

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

**“Depresión y ansiedad y su relación a la adherencia al tratamiento oncológico
en personas adultas, que asisten a la Unidad Solca Imbabura”**

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de Magíster en Psicología Clínica
Mención Psicoterapia

AUTOR:

Ana Cristina Maigua Sosa

DIRECTOR:

MSc. Marco Antonio Tafur Vásquez

Ibarra, 2023

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado a mi esposo e hijo, quienes siempre me han motivado en el cumplimiento de los objetivos planteados para alcanzar nuestros sueños.

A mis padres como los pilares fundamentales de mi formación en cada etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme encontrar motivos para sonreír y dejar huellas en esta tierra, a la Universidad por esa visión de desarrollo y formación profesional que siempre ha fomentado en los estudiantes.

A los docentes de la maestría que compartieron sus conocimientos y facilitaron la formación de cada uno de nosotros sobre todo en tiempos difíciles de pandemia.

A las personas que facilitaron y apoyaron con esta investigación, especialmente al Dr. Marco Tafur, por su paciencia, confianza y disponibilidad durante la formación de mi carrera universitaria.

A la Unidad Solca Imbabura, por autorizar, facilitar y brindar información para crear e investigar los datos necesarios para esta investigación.

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Marco Antonio Tafur Vásquez, certifico que la estudiante Ana Cristina Maigua Sosa con cédula N.º: 1003021803 ha elaborado bajo mi tutoría la sustentación del trabajo de grado titulado: **“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD Y SU RELACIÓN A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN PERSONAS ADULTAS, QUE ASISTEN A LA UNIDAD SOLCA IMBABURA”** Este trabajo se sujeta a las normas y metodologías dispuestas en el reglamento del título a obtener, por lo tanto, autorizo la presentación a la sustentación para la calificación respectiva.

Ibarra, a los 16 días del mes de marzo de 2023



MSc. Marco Antonio Tafur Vásquez

DIRECTOR DE TESIS

C.I. 1001461217

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA	1003021803		
APELLIDOS Y NOMBRES	Ana Cristina Maigua Sosa		
DIRECCIÓN	Ibarra, Av. Atahualpa y Río Cenepa		
EMAIL	acmaiguas@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO	--	TELÉFONO MÓVIL:	0981229702

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD Y SU RELACIÓN A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN PERSONAS ADULTAS, QUE ASISTEN A LA UNIDAD SOLCA IMBABURA”
AUTOR (ES):	Ana Cristina Maigua Sosa
FECHA: DD/MM/AAAA	16-03-2023
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica Mención Psicoterapia
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Magíster
TUTOR	MSc. Marco Antonio Tafur Vásconez

CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra a los 16 días del mes de marzo del 2023.

La Autora



Ana Cristina Maigua Sosa

CI. 1003021803

Conformidad con el documento final

Ibarra, 16/03/2023

Dr (a) Lucía Yépez
Director (a)
Instituto de Postgrado

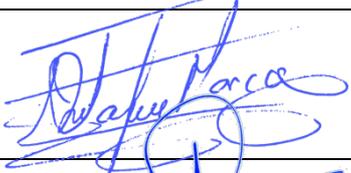
ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor(a) Director(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado

“Depresión y ansiedad y su relación a la adherencia al tratamiento oncológico en personas adultas, que asisten a la Unidad Solca Imbabura” del/de la maestrante Ana Cristina Maigua Sosa, de la Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	MSc. Marco Antonio Tafur Vásquez	
Asesor/a	Dr Juan José Flores	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTO	2
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	3
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	4
CONSTANCIAS	5
.....	6
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	10
ÍNDICE DE FIGURAS	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I.....	14
1 EL PROBLEMA.....	14
1.1 Planteamiento del Problema	14
1.2 Antecedentes.....	15
1.3 Objetivos de la investigación.....	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos.....	19
1.3.3 Hipótesis	19
1.4 Justificación.....	20
CAPÍTULO II.....	22
2 MARCO REFERENCIA	22
2.1 Marco teórico.....	22

2.1.1	El cáncer	22
2.1.2	Estadios oncológicos	26
2.1.3	Tratamiento del cáncer de mama.....	27
2.1.3.1	Cirugía	27
2.1.3.2	Tratamientos sistémico adyuvante.....	27
2.1.3.3	Quimioterapia.	28
2.1.3.4	La radioterapia.....	28
2.1.4	Análisis psicosocial y la adherencia al tratamiento.....	29
2.1.4.1	Definición de adherencia al tratamiento.....	30
2.1.4.2	Importancia de la Adherencia al tratamiento.....	31
2.1.4.3	Los métodos de medición de la Adherencia al tratamiento.....	32
2.1.4.4	Factores psicológicos/psiquiátricos en la adherencia a los tratamientos. 33	
2.1.4.5	Satisfacción y calidad de vida tras cirugía reductora de riesgo.....	33
2.1.5	La depresión y ansiedad	34
2.1.6	La aplicación de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)..	35
2.1.7	Breve cuestionario de medicación.....	36
2.2	Marco legal.....	37
CAPÍTULO III		38
3	MARCO METODOLÓGICO.....	38
3.1	Enfoque y Tipo de Investigación.....	38
3.2	Tipo de Investigación	38
3.3	Descripción del área de estudio/grupo de estudio	38
3.4	Alcance	39
3.5	Limitaciones	39
3.6	Técnicas de recolección.....	39
3.6.1	Test	39
3.7	Procedimiento.....	40
3.7.1	Consentimiento informado	41
3.7.2	Cuestionario Sociodemográfico	41
CAPÍTULO IV		42
4	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1	Resultados.....	42

4.2	Discusión	47
	Conclusiones y Recomendaciones.....	49
	Conclusiones.....	49
	Recomendaciones	50
	Anexos.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Escala de HADS para Ansiedad y Depresión.....	36
Tabla 2 Nivel de Adherencia General – BMQ	36
Tabla 3 Nivel de Adherencia Específica – BMQ	37
Tabla 4 Pruebas de normalidad de datos	42
Tabla 5 Datos descriptivos.....	43
Tabla 6 Distribución de frecuencias	43
Tabla 7 Correlación de Pearson.....	45
Tabla 8. Prueba U de Mann-Whitney	45
Tabla 9. Prueba D de Cohen.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1 Frecuencia de los cantones de procedencia de pacientes.....	44
--	----

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN
PSICOTERAPIA

RESUMEN

TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

**“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD Y SU RELACIÓN A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN PERSONAS ADULTAS, QUE ASISTEN
A LA UNIDAD SOLCA IMBABURA”**

Autor: Ana Cristina Maigua Sosa

Tutor: MSc. Marco Antonio Tafur Vásquez

Año: 2022

La presente investigación “Depresión y ansiedad y su relación a la adherencia al tratamiento oncológico en personas adultas, que asisten a la unidad Solca Imbabura” determina la dinámica que se presenta en la adherencia a los tratamientos. El objetivo es analizar depresión y ansiedad y su relación a la adherencia al tratamiento oncológico en 109 personas adultas que fueron diagnosticadas con cáncer de mama que asisten a la unidad Solca Imbabura, donde se utilizó la metodología enmarca dentro del análisis cuantitativo descriptiva correlacional, con la utilización de los test Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) para determinar los niveles de ansiedad o depresión y el segundo test que se utilizó fue Cuestionario Breve de Medicamentos (BMQ) que ayudó a determinar el grado de adherencia a las indicaciones médicas, donde se evidenció que los pacientes que están cursando alguna fase de tratamiento hospitalario (diagnóstico, cirugía, quimioterapia, radioterapia) y un grupo de remisión donde los pacientes reciben hormonoterapia, existe diferencias significativas entre los pacientes que se encuentran en tratamiento hospitalario y los que se encuentran en remisión en la variable de depresión con un p-valor de 0,025 y en la variable de adherencia específica con un p-valor de 0,011, es decir que, en estos grupos se comportan de manera diferente con respecto a las variables anteriormente mencionadas.

Palabras clave: ansiedad, depresión, adherencia, tratamiento, HADS, BMQ

"DEPRESSION AND ANXIETY AND THEIR RELATIONSHIP TO ADHERENCE TO CANCER TREATMENT IN ADULTS ATTENDING THE SOLCA IMBABURA UNIT".

Author: Ana Cristina Maigua Sosa

Tutor: MSc. Marco Antonio Tafur Vásconez

Year: 2022

ABSTRACT

The present research "Depression and anxiety and their relationship to adherence to cancer treatment in adults attending the Solca Imbabura unit" determines the dynamics of adherence to treatment. The objective is to analyze depression and anxiety and their relationship to adherence to cancer treatment in 109 adults diagnosed with breast cancer attending the Solca Imbabura unit, where the methodology used is framed within the quantitative descriptive correlational analysis, with the use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) test to determine the levels of anxiety or depression and the second test used was Brief Medication Questionnaire (BMQ) that helped determine the degree of adherence to medical indications, where it was evidenced that patients who are undergoing some phase of hospital treatment (diagnosis, surgery, chemotherapy, radiotherapy) and a remission group where patients receive hormone therapy, there are significant differences between patients who are in hospital treatment and those who are in remission in the depression variable with a p-value of 0.025 and in the specific adherence variable with a p-value of 0.011, that is, in these groups they behave differently with respect to the aforementioned variables.

Key words: anxiety, depression, adherence, treatment, HADS, BMQ.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

El interés del estudio de los pacientes con cáncer, radica en que esta enfermedad es la segunda causa de muerte en el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015 reportó 8,8 millones de defunciones a nivel mundial del cual, cerca del 70% de las muertes son en países de ingresos medios y bajos (Roco et al., 2018), por tal motivo es importante el estudio de este grupo para identificar los diferentes recursos que ayuden a equilibrar la vida del paciente, siendo una patología que necesita ser controlada y vigilada de una manera integral, por la demanda de cuidados que implica el dar tratamientos a un paciente oncológico.

Según (Forgiony et al., 2019) manifiesta que en ámbito salud, existe una relación entre el estado emocional y la recuperación de los pacientes, para poder tener una evolución favorable y contribuir con el bienestar del paciente, a esto contribuye según (González et al., 2017) un estudio realizado a 122 pacientes en España, que la mitad de la muestra presentaba angustia emocional, es decir existe presencia de signos o síntomas emocionales en los pacientes que están enfrentando alguna enfermedad que requiera cuidados estrictos y disciplinados.

Para (Yi y Syrjala, 2017), concluye que problemas de salud mental como la ansiedad, depresión y la angustia de las personas se adaptan al cáncer y sus tratamientos asociados, pero un grupo de personas tienen un período de lucha mientras enfrenta la enfermedad, lo cual es importante para mantener un equilibrio y una mejor calidad de vida; identificar los recursos para enfrentar y adherirse a los tratamientos oncológicos que les ofrecen para superar esta terrible enfermedad.

En la actualidad, se desarrolla un creciente interés en la adherencia (Fritzen et al., 2017) como un elemento importante de estudio y superación de cualquier suceso, se ha

identificado las diferentes dimensiones que pueden contribuir a la recuperación del paciente y al análisis e identificación de los factores que contribuyan con el bienestar del paciente. Se requiere más estudios referentes al tema para poder comprender el contexto de cada realidad, para identificar las herramientas que ayuden al paciente a potencializar los posibles recursos que lleven a una vida más estable, aún más con un diagnóstico complejo. (Zhang et al., 2018); los factores que se identificaron en los análisis de los casos son los que se trabajaron para la superación de la enfermedad.

1.2 Antecedentes

Según datos de la OMS, en los países avanzados el promedio de adhesión a tratamientos es del 50%, en los países en vías de desarrollo el porcentaje es menor (J. J. Ortega et al., 2018). En la actualidad se evidencia que el porcentaje de adhesión en estudios con pacientes oncológicos oscila entre el 20% y 100%, siendo menor el porcentaje de adhesión a tratamientos prolongados como la quimioterapia o radioterapia. Esta información se complementa con un estudio reciente realizado en Brasil con pacientes con cáncer de mama bajo tratamiento adyuvante sometido a intervención nutricional educativa donde encontraron una baja prevalencia de adhesión a la terapia farmacológica, con valores entre el 28.1% y el 88.2% de los usuarios se adhieren al tratamiento nutricional (Orihuela, 2019), evidenciando que existe una cierta resistencia de los pacientes en cumplir las indicaciones independientemente de los contextos.

El estudio, desarrollo y la práctica psicosocial debe estar basada en la evidencia y sujeta a posibles cambios para aumentar su efectividad, por lo tanto, antes de plantearnos una intervención psicológica debemos considerar que el cáncer no es una enfermedad única, sino que existen diferentes tipos, con diferentes estadios y diferentes pronósticos y repercusiones vitales. (Jímenez et al., 2017), con este fundamento se realiza estudios como en Cuenca donde se realizó un estudio cuantitativo descriptivo a 80 pacientes internos del Hospital José Carrasco Arteaga en el año 2018, para recibir tratamiento oncológico, tomando como base un formulario con datos sociodemográficos, características del cáncer y un inventario de calidad de vida y Salud (InCaViSa). La investigación realizada demostró que el 47.6% de los pacientes perciben tener una mala y muy mala calidad de vida, la patología más frecuente fue el cáncer de mama

acompañada por un 30%, el 53.8% recibieron quimioterapia, el 61.3% tenía un tiempo de enfermedad menor a un año. Además, en inventario de calidad de vida y salud, presentaron puntuaciones menores en preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, adherencia al tratamiento, tiempo libre y vida cotidiana; unas puntuaciones mayores en funciones cognitivas, familia y redes sociales. (Rodas, 2018), por lo que es importante tratar al paciente integralmente para entender la dinámica del proceso de enfrentamiento del cáncer.

