas, quienes realizaron una revisión literaria sobre la adhesión a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos, en dicha revisión indicaron que el motivo principal que tienen las pacientes para no tomar el Tamoxifeno son los efectos secundarios como síntomas urinarios, cansancio, sofocos, sudores

nocturnos, entre otros; y en nuestra muestra el 21% de las pacientes consume anastrozol y el 14% tamoxifeno, entre otros, los cuales tienen efectos secundarios no solo a nivel físico sino también emocional.

Finalmente el noveno objetivo, busca identificar la relación entre el SOC y la adhesión al tratamiento, controlando la variable estadio. Es así que se encontró que el SOC se correlaciona con mayor fuerza a la variable adhesión al tratamiento en pacientes con estadio IA y IB (0.887), seguido de pacientes en los estadios III, IV (0.850) y por último las pacientes en el estadio IIA y IIB (0.725). Es según estos resultados que podemos concluir que la variable estadio no representa mayor influencia en la relación que existente entre el sentido de coherencia y la adhesión al tratamiento. No se han encontrado investigaciones referentes a la influencia de los estadios, sin embargo en su mayoría las pacientes de esta investigación no contaban con información exacta acerca del estadio en el que se encontraban, esto podría influenciar en que esta variable no sea significativa a la hora de relacionar SOC y Adhesión al tratamiento.

CONCLUSIONES

Con relación al estudio realizado en un grupo de mujeres adultas con cáncer de mama de un Hospital de Lima Metropolitana, se plantea las siguientes conclusiones:

1. A mayor Sentido de Coherencia (SOC) se espera que las pacientes cuenten con mayor adhesión al tratamiento, siendo su correlación de 0,709.
2. Existe un práctica diferencial de las cinco conductas de adhesión estudiadas, donde la adhesión a tratamiento farmacológicos es mayor que la adhesión a tratamiento no farmacológicos. Las 5 conductas de adhesión recomendada son: Asistir a/o tomar tratamientos, asistir a consulta, seguir una dieta, cuidar zonas del cuerpo del calor y hacer ejercicios de rehabilitación, estas conductas reportan porcentajes de adhesión consistentes de 92%, 53%, 49%, 31% y 35% respectivamente. Además solo el 6% de la muestra estudiada practica de modo consistente las 5 conductas de adhesión recomendada.
3. Se encontró que el 43% de pacientes cuenta con una SOC positivo y el 57% de pacientes presenta un SOC regular. Además se encontró que a menor edad los niveles de SOC aumentaron, sin embargo, estas diferencias no son significativas.
4. A mayor Sentido de Coherencia, las pacientes cuentan con mejores competencias funcionales pasadas, siendo su correlación de 0,741.
5. A mayor Sentido de coherencia, las pacientes cuentan con mejores competencias funcionales presentes, es así que su correlación es de 0,769.
6. A mayor Sentido de Coherencia, las pacientes cuentan con mejores motivos para su adhesión al tratamiento, la correlación encontrada fue de 0,855.
7. A mayor Sentido de Coherencia, las pacientes llevan a cabo mejores conductas de adhesión presentes, siendo su correlación de 0,849.
8. El 65.44% de la adhesión al tratamiento oncológico puede ser predicha a partir de la variable sentido de coherencia.

9. Se encontró una relación entre el SOC y la adhesión al tratamiento oncológico de pacientes que recibieron tratamiento hormonal de 0,687 y de las que no recibieron tratamiento hormonal fue de 0,777; siendo estas diferencias poco significativas. La variable tipo de tratamiento no ejerce influencia significativa entre la relación SOC y adhesión al tratamiento.
10. La variable estadio no ejerce influencia significativa en la relación entre las variables SOC y adhesión al tratamiento. Se encontró que la relación entre estas variables según el estadio IA y IB fue de 0,887, según el estadio IIA y IIB fue de 0,725 y según el estadio III y IV fue de 0,850.