El contenido de la investigación realizada en la ciudad de Cuenca aporta al avance de presente estudio, en torno al análisis de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, el apoyo familiar y del entorno social con el cual convive, además de la relación médico – paciente, son factores que influyen a una buena o mala adherencia al tratamiento. Por lo que se requiere un abordaje holístico a través de una atención multidisciplinaria, en el cual la psicología y la psicología juegan un papel importante permitiendo comprender el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente oncológicos (Rodas, 2018).

En un estudio más actual (Mercadante et al., 2021), se identificó que el estado emocional en pacientes oncológicos como la depresión, influyen en la adherencia a los tratamientos, estos resultados se dieron en el estudio de dos unidades de cuidados paliativos en Italia durante un período de seis meses, donde se analizó a 113 pacientes de los cuales 54 personas eran mujeres y la edad media es de 68 años, para lo cual se registró datos como” la edad, sexo, diagnósticos, Karnofsky y el nivel educativo y escalas como el “ Inventario Breve del Dolor (BPI), la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS), la Escala de Evaluación de Delirio del Memorial (MDAS), el Cuestionario de Barreras II (BQ-II), la Escala de Calificación de Cumplimiento de Medicamentos (MARS) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)”, donde se observó mala adherencia al tratamiento del sexo femenino y se asoció con los ítems de dolor y depresión de la ESAS.

Un estudio desarrollado en España entorno a la psicología y la oncología expone aspectos fundamentales de la psicooncología, la estrecha relación entre el cáncer, el estrés y la personalidad provocadas por este padecimiento de esta enfermedad, pues bien, los

avances en el diagnóstico y en el tratamiento médico dieron lugar a que los profesionales de esta importante área consideren relevante el bienestar emocional del paciente. La psicooncología como subespecialidad tiene como objetivo aliviar los síntomas psíquicos y modos de afrontamiento ante la enfermedad y las estrategias terapéuticas más efectivas.

En los resultados de 43 investigaciones en esta área, se demostró que la depresión aparece con una frecuencia del 14 % y la ansiedad en un 29 % aproximadamente en las pacientes con cáncer de mama se señala que la calidad de vida tiende a afectarse aún más, debido a que la imagen corporal se ve afectada, atentando a la feminidad y la autoestima. (Cabrera et al., 2017).

Por otro lado, siempre existe la necesidad en cualquier parte del mundo de seguir con las evaluaciones incluso en plena pandemia, como se evidencia en Cuba donde se realizó una “investigación descriptiva, retrospectiva, de corte transversal en pacientes ingresados en el Servicio de Oncología del Hospital Faustino Pérez de Matanzas, durante el período abril a junio 2020” (Lena et al., 2020) constatando los niveles de ansiedad alto y medio como estado, la depresión reveló niveles altos en más del 50% como estado en los pacientes, demostrando que se necesita apoyo en este proceso, donde los métodos utilizados fueron, entrevista, observación, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) e Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE).

Ahora los estados de ansiedad y depresión en el Ecuador son analizados en varios contextos hospitalarios, para esta investigación se considera relevante un artículo que se enfoca en el estudio de 168 pacientes oncológicos del Hospital Solca Quito, en donde se utilizó el cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ-9), donde se evidenció que el 90% de pacientes tienen algún grado de depresión, las mujeres presentaron mayor depresión que los hombres, además que depende del estadio y etapa de tratamiento. (Villacrés et al., 2018), en cambio un estudio de 74 pacientes del Hospital Homero Castanier de Azogues-Cuenca, concluye que existe la susceptibilidad de presentar manifestaciones de ansiedad o depresión en ambientes hospitalarios según la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Parra y Serrano, 2018), por otra parte en la investigación realizada en 25 pacientes crónicos del club de adultos mayores de un centro de atención primaria de Riobamba – Ecuador en el 2020 evalúa la adherencia

terapéutica, a través del empleo del test de Morisky Green con las 4 principales dimensiones establecidas por la OMS, donde se evidenció que el personal de salud, la terapia y características propias al paciente influyeron muy poco, en cambio la capacidad económica es de mayor impacto y existe una relación directa con el nivel de educación, evidenciando lo importante de cumplir con la promoción y prevención por una mejor calidad de vida. (Alarcón et al., 2020).

En un estudio realizado en las Divisiones de Hematología y Oncología de la Universidad de Medicina de Viena de 2010 a 2018, “Detección de trastornos de estrés postraumático en 1017 pacientes con cáncer y correlación con ansiedad, depresión y angustia” se demostró una correlación de estrés postraumático con la ansiedad, la depresión y la angustia entre los pacientes con cáncer. Los hallazgos subrayan la necesidad de una evaluación seria de los trastornos psiquiátricos, especialmente en pacientes de sexo femenino. Para permitir la atención multidisciplinaria de los pacientes con cáncer y reducir la carga de los trastornos psiquiátricos, se insta a los conceptos de detección y tratamiento interdisciplinarios que tengan en cuenta los aspectos de género. (Unsel et al., 2019).

En Colombia se realizó el estudio en el Hospital Universitario del Caribe, donde se “analizó la adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama” en el cual se determinó que más de la mitad de las mujeres con cáncer de mama, no eran adherentes a los tratamientos quimioterápicos y que su satisfacción al tratamiento fue media, lo cual resalta la necesidad del tratamiento, pero al mismo tiempo lo devastador del mismo, por lo que la calidad de vida en general de las pacientes fue media, sea por la severidad de la enfermedad o por efectos adversos a la quimioterapia, para muchas mujeres después de la cirugía someterse a tratamientos coadyuvantes representa seguir atentando contra su físico y más aun con feminidad y sexualidad, por todos los efectos secundarios que afrontan por luchar por esta enfermedad, requieren manejo multidisciplinario y multidimensional por ser una enfermedad sistémica. (Amador et al., 2016).

En esta línea latinoamericana encontramos otro estudio realizado en Cali-Colombia donde se investiga “Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas

a quimioterapia”. En las mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia se aplicó estudio observacional y transversal con componente analítico en una muestra de 80 mujeres, utilizando los cuestionarios QLQ-C30 para cáncer y QLQ-BR23 para cáncer de mama, así como información sociodemográfica y clínica. Se hizo un análisis de regresión logístico para determinar los factores asociados con las razones de momios (odd ratios, OR) ajustadas y un intervalo de confianza (IC) de 95 %; la calidad de vida se clasificó mediante el cuestionario QLQ-BR23, la calidad de vida se vio afectada principalmente por los efectos secundarios del tratamiento, en tanto que los signos y los síntomas más relevantes fueron la pérdida del cabello, el insomnio y la fatiga, además de los síntomas mamarios, la menor funcionalidad física y la menor sensación de placer sexual. Se recomienda la implementación de estrategias de intervención destinadas a mejorar la calidad de vida, y el cuidado físico y emocional de las pacientes.(Mejía et al., 2020).

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Analizar la depresión y ansiedad y su relación a la adherencia al tratamiento oncológico en personas adultas, que asisten a la unidad Solca Imbabura.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir la ansiedad y depresión en pacientes oncológicos.
- Correlacionar la depresión y ansiedad con la adherencia al tratamiento.
- Diferenciar la adherencia al tratamiento oncológico en los distintos grupos según la evolución de la enfermedad.

1.3.3 Hipótesis

- Se presenta ansiedad y depresión en pacientes oncológicos.

- Existe correlación de la ansiedad y depresión con la adherencia al tratamiento oncológico en personas adultas, que asisten a la unidad Solca Imbabura.
- Se muestra una diferencia en la adherencia al tratamiento oncológico según la evolución de la enfermedad.

1.4 Justificación

El cáncer es una enfermedad grave que compromete la vida y su calidad siendo un sinónimo de catástrofe, dando un giro de 180 grados a todo el existir del individuo, donde el estado de ánimo por el diagnóstico cambia principalmente a un estado de depresión y ansiedad secundario a la incertidumbre de vivir o tener que luchar con esta grave enfermedad, aflorando varios tipos de emociones, como lo demuestra (Ruiz et al., 2019), en el estudio realizado donde hace referencia a los problemas emocionales que existen aun después de haber superado a la enfermedad, afectando la calidad y salud de vida, dándonos las pautas para realizar la investigación en nuestro contexto cultural.

Cómo se evidenció en la información existe sobre varias investigaciones de este tema, lo más importante es enfocarnos en nuestra comunidad latina donde se pudo obtener información de varios países latinoamericanos como Colombia, Brasil y Ecuador sobre estudios de gran interés dirigida a los pacientes oncológicos, evaluando sintomatología psicológica que se pueda presentar en el transcurso de la enfermedad, estudiando los diferentes eventos que se pueden presentar en la lucha contra el cáncer y las diferencias de comportamientos que se encontró de acuerdo al tratamiento o emociones que el paciente estaba cursando.

El estudio del cáncer, su desarrollo y la evaluación psicosocial debe estar basada en la evidencia y sujeta a posibles cambios para aumentar su efectividad. Por lo tanto, antes de plantearnos una intervención psicológica debemos considerar que el cáncer no es una enfermedad única, sino que existen diferentes tipos, con diferentes estadios y diferentes pronósticos y con posibles diferentes repercusiones vitales. (Jímenez et al., 2017).

La importancia del estudio fue reflejar la realidad de nuestra población atendida en Ibarra, identificar como la ansiedad o depresión puede afectar o contribuir en la adherencia a los tratamientos, utilizando encuestas validadas científicamente y aplicándolas a la población en estudio (Thorneloe et al., 2019), que nos permitirá conocer la adherencia al tratamiento.

El test y recolección de datos de personas que se encuentran en tratamientos oncológicos nos permitirán observar diferentes dinámicas que se presentan de acuerdo a los procedimientos que estén cursando los pacientes, se realizó el levantamiento de información con el consentimiento informado de la institución y posteriormente por parte del paciente para realizar los análisis respectivos de acuerdo a la fase de tratamiento que este cursando.(Butow et al., 2018).

Por lo que es importante señalar como los signos y síntomas influyen en la adherencia a tratamiento, y como los trastornos psicológicos que podría llegar a enfrentar los paciente dependiendo del tratamiento que este cursando (García, 2018), identificando la presencia de ansiedad y depresión durante el proceso de atención en oncología.

Para contribuir con los cuidadores y el personal de salud, se realizará el análisis de los posibles comportamientos de los pacientes durante los procedimientos e indicaciones de los tratamientos propuestos, con la finalidad de entender y aportar información al proceso de adherencia a los tratamientos oncológicos y mejorar la calidad de vida (J. Salas, 2021).

Finalmente, la investigación contribuirá a analizar cómo la relación entre estas variables influye en los tratamientos oncológicos, demostrando la relevancia de analizar al ser humano como un todo, para demostrar la necesidad de incluir en los protocolos de atención el apoyo psicológico además del médico.

CAPÍTULO II

2 MARCO REFERENCIA

2.1 Marco teórico

2.1.1 El cáncer

La palabra cáncer ya se usaba por Hipócrates para denominar a los tumores y su significado se remontan al griego antiguo “karkinos” que significa cangrejo, por tener los tumores una cierta apariencia a este crustáceo (Rodríguez Gómez et al., 2022). Además, por tres motivos que describían a esta patología, como el ser duro como el caparazón del animal, duele como cuando te atrapa con sus pinzas y no te suelta con facilidad (Mero et al., 2018).

Actualmente, el cáncer de mama se percibe como una enfermedad grave y ya no terminal, gracias a los tratamientos y alternativas para controlar o combatir esta patología, aumentando la tasa de supervivencia, aunque no siempre la calidad o bienestar del paciente (Cantero et al., 2018), por lo que es importante considerar la adherencia a las diferentes alternativas del sistema de salud, para comprender y mejorar las estadísticas de supervivencia y calidad de vida.

Los pacientes generalmente “se consideran adherentes cuando cumplen con los protocolos que le ha indicado”.(Thoft y Vhar, 2021) los profesionales de salud, permitiéndose encontrar una mejor calidad de vida, entendiendo que es una patología que necesita una intervención multidisciplinaria por ser considerada como una enfermedad sistémica.

El cáncer es una enfermedad catastrófica que representa una de las principales causas de muerte, generando un impacto general en la vida de las personas, sus familias y la comunidad y también provocando limitaciones físicas y psicológicas. La incidencia y las tasas de mortalidad mundial del cáncer está creciendo rápidamente (M. Gonzalez et al., 2021), donde el “cáncer de mama es la enfermedad oncológica más frecuente en

mujeres, representando el 25,2% de todas las neoplasias y encabeza las causas de mortalidad por cáncer (14,7%)”(Arbulú, 2019.Pág 75).

El cáncer es una enfermedad que implica varios procesos clínicos, observando diferentes comportamientos de unos a otros, en los cuales describimos las formas de evolucionar esta enfermedad diseminándose por el cuerpo humano provocando una invasión o una metástasis, identificando como invasión al traslado y penetración de las células en el tejido, en cambio cuando se diagnóstica una metástasis es cuando las células cancerosas circulan a través de los vasos sanguíneos y linfáticos afectando otros órganos del cuerpo, por lo que se la considera como una enfermedad sistémica,(Ferrerías, 2017), ya que puede afectar a uno o varias estructuras corporales.