RECOMENDACIONES

1. Realizar un estudio longitudinal acerca de la variable sentido de coherencia y las variables psicológicas y conductas de adhesión.
2. De acuerdo a la realidad académica, son escasos los instrumentos que permiten evaluar esta población, por lo que sería recomendable la elaboración de instrumentos específicos que evalúen las experiencias de estas pacientes.
3. Comparar los resultados obtenidos con la población adultez joven, para contrastar el rol amortiguador del SOC según las etapas de vida.
4. Desarrollar programas de intervención con pacientes cuyo sentido de coherencia sea negativo ya que son vulnerables a adaptarse a su tratamiento y/o no ejercer de forma óptima los cuidados que implican su enfermedad.
5. Promover investigación específica desde la Psicología de la Salud en torno a población oncológica.

Referencias Bibliográficas

1. Adelbratt, S. y Strang, P. (2000) Death anxiety in brain tumor patients and their spouses *Palliat Med.* 14, p. 499-507.
2. Alayón, A. y Mosquera, M. (2008). Adherencia al tratamiento basada en comportamientos en pacientes diabéticos Cartagena de indias, Colombia. *Revista de salud pública*, 10 (5), 777-787. Recuperado desde <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a10.pdf>
3. American Cancer Society, (2013). Cáncer de seno. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/index>
4. Amigo I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la salud. Madrid: Pirámide.
5. Antonovsky, A (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco. Jossey-Bass.
6. Antonovsky, A (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco. Jossey-Bass.
7. Antonovsky, A (1990). Pathways Leading to Successful coping and health. En Rosenbaum, M. Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptative behaviour. Springer publishing company. NY
8. Antonovsky, A (1992). Can attitude contributes to health? *Advances, the Journal of mind and body Health*. Vol 8, No4.
9. Antonovsky, A (1993). *The structure and properties of the sense of coherence scale*. *Soc. Science Medicine*. 36, (6), 725-733
10. Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. 114-129. New York. Wiley.

11. Arevalo, V (2007). Stress and extreme poverty in Peruvian human. Radboud University Nijmegen. Council of deans.
12. Bayés, R. (1998). El problema de la adhesión en la terapéutica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *Intervención Psicosocial*, 8 (2), 229-237. Recuperado desde <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/43310.pdf>
13. Bleiker, E., Leer, J., Pouwer, F., Van der Ploeg, H., y Ader, H. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40(3), 209–217.
14. Boscaglia, N., & Clarke M. (2007). Sense of coherence as a protective factor for demoralization in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. *Psycho-oncology* 16: 189 – 195.
15. Bouwman, L., Eeltink, C. M., Visser, O., Janssen, J. J. W. M., & Maaskant, J. M. (2017). Prevalence and associated factors of medication non-adherence in hematological-oncological patients in their home situation. *BMC Cancer*, 17, 739. <http://doi.org/10.1186/s12885-017-3735-1>
16. Danaei G et al. (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366, 1784–93
17. Dematteis, Maria Belén, Grill, Silvina Soledad y Posada, María Cristina (2012). SENTIDO DE COHERENCIA Y RESILIENCIA: CARACTERÍSTICAS SALUGÉNICAS DE PERSONALIDAD. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

18. Dirección general de epidemiología (2013). Análisis de la Situación del cáncer en el Perú. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
19. Dirección general de epidemiología (2013). Análisis de la Situación del cáncer en el Perú. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
20. Fernandez, M. (2009). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional (Tesis doctoral). Universidad de León. España
21. Fritzen, Janaína Soder, Motter, Fabiane Raquel, & Paniz, Vera Maria Vieira. (2017). Regular access and adherence to medications of the specialized component of pharmaceutical services. *Revista de Saúde Pública*, 51, 109. Epub November 17, 2017. <https://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006932>
22. Gonen, G., Kaymak, S., Cankurtaran, E., Karslioglu, E., Ozalp E. y Soygur, H. (2012) The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *J Psychosoc Oncol*, 30, p. 347-58.
23. Hoho VN. The sense of coherence and resilience of HIV-positive students in the support group of a university in the Eastern Cape. Thesis for the degree of Master of Philosophy (HIV/AIDS Management) in the Faculty of Economic and Management Sciences at Stellenbosch University. 2014. https://scholar.sun.ac.za/bitstream/handle/10019.1/96048/hoho_sense_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Accessed 2 December 2015.
24. INEN (2011). Guía de práctica: Cáncer de mama. Ministerio de Salud del Perú. Recuperado de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/25042011_CAN CER_MAMA_19_04_11.pdf

25. INEN (2013). Perfil epidemiológico. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
26. INEN (2013). Perfil epidemiológico. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
27. International Agency for Research on Cancer - Globocan (2012). Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Recuperado de http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
28. Jeffe, D , Waters, E., Liu, Y. & Schootman, M. (2013) Worry About cancer progression and Low Perceived Social Support: Implications for Quality of Life Among Early- Stage Breast Cancer Patients. *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 45 (1), p. 57-68. doi: 10.1007/s12160-012-9406-1
29. Jo, K. y Song, B. (2012) Effect of family cohesion, subjective happiness and other factors on death anxiety in Korean elders. *J Korean Acad Nurs*, 42, 680-688.
30. Kenne, E., Persson, L., Browall, M., Fall-Dickson, J. y Gaston, F. (2013) Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), p. 20-7.
31. Lebovits A, Strain J, Schleifer S, Tanaka J, Bhardwaj S, Messe M.(1990). Patient noncompliance with self-administered chemotherapy. *Cancer*, 65 (1): 17-22. Doi: 10.1002/1097
32. Lindblad, C. (2016). Sense of coherence in women treated for breast cancer and its relation to treatment outcome. Karolinska Institutet, Stockholm.
33. Lindstrom B, Eriksson, M. (2005) Salutogénesis. *J epidemiol community health* 59. 440-442.
34. Lizarbe, M., Guillén, F., Aguinaga, I., Canga N., (2016). Validación del Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) de Antonovsky en una muestra de estudiantes

universitarios en Navarra. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200006

35. McCord E, Brandenburg C (1995). Beliefs and attitudes of persons with diabetes. *Family Medicine*; 27: 276-1.
36. Mejía R., Piña, A., Méndez J., Laborín J., (2013). Versión peruana de un cuestionario que mide variables psicológicas relacionadas con la adhesión en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. Vol 10. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41953>
37. Mejía, R. (2013). Variables Psicológicas y conductuales de adhesión al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de mama. Universidad Federico Villarreal. Lima, Perú.
38. Moya, M. (2014). Sentido de coherencia y adhesión terapéutica antirretroviral en personas con VIH Sida. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
39. Norman, P. y Bennet, P., (2001). Health locus of control. En M. Conner y P. Norman (Eds.): Predicting health behavior. Research and practice with social cognition models (pp. 62-94). Buckingham, UK: Open University Press.
40. OMS (2013). Cáncer de mama: prevención y control. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/index3.html>
41. OMS (2015). Cáncer de mama: prevención y control. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/index3.html>
42. Organización Panamericana de la Salud (2014). El cáncer de mama en las Américas. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17926&Itemid=270&lang=en

43. Ortego M. (2004). La adherencia al tratamiento: Las variables implicadas. *Educare21*, 8,1-8. Recuperado de http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/.../2004/.../8022.pdf
44. Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135,647-652. doi: 10.4067/S0034-98872007000500014
45. Palacios, X. & Vargas, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: Una revisión de la literatura. *Psicconcología* Vol 8: 2-3. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/37890>
46. Papalia, Wendskos & Duskin (2010). *Desarrollo Humano*. Editorial Mac Graw Hill
47. Piña, J. (2012). Adhesión al tratamiento en personas con VIH/sida: una propuesta integradora. Programa de Salud Institucional. Universidad de Sonora, México.
48. Piña, J. y González, M. (2010). Un modelo psicológico en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1 (2), 185-206.
49. Piña, J. y Sánchez, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6 (2), 399-407. Recuperado desde <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64760217>
50. Ribes, E. (2008) *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. México: Trillas.
51. Ribes, E., y Sánchez, S. (1990). El problema de las diferencias individuales: Un análisis conceptual de la personalidad. En E. Ribes (Ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano* (pp. 79-99). México: Editorial Trillas.
52. Richardson CG, Ratner (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *J Epidemiol Community Health*. pag. 59:979-84.