Por lo anterior expuesto se identifica que los pacientes experimentan y expresan que “Piensan en el cáncer probablemente 10 horas al día”, por lo cual la ansiedad que enfrentan los pacientes es autogenerada , ya que nace de la preocupación de enfrentar algo desconocido de gran efecto sobre la salud de los individuos (Schuyler, 2016), esta “ansiedad es una respuesta adaptativa que promueve la evitación del daño, pero al mismo tiempo la ansiedad excesiva constituye la queja psiquiátrica más común, por lo que tanto los tratamientos psicológicos como farmacológicos contribuyen 50% de las tasas de recuperación.” (Aust et al., 2018; Robinson et al., 2019), en consecuencia es importante la intervención y adaptación a la nueva realidad.

La experiencia de problemas psicológicos no está clara, ya que los estudios realizados a pacientes oncológicos difieren los resultados de un estudio a otro, por lo que los análisis de los trastornos psicológicos entre los pacientes con cáncer siguen sin estar claros, ya que los estudios frecuentemente informan datos variables en los resultados. (Zeilinger et al., 2022), debido que es una enfermedad que compromete varios factores de los individuos, permitiendo evidenciar diferentes comportamientos en el afrontamiento al cáncer, incluso podemos asociar que los tumores que son más agresivos e interfieren en el desarrollo diario influenciaran en un peor estado emocional (Villoria et al., 2021), debido al pronóstico y malestar que provoca la aplicación de algunos procedimientos considerados agresivos o muy persistentes.

Por lo que según Instituto Nacional de Cáncer, (2013) el paciente no piensa solo en la muerte, sino también como va a vivir el resto de la vida, realizar planes y como va a sobrellevar el nuevo estilo de vida, por todos los tratamientos que tendrá que realizarse para poder tener un mejor estado de salud y evitar perder esta lucha contra el cáncer (A. Gómez et al., 2017), donde se necesita una intervención interdisciplinar, por las afecciones que pueden presentarse como ansiedad, depresión y crisis de pánico (Forgiony et al., 2019), y considerar el poder volver a su vida habitual, donde se pueda integrar a las actividades que cumplía antes del diagnóstico

Y en referencia a la comunidad hispana, los índices de mortalidad de cáncer son bajos, se estima que sucede esto por los diagnósticos tardíos afectando la supervivencia de las personas, Según la American Cancer Society las tasas de supervivencia de cinco años específicas de cáncer de mama local, es decir depende del estadio de la enfermedad, ya que si es identificada la enfermedad en estadio II o III tienen la posibilidad alta de sobrevivir con los recursos que influyan a enfrentar este diagnóstico catastrófico (Acero y Barboza, 2019).

Para lo que es importante realizar un seguimiento del estado psicológico del paciente, para poder evaluar cómo va adaptándose funcional y psicológicamente a los procesos que se presentan con el objetivo de tener una salud más equilibrada, valorando la vulnerabilidad del paciente, donde es importante tomar en cuenta la comunicación que se presenta en informar el diagnóstico de cáncer, dando una visión global y comprensible de esta patología, con una actitud positiva se anhela el obtener mejor evolución (Rodríguez y Giraldo, 2022), para poder mejorar las condiciones de vida, la adherencia al tratamiento y supervivencia (Götze et al., 2020).

Además la vulnerabilidad del paciente, es susceptible al pensamiento que tienen los individuos sobre los riesgos o peligros potenciales que pueden amenazar su salud y la cual influencia en la toma de decisiones, de acuerdo al criterio que se construya de la enfermedad y como se la perciba al momento de adherirse a los tratamientos que se le presentan, por recuperar la salud (Valencia et al., 2022).

Como cualquier enfermedad el impacto que causa esta patología se entiende por lo grave y catastrófica situación que deben enfrentar, “afectando la condición psicológica (desarrollo de miedo, angustia, baja autoestima y negación de las condiciones impuestas por la enfermedad), vida social (especialmente el apoyo de la red social) y calidad de vida (aspectos biológicos afectados como consecuencia del desarrollo de la enfermedad y la cirugía.)” (López et al., 2022 Pág. 2), haciendo que el paciente presente varios cambios en su comportamiento, de acuerdo a lo expuesto es importante aplicar instrumentos a según los eventos que el paciente está enfrentando en su actualidad, para planificar adecuadamente los protocolos de intervención psicológica y así contribuir a la calidad de vida (Machado et al., 2022; Yang et al., 2019).

Incluso es importante hacer referencia que en la actualidad por la presencia del COVID 19 ha facilitado la adaptación de las intervenciones telefónicas o medios digitales, brindando un apoyo y soporte psicológico el momento que lo requiera y sin tener que trasladarse, sin embargo se ha planificado algunas sesiones presenciales, con la finalidad de establecer protocolos adecuados en la intervención (Ream et al., 2020)

Es importante hacer referencia que esta enfermedad se proyecta en el aumento de números de casos, por lo que es importante crear estrategias que permitan planificar de forma anticipada y eficaz en la detección y tratamientos de esta patología (Sollozo et al., 2022). Incluso es de gran importancia el analizar la sintomatología emocional que puede presentar en el paciente oncológico durante el proceso del diagnóstico y tratamiento (Soto, s. f.), donde será de gran apoyo la salud mental, interviniendo oportunamente en pacientes que lo necesiten, incentivando pensamientos positivos, en su aspecto físico y relaciones sociales y familiares e intervención por un profesional en psicología. (M. Rodríguez et al., 2022).

Es importante también hacer referencia que se debe trabajar en la prevención de la enfermedad en sí, ya que se reduciría costos y lo más importante se podría detectar casos de cáncer tempranamente utilizando técnicas diagnósticas en estadios y evitar largos y molestos tratamientos.(Rufach et al., s. f.), tomando en cuenta varios factores.

2.1.2 Estadios oncológicos

En el diagnóstico del cáncer se establece estadios de acuerdo a la evolución y presencia del tumor, el cual permite verificar si el cáncer se encuentra solo en un lugar limitado de la mama, o si se ha diseminado hacia otras estructuras corporales, donde se toma en cuenta características como el tamaño, migración hacia los ganglios o la propagación hacia otras partes del cuerpo, identificando o reconociendo la existencia de 5 estadios.(Meza et al., 2018) estos estadios se fueron clasificando e identificando en la evolución de la enfermedad y se “Fue adoptado por la Unión Internacional Cáncer Control (UICC) en 1968, y el American Joint Committee on Cancer (AJCC) en 1977 que publicó su primer sistema de estadificación, basado en el concepto de tamaño tumoral, afectación ganglionar y metástasis (TNM)” (Alcaide et al., 2021).

Según American Society of Clinical Oncology la clasificación es:

Estadio 0: implica que hay una anormalidad en los tejidos, que es carcinoma ductal in situ no invasivo, es decir el cáncer no se ha expandido a otras partes del cuerpo (Alcaide et al., 2021) (Salinas et al., 2018).

El estadio 1, estadio 2 y estadio 3, determinan la existencia de células cancerígenas presentes en alguna zona del cuerpo ((M. P. Rodríguez et al., 2022).

El estadio 4, es el que indica un diagnóstico de cáncer metastásico o avanzado, el cual implica un desplazamiento del cáncer mediante el torrente sanguíneo o los ganglios linfáticos, afectando otras estructuras del cuerpo humano. (Cléries et al., 2021) (Fajardo y Rendón, 2018).

La supervivencia de los pacientes diagnosticados con cáncer de mama, cuando existe una detección temprana de esta patología tienen mejor pronóstico de vida, debido que gracias a los tratamientos oportunos el cáncer es controlado y monitorizado con los controles estrictos de acuerdo a las indicaciones médicas, por lo que se recomienda controles periódicos para detectar presencia de otras posibles neoplasias y evitar la posibilidad de una recaída (Cléries et al., 2021).

2.1.3 Tratamiento del cáncer de mama

Según la OMS el cáncer de mama posee protocolos que ayudan a las personas a contribuir a la tasa de supervivencia, especialmente cuando se realiza la detección o diagnóstico temprano del cáncer, donde al paciente se le ofrece procedimientos como cirugía, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, con el objetivo de reducir el riesgo de la enfermedad y mejorar calidad de vida.(Buitrago et al., 2019)

2.1.3.1 Cirugía

El tratamiento por cirugía se define como la extirpación del tumor o del tejido afectado. Es el método inicial de la mayoría de los tipos de cáncer con el que se busca retirar la totalidad del tumor o gran parte de este para que los procedimientos complementarios tengan una mejor efectividad.

Para la Sociedad Americana del Cáncer la cirugía es la extracción de tejido mamario de acuerdo con la dimensión del tamaño del tumor, donde puede ser desde un cuarto a retiro total de la mama (mastectomía) (Cantero et al., 2018).

2.1.3.2 Tratamientos sistémico adyuvante.

Es todo tratamiento antineoplásico administrado después de un manejo quirúrgico; con la finalidad de controlar al cáncer, mediante la utilización de quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia (Cárdenas et al., 2019), con la finalidad de contribuir a una mejor calidad de vida para el paciente, incluso mejorar el pronóstico de supervivencia del paciente, donde los resultados de la muestra quirúrgica, es decir el grado histológico, es uno de los factores predictores que determinaran la evolución de la enfermedad y las posibles alternativas de tratamientos (Maffuz et al., 2017), es decir que el resultado de la muestra determinara los protocolos internacionales a seguir y aplicarlos con la finalidad de luchar contra el cáncer.

2.1.3.3 Quimioterapia.

Es un procedimiento que consiste en utilizar fármacos para eliminar las células cancerosas y controlar la diseminación, evitar la aparición y reproducción del tumor en otras partes del cuerpo, mediante la administración de fármacos sea por vía oral o intravenosa, bajo la supervisión de un médico oncólogo clínico (P. Salas et al., 2019), manejando protocolos internacionales de acuerdo a los receptores hormonales del cáncer que se pudieron evidenciar en los estudios patológicos realizados, que son utilizados para la tipificación del tumor estudiado (Chachaima et al., 2020), por lo tanto esta tipificación será la que oriente a los profesionales que protocolo se utilizará en la lucha del control o erradicación del cáncer pudiendo ser estas ambulatorias u hospitalarias.

Quimioterapia hospitalaria, el paciente acude a un centro médico y permanece hospitalizado por varios días, bajo la supervisión médica

Quimioterapia ambulatoria, el paciente acude por unas horas a recibir el tratamiento, y regresa a su domicilio y cualquier cambio reporta a su médico.

La quimioterapia presenta efectos secundarios pueden ser monitorizados, dependiendo de las cantidad a administrar o la frecuencia del tratamiento, además se toma en cuenta si el tratamiento va ser ambulatoria u hospitalaria, para que el profesional de salud haga una vigilancia y prescripción de fármacos que disminuyan los síntomas y malestar general de este procedimiento.(Méndez y Villarraga, 2020)

2.1.3.4 La radioterapia

La radioterapia es un procedimiento donde se emplea la radiación ionizante, para controlar la evolución del cáncer, disminuyendo el mayor número de células cancerosas y también células normales, aunque estas se recuperan de los efectos y recuperan su funcionamiento normal, puede ocasionar durante el tratamiento dolor, molestias generales, sensación de náusea, estos son monitoreados por el médico especialista. (Giménez et al., 2021). El objetivo de la radioterapia es controlar o eliminar las posibles neoplasias que se puedan presentar posteriormente.

En la terapia para combatir el cáncer se puede presentar efectos secundarios como descalcificación, dolor, infección o secuelas estéticas, relacionados con la terapia oncológica (Buitrago et al., 2019), haciendo que el individuo se sienta diferente y experimentando cambios durante la lucha contra el cáncer.

Por lo anterior expuesto tenemos que considerar los antecedentes personales del cáncer de mama, el pronóstico de la evolución del mismo, depende de la edad al diagnóstico del primer cáncer primario, de receptores de estrógenos del cáncer y el uso de quimioterapia y tratamiento hormonal (I. López et al., 2019), es decir que todo dependerá de la intervención y atención oportuna que pueda acceder una paciente con este diagnóstico, respetando los protocolos e indicaciones vertidas por el profesional de salud.

2.1.4 Análisis psicosocial y la adherencia al tratamiento

Siguiendo el recorrido histórico de la evolución de los tratamientos de salud en el estudio de la adherencia al tratamiento, desde los años 70 tuvo mayor importancia donde se realizan varios tipos de investigaciones por parte de diferentes autores, en los cuales analizaban y consideraban varios factores que contribuyen o desfavorecen a que el paciente se comprometiera con el tratamiento independiente de las indicaciones, para contribuir con una mejor calidad de vida (E. Reyes et al., 2016). Como ocurre en este estudio, la adherencia también la tratan de explicar según Eipson y Cluss, definiéndola en 1982 como la Adhesión o cumplimiento como “la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido” (Lago, 2015 p.99) , como consecuencia del compromiso en el proceso de atención y recuperación.

En el mismo sentido la adherencia terapéutica en el 2001 señalada en reporte “Adherence Meeting Report” de la OMS, la describe como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”, y en el 2004 la misma la define como “el grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (Hernández, 2019), para contribuir a la mejora de la salud y poder ejercer las actividades de la manera más adecuada de acuerdo a las

características del paciente, es decir se amplía la visión a más ámbitos de la vida de las personas.

En análisis de casos se ha evidenciado y se ha documentado que existen varios factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes oncológicos o no oncológicos, tomando incluso en cuenta situaciones asociadas como: efectos secundarios, criterio de la función de los medicamentos, horarios de estos, los roles que desempeña el paciente, su estilo de vida y compromiso con las actividades a cumplir y factor o condición económica del paciente. (de las Peñas y Cobo, 2022).

2.1.4.1 Definición de adherencia al tratamiento

Por lo anteriormente expuesto, se pone en relieve a la adherencia como un fenómeno complejo y multifactorial, que cuando no son ejecutadas las instrucciones vertidas por el personal de salud perjudica la relación profesional-paciente, complicando la evolución de las enfermedades, contribuyendo al deterioro de la persona, incrementando los signos y síntomas de las patologías tratadas perjudicando e incrementando los costos del Sistema de Salud (Lago, 2015).

Según la literatura anglosajona los términos de adherencia terapéutica más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), luego con los estudios de Haynes y Rand se tomó en cuenta todas las indicaciones e instrucciones del personal de salud (R. Gonzalez et al., 2019), donde el paciente es el sujeto que cumple con el asesoramiento del experto en el tema a tratar.

Y según (Pedraza & Vega, 2018.pág 220) es el “conjunto de conductas dirigidas a mejorar o mantener el actual estado de salud de una persona diagnosticada con una enfermedad física, las cuales deben involucrar, en alguna medida, a la persona enferma e incluir las indicaciones recibidas por parte de los profesionales de la salud”.

En cambio en el análisis (Rivas et al., 2021.Pág 123) según la Real Academia de la Lengua Española el término de la adherencia terapéutica se define como: “Ejecutar o llevar a efecto” y “Acción y efecto de cumplir”, en cambio para la práctica clínica de la adherencia se encuentra enmarcada por tres conceptos donde se toma en cuenta el

cumplimiento u observancia donde se toma en cuenta las indicaciones médicas de la administración de medicamentos.

2.1.4.2 Importancia de la Adherencia al tratamiento

Este aspecto de la adherencia a los tratamientos e indicaciones del personal de salud es importante para poder evaluar la recuperación e intervención del estado de salud del paciente, es donde surge el interés de la Psicología de la Salud, para dar explicación y solución a estas problemáticas, por las repercusiones en el estilo de vida, especialmente en estados de salud vulnerables y frágiles, donde ciertas características psicológicas, sociales, familiares y económicas serán de gran apoyo para enfrentar lo inesperado de las enfermedades que el individuo está experimentando (Oviedo, 2018).

Se estima que se debe generar la confianza interpersonal necesaria para la toma de decisiones compartidas en el nivel clínico de salud, y poder adherirse a las indicaciones vertidas por el personal de salud necesaria para conducir un proceso consciente, reflexivo y eficaz (M. Espinoza et al., 2019), por lo que será de gran importancia el valorar la adherencia a los diferentes tratamientos, para poder tomar la conducta más adecuada en el proceso de lucha contra el cáncer “a través de diversas fuentes como las encuestas, grupos focales, quejas y reclamaciones, monitorización online, cuestionarios de calidad de vida, etc.” (Yélamos et al., 2018. Pág 161), para poder contrastar como los tratamientos son acogidos y cumplidos con la confianza que se ha ido generando con el paciente.

Al analizar la adherencia se puede evidenciar realmente las dificultades que pudieran estimar los médicos tratantes o personal de salud, por lo que es importante realizar un seguimiento del proceso que está enfrentando el paciente, con la finalidad de cumplir con los protocolos indicados para la recuperación (Farbermana et al., 2021). Además nos permite detectar las dificultades y ofrecer sugerencias, recomendaciones para poder dar una solución y poder contribuir a tener mejores resultados en la recuperación del paciente (D. Reyes et al., 2021). Entonces cuando se mide la adherencia de los tratamientos se entiende que en la medida que el valor sea más alto el paciente es más adherente, brindando información adecuada del cumplimiento de los tratamientos e indicaciones brindadas por el personal de salud, el cual debe ser continuo, y no debe ser interrumpido prematuramente sin supervisión personal de salud (C. Ortega et al., s. f.).

Basados en lo anterior, si el grado de adherencia fuera menor al requerido o no cumplieran con los objetivos clínicos deseados, podría cambiar la intensificación o recomendaciones del tratamiento prescrito o la sustitución de las indicaciones emitidas por el personal de salud, para lo cual es importante evaluar adherencia terapéutica como un comportamiento que puede variar a lo largo del tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente para poder obtener mejor resultados en la evolución del tratamientos (Pagés y Valverde, 2021).

2.1.4.3 Los métodos de medición de la Adherencia al tratamiento

Existen métodos para medir la adherencia de los pacientes a los tratamientos e indicaciones terapéuticas, diferenciándolos por su intervención y se los ha clasificado como **directos e indirectos** (Pagés y Valverde, 2021).

Se ha reconocido al método directo como muy costoso, para verificar si el paciente está consumiendo o cumpliendo con la medicación, ya que realizan una toma de muestra de laboratorio en sangre para confirmar el cumplimiento de las indicaciones médicas bajo el criterio de un marcador biológico agregado, tomando en cuenta la dosificación de la droga (Pagés y Valverde, 2021), es decir cuantificando la ingestión de la medicación en valores cuantificados, para serlos reportados numéricamente.

Por otro lado, los métodos indirectos se utiliza adaptados al tratamiento, donde se realiza preguntas sobre dosis, frecuencia del tratamiento, ejecución de las indicaciones por los paciente, donde se aplican test, cuestionarios, entrevistas, por la insuficiencia de los modelos para explicar la adherencia, se ha tratado de agrupar de acuerdo a las características que pueden intervenir en el desenvolvimiento del tratamiento (C. Ortega et al., s. f.):

- Variables sociodemográficas
- Creencias de los pacientes
- En tipo de enfermedad
- Tratamiento farmacológico
- La relación que establece entre el paciente y el personal de salud
- La Información

- Apoyo social
- Las variables de organización
- Variables psicológicas /psiquiátricas

2.1.4.4 Factores psicológicos/psiquiátricos en la adherencia a los tratamientos.

En estos factores destacamos la ansiedad, la depresión, el estrés, problemas cognitivos (alzhéimer) y otros trastornos psiquiátricos (Ibarra y Morillo, 2017). La presencia de alteraciones psicopatológicas o trastornos mentales en pacientes con cáncer han sido extensamente analizadas y registradas, ya que es un suceso que amenaza y cambia el estilo de vida de los pacientes, donde se ha evidenciado con frecuencia el malestar psicológico como ansiedad y depresión, donde el primer año de afrontar el cáncer se ha visto la prevalencia de la depresión en el doble (Valderrama y Sánchez, 2018).

En la actualidad las personas diagnosticadas con cáncer, se espera que viva con el avance de los tratamientos al menos 10 años, como condiciones comunes al cáncer es presentar ansiedad y depresión, siendo muchas veces indiferentes, influyendo en la vida, costos y adherencia a los tratamientos. Así “la depresión y la ansiedad afectan hasta al 20% y al 10 % de los pacientes con cáncer respectivamente”, independiente de la etapa que este cursando el paciente (Becerra et al., 2020) (Pitman et al., 2018 P. 2) e incluso hay un aumento significativo del riesgo suicidio.

2.1.4.5 Satisfacción y calidad de vida tras cirugía reductora de riesgo.

En estudios realizados reportan que las mujeres sometidas a cirugías mamarias, mencionan no sentirse cómodas con sus aspectos físico, e indican no haber tenido una guía adecuada de los posibles métodos para tratar la enfermedad (Barrameda, 2022), para esto se debe señalar que con la reconstrucción mamaria existen niveles superiores de satisfacción (L. Gómez et al., 2017), (N. Espinoza y Mogrovejo, 2022) por lo que es importante un tratamiento multidisciplinario, para encontrar una mejor calidad de vida, después de múltiples procedimientos y tratamientos por vencer al cáncer.

2.1.5 La depresión y ansiedad

Según el National Cancer Institute (NCI), estima que la depresión afecta entre un 25-35 % de los pacientes (Lemus, 2021), siendo la alteración que se evidencia en el proceso de la evolución del cáncer, por lo que será importante diagnosticar estas condiciones oportunamente, siendo la ansiedad una respuesta a los acontecimientos que está enfrentando un individuo, como respuesta de evitación del daño y a lo desconocido, es decir evitar esa sensación incomoda y de malestar, que experimentan los pacientes por encontrarse en ambientes hospitalarios, por lo cual es importante identificarla para poder tratarla y dando la importancia a las necesidades de los pacientes (Aust et al., 2018). Con una recuperación alrededor del 50%, comprendiendo a la ansiedad como una amenaza de shock impredecible, permitiéndonos traducir la riqueza del trabajo mecanicista animal, como respuesta evitativa (Robinson et al., 2019). “Muchos sobrevivientes se adaptan al cáncer y sus tratamientos asociados, pero un subgrupo lucha con el ajuste emocional en el período de supervivencia” (Yi & Syrjala, 2017 Pág 1), donde prevaleció más el malestar psicológicos en el sexo femenino (Mercadante et al., 2021), siendo el tratamiento de mejor elección la terapia cognitivo - conductual (Greer et al., 2019). Se evidenció en un estudio de más de 16.000 pacientes mayor frecuencia de ansiedad como el peor aspecto del episodio quirúrgico(Aust et al., 2018).

La depresión es un proceso grave e incapacitante que se presenta como primer problema de salud pública, por ser grave e incapacitante, con frecuencia se acompaña de sintomatología física como cefalea, dolor abdominal o dolor musculoesquelético, provocando bajas laborales y provocando costos asociados al tratamiento de esta sintomatología (Sierra, 2022).

Por lo anterior expuesto, es importante tomar en cuenta los síntomas de ansiedad y depresión que pueden comprometer la comodidad y el bienestar de los pacientes por lo que es importante la intervención de un profesional que se encargue de los diferentes aspectos que puedan presentar los pacientes oncológicos, para modificar las reacciones que estos puedan presentar en las diferentes etapas del diagnóstico del cáncer (Rodríguez y Giraldo, 2022). Este comportamiento oportuno en esta dinámica permitirá una oportuna adherencia a los tratamientos, aumentando la supervivencia eliminando las barreras que

agravan enfermedad (Valderrama y Sánchez, 2018), aumentando las oportunidad de vida por la intervención eficaz de la salud mental. Es decir, la detección y seguimiento confiables representan el primer paso hacia una atención integral (biopsicosocial) personalizada de los pacientes con cáncer. (Annunziata et al., 2020).

Se debe considerar que en los pacientes oncológicos pueden convertirse en un riesgo las barreras sociales, juicio subjetivo, creencias sobre las conductas de precaución y adherencia, es decir la susceptibilidad personal percibida, edad y sexo influenciaran en el comportamiento del individuo (Valencia et al., 2022), es decir que el paciente puede llevar acciones para vencer al cáncer, reduciendo las amenazas percibidas en los individuos.

En el mundo la prioridad debe ser la salud mental, como evolución de la humanidad, para evitar afectación del potencial de las personas y de las economías, concluye Arthur Kleinman, profesor de Antropología Médica y Psiquiátrica en la Universidad de Harvard y experto en salud mental global. Sin embargo, aún existe el tabú que las personas débiles son las presentan depresión, por lo que se dificulta la decisión de seguir en terapia con un profesional y si fuera necesario recibir apoyo farmacológico, con la finalidad de encontrar un equilibrio emocional. (Benavides y Guevara, 2022), a esto también se debe añadir que existe un porcentaje de médicos que evalúan los problemas psicológicos (Vázquez et al., 2022), aportando en el estudio del individuo como un ser integral con posibilidades de un tratamiento adecuado.

2.1.6 La aplicación de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmon y Snaith, 1983 es una autoevaluación de 14 ítems, esta escala es utilizada para medir síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a un medio hospitalario, y ha resultado de gran apoyo en individuos con diagnóstico de cáncer (Mercadante et al., 2021) (Muñiz y Fonseca, 2019), consta de 14 ítems “Siete de los ítems indican ansiedad y los siete ítems restantes indican depresión. El formato de respuesta ofrece cuatro opciones de respuesta, que se puntúan con valores que van de 0 a 3. Esto da como resultado valores de escala

entre 0 y 21 para cada escala. Los autores originales de la prueba definieron tres rangos para ambas escalas:

Tabla 1 Escala de HADS para Ansiedad y Depresión

Nivel	Rango	Significancia
1	0 a 7	Normal
2	8 a 10	Trastorno clínicamente significativo
3	11 a 21	Trastorno moderado - severo

Nota. Tomado de (Wondie et al., 2020, pág13)

2.1.7 Breve cuestionario de medicación

Es el test Brief Medication Questionnaire (BMQ) que nos ayuda a conocer la actitud del paciente frente a la medicación, el cual está compuesto por preguntas que se enfocan primero en la opinión sobre los medicamentos en general y posteriormente las preguntas están dirigidas a medicamentos específicos, analiza las creencias sobre el tratamiento, el cumplimiento terapéutico por parte del paciente y las dificultades que puedan existir para conseguir ese adecuado seguimiento farmacológico (R. Salas, 2022).

El BMQ específico, es un cuestionario de 11 ítems, donde se puede apreciar la creencia de la adherencia específica del BMQ, incorpora 2 subescalas, donde se evalúa las creencias de los pacientes sobre la necesidad de la medicación prescrita y la subescala de preocupación específica que aborda sus preocupaciones con respecto a los posibles resultados adversos del uso de los medicamentos prescritos (Bozada et al., 2019).