53. Rodríguez-Marín, J. (2008). Manual de psicología social de la salud. Madrid: Síntesis
54. Rohani, C., Abedi, H.-A., Sundberg, K., & Langius-Eklöf, A. (2015). Sense of coherence as a mediator of health-related quality of life dimensions in patients with breast cancer: a longitudinal study with prospective design. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 195. <http://doi.org/10.1186/s12955-015-0392-4>
55. Sánchez-Sosa JJ. Treatment adherence: The role of behavioural mechanism and some implications for health care interventions. *Rev Mex Psicol* 2002;19:85-92.
56. Saravia, J (2011). Sentido de Coherencia en pacientes limítrofes y estudiantes de ingeniería. PUCP. Lima.
57. Sarenmalm, E., Browall, M., Persson, L., Dickson, J. & Gaston, F., (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. PubMed. DOI: [10.1002/pon.2053](https://doi.org/10.1002/pon.2053)
58. Taylor, S. (2007) *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
59. Taymal, Benítez & Córdona (S.f) Relación entre las creencias y el nivel de autoeficacia en pacientes adultos con cáncer. Pontificia universidad Javeriana. Colombia.
60. Torres, A. y Piña, J. (2010). Asociación entre variable psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. *Terapia Psicológica*, 28 (1), 45-53. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082010000100005
61. Torres, B. (2014). Sentido de Coherencia y Ansiedad – rasgo en una muestra de pacientes que padecen cáncer de mama (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
62. Urzúa, A., Marmolejo, A. y Barr, C. (2012). Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. *Universitas*

Psychologica, 11 (2), 587-598. Recuperado desde

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/566/2224>

63. Viveros, G & Ortega, E. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio cognitivos de creencias en salud. *Psicología y salud* Vol 21, 79-909. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf>
64. WHO (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Recuperado de http://search.who.int/search?q=adhesion+terapeutica&ie=utf8&site=who&client=en_r&proxystylesheet=en_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype

ANEXOS

TABLA DE CONTENIDO DE LOS ANEXOS

ANEXO A: Consentimiento informado

ANEXO B: Ficha demográfica

ANEXO C: Cuestionario de variables psicológicas y conductas de adhesión en pacientes oncológicos.

ANEXO D: Escala de Orientación hacia la Vida

ANEXO B

Ficha Demográfica

Código:

Datos personales:

Sexo	Edad	Estado civil	N° de hijos	Procedencia	N° H.C
I M					

Datos médicos:

Diagnóstico:

Tiempo de enfermedad:

Tipo de tratamiento recibido:

Tipo de tratamiento recibidos		
Cirugía		Tiempo transcurrido
Quimioterapia		Inicio / Término de Qx
Radioterapia		Inicio / Término de Rx
Terapia Hormonal		Inicio / Término de T. Hormonal
Otros (Especifique):		Inicio / Término de otros tratamientos

¿Actualmente qué tratamiento mantiene?

Tipo de tratamiento recibidos		
Quimioterapia		N° sesiones: Neoadyuvante N° sesiones:
Radioterapia		Tipo: _____ N° sesiones:
Terapia Hormonal		
Otros (Especifique):		

Tipo de cirugía:

Observaciones:

ANEXO C

CUESTIONARIO DE VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CONDUCTAS DE ADHESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS (VPAD)

Competencias pasadas

Las preguntas que se enlistan a continuación, tienen que ver con si usted practicaba o no diferentes comportamientos antes de ser diagnosticada con cáncer:

	Nunca	Pocas Veces	La mayoría de veces	Siempre
1. Antes de recibir el diagnóstico de cáncer, si usted enfermaba —por ejemplo, del estómago, de la garganta, etcétera—, ¿Acudía con el médico para que la revisara y le diera medicamentos?	1	2	3	4
2. Antes de recibir el diagnóstico de cáncer, si usted enfermaba y acudía con su médico para que le diera medicamentos, ¿Los tomaba tal y como se lo indicaba su médico?	1	2	3	4
3. Antes de recibir el diagnóstico de cáncer, si acudía con el médico y le indicaba que guardara reposo en casa, ¿Lo hacía usted?	1	2	3	4
4. Antes de recibir el diagnóstico de cáncer, si el médico le indicaba que evitara consumir ciertos alimentos o no tomar alcohol, por ejemplo, ¿Lo hacía usted?	1	2	3	4
5. Antes de recibir el diagnóstico de cáncer, si usted se enfermaba y el médico le indicaba que se hiciera estudios de laboratorio (orina, excremento, sangre, etcétera) u otros especializados, ¿Lo hacía usted?	1	2	3	4

Conductas de adhesión presentes

Las siguientes preguntas que se enlistan a continuación, tienen que ver con la frecuencia con que usted practica actualmente algunos comportamientos:

	Nunca	Pocas veces	La mayoría de veces	Siempre
6. Desde que usted está en tratamiento, ¿Asiste a las consultas programadas con el médico o el personal de salud para revisar y/o analizar todo lo relacionado con su enfermedad y el tratamiento?	1	2	3	4
7. Desde que está en tratamiento, ¿Asiste a sus citas para recibir quimioterapia, radioterapia en la fecha programada por su médico o el personal de salud? O si fuera su caso ¿Toma los medicamentos (T. hormonal, etc.) según lo indicado por su médico?	1	2	3	4
8. Desde que está en tratamiento, ¿Incluye en su dieta diaria alimentos recomendados por su médico o un nutricionista?	1	2	3	4
9. Desde que esta en tratamiento, ¿Realiza los ejercicios físicos recomendados por los especialistas para su rehabilitación?	1	2	3	4
10. Desde que esta en tratamiento, ¿Cuida las zonas afectadas por la enfermedad a la exposición de calor, como el de la cocina, la plancha, el sol, etc.?	1	2	3	4

Motivos

Si en la pregunta 7 respondió a la opción de “Siempre” (con el valor de 4), le pedimos que responda a la siguiente pregunta, es decir, a la 11 (y no responda por favor a la pregunta 12):

11. Si usted asiste “siempre” a las sesiones de quimioterapia, radioterapia o cumple siempre con las indicaciones del tratamiento que esté recibiendo, ¿nos podría decir qué tanto influyeron los motivos que se mencionan a continuación?

	No fue un motivo importante	Fue un motivo poco importante	Fue un motivo algo importante	Fue un motivo bastante importante
11.1 Asisto o cumplo porque he experimentado los beneficios sobre mi salud (es decir, valoro que hay consecuencias positivas sobre mi salud).	1	2	3	4
11.2 Asisto o cumplo porque mi médico me lo pidió (valoró que él me exprese verbalmente su apoyo o me haga sentir recompensada por lo que hago con relación al tratamiento).	1	2	3	4
11.3 Asisto o cumplo porque me lo pidieron personas cercanas a mí (valoró que mis familiares o amigos me expresen verbalmente su apoyo o me haga sentir recompensada por lo que hago con relación al tratamiento).	1	2	3	4
11.4 Asisto o cumplo porque quiero estar bien de salud el mayor tiempo posible y evitar que la enfermedad avance.	1	2	3	4

Si en la pregunta 7 respondió a la opción de “Nunca, Pocas veces o la Mayoría de las veces” (con los valores de 1, 2 ó 3), le pedimos que responda a la siguiente pregunta, es decir, a la 12 (sin haber respondido a la pregunta 11):

12. Si usted no asistió “nunca”, o lo hizo “pocas veces” o “la mayoría de las veces” a sus citas de quimioterapia, radioterapia u otro tratamiento que esté recibiendo, ¿nos podría decir qué tanto influyeron los motivos que se mencionan a continuación?