El BMQ general, es un cuestionario de 8 ítems, que también comprende 2 subescalas, la subescala General que evalúa las creencias y preocupaciones generales de los pacientes sobre el daño potencial de los medicamentos y el grado en que son percibidos por el individuo como perjudiciales y la subescala General de uso excesivo de medicamentos. (A. Rodríguez et al., 2020).

Tabla 2 Nivel de Adherencia General – BMQ

Nivel	Rango	Significancia
1	8 a 19	Adherencia Baja
2	20 a 30	Adherencia Media
3	31 a 40	Adherencia Alta

Nota. Se interpreta como opinión a los medicamentos en general

Tabla 3 Nivel de Adherencia Específica – BMQ

Nivel	Rango	Significancia
1	10 a 23	Adherencia Baja
2	24 a 36	Adherencia Media
3	37 a 50	Adherencia Alta

Nota. Se interpreta como opinión a sus medicamentos)

2.2 Marco legal

Según la constitución ecuatoriana en el artículo 50 de la Constitución de la República del Ecuador del 2008, se garantiza la atención a personas con enfermedades catastróficas de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

En el artículo 2 de la “resolución nro. R1-2019-2021-074 garantiza, controla y verifica el cumplimiento en la entrega de los medicamentos necesarios para el tratamiento de enfermedades catastróficas y raras o huérfanas” por parte de la comisión especializada permanente del derecho a la salud Ministerio de Salud Pública (MSP) (Ricaurte et al., s. f.Pág 1.).

CAPÍTULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque y Tipo de Investigación

Según (Sampieri et al., 2014) el presente trabajo se enmarca dentro del análisis cuantitativo descriptiva correlacional, con el objetivo de recolectar información sobre la depresión y ansiedad que experimentan las personas al momento que están cursando esta enfermedad catastrófica que es el cáncer mama y la adherencia al tratamiento.

3.2 Tipo de Investigación

Para la investigación cuantitativa, nos apoyaremos en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmon y Snaith,1983 es una autoevaluación de 14 ítems escala para medir síntomas de ansiedad y depresión (Mercadante et al., 2021) en pacientes que acuden a un medio hospitalario, y ha resultado de gran apoyo en individuos con diagnóstico de cáncer y en el Cuestionario breve de medicación (Brief Medication Questionnaire - BMQ), que nos ayuda a conocer la actitud del paciente frente a la medicación, el cual está compuesto (Thorneloe et al., 2019).

3.3 Descripción del área de estudio/grupo de estudio

La presente investigación se llevará a cabo en la Unidad Oncológica SOLCA Imbabura, ubicado en el cantón Ibarra, en la parroquia San Francisco calle Rafael Sánchez 10-67 y Tobías Mena.

La población objetivo está conformada por pacientes oncológicos con diagnóstico de cáncer de mama durante el 2022, que asisten de forma regular al control de su enfermedad en SOLCA Imbabura , institución privada sin fines de lucro dedicada a la lucha contra el cáncer. La muestra es no probabilística intencional o dirigida y consta de 109 pacientes mujeres y hombres entre los 30 a 83 años (108 mujeres y 1 hombre). Adicionalmente es requisito que los pacientes hayan aceptado el tratamiento indicado por los médicos y son disciplinados en su control.

3.4 Alcance

El motivo de la investigación fue analizar los estados emocionales de los pacientes que residen y asisten a tratamiento ambulatorio oncológico en SOCA Imbabura.

La propuesta es plantear para nuevas investigaciones la búsqueda de estrategias que favorezcan a la adherencia a los tratamientos oncológicos.

3.5 Limitaciones

Los resultados obtenidos se delimitan al grupo de pacientes del estudio ya que se trata de un muestreo no probabilístico, que fueron diagnosticados con cáncer de mama.

En la actualidad como limitaciones y dificultad primaria las atribuimos al COVID-19, ya que estos pacientes están considerados dentro de los grupos vulnerables, razón por la cual, debemos utilizar las herramientas tecnológicas, como uso de teléfono inteligente, computadora y el uso de aplicaciones por precaución y cuidado de este grupo.

Siendo el estudio de tipo transversal, la información que ha sido obtenida corresponde a un momento determinado de la evaluación y no permite identificar si los resultados serán los mismos de haberse recolectado previamente al diagnóstico ni antes de la cirugía, quimioterapia, radioterapia o remisión. Ello impide hacer referencias acerca de los posibles cambios en la interacción de las variables estudiadas a largo plazo.

En el estudio presentamos solo un caso masculino con cáncer mamario, a lo que nos limita establecer el comportamiento de este grupo, por no tener un número representativo, sin embargo, hay que señalar que este tipo de patología se presenta en su gran mayoría en el sexo femenino.

3.6 Técnicas de recolección

3.6.1 Test

Según el Diccionario Virtual (2022) los test psicológicos, por su parte, son características muy importantes que permiten evaluar, medir o comparar rasgos

psicológicas de las personas, que es estandarizada y puede predecir comportamientos de acuerdo a los resultados obtenidos (Useche et al., 2019), la construcción y aplicación de test psicológicos ha evolucionado, permitiendo la aplicación de medios digitales y facilidad a recursos que nos permiten el internet y las nuevas tecnologías (Elosua, 2021), para recolectar información.

Los test son las herramientas de medida más utilizados por los psicólogos para obtener datos sobre la conducta de los individuos, siendo de gran beneficio para la toma de decisiones en los casos a discusión, por lo cual es importante que cumplan con los requisitos y aprobaciones de los test que se apliquen en las evaluaciones, hay que referir que la planificación, diagnósticos y tratamientos psicológicos se realiza con base al análisis y criterio del psicólogo (Muñiz y Fonseca, 2019).

3.7 Procedimiento

Como primera instancia, emitir la solicitud y firma del consentimiento escrito de la directora de la Unidad SOLCA Imbabura, en donde se detalla el objetivo del presente estudio y el manejo confidencial de los datos y su uso educativo e investigativo.

Posteriormente se procederá a solicitar la firma del consentimiento informado escrito por parte de cada uno de los participantes, de los cuales contribuirán de forma voluntaria, indicando que si desean retirarse de la presente investigación pueden hacerlo cuando lo desee, garantizando el resguardo de los datos personales, conforme a la Ley Orgánica de Protección de los Derechos a la Intimidad y Privacidad sobre los Datos personales Art3 al 6.

Por el contexto COVID-19, se planificará la encuestas y test en línea (a través de internet), destinando de 40 a 50 minutos y posiblemente de acuerdo COE Cantonal, realizar algunas encuestas de forma presencial por la posible dificultad de los medios tecnológicos.

3.7.1 Consentimiento informado

El consentimiento informado constituye uno de los pasos principales en la investigación, donde se evidenciará el objetivo de la investigación y participación de los individuos en estudio.

3.7.2 Cuestionario Sociodemográfico

A los instrumentos de evaluación se sumará información para conocer aspectos sociodemográficos como: edad, género, dirección entre otros.

La aplicación del cuestionario será realizada a través de medios digitales, el uso del teléfono para contactarlos y envío de la información a los participantes, Google Forms para la recolección de datos mediante un formulario que estará elaborado con las preguntas de los test, aprovechando que a los pacientes siempre piden el contacto de números de celular, ya que necesitan informarles de nuevos o cambios de citas, además se realizó test a pacientes que acudieron a la unidad por atenciones médicas.

Cabe mencionar que los test utilizados fueron validados mediante el método de fiabilidad de alfa de Cronbach en un rango de 0,66 a 0,7 para BMQ (Rodríguez et al., 2020) (Herrera et al., 2021) incluso para los latinos de habla hispana (Jimenez et al., 2017), y el test HADS obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach total de 0.852; posterior al análisis factorial exploratorio se evidencia la validez y consistencia interna (Madrigal et al., 2021).

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Tras finalizar el estudio y analizarlo en el programa IBM SPSS Statistics 27.0 para analizar la normalidad de los datos se tomó en cuenta la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (Quraissy, 2020), ya que tenemos datos de más de 50 observaciones, donde se puede observar que no existe normalidad en los datos de estudio, ya que los valores del p-valor son $\leq 0,05$, como se muestra en la Tabla 4

Tabla 4 Pruebas de normalidad de datos

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Fase del Tratamiento	,427	109	,000
Ansiedad	,430	109	,000
Depresión	,469	109	,000
Adherencia General	,452	109	,000
Adherencia Específica	,420	109	,000

Como resumen de los datos obtenidos se tuvo en la Tabla 5 Datos descriptivos un total de 109 observaciones donde se tiene que la edad mínima es de 30 años y la edad máxima es 83 años, la edad media es 54,57 y que existe una moda de 49 años; en tanto al nivel de instrucción se tiene una mínima de educación primaria y una máxima de educación de cuarto nivel y así mismo este nivel de educación es el predominante entre los pacientes de estudio.

En la fase de tratamiento existe una predominancia de pacientes que se encuentran en estado de remisión o recibiendo hormonoterapia, mientras que el resto de pacientes se encuentran en fase de tratamiento hospitalario ya sea este de: diagnóstico, cirugía, quimioterapia o radioterapia; en tanto a la ansiedad se tiene un mínimo de 1 (0-7 Normal) y un máximo de 3 (8-10 Trastorno Clínicamente Significativo), teniendo predominancia en 1; en la depresión se tiene un mínimo de 1 (0-7 Normal) y un máximo de 3(8-10 Trastorno Clínicamente Significativo) donde predomina el 1; en adherencia general se tiene un mínimo de 1 y un máximo de 3, teniendo predominancia en 2; en adherencia

específica se tiene un mínimo de 1 (Adherencia Baja) y un máximo de 3 (Adherencia Alta), teniendo predominancia en 2 (Adherencia Media).

Tabla 5 *Datos descriptivos*

	N	Mín.	Máx.	Media	Moda	Desviación estándar	Varianza
Edad	109	30	83	54,57	49	9,494	90,136
Nivel de Instrucción	109	1	4	2,61	4	1,122	1,260
Fase del Tratamiento	109	1	2	1,67	2	,472	,223
Ansiedad	109	1	3	1,43	1	,725	,525
Depresión	109	1	3	1,32	1	,651	,424
Adherencia General	109	1	3	2,13	2	,432	,187
Adherencia Específica	109	1	3	2,28	2	,488	,238

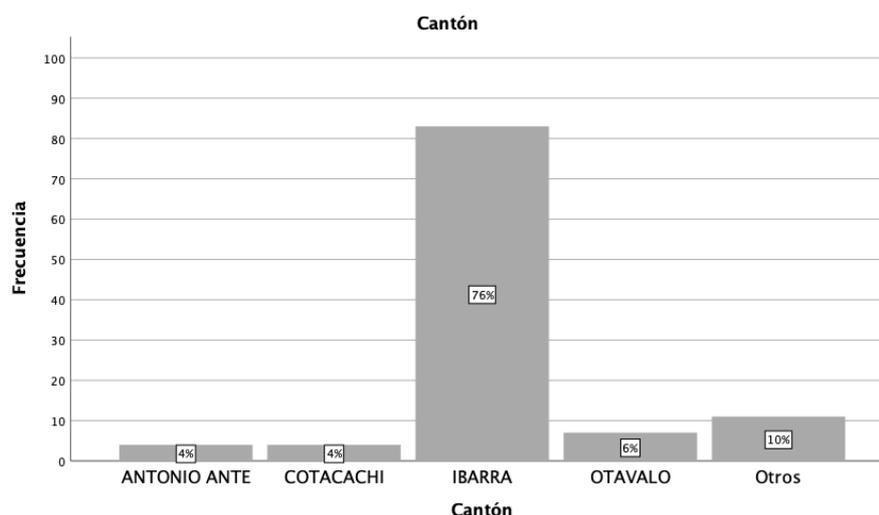
En la Tabla 6 Distribución de frecuencias se puede observar la frecuencia o el número de casos existentes en cada una de las variables analizadas y de igual forma se hace referencia al porcentaje representado en cada ítem.(Ramos y Guerra, 2020).

Tabla 6 *Distribución de frecuencias*

Variable	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Instrucción	<i>Básico</i>	24	22,02%
	<i>Bachillerato</i>	26	23,85%
	<i>3er nivel</i>	28	25,69%
	<i>4to nivel</i>	31	28,44%
Fase del Tratamiento	<i>Tratamiento</i>	36	33,03%
	<i>Diagnostico</i>	20	18,35%
	<i>Cirugía</i>	2	1,83%
	<i>Quimioterapia</i>	12	11,01%
Ansiedad	<i>Radioterapia</i>	2	1,83%
	<i>Remisión/Hormonoterapia</i>	73	66,97%
	<i>0-7 Normal</i>	77	70,64%
	<i>8-10 Trastorno Clínicamente Significativo</i>	17	15,60%
Depresión	<i>11-21 Trastorno Moderado - Severo</i>	15	13,76%
	<i>0-7 Normal</i>	85	77,98%
	<i>8-10 Trastorno Clínicamente Significativo</i>	13	11,93%
Adherencia General	<i>11-21 Trastorno Moderado - Severo</i>	11	10,09%
	<i>Adherencia Baja (8-19)</i>	4	3,67%
	<i>Adherencia Media (20-30)</i>	87	79,82%
Adherencia Específica	<i>Adherencia Alta (31-40)</i>	18	16,51%
	<i>Adherencia Baja (10-23)</i>	2	1,83%
	<i>Adherencia Media (24-36)</i>	75	68,81%
	<i>Adherencia Alta (37-50)</i>	32	29,36%

Los cantones de dónde provienen los pacientes de SOLCA Imbabura son principalmente de Ibarra y en menor medida los cantones Otavalo, Cotacachi y Antonio Ante, el resto de los cantones está representado en la categoría “Otros” con un porcentaje menor a 3%.

Ilustración 1 *Frecuencia de los cantones de procedencia de pacientes*



Nota. Los cantones con frecuencia menor al 3% están representados en la categoría "Otros".

Debido a la linealidad y naturaleza de los datos se utilizó la correlación de Pearson (Hernández et al., 2018), donde se muestra que la fase del tratamiento tiene bajos índices de correlación con las variables de estudio; mientras que la ansiedad se correlaciona en un 68,5% con la depresión y además se observa un p-valor $< 0,05$, por lo que es estadísticamente significativo; en tanto a la depresión se encuentra una correlación negativa en un 25,4% con la fase de tratamiento y con un p-valor $< 0,05$, lo que significa que existe menos depresión antes del tratamiento; por otra parte la adherencia general no posee valores significativos donde se correlacione con las demás variables; finalmente la adherencia específica muestra una correlación negativa en un 24,5% con la fase del tratamiento y un p-valor $< 0,05$, como se muestra en la Tabla 7 Correlación de Pearson. Con lo referente a la significancia que representa el p-valor, se lo interpreta de tal forma que, si este p-valor es $< 0,05$ se dice que existe diferencias significativas entre la muestra y de ser el caso contrario p-valor es $> 0,05$ se dice que no existe diferencias significativas en la muestra. (Saucedo y Fenig, 2019).

Tabla 7 *Correlación de Pearson*

		Fase del Tratamiento	Ansiedad	Depresión	Adherencia General	Adherencia Específica
Fase del Tratamiento	<i>r de Pearson</i>	1	-,121	-,254**	,028	-,245*
	<i>Sig.</i>		,210	,008	,770	,010
Ansiedad	<i>r Pearson</i>	-,121	1	,685**	,028	-,024
	<i>Sig.</i>	,210		,000	,769	,800
Depresión	<i>r de Pearson</i>	-,254**	,685**	1	-,115	,156
	<i>Sig.</i>	,008	,000		,234	,104
Adherencia General	<i>r de Pearson</i>	,028	,028	-,115	1	,050
	<i>Sig.</i>	,770	,769	,234		,604
Adherencia Específica	<i>r de Pearson</i>	-,245*	-,024	,156	,050	1
	<i>Sig.</i>	,010	,800	,104	,604	

La prueba U de Mann-Whitney analiza una variable entre dos grupos de estudio en una misma muestra para demostrar si existe o no diferencias significativas entre estos grupos, como es en el presente caso, que se analiza al grupo de pacientes que se encuentran cursando alguna fase de tratamiento hospitalario (diagnóstico, cirugía, quimioterapia, radioterapia) y un grupo de remisión donde los pacientes reciben hormonoterapia. A continuación, en la Tabla 8. Prueba U de Mann-Whitney se muestra que existen diferencias significativas entre los pacientes que se encuentran en tratamiento hospitalario y los que se encuentran en remisión en la variable de depresión con un p-valor de 0,025 y en la variable de adherencia específica con un p-valor de 0,011, es decir que, en estos grupos se comportan de manera diferente con respecto a las variables anteriormente mencionadas. Por otro lado, la variable ansiedad y adherencia general presentan un p-valor de 0,351 y 0,698 respectivamente, lo que infiere que los dos grupos de pacientes estudiados no presentan diferencias intergrupales significativas.(Molina, 2022)

Tabla 8. *Prueba U de Mann-Whitney*

	Fase	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	Sig.
Ansiedad	<i>Tratamiento</i>	36	58,22	2096,00	1198,00	-,933	,351
	<i>Remisión</i>	73	53,41	3899,00			
Depresión	<i>Tratamiento</i>	36	62,00	2232,00	1062,00	-2,245	,025
	<i>Remisión</i>	73	51,55	3763,00			
Adherencia General	<i>Tratamiento</i>	36	53,83	1938,00	1272,00	-,388	,698
	<i>Remisión</i>	73	55,58	4057,00			
Adherencia Específica	<i>Tratamiento</i>	36	63,78	2296,00	998,00	-2,527	,011
	<i>Remisión</i>	73	50,67	3699,00			

La prueba de D de Cohen es utilizada para medir el Tamaño del Efecto existente entre las medias de dos grupos dentro de dos poblaciones (Magnusson, 2022). Por lo que,

tras realizar este estadístico que se muestra en la Tabla 9. Prueba D de Cohen, se muestra que el tamaño de efecto de las variables de depresión, adherencia general y adherencia específica con respecto a los grupos de los pacientes de estudio es medio o moderado, puesto que estos valores rodean a 0,5, mientras que la variable ansiedad posee un valor cercano a 0.8 por lo que se infiere que es un tamaño de efecto grande. Además, se corrobora este análisis al obtener una significancia del p-valor $< 0,05$ en todas las variables mencionadas.

Tabla 9. *Prueba D de Cohen*

Variable	Fase	Cohen's D	Valor t	Valor F	Sig.
Ansiedad	Tratamiento	0,723	1,26	7,09	0,009
	Remisión				
Depresión	Tratamiento	0,633	2,3	28,19	0,000
	Remisión				
Adherencia General	Tratamiento	0,437	-0,29	4,26	0,041
	Remisión				
Adherencia Específica	Tratamiento	0,476	2,53	8,02	0,006
	Remisión				

4.2 Discusión

El presente trabajo realizado sobre depresión y ansiedad y su relación a la adherencia al tratamiento oncológico de 109 personas que asisten a la Unidad Solca Imbabura-Ecuador, el estudio fue realizado en individuos diagnosticados de cáncer de mama, los resultados que se obtuvieron en la escala de HADS, al comparar con estudios como uno de España se relaciona similarmente predominando la ansiedad y un menor grado se presenta la depresión así pues, en España los resultados de 43 investigaciones en esta área se demostró que la depresión aparece con una frecuencia del 14 % y la ansiedad en un 29 %, y en nuestro estudio de 109 personas depresión aparece con una frecuencia del 24 % y la ansiedad en un 32%, hay que tomar en cuenta que, con estudios realizados de Cuba difiere en los resultados constatando los niveles de ansiedad alto y medio como estado, la depresión reveló niveles altos en más del 50% aquí se releva más frecuencia la depresión y para seguir realizando nuestro análisis hemos visto estudios que se han realizados en nuestro Ecuador donde se consideró relevante un artículo que se enfoca en el estudio de 168 pacientes oncológicos del Hospital Solca Quito, en donde se utilizó el cuestionario Patient Health Questionnaire PHQ-9, donde se evidenció que el 90% de pacientes tienen algún grado de depresión, esto debe ser por las características de las unidades debido que esta es una entidad de tercer nivel, es decir aquí se tratan casos más complejos a relación a nuestra población, un estudio de 74 pacientes del Hospital Homero Castanier Crespo de Azogues-Cuenca, concluye que existe la susceptibilidad de presentar manifestaciones de ansiedad o depresión en ambientes hospitalarios coincidiendo con este estudio.

Algo interesante que sucedió con el presente estudio es que no existe relación de la ansiedad y depresión a la adherencia a los tratamientos, pero si existe relación con la etapa del tratamiento que el paciente este cursando para cumplir con los tratamientos médicos, lo que coincide con el estudio de 168 pacientes oncológicos del Hospital Solca Quito (Villacrés et al., 2018), donde se observa que la ansiedad y depresión no son variables influyentes en la toma de decisiones en la adherencia a los tratamientos, pero si es influyente que fase de tratamiento está llevando el paciente para seguir con los protocolos médicos indicados.

Al analizar y relacionar en otros contextos geográfico como Colombia donde se realizó el estudio en el Hospital Universitario del Caribe (Amador et al., 2016), se encontró que más de la mitad de la mujeres con cáncer de mama, no eran adherentes a los tratamientos, en cambio en nuestro estudio se encontró un porcentaje estimado de 60 - 80% adherente medio a alto, esto se puede explicar por la etapas a las que en nuestro estudio predomina que es de hormonoterapia o remisión, haciendo que el paciente de alguna manera sienta que se encuentra venciendo a la enfermedad, además a esto se debe agregar que en el grupo de estudio se administra quimioterapia ambulatoria, permitiendo a los pacientes estar más relacionados con sus familiares o amistades

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

De acuerdo con los resultados se pudo evidenciar que de manera general se presentó rasgos de ansiedad y depresión en la tercera parte de pacientes oncológicos, 29,36% y 22,02% respectivamente sin diferir fase de tratamiento. Sin embargo, en relación con los grupos de pacientes (en tratamiento y en remisión), se verifica que existe una diferencia significativa de depresión en dichos grupos mas no así con la ansiedad es decir que, se presentan casos de depresión en el grupo que se encuentra en un tratamiento (diagnóstico, cirugía, quimioterapia, radioterapia) y que tiende a desaparecer en una etapa de remisión. La ansiedad es constante independientemente de la fase de tratamiento.

Con base en los resultados, se puede aseverar que para el universo estudiado la Ansiedad y Depresión no son un factor clave que influya en el nivel de Adherencia al tratamiento en los pacientes oncológicos que asisten a SOLCA Imbabura, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

El resultado obtenido muestra que tanto los cuadros de depresión como la adherencia específica de un paciente aumentan en las fases iniciales de los tratamientos (partiendo del conocimiento de un diagnóstico y la posible intervención de un tratamiento invasivo (cirugía) y/o tratamientos más radicales como lo son la quimioterapia y radioterapia) y que estos dos tienden a bajar cuando el paciente pasa a un estado de remisión o se encuentra en fase de Hormonoterapia.

Por lo anterior expuesto, la atención de un paciente oncológico debe ser de forma integral, es decir, debe tener apoyo médico como psicológico con la finalidad de identificar ansiedad y depresión u otros síntomas psicológicos, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida, reduciendo ya signos o síntomas que pueda estar experimentando el paciente por los tratamientos en contra del cáncer y contribuir bienestar psicológico.

Recomendaciones

Si bien, de los resultados obtenidos se puede evidenciar que están presentes rasgos de ansiedad como depresión en los pacientes oncológicos, es de vital importancia que junto al personal médico se adhiera un acompañamiento psicológico que sirva de soporte al paciente en presencia de un diagnóstico de cáncer y que éste sea permanente hasta su resolución pudiendo ser favorable hacia una remisión y más aún en casos de desahucio, por lo tanto se considera realizar este seguimiento al paciente por la vulnerabilidad que produce esta patología y por lo extenso de proceso de tratamientos y recuperación.

El universo estudiado comprende en su mayoría mujeres ya que está relacionado con el cáncer de mama sin embargo, es recomendable ampliar el estudio a todo paciente oncológico a fin de obtener una visión global del grupo así como una posible segmentación de acuerdo a su gravedad y dar el apoyo psicológico correspondiente.

De igual manera, la utilización de herramientas de investigación aplicadas tal como BMQ y HADS, pueden especializarse sobre el campo de la Oncología que si bien estas evalúan a un paciente en el medio hospitalario, el carácter, frecuencia y la forma tan variada de presentarse de esta enfermedad amerita evolucionar herramientas que conduzcan a una mejor comprensión de la situación mental y física de los que presentan esta patología y permitan elevar el nivel de adherencia a los tratamientos que son de vital importancia para sobrellevar y/o erradicarla.

Es recomendable también mencionar que a los resultados de la presente investigación se le puede añadir un estudio de tipo experimental en el cual, se tome como referencia dos puntos en el tiempo (antes/después) que permita evaluar no solo la evolución mental del paciente oncológico sino también que permita mejorar el acompañamiento en cada etapa de la enfermedad asegurando el bienestar físico y psicológico.

Referencias bibliográficas

Acero, L. F. T., y Barboza, C. F. (2019). «Nuestra enfermedad»: Revisión sistemática sobre coping diádico en cáncer de mama. *Psicooncología*, 16(2), Art. 2. <https://doi.org/10.5209/psic.65590>

Alarcón, A. C. R., Ramírez, N. X. G., y Vinuesa, V. I. R. (2020). Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, Ecuador. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 86(2), 125-131.

Alcaide, M., Rodríguez, C., de Reyes, S., Gallart, R., Sánchez, M., García, J., y Torné, P. (2021). Molecular classification of breast cancer. Treatment and prognosis implications. *Cirugía Andaluza*, 32(2), 155-159. <https://doi.org/10.37351/2021322.9>

Annunziata, M. A., Muzzatti, B., Bidoli, E., Flaiban, C., Bomben, F., Piccinin, M., Gipponi, K. M., Mariutti, G., Busato, S., y Mella, S. (2020). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(8), 3921-3926. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05244-8>

Arbulú, X. (2019). Factores asociados a depresión en pacientes con cáncer de mama: Factors associated with depression in patients with breast cancer. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(1), Art. 1.

Aust, H., Eberhart, L., Sturm, T., Schuster, M., Nestoriuc, Y., Brehm, F., y Rüsche, D. (2018). A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 111, 133-139. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.012>

Barrameda, A. (2022). Mastectomía contralateral profiláctica. *Rev. senol. patol. mamar. (Ed. impr.)*, 35(4), 285-292.

Becerra, A. L., Reynoso, L., y Lugo, I. V. (2020). Terapia de Activación Conductual Breve para la Depresión en mujeres con cáncer de mama: Casos clínicos. *Psicooncología*, 17(2), 387.