	No fue un motivo importante	Fue un motivo poco importante	Fue un motivo algo importante	Fue un motivo bastante importante
12.1 No asistí o cumplí porque el tratamiento y/o los medicamentos me provocan efectos secundarios que son muy molestos (vómito, náusea, diarrea, etcétera).	1	2	3	4
12.2 Yo no quise asistir o cumplir por decisión propia, es decir, no valoro que el tratamiento esté controlando la enfermedad en lo inmediato.	1	2	3	4
12.3 No asistí o cumplí porque no veo beneficios en mi salud en el corto o mediano plazos, es decir, no valoro consecuencias positivas sobre mi salud.	1	2	3	4
12.4 No asistí o cumplí porque tengo problemas con los horarios.	1	2	3	4

Competencias presentes:

Las siguientes ocho preguntas tienen que ver con lo que usted sabe/conoce y lo que hace con relación a su diagnóstico de cáncer y el tratamiento, así como con la forma en que se enfrenta y resuelve problemas en su vida diaria

	Nunca	Pocas Veces	La mayoría de veces	Siempre
13. Una vez que a usted le diagnosticaron cáncer, ¿Nos podría decir con qué frecuencia se dio a la tarea de buscar información sobre el problema del cáncer, en qué consiste, cómo evoluciona la enfermedad, etc.?	1	2	3	4
14. Una vez que a usted le diagnosticaron cáncer y que inició con el tratamientos, ¿Nos podría decir con qué frecuencia se da la tarea de preguntar a su médico sobre su tratamiento y en qué consiste?	1	2	3	4
15. Una vez que a usted inició el tratamiento por cáncer, y en el caso de experimentar efectos secundarios producidos por el tratamiento o los medicamentos, ¿Nos podría decir con qué frecuencia acude con su médico para solicitar información y saber qué hacer?	1	2	3	4
16. Una vez que a usted le diagnosticaron con cáncer y que inició el tratamiento, ¿Nos podría decir con qué frecuencia sigue las recomendaciones que le da el personal de salud —por ejemplo el de enfermería, trabajo social y psicología— sobre los cuidados que hay que tener sobre la enfermedad y el tratamiento?	1	2	3	4

Ahora, nos podría decir ¿Con qué frecuencia hace a usted lo siguiente en su vida diaria?

	Siempre	La mayoría de veces	Pocas veces	Nunca
17. Sé evitar situaciones que me depriman o me provoquen tristeza.	4	3	2	1
18. Sé mantenerme relajada y estar en calma/tranquila.	4	3	2	1
19. Sé iniciar y mantener relaciones sociales con personas que no conozco o que conozco poco.	4	3	2	1
20. Sé mantener relaciones sociales con familiares o con personas cercanas.	4	3	2	1

ANEXO D

Escala de Orientación hacia la vida

A continuación le presentamos una lista de preguntas relacionadas a aspectos de su vida. Cada ítem tiene siete respuestas posibles. Marque el número que exprese su respuesta considerando el 1 y el 7 como las respuestas opuestas y extremas. Si la frase debajo del 1 es la correcta para usted haga un círculo en el Número 1. Si la frase debajo del 7 es la correcta para usted haga un círculo alrededor del 7. Si usted piensa que su respuesta es diferente haga un círculo en uno de los números que se encuentran en el medio y que exprese mejor su sentimiento u opinión. Por favor circule solo un número.