Benavides, D., y Guevara, D. (2022). *Análisis de los síntomas de depresión en pacientes que asisten a consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil* [B.S. thesis]. Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Psicológicas.

Bozada, K., Fresán, A., y Yamamoto, J. K. (2019). Validación de Belief Medicines Questionnaire y Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale para medir adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gaceta médica de México*, 155(2), 124-129. <https://doi.org/10.24875/gmm.18004417>

Buitrago, C., Pacheco, J. O., Acevedo, C. M., y Estrada, D. (2019). Caracterización del dolor en las pacientes con cáncer de mama que sisten a la Unidad de Oncología del Hospital San José. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. <https://doi.org/10.20986/resed.2019.3692/2018>

Butow, P., Sharpe, L., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., y Beith, J. (2018). Fear of Cancer Recurrence: A Practical Guide for Clinicians. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 32(1), 32-38.

Cabrera, Y., López, J., López, E., y Arredondo, B. (2017). *La psicología y la oncología: En una unidad imprescindible*. 115.

Cantero, M. J., Galisteo, R., Gata, C., Dávila, M. E., Sanchez, M. J., Delgado, C., Almeida, C. V., y León, J. M. de. (2018). Calidad de vida con órtesis de compresión frente a apósito en el postoperatorio de pacientes con cirugía conservadora de cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 31(1), 20-30. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2017.12.003>

Cárdenas, J., Valle, A. A. E., Arce-Salinas, C., Bargalló, J. E., Bautista-Piña, V., Cervantes-Sánchez, G., Flores-Balcázar, C. H., Lluch-Hernández, A., Maffuz-Aziz, A., Pérez-Sánchez, V. M., Poitevin-Chacón, A., Salas-González, E., Torrecillas-Torres, L., Valero-Castillo, V., Cárdenas-Sánchez, J., Valle-Solís, A. A. E., Arce-Salinas, C., Bargalló-Rocha, J. E., Bautista-Piña, V., ... Valero-Castillo, V. (2019). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Octava revisión. Colima

2019. *Gaceta mexicana de oncología*, 18(3), 141-231. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.m19000180>

Chachaima, J. E., Pineda, J., Marin, R., Lozano-Miranda, Z., Chian-García, C., Chachaima, J. E., Pineda, J., Marin, R., Lozano, Z., y Chian, C. (2020). Perfil inmunofenotípico de cáncer de mama de pacientes atendidas en un hospital general de Lima, Perú. *Revista Medica Herediana*, 31(4), 235-241. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3855>

Cléries, R., Ameijide, A., Buxó, M., Vilardell, M., Martínez, J. M., Marcos-Gragera, R., Vilardell, M. L., Carulla, M., Espinàs, J. A., Galceran, J., Borràs, J. M., y Izquierdo, Á. (2021). Exceso de mortalidad en las pacientes con cáncer de mama en estadios precoces en Tarragona y Gerona (España). *Gaceta Sanitaria*, 34, 356-362. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.008>

de las Peñas, R., y Cobo, A. (2022). Guías clínicas para la profilaxis de la emesis inducida por quimioterapia antineoplásica. *Revisiones en cáncer*, 36(2), 77-86.

Elosua, P. (2021). Aplicación remota de test: Riesgos y recomendaciones. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 33-37. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2021.2952>

Espinoza, M., Bernales, M., y Cabieses, B. (2019). *Manual para la participacion de pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud*. <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2908/Manual%20para%20la%20participaci%C3%B3n%20de%20pacientes%20en%20toma%20de%20decisiones%20sobre%20cobertura%20en%20salud.pdf?sequence=1>

Espinoza, N., y Mogrovejo, N. (2022). *Satisfacción y calidad de vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama según reconstrucción mamaria*. <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/2617>

Fajardo, A., y Rendón, M. E. (2018). Importancia del “diagnóstico temprano” en los niños con cáncer para mejorar el pronóstico: Concepto con poco sustento científico. *Gaceta de Mexico*, 154(4), 517. <https://doi.org/10.24875/GMM.18004004>

Farbermana, D., Valentea, P., Malpiedib, L., Morosib, M., y Luisella, L. (2021). Adherencia a medicación antineoplásica oral en oncología pediátrica. Estudio multicéntrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 119(1), 48. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.44>

Ferreras, J. O. (2017). *Experiencia y afrontamiento en pacientes en tratamiento con quimioterapia*. 348.

Forgiony, J., Bonilla, N., y Moncada, A. (2019). *Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer*. 38, 12.

Fritzen, J. S., Motter, F. R., y Paniz, V. M. V. (2017). Regular access and adherence to medications of the specialized component of pharmaceutical services. *Revista De Saude Publica*, 51, 109. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006932>

Garcia, P. (2018). Psycho-Oncology: A Patient's View. En U. Goerling y A. Mehnert (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 57-66). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_4

Garzón, W., Doumet, M., Agualsaca, J., Guamba, N., Henríquez, P., Molina, M., Palacios, J., Salazar, G., Sinmaleza, Á., Vera, W., Vera, C. A., y Verdezoto, R. (s. f.). *Asambleístas que integran la comisión*. 56.

Giménez, V., Giménez, C., Navarro, J., Villalobos, F., Rubio, P., y Vicente, I. (2021). Radioterapia intraoperatoria en el tratamiento del cáncer de mama en estadios tempranos. *de la*, 119.

Gómez, A., Hernández, M., Romero, R., y Zamora, Y. (2017). *El cáncer de mama: Somatización y la resiliencia en mujeres diagnosticadas*. 15.

Gómez, L., Delgado, J., y Miguelena, J. (2017). Valoración de la satisfacción en pacientes mastectomizadas con reconstrucción mamaria según la técnica quirúrgica empleada. *Cirugía Española*, 95(10), 594-600. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.09.009>

Gonzalez, M., Pascoe, M. C., Yang, G., de Manincor, M., Grant, S., Lacey, J., Firth, J., y Sarris, J. (2021). Yoga for depression and anxiety symptoms in people with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 30(8), 1196-1208.

Gonzalez, R., Arrarás, N., López, J., Barallat, E., Gasol, A., y Canals, J. (2019). Prevalencia de la adherencia terapéutica a opioides mayores en una muestra de pacientes oncológicos avanzados. Estudio piloto. *Medicina Paliativa*, 26. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1030/2019>

González, S., Fernández, C., Mota, M. J., García, P., Pedrosa, I., y Pérez, M. (2017). Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 30, 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.006>

Götze, H., Friedrich, M., Taubenheim, S., Dietz, A., Lordick, F., y Mehnert, A. (2020). Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(1), 211-220. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04805-1>

Greer, J. A., Jacobs, J., Pensak, N., MacDonald, J. J., Fuh, C., Perez, G. K., Ward, A., Tallen, C., Muzikansky, A., Traeger, L., Penedo, F. J., El-Jawahri, A., Safren, S. A., Pirl, W. F., y Temel, J. S. (2019). Randomized Trial of a Tailored Cognitive-Behavioral Therapy Mobile Application for Anxiety in Patients with Incurable Cancer. *The Oncologist*, 24(8), 1111-1120. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2018-0536>

Hernández, J. (2019). *La adherencia del paciente, más allá del siglo XXI*.

Hernández, J., Espinosa, F., Rodríguez, J. E., Chacón, J., Toloza, C., Arenas, M., Carillo, S., y Bermúdez, V. (2018). *Sobre el uso adecuado del coeficiente de correlación de Pearson: Definición, propiedades y suposiciones*. 37, 16.

Herrera, E., Robles, J., y Bautista, L. (2021). Validity and reliability of the Beliefs About Medicines Questionnaire in Colombian hypertensive patients. *Revista Cuidarte*, 12(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1937>

Ibarra, O., y Morillo, R. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. Euromedice Vivactis.

Jimenez, Karystal, Vargas, C., García, K., Guzmán, H., Angulo, M., y Billimek, J. (2017). *Evaluating the Validity and Reliability of the Beliefs About Medicines Questionnaire in Low-Income, Spanish-Speaking Patients With Diabetes in the United States*. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0145721716675740>

Jimenez, R., Román, P., y Díaz, M. (2017). *Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud. Proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo*. 157.

Lago, N. (2015). *Adherencia al tratamiento, responsabilidad de todos*. http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf

Lemus, K. (2021). Depresión y cáncer en el adulto mayor. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 16(3), Art. 3.

Lena, A., Camacho, K., y Rodríguez, Y. (2020). *Estados emocionales en pacientes con cancer, hospitalizados durante la covid19. Matanzas 2020*.

López, D., Lima, L., Nascimento, V., Rufino, V., de Oliveira, N., y Vasconcel, A. (2022). Os impactos da mastectomia na vida da mulher com câncer de mama. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 7, 2. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20220002>

López, I., Casado, P., Santos, R. S., Méndez-Jiménez, O., Estrada, R., Guzmán, A. J., López, I., Santos, R., Méndez, O., Estrada, R., y Guzmán, A. (2019). Prevalencia de factores de riesgo del cáncer de mama en población rural femenina. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(5), 563-572.

Machado, F., Hinds, P. S., y Castanheira, L. (2022). La comprensión de los adolescentes de los efectos adversos relacionados con la quimioterapia: Un estudio de elicitation de conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30.

Madrigal, A., Díaz, P., Flores, J., Urdapilleta, E., Lara, G., y Galindo, Ó. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes mexicanos con enfermedades respiratorias. *Psicología y Salud*, 31(2), 323-332.

Maffuz, A., Labastida, S., Espejo, A., y Rodríguez, S. (2017). Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. *Cirugía y cirujanos*, 85(3), 201-207.

Magnusson, K. (2022). *Interpretando la d de Cohen*. <https://rpsychologist.com/es/cohend/>

Mejía, M. E., Contreras, A., y Hernández, M. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica*, 40(2), Art. 2. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>

Méndez, D. A., y Villarraga, J. V. (2020). *Efectos psicológicos relacionados con la quimioterapia en pacientes oncológicos con cáncer de mama*. 21.

Mercadante, S., Adile, C., Tirelli, W., Ferrera, P., Penco, I., y Casuccio, A. (2021). Barriers and Adherence to Pain Management in Advanced Cancer Patients. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 21(4), 388-393. <https://doi.org/10.1111/papr.12965>

Mero, M., Ríos, O., Romero, H., Guevara, M., y Zambrano, K. (2018). Análisis del tipo de personalidad en el cáncer de mama. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 3(10), 21-26.

Meza, A. S., Arias, B. S., Quesada, A. G. S., Fernández, S. V., y Román, J. J. M. (2018). Cáncer de mama triple negativo: Generalidades, situación en Costa Rica y nuevas tendencias para su tratamiento. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 12(2).

Molina, M. (2022). *Prueba de la U de Mann-Whitney*. *Ciencias o letras*. AnestesiaR. <https://anestesiario.org/2022/prueba-de-la-u-de-mann-whitney-ciencias-o-letras/>

Muñiz, J., y Fonseca, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *C.O.P. del Ppdo. de Asturias*, 31.1, 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>

Orihuela, R. (2019). Relación entre sentido de coherencia y adhesión al tratamiento en mujeres adultas con cáncer de mama de un hospital nacional de Lima Metropolitana. *Revista Psicológica Herediana*, 11(1), 2-11. <https://doi.org/10.20453/rph.v11i1.3624>

Ortega, C., López, S., y Alvarez, M. (s. f.). *Tema 14. La adherencia al tratamiento*. 32. <https://doi.org/2020?>

Ortega, J. J., Sánchez, D., Rodríguez, Ó. A., y Ortega, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: Un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232.

Oviedo, M. (2018). *Psicología de la salud y adherencia al tratamiento*. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/download/2879/2902?inline=1>

Pagés, N., y Valverde, I. (2021). *Métodos para medir la adherencia terapéutica* | *Ars Pharmaceutica (Internet)*. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/7387>

Parra, J., y Serrano, A. (2018). Ansiedad y depresión en pacientes quirúrgicos del Hospital Homero Castanier, Azogues, Ecuador, 2017. *Killkana Salud y Bienestar*, 2(2), 27-34. https://doi.org/10.26871/killcana_salud.v2i2.212

Pedraza, G. L., y Vega, C. (2018). Versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 4(2), Art. 2. <https://doi.org/10.22402/j.rdiipycs.unam.4.2.2018.186.214-232>

Pitman, A., Suleman, S., y Hodgkiss, A. (2018). *Depression and anxiety in patients with cancer*.

Quraisy, A. (2020). Normalitas Data Menggunakan Uji Kolmogorov-Smirnov dan Saphiro-Wilk: Studi kasus penghasilan orang tua mahasiswa Prodi Pendidikan

Matematika Unismuh Makassar. *J-HEST Journal of Health Education Economics Science and Technology*, 3(1), Art. 1. <https://doi.org/10.36339/jhest.v3i1.42>

Ramos, J., y Guerra, R. (2020). *Introducción a los Métodos Estadísticos*. Editorial Universitaria (Cuba).

Ream, E., Hughes, A. E., Cox, A., Skarparis, K., Richardson, A., Pedersen, V. H., Wiseman, T., Forbes, A., y Bryant, A. (2020). Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD007568. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007568.pub2>

Reyes, D., González, A., Merencio, E., y Córcoles, M. E. (2021). Dispensación de fentanilo y tapentadol en farmacia comunitaria: Adherencia farmacoterapéutica en dolor no oncológico. *Farmacéuticos Comunitarios*, 13(1), Art. 1.

Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A., y Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 84(3-4), Art. 3-4.

Rivas, G., Álvarez, I., Mora, C. de la C., Morera P, A., Martínez, Y., Álvarez, T. N., Rivas, G., Álvarez, I., Mora, C. de la C., Morera, A., Martínez, Y. R., y Álvarez, T. N. (2021). Estimulación de la adherencia terapéutica en niños con tratamiento ortodóncico. *Conrado*, 17(80), 122-128.

Robinson, O. J., Pike, A. C., Cornwell, B., y Grillon, C. (2019). The translational neural circuitry of anxiety. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 90(12), 1353-1360. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-321400>

Roco, Á., Cerda, B., Cayún, J. P., Lavanderos, A., Rubilar, J. C., Cerro, R., Acevedo, C., Cáceres, D., Varela, N., Quiñones, L. A., Roco, Á., Cerda, B., Cayún, J. P., Lavanderos, A., Rubilar, J. C., Cerro, R., Acevedo, C., Cáceres, D., Varela, N., y Quiñones, L. A. (2018). Farmacogenética, tabaco, alcohol y su efecto sobre el riesgo de desarrollar cáncer. *Revista chilena de pediatría*, 89(4), 432-440. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018005000709>

Rodas, L. (2018). *Calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV, del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2018*. 10.

Rodríguez, ., Garcia, E., Rodríguez, A., Batanero, C., y Pérez, E. M. (2020). Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en práctica clínica habitual. *Pharmaceutical Care España*, 22(3), 148-172.

Rodríguez, A., Garcia, E., Rodríguez, A., Batanero, C., y Pérez, E. (2020). Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en práctica clínica habitual. *Pharmaceutical Care España*, 22(3), 148-172.

Rodriguez, L., y Giraldo, S. (2022). Una mirada compasiva y multidisciplinaria del paciente con cáncer de próstata metastásico. *Scientific and Educational Medical Journal*, 5(2), 115-130.

Rodríguez, M., Castro, V., Barboza, L., González Sarmiento, M. P., y Oviedo Brun, T. (2022). *Atención integral en pacientes con cáncer de mama*. Ediciones Uninúñez.

Rodríguez, M. P., Castro, V. del C., Barboza, L., González, M. P., y Oviedo, T. (2022). *Atención integral en pacientes con cáncer de mama*. Ediciones Uninúñez. <http://site.curn.edu.co:8080/jspui/handle/123456789/509>

Rufach, E. S., Rausis, K. B. R., Reñé, M. R., Vásquez, C. L., Rodríguez, A. P., y Rué, M. (s. f.). *Personalización del cribado del cáncer de mama (proyecto DECIDO)*.

Ruiz, P., Zayas, A., Morales-Sánchez, L., Gil-Olarte, P., y Guil, R. (2019). Resiliencia como predictora de depresión en mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 4(1), 75. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v4.1511>

Salas, J. (2021). Políticas Públicas para mejorar la calidad de servicios de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), Art. 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.223

Salas, P., Pousa, J., Astudillo, J., Salas, P., Pousa, J., y Astudillo, J. (2019). Relación entre satisfacción usuaria y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(4), 277-287. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000400277>

Salas, R. (2022). *Adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en adultos con diabetes mellitus tipo 1*.

Salinas, A., Serrano, B., Soto, A., Valenciano, S., y Mora, J. (2018). Cáncer de mama triple negativo: Generalidades, situación en Costa Rica y nuevas tendencias para su tratamiento. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 12(2), Art. 2. <https://doi.org/10.15517/rmucr.v12i2.36232>

Sampieri, R. H., Collado, C. F., y Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education. <https://books.google.com.ec/books?id=oLbjoQEACAAJ>

Saucedo, E. M., y Fenig, J. (2019). Estadística en cirugía, cómo entender y aplicar conceptos básicos. *Cirugía y cirujanos*, 87(6), 692-697. <https://doi.org/10.24875/ciru.19000487>

Schuyler, D. (2016). Anxiety. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 18(5), 26636. <https://doi.org/10.4088/PCC.16f02039>

Sierra, P. (2022). Duloxetina: Un antidepresivo con numerosas posibilidades terapéuticas. *Kranion*, 2022, vol. 17, num. 1, p. 10-14.

Sollozo, I., Galván, H. A., Castillo, J. P., Benítez, E. O., Rocha, S. L., y Villaseñor, Y. (2022). Impact of the Covid-19 pandemic on breast cancer screening and how to act quickly and safely. *Salud Pública de México*, 64(3), 333-339.

Soto, J. (s. f.). *Compromiso Centrado En Desmantelar Pensamientos Negativos Repetitivos*,. 82.

Thoft, B., y Vhar, S. (2021). *Principios de enfermería en oncología: Nuevos retos*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=TsZOEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA215&dq=pacientes+con+cancer+se+consideran+adherentes+cuando+cumplen+con+los+p+rotocolos+que+le+ha+indicado+el+profesional+de+salud.&ots=lbeh69sTwW&sig=GfWJp6x90Xm8X86idX2FbkcuLTM#v=onepage&q&f=false>

Thorneloe, R. J., Horne, R., Side, L., Wolf, M. S., y Smith, S. G. (2019). Beliefs About Medication and Uptake of Preventive Therapy in Women at Increased Risk of Breast Cancer: Results From a Multicenter Prospective Study. *Clinical Breast Cancer*, 19(1), e116-e126. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.10.008>

Unsel, M., Krammer, K., Lubowitzki, S., Jachs, M., Baumann, L., Vyssoki, B., Riedel, J., Pühr, H., Zehentgruber, S., Prager, G., Masel, E. K., Preusser, M., Jaeger, U., y Gaiger, A. (2019). Screening for post-traumatic stress disorders in 1017 cancer patients and correlation with anxiety, depression, and distress. *Psycho-Oncology*, 28(12), 2382-2388. <https://doi.org/10.1002/pon.5239>

Useche, M. C., Artigas, W., Queipo, B., y Perozo, É. (2019). *Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos*.

Valderrama, M., y Sánchez, R. (2018). Anxiety and Depression Disorders in Relation to the Quality of Life of Breast Cancer Patients with Locally Advanced or Disseminated Stage. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 211-220. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>

Valencia, A. I., Muñoz, R. E., Zuñiga, P. M., Martínez, A., y García, R. (2022). Propiedades psicométricas del instrumento percepción de riesgo y conductas de autocuidado para la prevención del cáncer de mama. *Revista Conrado*, 18(86), 353-359.

Vázquez, O. G., Rocha, E. B., Lerma, A., Muñiz, R. C., Santos, N. A. A., y García, A. M. (2022). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud de oncología. *Psicología y Salud*, 33(1), 171-186.

Villacrés, L., Villarroel, N., Quinde, M., y Silva, E. (2018). *Depresión en el*

paciente oncológico en Quito, Ecuador. 7.

Villoria, E., Lara, L., Salcedo, R., Villoria, E., Lara, L., y Salcedo, R. (2021). Frequency of depression and anxiety in a group of 623 patients with cancer. *Revista médica de Chile*, 149(5), 708-715. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000500708>

Wondie, Y., Mehnert, A., y Hinz, A. (2020). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) applied to Ethiopian cancer patients. *PLOS ONE*, 15(12), e0243357. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243357>

Yang, G. S., Kumar, S., Dorsey, S. G., Starkweather, A. R., Kelly, D. L., y Lyon, D. E. (2019). Systematic review of genetic polymorphisms associated with psychoneurological symptoms in breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27(2), 351-371. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4508-3>

Yélamos, C., Sanz, Marín, R., y Martínez, ; Cristina. (2018). *Experiencia del paciente: Una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico*. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/59184/4564456546593/0>

Yi, J. C., y Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *The Medical Clinics of North America*, 101(6), 1099-1113. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.005>

Zeilinger, E. L., Oppenauer, C., Knefel, M., Kantor, V., Schneckenreiter, C., Lubowitzki, S., Krammer, K., Popinger, C., Kitta, A., Kum, L., Adamidis, F., Unseld, M., Masel, E. K., Füreder, T., Zöchbauer-Müller, S., Bartsch, R., Raderer, M., Prager, G., Krauth, M. T., ... Gaiger, A. (2022). Prevalence of anxiety and depression in people with different types of cancer or haematologic malignancies: A cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e74. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000592>

Zhang, T., Li, H., Liu, A., A, W., H, M., y Dou, W. (2018). *Factors promoting resilience among breast cancer patients: A qualitative study*. 293-333. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1502615>

ANEXO

C.1 Solicitud de aprobación del Anteproyecto

Ibarra, 22 de Febrero del 2022

Dr. Jorge Edmundo Gordon Rogel

Coordinador(a)

Maestría en Psicología Clínica Mención Psicoterapia

ASUNTO: Solicitud de aprobación del Anteproyecto

Solicito a usted, someter a consideración del Comité Científico de la Maestría, la aprobación del trabajo de titulación:

TITULO: DEPRESION Y ANSIEDAD Y SU RELACION A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ONCOLOGICO EN PERSONAS ADULTAS, QUE ASISTEN A LA UNIDAD SOLCA IMBABURA

Estudiante: Ana Cristina Maigua|Sosa

Adjunto al presente el Anteproyecto

Por la atención, le agradezco.

Atentamente,



FIRMA ... 1001461217

MSc. Marco Antonio Tafur Vasconez

(geyanez@utn.edu.ec)

FIRMA


Ana Cristina Maigua Sosa

Consentimiento Informado

El propósito de esta investigación es analizar la depresión y ansiedad y su relación a la adherencia al tratamiento oncológico en personas adultas, que asisten a la Unidad Solca Imbabura.

Su identidad será protegida en la manera que utilizaremos códigos en el manejo, análisis e interpretación de los datos. Toda la información será manejada confidencialmente, de acuerdo con la “Ley Orgánica de Protección de los Derechos a la Intimidad y Privacidad sobre los Datos personales Art 6”

"Art. 6.-Accesibilidad y confidencialidad.- Son confidenciales los datos de carácter personal. El acceso a estos datos solo será posible cuando quien los requiera se encuentre debidamente legitimado, conforme a los parámetros previstos en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su respectivo reglamento y demás normativa emitida por la Autoridad de Protección de Datos Personales.”

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor su participación es completamente voluntaria y que tiene derecho a abstenerse de participar. Si acepta participar en esta investigación, le pedimos que conteste las preguntas que son parte de esta encuesta con sinceridad.

Autorizo la participación: _____

Firma del investigador: _____

Encuesta y test en línea

Evolución de los tratamientos

A continuación, les presentamos una encuesta anónima, su participación es voluntaria y los resultados las mismas serán utilizadas solo para fines académicos. Por favor responda todas las preguntas con sinceridad. Esta prueba está dirigida a determinar cómo se ha sentido en la última semana. Debe elegir solo una respuesta en cada pregunta.

¿Está de acuerdo en continuar?

- Si
- No

*En caso de no aceptar se emite el mensaje:

“Lamentamos mucho no poder contar con su participación.”

Y termina la participación.

Datos básicos

Digite su número de cédula: _____

Edad: _____

Sexo:

- Hombre
- Mujer
- Otro

Nacionalidad

- Ecuatoriana
- Otra

¿Qué tratamiento está cursando?

- Diagnóstico
- Cirugía
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Solo control después de tratamientos/Remisión

Me siento tenso(a) o nervioso(a):

- Nunca
- A veces
- Muchas veces
- Todos los días

Todavía disfruto con lo que antes me gustaba:

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder:

- Nada

- Un poco, pero me no preocupa
- Sí, pero no es muy fuerte
- Definitivamente, y es muy fuerte.

Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

Tengo mi mente llena de preocupaciones

- Sólo en ocasiones
- A veces, aunque no muy a menudo
- Con bastante frecuencia
- La mayoría de las veces

Me siento alegre

- Casi siempre
- A veces
- No muy a menudo
- Nunca

Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- Siempre
- Por lo general
- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo Nunca

Me siento como si cada día estuviera más lento

- Nunca
- A veces
- Muy a menudo
- Por lo general en todo momento

Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estomago

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

He perdido interés por mi aspecto personal

- Me preocupo al igual que siempre
- Podría tener un poco más cuidado
- No me preocupo tanto como debiera
- Totalmente

Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- Nada
- No mucho

- Bastante
- Mucho

Me siento optimista respecto al futuro

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

- Nada
- No muy a menudo
- Bastante a menudo
- Muy frecuentemente

Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

Sección 2.- Opiniones sobre los medicamentos. Estamos interesados en sus opiniones.

¿Está listo para responder sus opiniones sobre los medicamentos?

- Sí
- No

Los médicos utilizan demasiados medicamentos

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Los médicos confían demasiado en los medicamentos

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando

- Totalmente en desacuerdo

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

La mayoría de medicamentos crean adicción

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Los medicamentos hacen más mal que bien

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Todos los medicamentos son venenosos(tóxicos)

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Sección 3

Actualmente mi salud depende de la medicación

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Mi vida sería imposible sin medicación

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Sin la medicación estaría muy enfermo

- Totalmente en desacuerdo

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

En el futuro mi salud dependerá de la medicación

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

La medicación impide que mi enfermedad empeore.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Me preocupa tener que tomar medicación

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de medicación

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

La medicación trastorna mi vida

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

La medicación es un misterio para mí

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de medicación

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo

- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Agradecimiento

¡Gracias por su valiosa colaboración!

Y recuerde, para su tranquilidad toda la información será utilizada bajo un estricto control de privacidad.