1	¿Tiene usted el sentimiento que no la comprenden cuando habla con otra personas?								
	Nunca tuvo este sentimiento	1	2	3	4	5	6	7	Siempre tuve este sentimiento
2	En el pasado, cuando usted tuvo que hacer algo que dependía de la cooperación de otros, sintió que:								
	De hecho no se logró hacer nada	1	2	3	4	5	6	7	De hecho si se logró hacer algo
3	¿Qué tan bien conoce a la mayoría de las personas que están en contacto con usted diariamente, sin considerar a las que usted siente más cercanas?								
	Siento que son extraños	1	2	3	4	5	6	7	Le conozco muy bien
4	¿Siente usted que no le importa lo que sucede a su alrededor?								
	Nunca o muy rara vez	1	2	3	4	5	6	7	A menudo
5	¿Le ha sucedido en el pasado que se ha sorprendido por el comportamiento de la gente que usted pensaba que conocía muy bien?								
	Nunca me ha sucedido	1	2	3	4	5	6	7	Siempre me ha sucedido
6	¿Le ha sucedido que la gente con la que usted contaba lo ha decepcionado?								
	Nunca me ha sucedido	1	2	3	4	5	6	7	Siempre me ha sucedido
7	La vida es:								
	Muy interesante	1	2	3	4	5	6	7	Completamente rutinaria
8	Hasta el momento su vida ha tenido:								
	Ninguna meta ni proyecto claro	1	2	3	4	5	6	7	Metas y proyectos muy claros
	¿Tiene usted el sentimiento que ha sido tratada injustamente?								

9	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
10	En los últimos diez años su vida ha sido:								
	Llena de cambios sin saber qué sucedería	1	2	3	4	5	6	7	Completamente estable y clara
11	Probablemente la mayoría de las cosas que usted hará en el futuro serán:								
	Completamente fascinantes	1	2	3	4	5	6	7	Tremendamente aburridas
12	¿Tiene usted el sentimiento de que está en una situación poco familiar y no sabe qué hacer?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
13	¿Qué describe mejor cómo ve usted la vida?								
	En la vida uno siempre puedo encontrar solución a las cosas dolorosas	1	2	3	4	5	6	7	En la vida no hay solución para las cosas dolorosas
14	Cuando usted piensa acerca de su vida, a menudo:								
	Siento lo bueno que es estar vivo	1	2	3	4	5	6	7	Me pregunto para qué existo
15	Cuando usted enfrenta un problema difícil, la alternativa de solución es:								
	Siempre confusa y difícil de hallar	1	2	3	4	5	6	7	Siempre muy clara
16	Hacer las cosas que usted hace diariamente son:								
	Una fuente de profundo placer y satisfacción	1	2	3	4	5	6	7	Una fuente de dolor y aburrimiento
17	Probablemente su vida en el futuro será:								
	Llena de cambios sin saber que sucederá	1	2	3	4	5	6	7	Completamente estable y clara
18	Cuando le ha sucedido algo desagradable en el pasado, usted tendió a:								
	“Consumirse” por eso	1	2	3	4	5	6	7	Decir “está bien, tengo que vivir con por eso eso” y sigo adelante
19	¿Tiene usted ideas y sentimientos confusos?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
	Cuando usted hace algo que la hace sentirse bien:								

20	Fijo que seguirá sintiéndose bien	1	2	3	4	5	6	7	Fijo que algo sucederá y sintiéndose bien malogrará ese sentimiento
21	¿Siente usted dentro de sí algo que no le gustaría sentir?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
22	Anticipa usted que su vida personal en el futuro será:								
	Totalmente sin sentido ni metas	1	2	3	4	5	6	7	Llena de sentido y metas
23	¿Piensa usted que siempre habrá gente con quien podrá contar en el futuro?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
24	¿Ha tenido usted el sentimiento que no sabe exactamente qué es lo que le va a suceder?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
25	Muchas personas, inclusive las de carácter fuerte, algunas veces se sienten perdedoras en ciertas situaciones. ¿Cuán a menudo usted ha tenido esto en el pasado?								
	Nunca	1	2	3	4	5	6	7	A menudo
26	Cuando algo ha sucedido, generalmente ha encontrado que usted:								
	Sobrestimó o subestimó su importancia	1	2	3	4	5	6	7	Vio las cosas en la medida correcta
27	Cuando usted piensa en dificultades o enfrenta aspectos importantes de su vida; tiene el sentimiento que:								
	Siempre tendrá éxito en superar las dificultades	1	2	3	4	5	6	7	No tendrá éxito en superar las dificultades
28	¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento que tienen poco sentido las cosas que realiza en su vida diaria?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
29	¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento de no estar seguro de poder mantenerse bajo control?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca