



Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Facultad de Psicología y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS OSTOMIZADOS



Tesis Presentada por:

KATHERINE ACOSTA CASAS

Para obtener el título Profesional de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Asesora:

Gabriella Francesca Perotti Maiocchi

Cód Orcid 0000-0002-6602-9530

Lima - Perú

2021

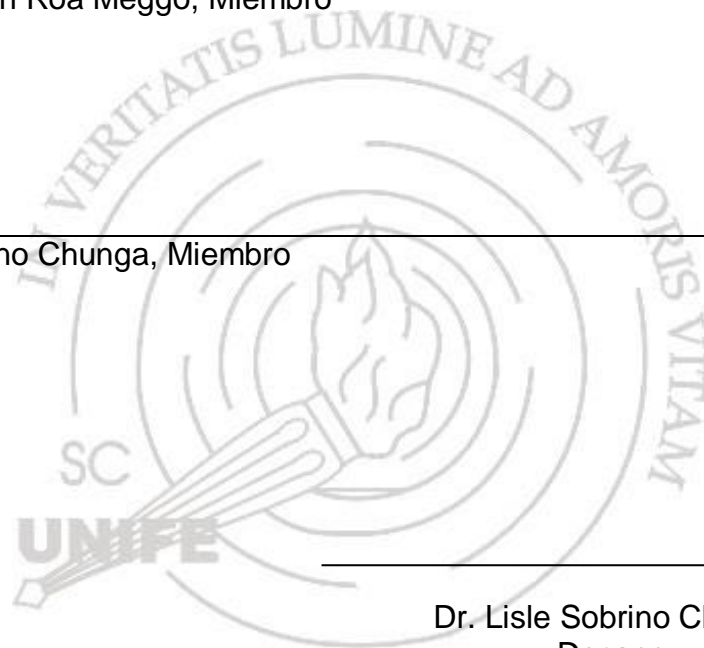
Los miembros del jurado han aprobado el estilo y el contenido de la tesis sustentada por:

KATHERINE ACOSTA CASAS

Mg. Gabriella Francesca Perotti Maiocchi, Asesora

Dra. Ysis Judith Roa Meggo, Miembro

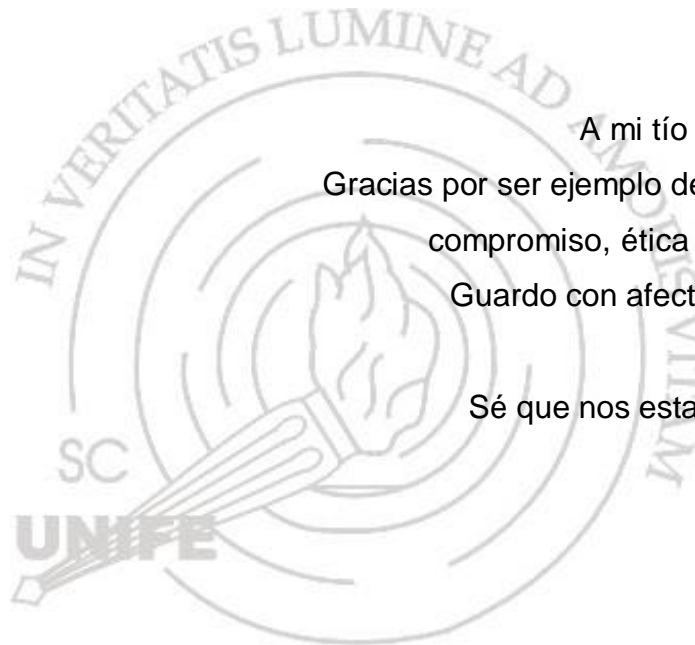
Dr. Lisle Sobrino Chunga, Miembro



Dr. Lisle Sobrino Chunga
Decano
Facultad de Psicología y Humanidades

A mi querido Simón, quien puso a prueba
mis habilidades, llenando de
aprendizajes y mucho afecto mis
días en el internado.
Agradezco a Dios y a la Virgen el haber
permitido conocerte y aprender de ti

A mi tío Carlos Amoretti,
Gracias por ser ejemplo de perseverancia,
compromiso, ética profesional y fe,
Guardo con afecto y nostalgia tus
recuerdos
Sé que nos estas acompañando



RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo general el investigar la relación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados del INEN. El estudio pertenece al nivel descriptivo, de tipo cuantitativo, transversal correlacional. La muestra está conformada por 70 pacientes oncológicos ostomizados, de ambos sexos, con edades entre los 18 y 69 años. Se utilizó el Cuestionario de Preferencias de Comunicación Médico-Paciente en Pacientes Oncológicos adaptado por Paredes, M. en el 2015 y la Escala de Adherencia al Tratamiento de Cáncer–EATC creada por Raymundo, O. en el 2011. Los resultados corroboran que, no existe relación significativa entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento; no obstante, se encontró asociación significativa ($p > .05$) entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el cuidado-aseo, referente a la escala soporte emocional. Por otro lado, con relación a los niveles de preferencia de comunicación, el factor Diagnóstico Asertivo y el Factor Información representan los de mayor preferencia, asimismo, en cuanto a los niveles de Adherencia al Tratamiento, se observó que solo el 24.3% presentan niveles altos de Adherencia al Tratamiento. Resultados que ponen en evidencia la necesidad de desarrollar en primera instancia nuevas líneas de investigación, contribuyendo así a la actualización de datos y a sus alcances prácticos en el futuro; es preciso se estructuren programas de abordaje inicial y psicoeducativos a fin de que favorezcan mejorar los niveles adherencia al tratamiento en la población oncológica.

Palabras clave: Comunicación médico-paciente, comunicación basada en el paciente, paciente oncológico, paciente ostomizado, adherencia.

ABSTRACT

The general objective of the study was to investigate the relationship between Physician-Patient Communication Preferences and Adherence to Treatment in INEN ostomy cancer patients. The study belongs to the descriptive level, quantitative, correlational. The sample is made up of 70 ostomy cancer patients of both sexes, aged between 18 and 69 years. The Physician-Patient Communication Preferences Questionnaire in cancer patients adapted by Paredes, M. in 2015 and the Scale of Adherence to Cancer Treatment – EATC created by Raymundo, O. in 2011, were used. The results corroborate that there is not significant relationship between Physician-Patient Communication Preferences and Adherence to Treatment; However, a significant association ($p > .05$) was found between Physician-Patient Communication Preferences and care-grooming, referring to the emotional support scale. On the other hand, regarding the levels of communication preference, the Assertive Diagnosis factor and the Information Factor represent the most preferred, also, in terms of levels of Adherence to Treatment, it was observed that only 24.3% present high levels of Adherence to Treatment. Results that show the need to develop new lines of research in the first instance, thus contributing to the updating of data and its practical scope in the future; It is necessary to structure initial and psychoeducational treatment programs to improve the levels of adherence to treatment in the oncological population.

Keywords: Physician- patient communication, communication preferences patient-based communication, oncology patient, ostomy patient, adherence.

RECONOCIMIENTOS

Considero que son varias las personas a quienes me gustaría extender mis agradecimientos en este apartado, pues con su apoyo incondicional, palabras de aliento y compañía logré concluir esta investigación.

En primer lugar, gracias a Dios y a la Virgen, quienes cada día me acompañan y bendicen, me brindan momentos de paz y fortaleza para crecer y aceptar cada etapa de mi vida. A mis padres, quienes siempre han velado por mi bienestar y educación, aceptando mis decisiones y motivándome a asumir nuevos retos en conquista de mis sueños. Gracias a ellos disfruto de esta hermosa carrera.

Agradezco a mi tía Liliana y mis hermanas, por su apoyo y consideración, por lidiar con mis preocupaciones y cansancio. Gracias por su paciencia, ánimos y amor.

A mi asesora Gabriella Perotti por ser mi guía y ayudarme a enriquecer este estudio, convertirse en mi soporte, por sus consejos y escucha, quien con su energía y compañía me ayudó a aceptar, aprender y ser resiliente en cada paso de esta investigación. Al Dr. Herbert Robles por su paciencia y disposición para absolver mis dudas, por su metodología de trabajo que me motivó a investigar y brindar un aporte a nuestra carrera.

A mis Supervisores de INEN, Oscar, Loida, Flor y Giovanna, por orientarme y acompañarme durante mi formación, admiro su vocación de servicio, dedicación y esfuerzo por siempre dar lo mejor a cada uno de sus pacientes.

Por último, a los pacientes de INEN, Club de Ostomizados y a la Licencia Elizabeth Jiménez les agradezco el haber permitido integrarme al equipo y ser partícipe de cada encuentro mensual en donde compartían sus alegrías y temores, los cuales fortalecían sus lazos y hacían efecto multiplicador hacia otros, siendo admirable el esfuerzo y compromiso que demostraba tener cada uno con relación a sus familias y sentido de vida.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN.....	4
RECONOCIMIENTOS.....	5
ÍNDICE	6
LISTA DE TABLAS	8
LISTA DE FIGURAS	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I: Antecedentes.....	16
1. Marco Teórico conceptual.....	16
1.1Cáncer.....	16
1.1.1 Tratamientos oncológicos.....	16
1.1.2 Ostomía	17
1.2 Comunicación oncológica.....	17
1.3 Adherencia al tratamiento	19
2. Revisión de la literatura.....	24
2.1 Investigaciones nacionales.....	24
2.3 Investigaciones internacionales.....	26
3. Planteamiento del problema.....	29
4. Objetivo general y objetivos específicos.....	37
5. Hipótesis general e hipótesis específicas.....	38
6. Definiciones operacionales de términos importantes.....	40
7. Importancia y limitaciones de la investigación.....	42
7.1 Importancia.....	42
7.2 Limitaciones.....	43
CAPÍTULO II: Método.....	46
1. Tipo y diseño de investigación	46
2. Variables.....	46
3. Participantes.....	48
4. Materiales.....	52
5. Procedimiento.....	54

	Página
CAPÍTULO III: Resultados	56
1. Análisis descriptivo.....	56
2. Resultados de la hipótesis general.....	59
3. Resultados de las hipótesis específicas.....	62
CAPÍTULO IV: Discusión de Resultados	79
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones	85
REFERENCIAS.....	88
APÉNDICES.....	99
APÉNDICE A: Carta de Consentimiento Informado.....	100
APÉNDICE B: Ficha Sociodemográfica.....	101
APÉNDICE C: Escala de Adherencia al Tratamiento en Cáncer.....	102
APÉNDICE D: Cuestionario de Preferencias de Comunicación Médico-Paciente.....	104
APÉNDICE E: Baremos de la Escala de Adherencia al Tratamiento en Cáncer.....	107
APÉNDICE F: Permiso para emplear el Cuestionario de Comunicación Médico-Paciente Adaptado a Perú...	109
APÉNDICE G: Permiso para emplear la Escala de Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Cáncer – EATC.....	110

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1	Variable Preferencias de Comunicación M-P.....	46
2	Estadísticos descriptivos de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento.....	55
3	Frecuencias y porcentajes de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente.....	55
4	Frecuencias y porcentajes de la Adherencia al Tratamiento...	58
5	Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y la Adherencia al Tratamiento.....	59
6	Asociación entre la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y la Adherencia al Tratamiento.....	60
7	Recuentos y porcentajes de los pacientes según los niveles de Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Información y la Adherencia al Tratamiento.....	60
8	Asociación entre la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Información y la Adherencia al Tratamiento.....	61
9	Recuentos y porcentajes de los pacientes según los niveles de la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y la Adherencia al Tratamiento.....	61
10	Asociación entre la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y la Adherencia al Tratamiento.....	62
11	Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de la Adherencia al Tratamiento y la Edad.....	62
12	Asociación entre la Adherencia al Tratamiento y la edad.....	63
13	Recuentos y porcentajes de los pacientes según los niveles de la Adherencia al Tratamiento y el sexo.....	63
14	Asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el sexo.....	64
15	Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de la Adherencia al Tratamiento y el Tipo de Ostoma.....	64
16	Asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Tipo de Ostoma.....	65
17	Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de Adherencia al Tratamiento y Cuidado-Aseo Personal.....	65
18	Asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Cuidado-Aseo Personal.....	66

	Página	
19	Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y la Edad.....	66
20	Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y la Edad.....	67
21	Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y la Edad.....	67
22	Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y la edad.....	68
23	Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y la Edad.....	68
24	Correlación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y la Edad.....	69
25	Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Sexo.....	69
26	Correlación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Sexo.....	70
27	Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Sexo.....	70
28	Asociación entre la preferencia de comunicación médico paciente Información y el sexo.....	71
29	Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Sexo.....	71
30	Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el sexo.....	72
31	Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Tipo de Ostoma.....	72
32	Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Tipo de Ostoma.....	73
33	Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Tipo de Ostoma.....	73
34	Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Tipo de Ostoma.....	74
35	Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Tipo de Ostoma.....	74

	Página
36 Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Tipo de Ostoma.....	75
37 Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Cuidado-Aseo Personal.....	75
38 Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Cuidado-Aseo Personal.....	76
39 Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Cuidado-Aseo Personal.....	76
40 Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Cuidado-Aseo Personal.....	77
41 Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Cuidado-Aseo Personal.....	77
42 Correlación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Cuidado-Aseo Personal.....	78



LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Mortalidad por tipo de enfermedad. Año 2018.	12
2	Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento según la OMS	22
3	Incidencia de las diez principales neoplasias por sexo y edad en el Perú. Año 2018	30
4	Variable Adherencia al Tratamiento	48
5	Frecuencia total de los participantes de la investigación en función de la Edad	50
6	Distribución porcentual de los participantes del estudio según su Sexo	50
7	Porcentajes totales en función del Tipo de Ostoma	51
8	Porcentajes totales de los participantes de la investigación según el Tipo de Cuidado y Aseo Personal	51
9	Porcentaje del Factor Diagnóstico Asertivo de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente	56
10	Porcentaje del Factor Información de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente	57
11	Porcentaje del Factor Soporte Emocional de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente	57
12	Porcentajes de los niveles de Adherencia al Tratamiento.	58

INTRODUCCIÓN

En el Perú, las neoplasias se encuentran dentro del grupo de patologías con indicadores porcentuales más elevados a nivel nacional (Liga Contra el Cáncer, 2019). Además, de no presentar una tendencia determinada con relación a su descenso, como ha venido observándose con otras enfermedades en los últimos años (Ministerio de Salud, 2018).

Los cambios en la estructura de la población, como la urbanización y la transición demográfica, interactuaron modificando el perfil epidemiológico, pasando de una situación en la que predominaban las enfermedades transmisibles a otra en la que las principales causas de muerte son las enfermedades no transmisibles (crónicas-degenerativas) (Liga Contra el Cáncer, 2019, p.7).

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en su Análisis de las Causas de Mortalidad en el Perú, entre 1986 y 2015, demuestra que desde el 2015 el cáncer viene representando el



20% del total de las defunciones en el país (Minsa, 2018).

Figura 1. Causas de Mortalidad en el Perú. Fuente: Ministerio de salud (2018)

En la Figura 1, se aprecia la mortalidad en enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias) cesó de un 47% (1990-2009) a un 19% (1986-

2015); viéndose todo lo contrario en las enfermedades no transmisibles que pasaron de un 45% de las muertes a tener 60% de pérdidas humanas para el 2015.

La Organización Mundial de la Salud (2021) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (2020), consideran a esta enfermedad como la segunda causa de mortalidad y morbilidad a escala mundial y en las américas, respectivamente. En países en vías de desarrollo, esto resulta una problemática, generando que los gobiernos analicen sus indicadores epidemiológicos para llevar una mejor gestión de las prioridades sanitarias y evalúen sus programas y políticas de salud.

En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN realizó un estudio comparativo del 2009 al 2018, en donde obtuvo que la tasa de casos de población oncológica en Lima Metropolitana había tenido un aumento del 17% (INEN, 2019); siendo la “neoplasia maligna del estómago (octavo lugar en el ranking nacional), la neoplasia maligna de la próstata (noveno lugar) y la neoplasia maligna del cuello uterino (décimo primer lugar)” (Minsa, 2018, p. 10) las tipologías con mayor prevalencia.

Asimismo, El Ministerio de Salud (2017) en el Programa Presupuestal 0024 “Prevención y Control de Cáncer” informó que este panorama es resultado de la confluencia de los índices elevados de neoplasias causados por agentes infecciosos, las insuficientes acciones preventivas primarias y secundarias, el escaso financiamiento para el tratamiento y la adopción de estilos de vida occidentales.

Cabe mencionar, que en datos recabados por la Organización Mundial de la Salud citados por Cabrera et al. (2017) Aproximadamente un tercio de las muertes provocadas por este padecimiento se debe a los principales factores de riesgo dietéticos y conductuales: índice de masa corporal elevado, falta de actividad física, ingestión reducida de frutas y verduras, consumo de alcohol y del tabaco” (p.116).

A estos factores de riesgo dietéticos conductuales, los acompaña otro factor brindado por el Ministerio de Salud en el Análisis de situación del Perú en donde el 60,1% del total de la población, perteneciente a los primeros dos

quintiles de ingresos, consideraba a la falta de dinero como una barrera de acceso a los servicios de salud (Minsa, 2019); lo que reforzaría la idea de que “el uso de los servicios de salud es desigual a lo largo de los grupos socioeconómicos” (Minsa, 2019, p.51); añadiendo lo que La Liga Contra el Cáncer (2019) agrega que “Desde el 2015, en las zonas rurales se ha registrado que el riesgo de fallecer por cáncer es más elevado, tendencia que seguirá incrementándose en los próximos años” (p.10), mientras que en zonas urbanas esta tendencia iría en descenso (Minsa, 2018).

“El cáncer está considerado como un grave problema de salud en el mundo, no solo por constituir una de las principales causas de muerte en quienes lo padecen, sino también por las limitaciones físicas y psicológicas que provoca” (Cabrera et al., 2017, p.115), la idea que en primera instancia se asocia al diagnóstico de una enfermedad oncológica siempre causa un fuerte impacto en la existencia de quien la escucha, pues se va tejiendo una red de creencias catastróficas relacionadas a los incurable, debilitante, limitante y deterioro de la vida (Arora, 2003 y Chiu et al., 2006 citados por Paredes, 2017).

Cabrera et al. (2017) refiere que la vivencia de esta enfermedad es considerada por muchos como una de las experiencias más complejas que una persona puede llegar a experimentar, además de los efectos psicológicos que conlleva el diagnóstico y la exposición a diversos tratamientos. “El 68% de los pacientes oncológicos padecen de trastornos mentales, en su mayoría trastornos adaptativos del estado de ánimo, se presenta altos índices de malestar emocional, donde el tratamiento de la misma enfermedad coadyuva a la intensidad del problema” (Layme, 2017, p. 11).

De las evidencias previas, es preciso considerar la formación y fortalecimiento de habilidades comunicativas en el personal sanitario, a fin de elevar la efectividad de las intervenciones para la mejora de la salud integral del paciente. Nguyen et al. (2017) reconocen que la comunicación en la práctica de la oncología tiene numerosos desafíos, ya que se ha visto que frecuentemente los especialistas, en algunos casos sin previa preparación, han

tenido que encargarse de la transmisión de noticias dolorosas y devastadoras al enfermo y su cuidador.

De igual forma, Liga Contra el Cáncer (2019) en su análisis situacional, señala que la mayoría de los pacientes en nuestro país no cuentan con antecedentes educativos completos que puedan usarlos como apoyo en la comprensión y asimilación de su diagnóstico y tratamientos. Ante este panorama Sánchez et al., (2005) destaca el diseño de abordajes dirigidos a estimular recursos personales y sociales en el enfermo oncológico, lo cuales generarían una mayor adherencia a los tratamientos y una mejor adaptación psicológica, por ello la importancia de continuar capacitando al personal sanitario.

De estas evidencias, la importancia del desarrollar esta investigación utilizando las siguientes variables Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento en pacientes con cáncer. Siendo la población de estudio los pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN].

En la presente investigación se presenta el marco teórico relacionado al tema a estudiar, la revisión literaria de estudios elaborados por diversos especialistas a nivel nacional e internacional, el planteamiento de la situación problemática que generó el estudio, los objetivos e hipótesis, presentación de definiciones de términos operacionales, las limitaciones e importancias de la investigación, metodología, discusión de resultados, así como, las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES

1. Marco teórico conceptual

1.1. El cáncer

La célula es conocida como la unidad básica de vida, que hace posible el funcionamiento de nuestro cuerpo, contando cada una con funciones específicas dependiendo de su ubicación. De la Garza, J. y Juárez, P. (2014) mencionan que las células normales se dividen de manera ordenada, y mueren cuando se han dañado o desgastado, tomando su lugar nuevas células. No obstante, cuando estas células no programan su apoptosis, entendida como un proceso natural y programado, es donde ellas causan problemas a diversas áreas del cuerpo denominándose cáncer, dando comienzo a la multiplicación anormal, progresiva y descontrolada en una parte del cuerpo. Estas células cancerosas se propagan a diversas zonas del organismo, afectando otros órganos y tejidos, a esta migración celular se le llama metástasis (American Cancer Society, 2016).

La OMS (2018) afirma que alrededor de un tercio de las muertes por cáncer están relacionadas a cinco factores de riesgos conductuales y dietéticos, como: tener un índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol.

1.1.1. Tratamientos

Entre los tratamientos más conocidos que se utilizan para combatir el cáncer, están: la quimioterapia, en la que se usan una serie de medicamentos, a través del torrente sanguíneo, para eliminar las células

cancerígenas del cuerpo; la radioterapia que emplea partículas u ondas de alta energía para eliminar o dañar las células anormales (American Cancer Society, 2016); la inmunoterapia en donde se estimulan o restauran las defensas inmunitarias del organismo; y la cirugía para prevenir, diagnosticar, determinar la etapa, tratar y extirpar el cáncer (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2017).

1.1.2. Ostomía

Es la operación quirúrgica en la que se realiza una abertura, llamada estoma (Instituto Nacional de Cáncer [NIH], s.f.), en la pared abdominal para dar salida a una víscera al exterior (Palomino, 2014). Las principales son la colostomía y la ileostomía dependiendo de en qué porción del colon e intestino delgado está ubicada (Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas [CMD], 2013).

La colostomía es la exteriorización del colon con el fin de crear una salida artificial al contenido fecal (Palomino, 2014), pudiendo ser temporal o permanente (American Cancer Society, 2017), pudiendo realizarse en cualquier parte del colon y recibiendo su denominación en función de esto.

Según el Ministerio de Salud cerca de un 40% de las operaciones de ostomía que se practican, son debidas a ingresos por urgencia, sin que el enfermo pueda ser preparado ni psíquica, ni fisiológicamente para ella. Los diagnósticos más comunes son el cáncer de recto y el de colon (Palomino, 2014, p.20).

Ante esto, los cuidados de la piel de los pacientes ostomizados son de vital importancia, para evitar que surjan complicaciones a futuro. (INEN, sf) recomienda que el colostoma debe cuidarse para conservar su rectitud, lavarse con agua y jabón suavemente para evitar heridas o sangrados del estoma, así como el secar bien sin frotar para facilitar el pegado de la bolsa Ostomal. Además de no descartar el adoptar una alimentación saludable, no realizar actividad física en demasía y seguir las recomendaciones de su médico a través de una comunicación sincera, fluida e inteligible.

1.2. Comunicación oncológica

Se ha visto que el hombre desde la época primitiva tuvo como primera necesidad el comunicarse, y para cumplir con ese objetivo, llegó a valerse de ciertos mecanismos, instrumentos y estrategias; las que luego, múltiples investigadores, denominaron lenguaje (Guardia de Viggiano, 2009).

Por su parte, La Real Academia Española (2014) define la palabra “comunicación” como la acción y efecto de comunicar o comunicarse. Santos (2012) expresa que se trata de un proceso dinámico, en el que necesariamente participan un emisor quien envía un mensaje a través de un canal a un potencial receptor, que, a su vez, puede convertirse también en emisor, debido a que el acto de comunicar es cíclico y dinámico.

En el caso de la comunicación en oncología, se ha visto que “el paciente necesita información y soporte emocional para poder afrontar un diagnóstico de cáncer” (Gil, 2015, p. 6). Por este motivo, la información transmitida por el especialista oncológico ha de ser confiable, para generar seguridad y autonomía en el paciente y su familia, observándose lo favorable de este acto a través de los indicadores de cambios que se han producido favoreciendo su afrontamiento a la enfermedad y mayor Adherencia al Tratamiento.

Como señala Gil (2015) “El modelo de la Toma de Decisiones Compartida, conocido como TDC, que propone como método para conseguir aumentar la autonomía del paciente y el control sobre la toma de decisiones, aumentar su satisfacción y la adherencia con la decisión tomada, y reducir los costes en salud” (p.92). “En donde se involucren en las discusiones acerca de su plan de tratamiento a través del diálogo abierto con los médicos, lo que a su vez favorece el empoderamiento en los pacientes” (Palacios y Vargas, 2011, p. 424).

Por lo que, uno de los factores relevantes a considerar es la confianza que existe en esta relación, en donde se busque desarrollar la actitud, interés y habilidades comunicativas en el personal de salud pues juegan un rol importante en la adherencia.

Como Cruzado (2010) acota el médico sabe más que el paciente de los procesos fisiopatológicos, implicados en los procesos oncológicos pero el paciente sabe infinitamente más que el médico de sus experiencias íntimas con la enfermedad y, sobre todo, de sus valores y objetivos en la vida, que matizan enormemente su postura ante el tratamiento y ante las decisiones a tomar (p.60)

Por tanto, de lo citado una comunicación eficaz cobra una importancia inusitada entre el profesional y el paciente, ya que aparte de permitir un mejor seguimiento y control de las molestias y deterioro por la enfermedad, además también facilita el manejo del estrés emocional o sufrimiento que surge en el paciente ante su condición, crea un contexto social grato y de confianza por las redes de apoyo que se entablan, permite que el paciente perciba al equipo profesional más responsivo a sus necesidades y demandas psicológicas y fisiológicas, y por último ser validado constantemente (Cruzado, 2010).

Como explica Raymundo (2014) el médico tratante necesita la colaboración del paciente para afrontar los tratamientos. El profesional debe aprovechar esta situación para conversar francamente sobre la enfermedad y los métodos que se utilizarán en su caso particular, en general los pacientes desconocen los efectos que tendrá que tolerar (p.17).

Recomendar un apoyo emocional siempre es conveniente en esta población, porque se respetaría uno de los derechos del paciente de mantenerse informado sobre su enfermedad, y también percibirá a su entorno receptivo a su sentir, será contenido, confiará en las habilidades del personal de salud y en sus estrategias de afronte, logrando “atemperar el impacto psicológico de saber que es portador de un cáncer” (Raymundo, 2014, p. 17).

1.3. Adherencia al tratamiento

En la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, llevada a cabo en junio del 2001, se define este término como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la

introducción de los cambios en sus estilos de vida responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el personal sanitario (pfizer,2019), por otro lado, en el 2004, añade que este concepto abarcaría una serie de comportamientos relacionados con la salud en donde el paciente adoptaría un rol activo, en búsqueda de su bienestar.

Por lo cual, el significado de adherencia al tratamiento no solo se asocia a la administración del medicamento, sino a aspectos de la terapia en general, que comprenden el asistir a los controles, completar los estudios programados, realizar los cambios en el estilo de vida, colaborar activamente a través de una retroalimentación y por último el ingerir los medicamentos como han sido prescritos.

También, Salinas y Nava (2012) toman la conceptualización dada por Haynes y Sackett en donde consideran a este término “como la medida en la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento” (Salinas y Nava, 2012, p. 102) asegurando de esta forma el seguimiento de los tratamientos, para ello el paciente ha tenido que asimilar su diagnóstico y comprender el grado de enfermedad de la cual depende su pronóstico y que podría ser desfavorable.

La OMS (2004) aclara que el término observancia se empleó para significar el grado en que el paciente cumple con el asesoramiento del médico y sigue el régimen. La nueva era de la atención orientada al paciente ha sugerido términos alternativos, como adherencia, persistencia y concordancia (p.111).

Por tal efecto la OMS (2004) realiza la diferenciación conceptual de adherencia de cumplimiento u *observancia*, en donde la primera, requiere de la conformidad y juicio por parte del paciente frente a las recomendaciones e información que recibe del equipo interdisciplinario de salud.

En dicha reunión, los participantes destacaron la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria, asociación en el que se ponen a prueba las capacidades de cada participante mediadas por la negociación, exploración de alternativas, planificación y seguimiento; sumando a ello, que la calidad de la relación sanitario-paciente durante el

tratamiento sería determinante importante para la adherencia terapéutica. “La Adherencia al Tratamiento está compuesta por cinco dimensiones: el sistema sanitario, la dimensión socioeconómica, los factores de la propia enfermedad, del tratamiento y los relacionados al paciente” (Rivera, 2014, p.4).

Gil (2015) añade que se han conseguido mejores resultados en los tratamientos, la adopción de estrategias de afrontamiento funcionales y una mayor adherencia a los procedimientos médicos cuando en la transmisión de la información de salud se circunscriben las necesidades de los pacientes.

The International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research – ISPOR, identifica al cumplimiento como término homólogo a la adherencia, conceptualizada como el nivel de conformidad y satisfacción del paciente frente a su tratamiento (Palacios y Vargas, 2011).

La persona se adhiere y colabora con los procedimientos médicos con los que se encuentra de acuerdo y siente que han sido consideradas sus observaciones, por lo que al ser consciente de su enfermedad adoptará acciones concretas y funcionales. Raymundo (2014) recomienda visualizar al paciente como un socio activo que trabajará en conjunto con el profesional de la salud; siendo requisito esencial en este último, el consolidar un abordaje efectivo cimentado en una comunicación efectiva.

Pfizer (2019) para la OMS existen cinco factores que intervienen de forma directa con la adherencia al tratamiento, que comprende una participación más activa del paciente y los agentes de salud, como se aprecia en la figura 2.

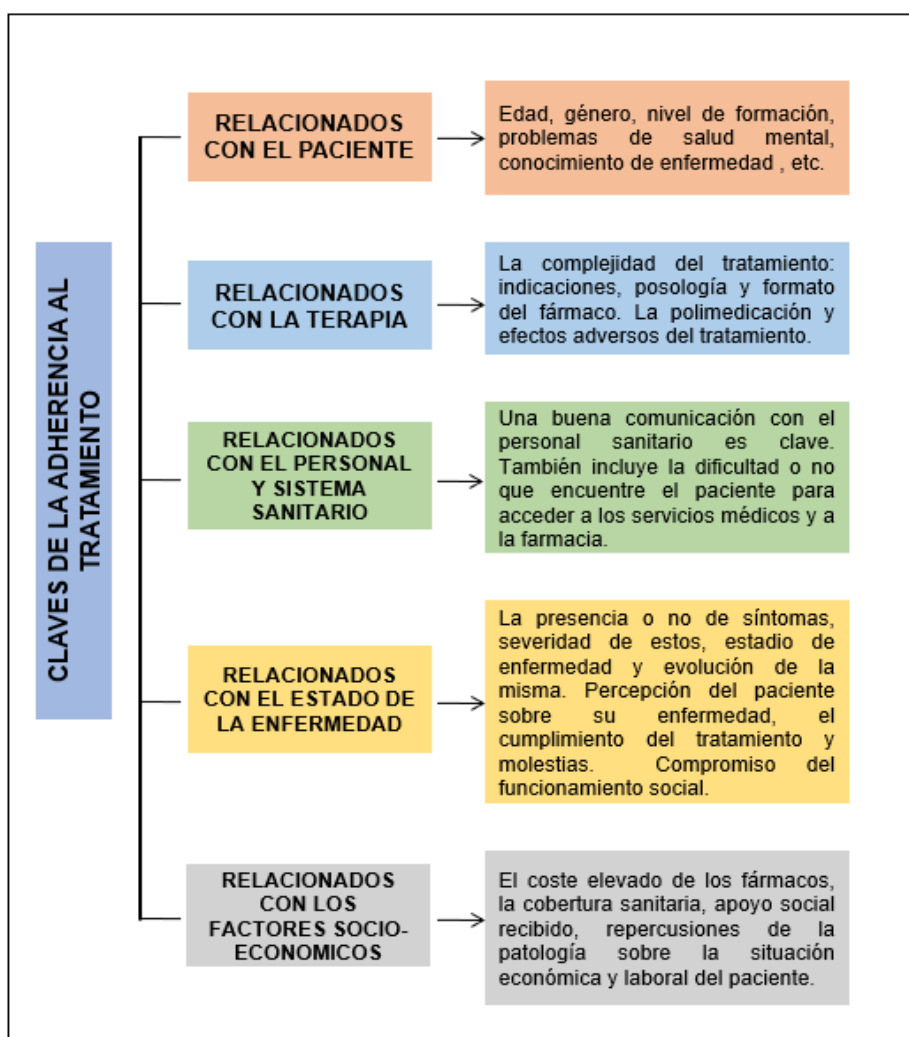


Figura 2. Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento según la OMS. Fuente: Pfizer (2019)

En la Figura 2, la participación más activa del paciente en torno a su salud, como la actuación de los agentes de salud, facilitarían gran parte del éxito terapéutico. Cabe añadir, que cuando se evidencia una mejora en la calidad y esperanza de vida en el paciente, un menor índice de comorbilidad y mejor locus de control de enfermedad entonces se estaría hablando de una óptima adherencia al tratamiento.

Arranz y colaboradores (como se citó en Palacios y Vargas, 2011) afirman que la educación es uno de los aspectos que genera mayor adherencia en el paciente, puesto que está enfocada en el manejo de información, diálogo con el personal sanitario, adquisición de estrategias de afrontamiento efectivas

para el manejo de estrés y aceptación de la enfermedad, la toma de decisiones, prevención y manejo de conductas de riesgo para el cáncer.

Alvarado et al. (2011) añade que la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen: el aceptar y participar activamente de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones, evitar comportamientos de riesgo, incorporar conducta un estilo de vida saludable, son conductas que se desarrollan a partir de la interacción del enfermo y el grupo médico (p.140).

En el III Foro de Pfizer, la Dra. Ana Pastor, vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, dijo que en la asistencia sanitaria es esencial, pues ante la limitada variedad de recursos tecnológicos, la comunicación debe emplearse como una herramienta más para el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de la enfermedad; de igual forma, afirma que la adherencia es una de las bases del cumplimiento del tratamiento nutriéndose de los siguientes aspectos: informar al paciente el proceso de los estudios y el tratamiento, permitir que ellos puedan dar a conocer sus perspectivas y dudas, instaurar acuerdos, recabar información confiable de los efectos de los tratamientos con apoyo de los pacientes, ofrecer alternativas de solución, y por último, comprobar que el paciente se encuentre satisfecho con la información recibida.

Castro et al. (2009) recaba que para la Dra. María Die Trill, ex presidenta de la Sociedad Española de Psicooncología, la relación médico-paciente es fundamental y parte de la adhesión gira en torno a la misma. Matizó asimismo que en la no adherencia no sólo influyen factores sociales, médicos o psicológicos, sino que son una mezcla de todos ellos y lo que debemos hacer es valorar a cada paciente individualmente (p.5).

Se tiene conocimiento que “en los países desarrollados, las tasas de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se sitúan en torno al 50%, porcentaje que baja en el caso de los países en vías de desarrollo” (Pfizer, 2019, párr.18), elevando los costes de recursos sanitarios de no cumplirse el tratamiento, ya que, se ha demostrado que una buena adherencia se acompaña mejor utilización de los recursos económicos y sanitarios. (Pfizer,2019).

Sin embargo, de una no adherencia se derivaría la cronicidad de la enfermedad, un aumento de la morbi-mortalidad, una afectación de la calidad de vida, el adoptar nuevos tratamientos, y el uso en mayor medida de los recursos socio sanitarios.

Como explica Javier Soto en el III Foro de Pfizer, cuando un paciente acude al sistema sanitario se generan una serie de costes asociados a ese acto médico, derivados de: Coste de adquisición, preparación, administración y monitorización de los medicamentos; coste de hospitalización, visitas consulta externa y/o médico de familia, visita al servicio de urgencia, etc.; coste de consulta intrahospitalaria o entre niveles asistenciales; pruebas complementarias efectuadas y analíticas realizadas; cirugía y otros procedimientos (diálisis, trasplante, etc.); y coste de tratamiento recaídas/recidivas (Castro et al., 2009, p.3).

La no adherencia, afecta también al paciente, no solo al sistema sanitario, porque al presentarse la enfermedad se inician una serie de gastos relacionados al desplazamiento al centro de atención u hospital, gastos por medicina para los tratamientos o estudios que se encuentra escasa en los establecimientos de salud, el pago que se realiza a un cuidador para que el paciente sea asistido en casa, las modificaciones que los familiares han de implementar en casa para ajustarla a las necesidades del paciente, etc.

Con lo mencionado, se concluye que “la adherencia al tratamiento es una realidad multifactorial que tiene consecuencias sobre la salud, el sistema médico, la economía y la sociedad” (Pfizer, 2009, párr.1).

2. Revisión de la literatura

A continuación, se presentarán primero las investigaciones sobre las variables del estudio a nivel nacional y luego las realizadas a nivel internacional en orden al año de publicación.

2.1. Nacionales

En estudios asociados con la variable comunicación médico-paciente, se registraron datos en la tesis de licenciatura desarrollada por Paredes, M. durante el 2015, quien adaptó el cuestionario “Measure of Patients Preferences” - MMP, elaborado por Parker et al. en el 2001 en Texas, EEUU. Paredes solicitó a tres hospitales nacionales de Lima Metropolitana,

pertenecientes al MINSA y a las Fuerzas Armadas del Perú, le faciliten el acceso a una muestra de 190 pacientes oncológicos de nacionalidad peruana. En dicho estudio obtuvo adecuados niveles de consistencia interna para los tres factores; y concluyó que un gran número de participantes de la muestra prefiere una comunicación basada en la información, seguido de diagnóstico asertivo y, como última posibilidad de soporte emocional.

Cabe acotar que no se registraron a la fecha otras investigaciones a nivel nacional que tomen como variable las preferencias de comunicación médico-paciente.

Por otro lado, en Trujillo durante el 2014, Raymundo, O. diseñó un estudio descriptivo correlacional comparativo, que tuvo como objetivo “el identificar la relación entre el impacto y la adherencia del tratamiento oncológico en pacientes con cáncer” (Raymundo, 2014, p.6). Empleó la escala de Adherencia al Tratamiento de cáncer, conocida por las siglas EATC, desarrollada por ella en 2011, y la escala de evaluación funcional de la terapia del cáncer creada por Cella et al. en el 2008. Aplicando estabatería a una muestra de 100 pacientes oncológicos del Hospital EsSalud Víctor Lazarte Echeagaray de Trujillo. Alcanzó apropiados niveles de confiabilidad y consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.83 (Rivera, 2016). Finalmente, Raymundo (2011) concluyó que no existiría relación significativa entre las dos variables en estudio, pero, que se logró obtener datos significativos de cada una por separado con relación a la edad, tipo y tiempo de tratamiento.

Rivera (2016) ejecutó un estudio de enfoque transversal de tipo correlacional en donde buscó como objetivo general el comprobar la relación entre la Adherencia al Tratamiento y la incertidumbre en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, la muestra estuvo conformada por 90 mujeres que se atendían en un instituto oncológico especializado de Lima Metropolitana. Empleó la Escala de Adherencia al Tratamiento del Cáncer, EATC (Raymundo, 2011) y la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad de Mishel, MUIS de Mejía elaborada en el 2012. Rivera (2016) expresó que “a mayores niveles de incertidumbre en los pacientes respecto

a su situación de salud, habría una menor Adherencia al Tratamiento oncológico” (p.19) corroboró la existencia de un relación significativa entre ambas variables del estudio.

2.2. Internacionales

Parker, Baile, Moor, Lenzi, Kudelka y Cohen en el año 2001 deciden desarrollar el cuestionario “Measure of Patient’s Preferences”, conocido por las siglas MPP, de 32 ítems con escala likert de cinco puntos; cuyo objeto de estudio fue el evaluar las preferencias de los pacientes acerca de cómo les gustaría que les trasmitan las noticias asociadas al curso de su enfermedad, diagnóstico y tratamiento oncológico; considerando tres factores a evaluar: contenido, apoyo y facilitación. Aplicándose el material a 351 participantes de Texas, EEUU, quienes recibían atención oncológica. Valorando al instrumento como:

Útil y confiable para medir las preferencias de comunicación de pacientes hombres canadienses que padecen cáncer a la próstata y que ellos consideran a la competencia del médico como profesional y el tipo y extensión de información que les provee sobre su tratamiento como contenidos de gran importancia en la comunicación médico-paciente (Paredes, 2015, p.7).

Los ítems en donde se observaron un puntaje bajo fueron en aquellos relacionados con el factor apoyo en la comunicación, por otro lado, Parker et al. Encontraron que en EE. UU a mayor nivel educativo mayor preferencias por el contenido del mensaje y el contexto en el que se transmite la valoración del médico oncólogo (Paredes, 2015). Cabe mencionar, que este cuestionario ha sido adaptado “en Canadá, España, Japón, Italia, Malasia y Alemania en donde han obtenido adecuadas propiedades psicométricas en términos de confiabilidad y validez” (Paredes, 2015, p.15).

Davison, Parker y Goldenberg (2004) en vista de las adecuadas propiedades psicométricas del MPP en EEUU, adaptan el cuestionario MPP en Canadá con 87 pacientes varones del departamento de ultrasonido en el Hospital General en Vancouver. Alcanzado como resultados que el MPP es un “instrumento útil y confiable para medir las preferencias de comunicación

de pacientes hombres canadienses que padecen cáncer de próstata” (Paredes, 2015, p. 7) primando el factor contenido.

En España, Sánchez et al. (2005) llevaron a cabo un estudio dirigido a adaptar el cuestionario “Measure of Patient’s Preferences” creado por Parker et al. en 2001. Es así como en el 2005 aplican dicho material a 180 pacientes oncológicos. Concluyen que, si bien “Los pacientes de la población dieron mayor importancia al contenido de la información y la competencia del médico, los aspectos relacionados con el apoyo emocional y el contexto en el que se proporciona la información, fueron valorados como importantes” (Sánchez et al, 2005, p. 87).

En Asia, Singapur, Chiu, L., Lee, W., Gao, F., Parker, P., Ng, G., y Toh, C. (2016); con el objetivo de determinar las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente en pacientes oncológicos asiáticos con respecto a la divulgación de noticias desfavorables. Aplicando el MPP a 200 pacientes, cuyas edades oscilaban entre los 21 y 86 años, del National Cancer Centre de Singapur, contando con valores elevados relacionados a la experiencia y contenido de la interacción con el médico, que los aspectos relacionados al apoyo en donde se recogieron puntajes bajos. Por otro lado, con relación al género, la mujeres dan mayor importancia al recibir apoyo emocional, social y psicológico de sus médicos. Las preferencias en la población asiática fueron similares a las obtenidas en diversos estudios occidentales, descartándose como factor predictor a las diferencias socioculturales. Ningún otro grupo de características sociodemográficas y médicas se asociaron con preferencias de los pacientes.

En un Centro oncológico del Reino Unido, Brown, V., Parker, P., Furber, L., y Thomas, A. (2011) evaluaron cómo los pacientes preferirían recibir su diagnóstico de cáncer, para lo cual reclutaron a 244 pacientes con diferentes diagnósticos oncológicos, que recibían atención ambulatoria; durante el llenado del cuestionario MPP, también se les pidió a los pacientes que escribieran sus comentarios acerca de su propia experiencia en consulta durante la transmisión de malas noticias. “El 80% de los pacientes escribieron un relato detallado de sus experiencias, de los cuales el 60%

quedó satisfecho con la consulta” (Brown et al., 2011, p.60) siendo la causa de la insatisfacción de los pacientes la forma poco comprensiva y pesimista del médico. Como resultados, concluyeron que la mayoría de los pacientes requieren más información sobre su tratamiento, logrando puntajes significativos en el factor contenido, pues buscan asumir un rol activo en la toma decisiones y pronóstico; y niveles inferiores con el factor soporte.

El MPP fue también adaptado en Malasia por Tan, Hayati, Shamsul, Aida y Khairani en el 2012, diseñándose una versión nueva del MPP basada en el idioma malayo, cuyo nombre fue MPP – BM. El estudio se llevó a cabo en 200 pacientes oncológicos malayos, quienes se atendían en una Clínica Oncológica. Conservándose los mismos factores de la prueba original “Contenido y Facilitación ($\alpha = 0.92$), Apoyo emocional ($\alpha = 0.81$) y Apoyo estructural e Información ($\alpha = 0.84$)” (Tan et al., 2012, p.2750), siendo este último factor propio de la cultura asiática. El estudio dio por conclusión que “tras recibir el diagnóstico, los pacientes con cáncer de Malasia demostraron un deseo de obtener más información sobre su enfermedad” (Tan et al., 2012, p.2751).

Richter, D., Ernst, J., Lehmann, C., Koch, U., Mehnert, A., y Friedrich, M. (2015), realizaron un estudio en Alemania, en 270 pacientes adultos con cáncer de tres grupos etarios: jóvenes, edad media y adultos mayores, con el propósito de analizar las preferencias de comunicación e impacto de la angustia en esta población, tomando como base sus experiencias con respecto a las interacciones médico-paciente. No encontraron diferencias entre los grupos etarios relacionados a estas variables, no obstante, se obtuvo que los pacientes jóvenes con cáncer consideran como más importante la dimensión “experiencia profesional/orientación al paciente”; por otro lado, “entre el 35 y el 80% de los pacientes jóvenes con cáncer presentaron insatisfacción con el asesoramiento psicológico, apoyo de pares y asesoramiento religioso” (Richter et al., 2015, p.593). Como conclusión, obtuvieron que las preferencias comunicativas relacionadas con la difusión de malas noticias no muestran variaciones con relación al factor edad y para

estudios futuros recomendaron profundizar el impacto de la comunicación ineficaz y eficaz entre el médico y el paciente a largo plazo.

Merseburger, A., Kramer, M., Scheithe, K., y Colling, C. (2016), aplicaron el MPP-D versión alemana validada, con el fin de investigar las preferencias de los pacientes con cáncer de próstata respecto a la comunicación de malas noticias; para esto se realizó una encuesta anónima distribuida por 70 urólogos a aproximadamente 709 individuos de estudio. Se concluyó que los pacientes preferían que el médico considere la privacidad del entorno, la integridad, la falta de ambigüedad de la información proporcionada y la evaluación de sus necesidades de información subjetiva. Las variables sociodemográficas como edad y grado de estudios permitieron vislumbrar resultados diversos en cuanto a las preferencias por el apoyo emocional y la participación de la familia.

3. Planteamiento del problema

En nuestra sociedad, si bien en los últimos años se han llevado a cabo diversos estudios relacionados al origen, causas, efectos del cáncer, además de la implementación de nuevas estrategias de prevención y tratamiento que faciliten mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos; hoy por hoy, continúa siendo frecuente que, al escuchar este término, la mayoría de personas lo asocien con el fin de la vida, pues les genera temor e incertidumbre, especialmente relacionadas a las molestias a la enfermedad, dolor físico, cambios corporales, desgaste psicológico y consecuencias en sus relaciones sociales.

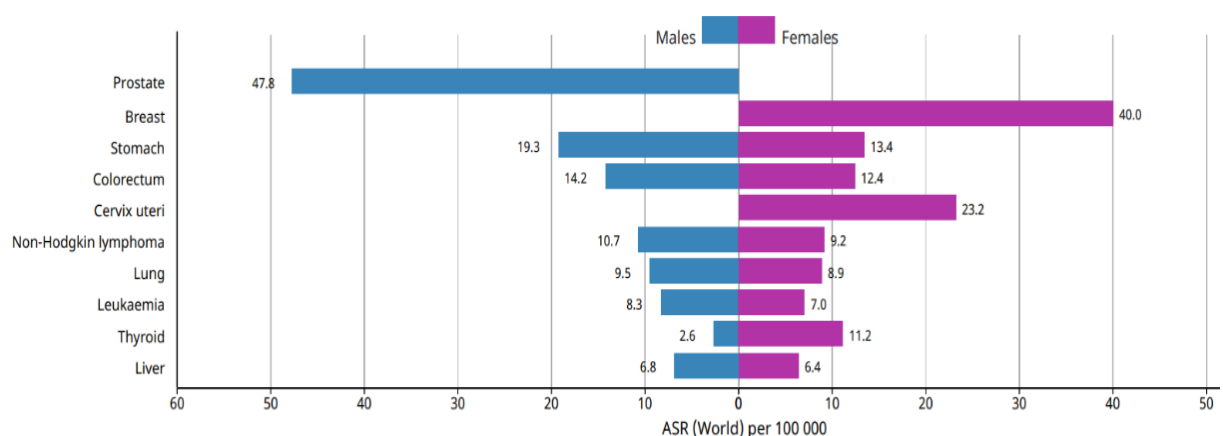
La OMS (2018) registró cerca de 14 millones de nuevos casos de cáncer en el 2012, además de 8,8 millones de fallecimientos durante el 2015, equiparable a que una de cada seis muertes en el mundo sería provocadas por esta enfermedad, y proyectándose que en 20 años aproximadamente, el número de nuevos diagnósticos se elevaría a un 70%.

Por esto, el cáncer es considerado como la principal causa de mortalidad en el mundo, encontrándose entre las tipologías más frecuentes: cáncer pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario (OMS, 2021).

En la región de las Américas, el cáncer también es la segunda causa de decesos, estimando que 2,8 millones de pacientes presentan este diagnóstico cada año y 1,3 millones fallecen anualmente. Ahora bien, de no tomarse las medidas preventivas correspondientes, diversos estudios prevén que alrededor del 2025 aumentarían a 4 millones los nuevos casos y 1,9 millones las defunciones (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2018).

Además, en su presentación en el EFE Fórum Salud Perú, el médico oncólogo Eduardo Payet Meza, jefe institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas compartió que actualmente 150 mil peruanos tienen algún tipo de neoplasia, siendo el 60% de casos mujeres con diagnósticos de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama y el 40% restante varones con cáncer de próstata y cáncer de pulmón; luego añadió que el 63% de fallecimientos en la capital es ocasionado por cáncer de estómago, dentro de su primer año de diagnóstico (“Perú cerrará el 2019 con 66 mil nuevos casos de cáncer”, 2019)

En Perú, esta enfermedad con el paso de los años ha venido ganando terreno siendo el “el 67% de todas las defunciones ocurridas en el 2015, fueron debidas a las enfermedades neoplásicas (tasa de 109 por 100 mil habitantes)” (Minsa, 2018, p. 180); en donde no sólo afecta a quien la



padece sino también a sus familiares.

Figura 3. Incidencia de las Diez Principales Neoplasias por Sexo y Edad en el Perú – 2018. Fuente: Global Cancer Observatory (GCO) - GLOBOCAN

En la figura 3, se visualizan diversos diagnósticos oncológicos con mayor incidencia en ambos géneros; el cáncer de próstata y estómago son predominantes en el género masculino; y en el género femenino, se aprecia mayor ocurrencia de cáncer de mama y cérvix; corroborando la información brindada, en el año 2019 a un medio de comunicación escrito, por el Especialista Eduardo Payet del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Aproximaciones realizadas por INEN, un total de 12.500 personas son atendidas anualmente como pacientes nuevos, del cual un 50% proviene de regiones rurales del país, que cuentan problemas de acceso a los servicios de salud, con estudios inconclusos, bajos ingresos y desconocen las medidas preventivas para diferentes afecciones; recordemos que según ENAHO (2017) el Perú presentó un índice de pobreza monetaria de 21.7% en el 2017, lo que declina aún más las acciones preventivas y de abordaje en el país.

En efecto, la persona que es diagnosticada con cáncer, el cual es un mal crónico, degenerativo y de estigma social, se topa con la cruda realidad de entender y aceptar que su existencia en este mundo es finita. Como expresa Kübler-Ross (1969), en su obra *Sobre la muerte y los moribundos*, “el final siempre se atribuye a una intervención del mal que viene de fuera.” (p.15), por eso para el ser humano es incomprensible imaginar la conclusión de su vida a causa de una enfermedad.

En tal sentido, en el preciso instante en el que la persona toma conocimiento de su enfermedad o de una pérdida catastrófica, de forma simultánea, surgen en su mente una serie de interrogantes entorno a su salud y cambios en su proyecto de vida, pasando según la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross por cinco etapas para la aceptación de esta situación, las cuales son: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación, presentándose en cualquier orden e intensidad en cada individuo.

Asimismo, muy a parte del aceptar el contexto que se encuentra vivenciando la persona, también ha de comprender y asumir este nuevo reto de someterse a una serie de procedimientos invasivos y desgastantes que ayudarán a mejorar su vida, como es el caso de los pacientes oncológicos portadores de una ostomía, cabe mencionar que algunas de las causas por las que se realiza una ostomía, serían el cáncer de colon, enfermedades inflamatorias del intestino, traumatismos, enfermedades congénitas o malformaciones, oclusiones u obstrucción del intestino.

En la oncología, hoy por hoy se ha demostrado que “una ostomía es un tratamiento que, aunque es altamente eficaz requiere una agresión física y psíquica que supone un gran impacto en la vida diaria del paciente”(Martínez y García, 2018), pues conlleva un gran desafío, en el que se han de adquirir una serie de habilidades que le permitirán el poder adaptarse y aceptar su cuerpo alterado, sobreponiéndose a esta transición psicosocial.

El empleo del equipo colector muchas veces va asociado a una percepción y sensación negativa, que tienen como fondo al miedo, la angustia, la tristeza y el desamparo, que pueden movilizar vivencias humillantes, vinculados a los sentimientos de mutilación, pérdida de la salud y de la autoestima, además de la autoeficacia reducida y sentido de inutilidad e incapacidad crónica, entre otras emociones (Silva et al., 2017). Haciendo eco en su vida, principalmente en su círculo socio familiar y en su sexualidad, acentuando aún más sus limitaciones.

En el contexto de la salud, al hablar de ostomía, “solemos hacerlo desde la perspectiva del procedimiento quirúrgico, y perdemos de vista todas las implicaciones bio-psicosociales que conlleva esta intervención para el paciente ostomizado, donde se produce un cambio en el estilo de vida” (Gómez et al., 2013, párr.1); perdiendo de vista las molestias, miedo, y alteraciones que se van presentando en el día a día del paciente, como: distorsión de su imagen corporal, pérdida de funcionalidad y control esfinteriano; temor a que otros perciban los gases, olores o ruidos intestinales por el uso de la bolsa colectora; irritaciones o lesiones en la piel

(Boca del estoma), escasa seguridad en sí mismo, síntomas depresivos, ansiedad, entre otros.

Todo ello, supondrá un reto y connotará un gran esfuerzo por parte de quienes conforman la red de apoyo del paciente oncológico ostomizado, pues tanto los familiares, amigos, enfermeras, personal técnico y médicos serán los responsables de ayudar a que cada paciente se enfrente a este nuevo cambio, dando unos cuidados integrales, individualizados y de calidad.

Para Cruzado (2013) las relaciones que se establecen al ser portador de una enfermedad oncológica surgen dentro de un contexto en donde el sufrimiento es visible e inevitable, en el caso de las intervenciones coadyuvantes como las ostomías, la adaptación al estoma depende de la interrelación de diferentes elementos, como: el diagnóstico, fase de intervención, secuelas de la intervención, salud mental del paciente, red de cuidadores, recursos económicos y limitaciones físicas; siendo necesario considerar la dimensión emocional dentro del abordaje multidisciplinario con el personal sanitario en dónde se establezca una interacción validante y una comunicación activa, sincera y alentadora, que facilitarían el fortalecimiento de recursos en el individuo.

Es así, como las habilidades comunicativas son consideradas como un recurso potente para iniciar y mantener una relación terapéutica eficaz, esto conllevaría a recordar el primer axioma de la teoría humana de Paul Watzlawick: No es posible no comunicar, aunándose a lo que Cruzado(2013) menciona como el acto de comunicarse concibiéndola como una experiencia biográfica vital, pues es la habilidad que dota de recursos a la persona para que pueda comprender y adaptarse a su enfermedad.

Cabe añadir que las habilidades interpersonales no son semejantes a las habilidades comunicativas empleadas en el rubro de la salud (Gilligan et al., 2017), pues antes se pensaban que las segundas eran innatas o se adquirían a través de la imitación, pero hoy por hoy diferentes estudios sugieren que se incorporen en los programas de capacitación, en donde se

les brinde recursos y entrene en habilidades a los médicos y personal de salud para optimizar la relación entre el médico y el paciente, la atención al paciente y el bienestar de los médicos, los pacientes y sus seres queridos.

Diversos estudios están a favor de los efectos positivos de la puesta en práctica de esta facultad, ya que brindan una sensación de bienestar en el paciente oncológico, mejorando sus expectativas de vida, su toma de decisiones junto al médico y la realización de acciones autónomas frente a su salud.

Cruzado (2013) cita a Simpson et al. (1991) que señala que “la comunicación es también una competencia clínica básica de la salud, pues, desde 1991 en la Declaración de Toronto se hacía eco de los importantes problemas de la práctica médica en sus relaciones con los pacientes” (p. 56).

Gil (2015) afirma que la TDC, entre el médico y su paciente, ha sido un tema de interés y estudio en los últimos 15 años, lo que repercute en la atención en salud, con lo cual ha tomado un nuevo rumbo en las relaciones entre el médico y el doliente, desde el cumplimiento en donde el paciente ha de seguir las indicaciones de su médico, hasta la adherencia en donde ambos son vistos como compañeros y socios que participan en la toma de decisiones compartida basada en la acogida, la presencia y la compasión; denominada por Cruzado como:

Comunicación eficaz durante las consultas permite una evaluación más exacta de la eficacia del tratamiento, influye en aspectos de salud tan importantes como la adhesión a tratamientos farmacológicos y dietas, el control del dolor, el bienestar físico, funcional y psicológico y la adaptación a la enfermedad (Gil, 2015, p.45).

Según Barredo, defensor de la Oficina del Paciente de la Comunidad de Madrid, los profesionales sanitarios han de comunicar de forma oportuna al paciente todo lo relacionado a su condición con el fin de evitar una serie de problemas frecuentes en su profesión, señalando la importancia de tener una buena relación médico-paciente, a través de la cual se le explique todo lo que desee (Castro et al., 2009).

Si a una persona se le explica el por qué y para qué se le receta un medicamento, comprenderá y aceptará de mejor grado las decisiones que se tomen. Una adecuada comunicación -añadió- repercute en una mayor adhesión terapéutica, en una reducción de las prescripciones, en mejores resultados clínicos y en una disminución de las demandas contra los profesionales. La prioridad debe estar en la comunicación y en la buena relación médico-paciente (Castro et al., 2009, p.5).

Si bien la comunicación en la práctica médica permite producir una sensación de confort y comprensión en el paciente, facilita también el disminuir su dependencia, gestionando por sí mismos sus problemas de salud (Cruzado, 2013) al asumir con responsabilidad hábitos de vida más saludables, aprender a manejar sus síntomas frente al tratamiento, desarrollando creencias saludables y ejecutar conductas adaptativas en pro de su bienestar y salud.

Según Blech (2012), parte del éxito del tratamiento depende de la relación de confianza médico-paciente y la visión positiva de ambos. Esto facilita que se puedan realizar diagnósticos más acertados, mejorar el clima social, reducir el burnout laboral y reclamos, incrementar su eficiencia y apreciarse con mejores recursos profesionales y personales.

Por otro lado, una comunicación no eficaz tiende a generar iatrogenia, entendida como el daño por un acto médico, la que produce nuevos sufrimientos, conductas auto derrotistas, reacciones cargadas de violencia y baja adherencia a los tratamientos; teniendo como consecuencia problemas como: aumento de las hospitalizaciones, mayor tiempo de tratamiento, efectos adversos, evolución de la enfermedad, molestias emocionales y gastos económicos adicionales (Cruzado, 2013).

Cuando se traduce la información sobre su enfermedad, en función de las necesidades del paciente, se logran obtener mejores resultados de afrontamiento a la enfermedad y genera una mejor Adherencia al Tratamiento (Gil, 2015).

La OMS en el 2013 define el término adherencia como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y

la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones dadas por su médico. Complementando dicha denominación, un año después, con la idea de que los pacientes han de tomar un rol activo, en pro de su propia salud, y de la mano del prestador de asistencia sanitaria. (OMS, 2014).

Asimismo, Raymundo (2014) define adherencia como el contexto en el que la persona armoniza sus acciones con las recomendaciones del personal de salud, en donde el paciente cumple la asistencia de sus citas médicas y de tratamiento, suministra sus medicamentos tal y como se prescribieron, instaura un estilo de vida saludable y colabora activamente con el curso de su tratamiento.

En resumen, la Adherencia al Tratamiento estaría apoyada en el conjunto de conductas y cogniciones que asuma el paciente con relación a la mejora de su salud, aunque también involucra la participación del médico, resaltando el factor comunicativo al momento de dar la información considerando que sea clara, oportuna e inteligible para el paciente, además de cuidar el momento, tiempo, contexto y círculo socio familiar de éste.

Es así como los tratamientos han de tomar en cuenta las necesidades del paciente en su vida cotidiana logrando un apropiado balance de riesgos y beneficios; prestando información de los probables efectos adversos, interrelaciones con el personal sanitario, e información verbal y escrita del tratamiento (Castro et al., 2009).

La no adhesión a los tratamientos traería efectos negativos en la vida del paciente y su entorno familiar, con consecuencias clínicas, económicas y sociales, bien se sabe que disminuye la posibilidad de éxito terapéutico propiciando que aumenten las intervenciones en algunos casos más agresivos, el número de dosis de un medicamento o grupo de medicamentos, riesgos y costos (Ibarra y Morillo, 2017).

Por último, resulta importante el comprender que la adhesión al tratamiento involucra no solo la conducta del paciente, sino que también se

encuentra estrechamente ligada con la conducta del médico, lo que denota que estamos ante un fenómeno muy complejo por su carácter multidimensional y multifactorial, pues no sólo hace referencia a una sola conducta humana sino al flujo de un conjunto de interacciones que circunscriben por un lado, en el paciente, el comprender y tomar conciencia de un plan de tratamiento, ejecutar las indicaciones y adoptar hábitos de un estilo de vida saludable; y por otro lado, en el prestador de salud, qué estas series de conductas parte de la interacción del enfermo con los agentes de salud. “El éxito de la comunicación parece depender sobre todo de un enfoque individual que tenga en cuenta las necesidades del paciente” (Ernst et al., 2016, p.577)

Partiendo de lo mencionado previamente, es relevante e importante el estudio a nivel teórico-práctico de la relación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados, ya que previamente no existen estudios que asocien estas dos variables en el campo de la psicología de la salud, en la especialidad de la psicooncología, explícitamente hablando. Buscando mejorar los abordajes que se brindan e identificar los recursos para poder generar una comunicación eficaz y mayor Adherencia al Tratamiento oncológico.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

4.2. Objetivo específico

- Describir los niveles de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente en los pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

- Describir los niveles de Adherencia al Tratamiento en los pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Determinar la asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Edad en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Determinar la asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el Sexo en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Determinar la asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el Tipo de Ostoma en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Determinar la asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el Cuidado-Aseo en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Determinar la asociación entre la Adherencia al Tratamiento y la Edad en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Determinar la asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Sexo en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Determinar la asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Tipo de Ostoma en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Determinar la asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Cuidado-Aseo en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

5. Hipótesis

5.1. Hipótesis General

Hg: Existe asociación entre Preferencias de Comunicación Médico-Paciente (Diagnóstico Asertivo, Información y Soporte Emocional) y

Adherencia al Tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

5.2. Hipótesis Específicas

H1: Existe una prevalencia del factor información y Diagnóstico Asertivo como Preferencias de Comunicación Médico-Paciente en los pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H2: Existe predominancia de los niveles de Adherencia al Tratamiento Promedio y Promedio Alto en los pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H3: Existe asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Edad en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H4: Existe asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el Sexo en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H5: Existe asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el Tipo de Ostoma en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H6: Existe asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el Cuidado-Aseo en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H7: Existe asociación entre la Adherencia al Tratamiento y la Edad en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H8: Existe asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Sexo en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H9: Existe asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Tipo de Ostoma en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H10: Existe asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Cuidado-Aseo en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

6. Definiciones operacionales de términos importantes

Cáncer. grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el crecimiento acelerado y autónomo de células anormales (Puente y Velasco, 2019), que invaden localmente o a distancia diversos tejidos del organismo (metástasis). Esta enfermedad es considerada una de las más antiguas (De la Garza, J. y Juárez, P., 2014).

Paciente oncológico. Persona en quien se ha iniciado en un órgano la reproducción inespecífica de células tumorales, que, al desprenderse de éste, las células anormales pueden generar una invasión a distancia de otros órganos a través del torrente sanguíneo, conservando las características del tejido inicial en el que se originó. (NIH, s.f).

Ostomía. Proviene del vocablo griego *stoma* que significa “boca” u “orificio”. Es una derivación quirúrgica que busca crear un nexo entre dos órganos o entre una víscera y la pared abdominal, para la expulsión de materia residual (desechos) (Gómez, A. 2006) empleada para el tratamiento de ciertas enfermedades o lesiones de los sistemas digestivos y urinarios (C., López, L., Gómez, L., Orrego, D., y Restrepo, L., 2019).

Estoma. Se le denomina a la abertura que el cirujano deja cuando realiza la ostomía; según la American Cancer Society (2019) el aspecto que tome el estoma dependerá del tipo de intervención que haya realizado el cirujano. Puede adoptar una forma redonda, ovalada y que sobresalga un poco, o caso contrario puede quedar al ras de la piel, ubicando ahí la bolsa Ostomal, para la expulsión de materia orgánica innecesaria.

Colostomía. Es una abertura que se efectúa durante una intervención quirúrgica en la pared abdominal, y consiste en hacer pasar un extremo del colon a través de esta abertura a la que se denomina estoma. Ciertas colostomías se caracterizan por ser grandes o pequeñas, empleándose distintas ubicaciones del abdomen, como el lado izquierdo, derecho y el centro. (NIH, 2017).

Adherencia al Tratamiento. Es el cumplimiento y la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento, como: el seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento (OMS, 2004 como se cita en Paredes, 2015). Actualmente se emplean los términos “Fijación al tratamiento” y “cumplimiento” para referirse a la adherencia terapéutica (Pérez, 2015).

Comunicación médico-paciente. Es el encuentro íntimo e interpersonal que se da entre el profesional de salud, el paciente y sus familiares (Legón, Vega y Brito, 2010). Consiste en el uso de una serie de habilidades comunicativas efectivas (More, Gómez y Vargas, 2010) que reduzcan la sintomatología y sus molestias; es terapéutica y brinda bienestar general al paciente, pues sus temores y preocupaciones son validados (Bravo et al., 2019).

Psicooncología. Pertenece al área de la psicología de la salud y al campo interdisciplinar entre la psicología y ciencias biomédicas, que estudia el impacto del cáncer y sus tratamientos en la población oncológica y sus familiares (Rojas, G., Fuentes, C. y Verónica, R., 2017); cuyos objetivos son la promoción y prevención de la salud, curación de las enfermedades, control de condiciones crónicas, la optimización de la calidad de vida, la adaptación, rehabilitación psicológica y social de los pacientes (Cruzado, 2013).

Enfermedad crónica. Descrita por la OMS (2004) como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, que requieren una intervención

especializada y entrenamiento del paciente para su rehabilitación. Son afecciones que pueden durar de tres meses a más y que pueden volverse críticas, por lo que sólo se controlan, más no se curan. Entre estas enfermedades podemos encontrar: afecciones oncológicas, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y artritis (NIH, s.f). Hoy por hoy, forma parte de una de las mayores problemáticas a nivel mundial en los sistemas de salud, considerando que afecta sin distinción a todos los grupos etarios (Serra, M., Serra, M., y Viera, M., 2018).

Neoplasia. Masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran. Las neoplasias pueden ser benignas (no cancerosas) o malignas (cancerosas) (NIH, s.f.).

Neoplasia maligna. NIH (s.f.) Conocida también como cáncer, siendo el nombre asignado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control, sin función específica y pueden invadir los tejidos cercanos; pudiendo diseminarse hacia otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático.

Neoplasia benigna. Anormalidad celular de crecimiento lento, cuya característica es la no diseminación hacia tejidos vecinos, por lo que no hay metástasis y puede ser eliminada mediante diversos tratamientos oncológicos. Si bien no se metastatiza, sí puede ejercer presión sobre órganos o tejidos vecinos, y es poco probable que recurra después de una intervención quirúrgica (Valencia, P., Pérez, M., y Serrano, C., 2014)

7. Importancia y limitaciones de la investigación

7.1. Importancia

La presente investigación busca cumplir y fortalecer los lineamientos del plan estratégico de la Coalición Multisectorial “Perú contra el Cáncer” del 2006 – 2016, respaldado por el Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú – PRONAPRECC, que tiene como uno de sus objetivos el impulsar la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención.

A la fecha no se han encontrado investigaciones con ambos constructos, éstos han sido desarrollados por separado y mencionados como tentativa para futuras investigaciones, mas no se han concretado, por ello, a través de este aporte se quiere dar conocimiento y brindar pautas que permitan al personal sanitario de INEN y otras instituciones el producir un plan de abordaje en donde consideren las preferencias de comunicación de cada paciente con relación a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico oncológico, considerando los protocolos de transmisión del mensaje del acto comunicativo, TDC y habilidades de comunicación efectiva valorado por ASCO, Pfizer, NIH, etc.

Que los resultados obtenidos en el estudio contribuyan al Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, con la optimización del nivel y la calidad de la atención a los pacientes, encontrando el abordaje más adecuado según sea el caso.

Dar a conocer las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y Adherencia al Tratamiento en pacientes ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, a fin, que se puedan elaborar programas de intervención más eficaces para instruir y contribuir fortaleciendo el sistema de intervención biopsicosocial y multidisciplinario en pro del bienestar integral del paciente.

Contar con este tipo de información permitiría el planificar técnicas y estrategias de comunicación en los médicos que den confort a las necesidades comunicativas de los pacientes, mejorando la eficacia de los abordajes médicos, propiciando la participación activa del protagonista, incentivando una mejor adhesión terapéutica, reducción de las prescripciones, mejores resultados clínicos y una disminución de las demandas contra los profesionales (Castro et al., 2009).

7.2. Limitaciones

Una de las limitaciones que se hizo presente durante la etapa inicial de la tesis fue el acceso a la muestra, si bien la tesista prestaba acompañamiento en talleres y de forma individual a los pacientes, las

autorizaciones formales tomaron más tiempo del previsto para la revisión y aprobación del proyecto.

Al realizar la investigación se contó con algunas restricciones con relación a la recolección de datos de las historias clínicas de la población oncológica del INEN, ya que el Departamento de Estadística no contaba con datos asociados a la cantidad de pacientes que portaban un ostoma, ni el tipo de intervención, lo que generó que el número de la muestra sea reducida, ya que fueron 70 pacientes oncológicos ostomizados.

La investigadora tuvo que revisar cada una de las historias clínicas en los consultorios ambulatorios, hospitalización y de la misma unidad de terapia Ostomal y heridas en pacientes y sus familiares, para poder seleccionar a los participantes de la muestra, y abordarlos mientras esperaban su atención, lo que generó demora en la fase aplicativa de los instrumentos, en algunos casos varios de los cuestionarios fueron descartados pues no lograron llenarse en su totalidad, ya que los pacientes tenían prisa en retirarse o surgían otros hechos que eran prioridad para ellos.

A causa de diferentes limitaciones físicas que presentaban los participantes, la mayoría pedían apoyo en la lectura de los cuestionarios y explicación de algunos ítems; pudiendo haber sido sesgadas sus respuestas por su deseabilidad social, no obstante, este tipo de acercamientos en otros casos favoreció a su apertura, comunicación de molestias y necesidades.

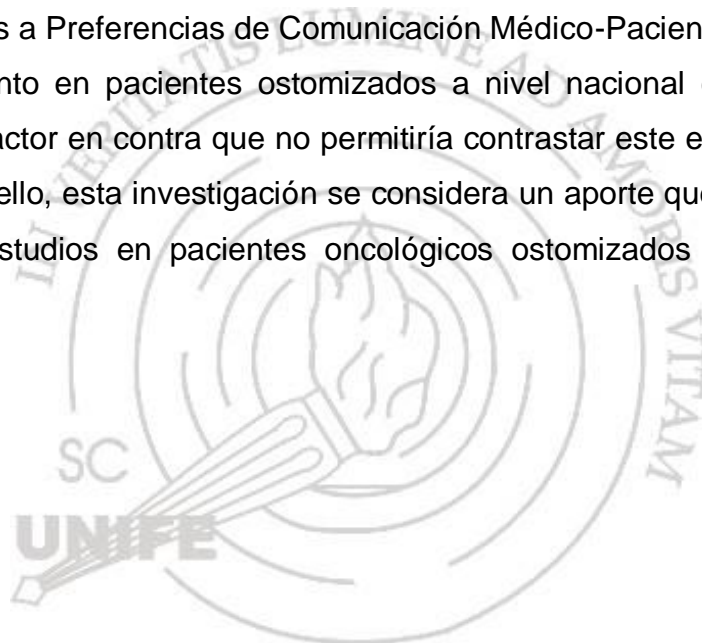
Otro punto es que al contar con una población reducida de participantes provenientes de provincia es posible que su constructo de preferencias de comunicación o adherencia sean diferentes a los que residen en Lima.

Algunos pacientes oncológicos mostraron reserva durante la administración de los tests. Es preciso añadir que, ante el primer indicio de negativa para la participación en la aplicación de las pruebas, se optó por no incluir al paciente en la muestra, a fin de no generar molestias en ellos y mantener la objetividad del estudio.

Los ambientes del Instituto asignados para la aplicación pudieron ser también un limitante, pues resultó complejo encontrar un momento oportuno con privacidad, tanto en el área de hospitalización, en el auditorio, como en los módulos de consulta externa.

Una octava limitación fue el instrumento de investigación de la preferencia médico-paciente, su sistema de clasificación de los evaluados no fue convencional. No se observó análisis aceptados internacionalmente de validez basada en la estructura interna que pueda dar seguridad de los factores que mida la mencionada prueba.

Finalmente, no se encontraron antecedentes directos de investigación relacionados a Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y Adherencia al Tratamiento en pacientes ostomizados a nivel nacional e internacional, siendo un factor en contra que no permitiría contrastar este estudio con otro. A pesar de ello, esta investigación se considera un aporte que podría ayudar a futuros estudios en pacientes oncológicos ostomizados en el contexto peruano.



CAPÍTULO II: MÉTODO

1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación posee un diseño de tipo descriptivo – correlacional, como explican Hernández et al. (2010) es un tipo de investigación que busca especificar las características de un grupo de personas sometidas a un análisis, además del dar a conocer la relación o grado de asociación existente entre dos o más categorías dentro de un contexto particular.

Con la muestra del presente estudio se buscó determinar el grado de relación existente entre las variables de Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y Adherencia al Tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN.

2. Variables:

Variable: Preferencias de Comunicación Médico-Paciente.

Dimensiones: Factor de Diagnóstico Asertivo, Factor de Información y Factor de Soporte.

Variable: Adherencia al Tratamiento.

Tabla 1

Variable Preferencias de Comunicación M-P

Definición nominal	Dimensiones	Sub variables	Indicadores
A partir de la base teórica de la CBP, inicia el estudio del constructo <i>preferencias de comunicación médico-paciente</i> , definido como el conjunto de patrones ideales de comunicación que reconocen y responden a las necesidades	Factor de Diagnóstico asertivo	Atención sostenida Empatía Escucha activa Calidad de la información	-Habilidad del médico para expresar una postura receptiva y empática en la comunicación -Apertura, por parte del médico, para absolver dudas del paciente sobre su diagnóstico, tratamiento, y pronóstico.

<p>particulares de cada paciente oncológico y que, al ser consideradas dentro del diálogo médico brindan diversos beneficios para la salud y bienestar psicológico del paciente además de efectos positivos en sus redes de apoyo sociofamiliar y comunitario.</p>	<p>Información</p>	<p>Factores ambientales</p> <p>Factores personales</p> <p>Calidad de la transmisión del mensaje</p> <p>Consejería</p> <p>Lenguaje verbal y no verbal</p>	<p>-Fomentar en el paciente, comodidad y confianza para que realice preguntas.</p> <p>-Capacidad del médico para identificar necesidades en el paciente.</p> <p>-El médico brinde información médica relevante al Px. <i>(Resultados de pruebas médicas, tratamientos y pronóstico)</i>.</p> <p>-El médico considere los factores externos antes y durante la transmisión del mensaje al Px.</p>
<p>Factor de Soporte</p>	<p>Factores socio familiares</p> <p>Factores comunitarios</p>	<p>Factores socio familiares</p> <p>Factores comunitarios</p>	<p>-El médico brinde atención y tiempo suficientes para la comunicación con el Px.</p> <p>-Apoyo emocional brindado por el médico al paciente durante la comunicación</p> <p>-Información manifestada a la familia</p> <p>-Información sobre el soporte social en la comunidad</p>

Fuente adaptada de Paker et al. (2001), Sánchez et al. (2005), Paredes, M. (2015)

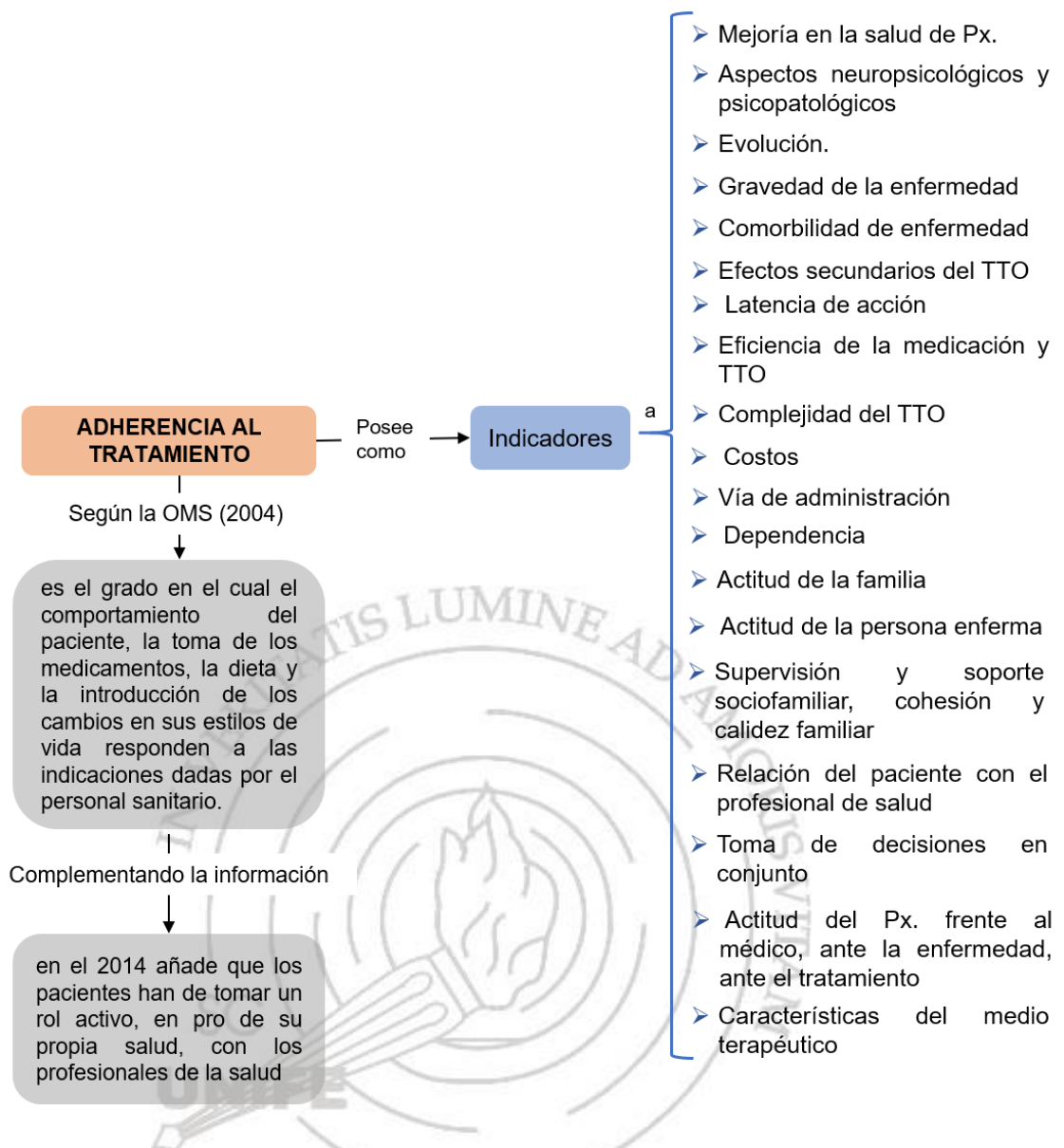


Figura 4. Variable Adherencia al Tratamiento. Fuente adaptada de Pfizer (2019), Raymundo, O. (2011) y (2012)

3. Participantes

La muestra es de tipo no probabilístico – intencional, pues previo a la aplicación de los instrumentos no se puede estimar si se podrá contar con un grupo homogéneo de individuos; por lo cual a fin de cumplir con los objetivos de la investigación se procedió a delimitar y seleccionar a los participantes tomando como base criterios de exclusión e inclusión elaborados por la investigadora (Hernández, 2018).

Se contó con una muestra de 70 participantes que contaban con las siguientes características: Tener entre 18 y 69 años, ambos sexos, con diagnóstico oncológico, no tener antecedentes psiquiátricos, con adecuado estado físico y mental el cual les permita participar del estudio de forma voluntaria y poder responder con autonomía la ficha sociodemográfica y los cuestionarios, contar con un mínimo de dos meses de post-operatorio de ostomía, que reciban atención en hospitalización, consultorios ambulatorios o en la Unidad de Terapia Ostomal y Heridas para la Atención Integral del Paciente Ostomizado y Familiares.

INEN cuenta con El Departamento de Especialidades Médicas que tiene al Servicio de Salud Mental, encargado de asistir psicológicamente tanto a los pacientes y a sus familiares como al personal sanitario y administrativo, es por ello que dentro de las múltiples funciones y actividades que realizan se encuentran las charlas que se dan una vez al mes dirigidas al “Club de Pacientes Ostomizados y sus Familiares”, cuyos objetivos radican en facilitar al paciente la aceptación de los cambios en su imagen corporal, promover su apoyo e integración social fortaleciendo sus relaciones interpersonales, que aprenda a desarrollar estrategias y recursos de afrontamiento eficaces que minimicen el impacto de los cambios por la enfermedad y favorezca su adaptación, buscar redefinir su autoconcepto, y por último, potenciar estrategias de cuidados a través del establecimiento de pequeños objetivos personales que busquen desarrollar su autoesfuerzo y modifique las creencias disfuncionales relacionadas con la enfermedad y aspecto físico.

La Unidad de Terapia Ostomal y Heridas para la Atención Integral del Paciente Ostomizado y Familiares, “está dirigida por una Licenciada en Enfermería especializada y capacitada para tal fin, con la especialidad de Terapeuta Enterostomal que brinda consejería, educación, información, apoyo emocional e incluso donación de bolsas colectoras” (Villajuan, 2011, p.8) cuya misión consiste en detectar a tiempo las necesidades, limitaciones, y afecciones en pacientes ostomizados para producir una

pronta recuperación, rehabilitación y reinserción, en vista de mejorar su calidad de vida.

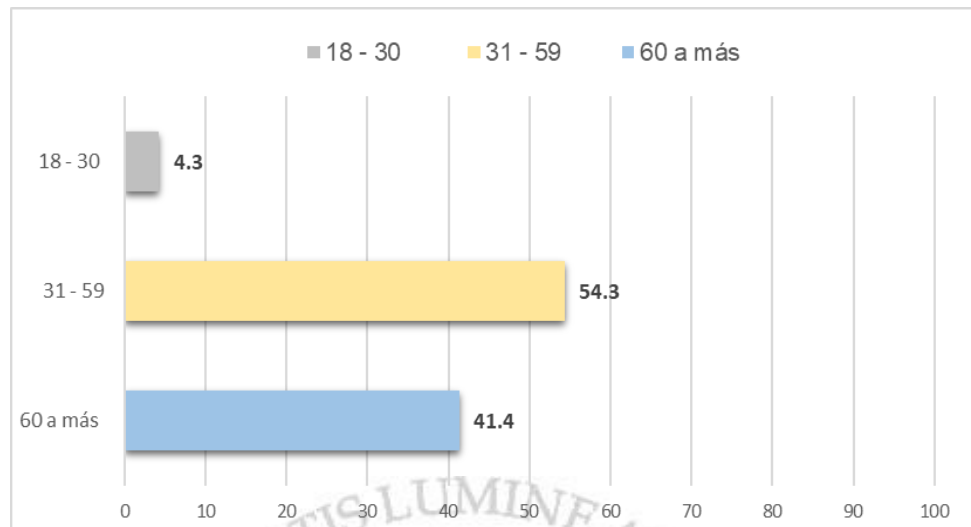


Figura 5. Frecuencia total de los participantes de la investigación en función de la Edad.

En la Figura 5, se visualiza que en la variable edad un 54.3% tiene entre 31 y 59 años, siendo el grupo mayoritario; un 41.4% tiene de 60 años a más, y como grupo minoritario un 4.3% tiene de 18 a 30 años.

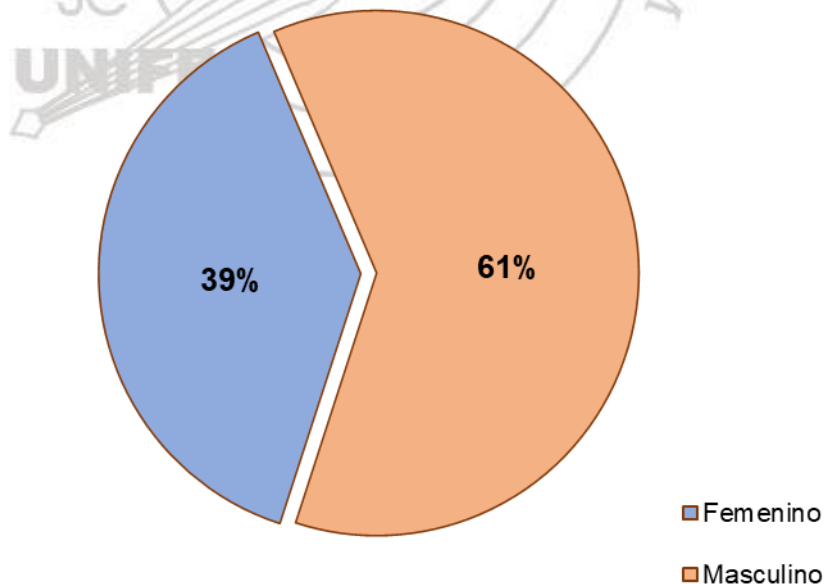


Figura 6. Distribución porcentual de los participantes del estudio según su Sexo.

En la Figura 6, la variable sexo se observa que el 61.4% son hombres y el 38.6% son mujeres.

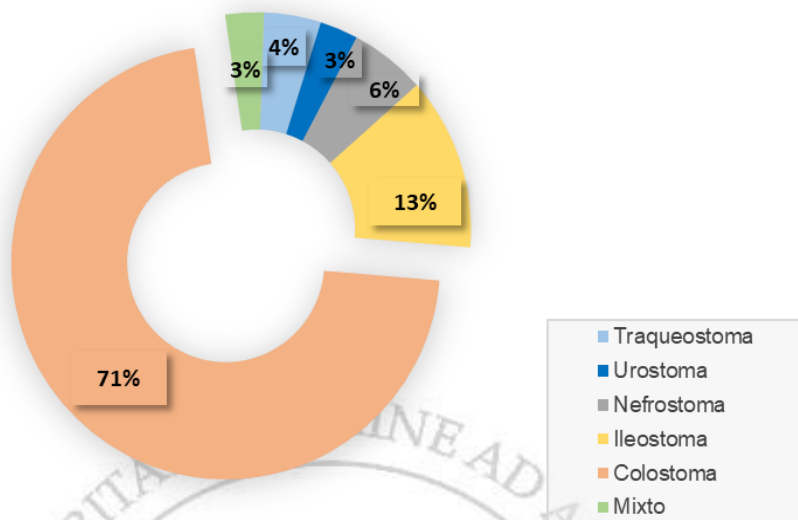


Figura 7. Porcentajes totales en función del Tipo de Ostoma.

Según su tipo de ostoma el 71.4% tiene colostoma, 12.9% ileostoma, 5.7% nefrostoma, 4.3% traqueostoma y el menor grupo con 2.9% presentan ostomas mixtos, siendo apreciado en la Figura 7.

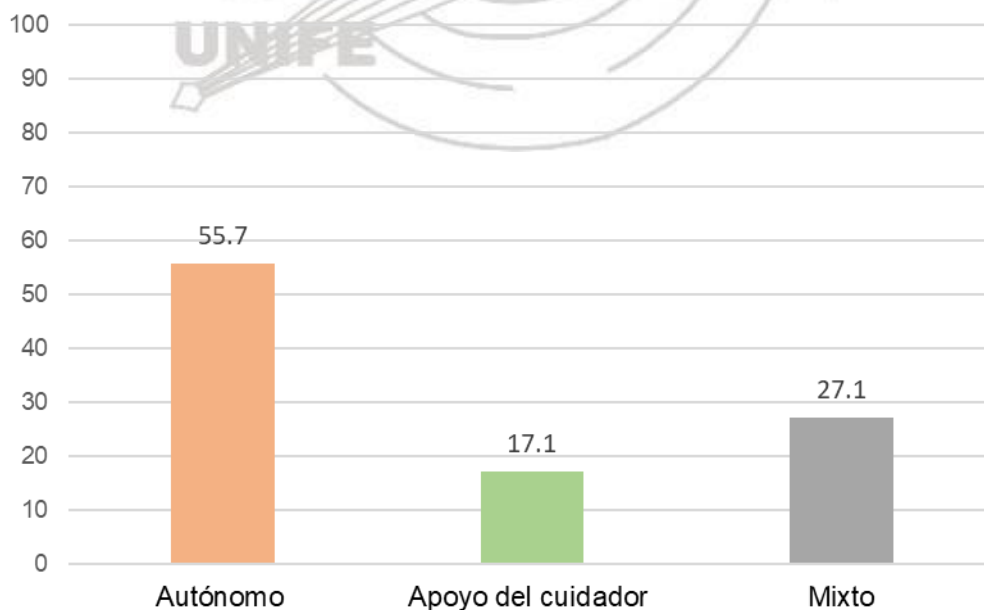


Figura 8. Porcentajes totales de los participantes de la investigación según el Tipo de Cuidado y Aseo Personal.

En la Figura 8, la variable cuidado-aseo personal el grupo autónomo alcanzó un mayor porcentaje (55.7%), mientras que en el grupo que se asisten por sí mismos y a la vez con apoyo de un familiar representan el 27.1%; quienes sólo su cuidador se encarga del cuidado y aseo personal corresponden al 17.1%.

4. Materiales

Los instrumentos empleados son el Measure of Patient's Preferences – MPP adaptado en el 2015 por Paredes, M. en Perú, y la Escala de Adherencia al Tratamiento de Cáncer – EATC de Raymundo desarrollada en el 2011.

Measure of patient's preferences – MPP (Parker, 2001)

Para medir la variable preferencias de comunicación se empleó el cuestionario “Measure of Patient's Preferences” conocido por las siglas MPP, desarrollado por Parker, Baile, Moor, Lenzi, Kudelka y Cohen en el año 2001. Empleado en un estudio con 351 participantes de Texas, EEUU, quienes recibían atención oncológica en las especialidades de mama, ginecología, urología, y gastroenterología. Cuyo objetivo principal, consistió en el evaluar las preferencias de los pacientes, acerca de, cómo les gustaría que se les brinden las noticias relacionadas con su enfermedad, diagnóstico y tratamiento oncológico (Parker et al., 2001).

Es así como Parker y un grupo de especialistas elaboran un cuestionario de 32 ítems, en escala likert de cinco puntos; que cuenta con tres factores, siendo el primero “Contenido”, que hace referencia a la competencia del médico y características de la enfermedad y tratamientos; el segundo “Apoyo”, que evalúa aspectos relacionados al apoyo emocional y ,finalmente, el tercero “Facilitación”, relativa a la forma cómo se transmite la información (contacto visual, expresión gestual, información concreta y entendible) además de los requisitos del contexto que faciliten la comunicación: tiempo, espacio y lugar (Sánchez et al, 2005).

En cuanto a las propiedades psicométricas, los tres factores obtuvieron una varianza total de 50.3%, y alfas de Cronbach de 0.92, 0.90, 0.80 para los factores de contenido, soporte y facilitación respectivamente; demostrando contar con una apropiada confiabilidad y consistencia interna. (Parker, 2001).

Este cuestionario ha sido adaptado en Canadá, España, Japón, Italia, Malasia (Paredes, 2015), Alemania y Reino Unido en donde han obtenido adecuadas propiedades psicométricas en términos de confiabilidad y validez.

Cuestionario de Preferencias de Comunicación Médico-Paciente en pacientes oncológicos (Paredes, 2015)

En Perú, en el año 2015 Paredes, M. elaboró un estudio cuantitativo cuyo objetivo fue el de adaptar el Measure of Patients Preferences – MPP diseñado por Parker y otros investigadores. Es así, que la muestra estuvo conformada por 190 pacientes oncológicos peruanos, quienes se atendían en tres hospitales nacionales de Lima Metropolitana, pertenecientes al MINSA y a las Fuerzas Armadas del Perú (Paredes, 2015).

Obtuvo niveles adecuados de consistencia interna para los tres factores: Diagnóstico asertivo, Información y Soporte en la Comunicación Médico-Paciente. Según la autora, referente a la puntuación del cuestionario, ya sea en la versión original de Parker y en la adaptada en Perú, solo se pueden obtener puntajes independientes de cada factor, siendo el de mayor valor el preferido en la Comunicación Médico-Paciente. Como resultados de la investigación, se concluyó que un gran número de la muestra prefiere una comunicación basada en la *información* (Paredes, 2015).

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

Creada en el 2011, por Raymundo, cuya finalidad fue el estudiar cómo los pacientes enfermos de cáncer se Adhieren al Tratamiento, a partir de la

definición y dimensiones propuestas por la Organización Mundial de la Salud.

El instrumento, de 23 ítems y de tipo Likert, fue sometido a un proceso de validación de contenido ejecutándose a través de un panel de jueces compuesto por: cinco psicólogos clínicos, dos psicólogos psicometristas y tres oncólogos del Hospital Lazarte de Trujillo quienes en conjunto concluyeron que los ítems del instrumento contaban con adecuados índices de validez y confiabilidad. (Raymundo, 2014). Luego, se ejecutó un análisis de confiabilidad empleando la técnica de consistencia interna dando como resultado un alfa de Cronbach igual a 0.825 indicando un nivel de confiabilidad moderado en la medición de la variable adherencia.

Seguidamente, se procedió a la aplicación del instrumento EATC en una muestra de 100 pacientes del Hospital de Lazarte de Trujillo con diversos diagnósticos oncológicos y tratamientos.

5. Procedimiento

Acorde a los lineamientos establecidos por la institución se solicitó la aprobación del estudio por parte del Servicio de Salud Mental perteneciente al Departamento de Especialidades Médicas, luego se procedió a dar conocimiento de la tentativa de estudio a la Licenciada en Enfermería de la Unidad de Terapia Ostomal y Heridas para la Atención Integral del Paciente Ostomizado y Familiares. Por último, se entregó una copia del proyecto al Comité de Investigación y el Comité de Ética de INEN.

Una vez obtenida la autorización, se logró acceder a las áreas correspondientes en donde los pacientes recibían atención ambulatoria o charlas de los departamentos correspondientes. Una vez seleccionados los candidatos, y con su aprobación voluntaria para la participación del estudio se procedió con la aplicación individual de la ficha sociodemográfica, el Cuestionario de Preferencias en la Comunicación Médico-Paciente, y la Escala de Adherencia al Tratamiento en Cáncer.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

A continuación, se presentan los análisis descriptivos de cada una de las áreas de preferencias en la comunicación médico-paciente y de la Adherencia al Tratamiento oncológico. Luego, se muestran los resultados según la hipótesis principal, para lo cual se exponen las asociaciones entre cada uno de los factores de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y Adherencia al Tratamiento oncológico. Por último, se exponen los resultados hallados para la hipótesis Específicas, que abarcan las diferencias en los tipos de Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento según edad, sexo, tipo de ostoma, y cuidado-aseo personal.

1. Análisis descriptivo

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento

	N	Rango	Mínimo	Máximo	\bar{x}	DE	σ
Adherencia al Tratamiento oncológico	70	4.00	1.00	5.00	3.60	1.04	1.084
Diagnóstico asertivo	70	2.00	1.00	3.00	2.17	.613	.376
Información	70	2.00	1.00	3.00	1.94	.796	.634
Soporte emocional	70	2.00	1.00	3.00	2.01	.732	.536

Nota: \bar{x} = media, DE=desviación estándar, σ =varianza

En la Tabla 2 se observa que la media de la variable Adherencia al Tratamiento (\bar{x} = 3.60) es la que puntúa más alto; ocurriendo lo contrario con el factor información de la variable preferencias de comunicación (\bar{x} = 1.94), la cual es la más baja.

1.1. Resultados de los Niveles de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente

	F	%
--	---	---

Diagnóstico Asertivo	Bajo	8	11.4
	Moderado	42	60
	Alto	20	28.6
Información	Bajo	24	34.3
	Moderado	26	37.1
	Alto	20	28.6
Soporte emocional	Bajo	18	25.7
	Moderado	33	47.1
	Alto	19	27.1

f=frecuencias; %=porcentaje

En la Tabla 3, se observa que de 70 participantes de la investigación, en la preferencia de comunicación médico-paciente de tipo Diagnóstico Asertivo 20 participantes se ubicaron en el nivel Alto (28.6%), 42 participantes en el nivel Moderado (60%) y 8 en el nivel Bajo (11.4%), por otro lado, en relación a la distribución de la misma cantidad de participantes en la preferencia de comunicación médico-paciente de tipo Información 20 participantes al nivel Alto (28.6%), 26 al nivel Moderado (37.1%), y 24 al nivel Bajo (34.3%). Finalmente, la Preferencia de Comunicación Médico- Paciente tipo Soporte Emocional, 19 participantes presentaron un nivel Alto(27.1%), 33 en el nivel Moderado (47.1%) y 19 en el nivel bajo (25.7%).

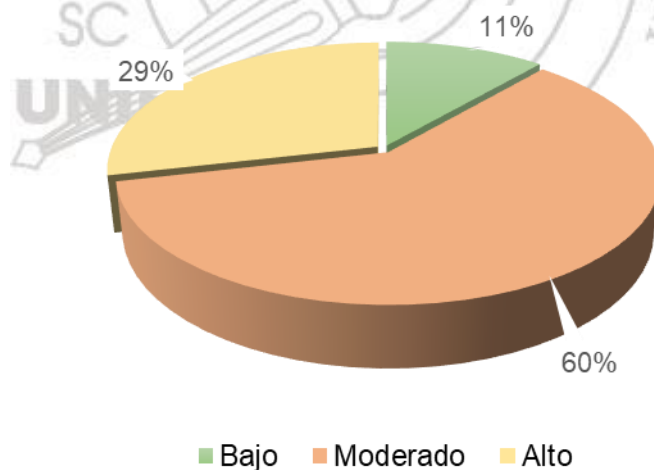


Figura 9. Porcentaje del Factor Diagnóstico Asertivo de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente

Se aprecia en la Figura 9, que la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente de tipo Diagnóstico Asertivo de nivel alto representa el 28.6%, de nivel Moderado 60% y nivel Bajo 11.4%.

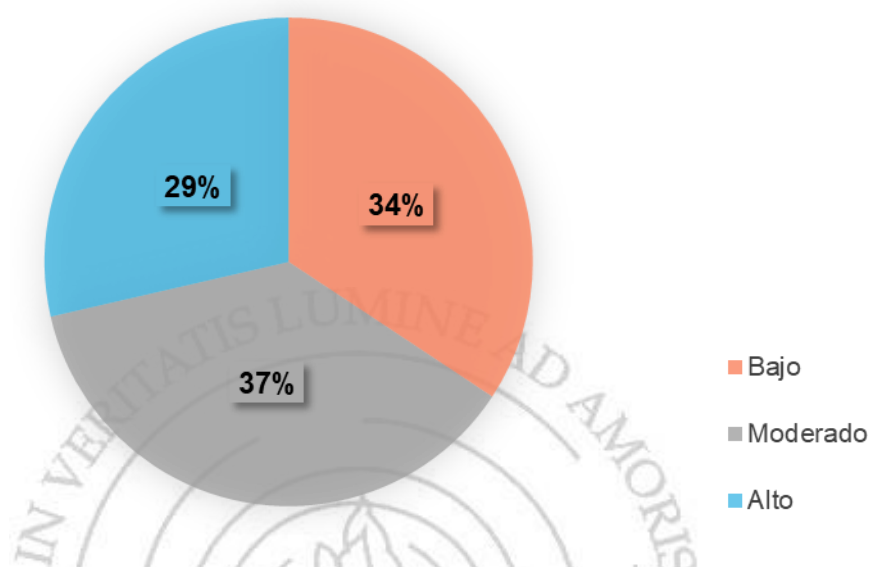


Figura 10. Porcentaje del Factor Información de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente.

En la Figura 10, la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente de tipo Información de nivel Alto corresponde al 28.6%, de nivel moderado 37.1%, y de nivel bajo 34.3%.

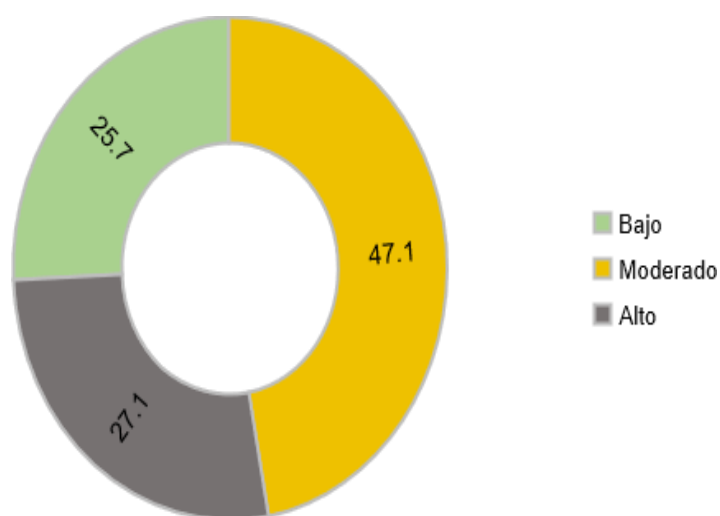


Figura 11. Porcentaje del Factor Soporte Emocional de las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente

Como se aprecia en la Figura 11, la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional de nivel alto representa el 27.1%, el nivel moderado 47.1% y el nivel bajo 25.7%.

1.2. Resultados de los Niveles de la Adherencia al Tratamiento

*Tabla 4
Frecuencias y porcentajes de la Adherencia al Tratamiento*

	F	%
Bajo	17	24.3%
Moderado	34	48.6%
Alto	19	27.1%

f=frecuencias; %=porcentaje

En la Tabla 4 se observa que el 19 de los pacientes tienen una Adherencia al Tratamiento de nivel Alto, 34 pacientes nivel Moderado y 17 un nivel Bajo.

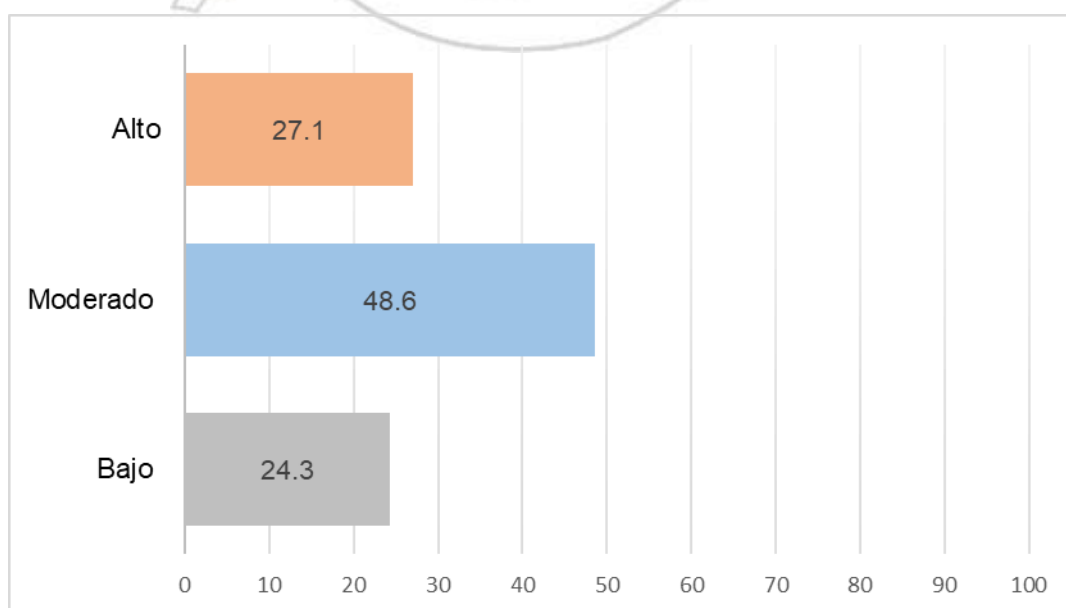


Figura 12. Porcentajes de los niveles de Adherencia al Tratamiento.

En la Figura 12 se visualiza, que que el 27.1% de los pacientes tiene una Adherencia al Tratamiento de nivel Alto, el 48.6% nivel Moderado y el 24.3% nivel Bajo.

2. Resultados de la Hipótesis Principal: Asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento

Dado que la variable Preferencias de Comunicación Médico-Paciente no cuenta con una puntuación total, sino una puntuación por subescala, por lo cual, se procedió a resolver esta asociación a través de análisis de asociación entre cada una de las tres subescalas de las Preferencia de Comunicación Médico-Paciente (Diagnóstico Asertivo [DA], Información [I] y Soporte Emocional [SE]) y la Adherencia al Tratamiento (AT).

Tabla 5
Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y la Adherencia al Tratamiento

		Adherencia al Tratamiento (AT)					Total
		Bajo	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto	Alto	
Diagnóstico Asertivo	Bajo	0 (0%)	0 (0%)	2 (9.5%)	2 (7.1%)	4 (30.8%)	8 (11.4%)
	Moderado	1 (25%)	4 (100%)	13 (61.9%)	20 (71.4%)	4 (30.8%)	42 (60%)
	Alto	3 (75%)	0 (0%)	6 (28.60%)	6 (21.4%)	5 (38.5%)	20 (28.6%)

DA=Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo; AT=Adherencia al Tratamiento; %=porcentaje

En la Tabla 5 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de AT, que no hubo ningún paciente (0%) con nivel bajo de DA, 1 paciente (25%) con nivel moderado de DA, y 3 pacientes (75%) con nivel alto del DA. En cuanto al (b) nivel promedio bajo de AT, se observó que no hubo ningún paciente (0%) con nivel bajo del DA, 4 pacientes (100%) con nivel moderado de DA, y 0 pacientes (0%) con nivel alto de DA. En lo referente al (c) nivel promedio de AT, se observaron 2 pacientes (9.5%) con nivel

bajo de DA, 13 pacientes (61.9%) con nivel moderado de DA, y 6 pacientes (28.6%) con nivel alto del DA. Respecto al (d) nivel promedio alto de AT, se observaron 2 pacientes (7.1%) con nivel bajo de DA, 20 pacientes (71.4%) con nivel moderado de DA, y 6 pacientes (21.4%) con nivel alto de DA. En cuanto al (e) nivel alto de AT, se observaron 4 pacientes (30.8%) con nivel bajo de DA, 4 pacientes (30.8%) con nivel moderado del DA, y 5 pacientes (38.5%) con nivel alto del DA.

Tabla 6

Asociación entre la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y la Adherencia al Tratamiento

	Valor	gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	15.15	8	.06
Razón de verosimilitud	15.40	8	.05
Asociación lineal por lineal	1.84	1	.18
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 6 se aprecia que no existe una asociación significativa ($p < 0.5$) entre la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y la Adherencia al Tratamiento.

Tabla 7

Recuentos y porcentajes de los pacientes según los niveles de Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Información y la Adherencia al Tratamiento

		Adherencia al Tratamiento (AT)					Total
		Bajo	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto	Alto	
Información (I)	Bajo	0 (0%)	2 (50%)	10 (47.6%)	7 (25%)	5 (38.5%)	24 (34.3%)
	Moderado	3 (75%)	2 (50%)	5 (23.8%)	13 (46.4%)	3 (23.1%)	26 (37.1%)
	Alto	1 (25%)	0 (0%)	6 (28.6%)	8 (28.6%)	5 (38.5%)	20 (28.6%)

I=Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información; AT=Adherencia al Tratamiento; %=porcentaje

En la Tabla 7 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de AT, que hubo 0 pacientes (0%) con nivel bajo del I, 3 pacientes (75%) con nivel moderado de I, y 1 paciente (25%) con nivel alto de I. En cuanto al (b) nivel promedio bajo de AT, se observaron 2 pacientes (50%) con nivel bajo de I, 2 pacientes (50%) con nivel moderado de I, y 0 pacientes (0%) con nivel alto de I. En lo referente al (c) nivel promedio de AT, se observaron 10

pacientes (47.6%) con nivel bajo de I, 5 pacientes (23.8%) con nivel moderado de I, y 6 pacientes (28.6%) con nivel alto de I. Respecto al (d) nivel promedio alto de AT, se observaron 7 pacientes (25%) con nivel bajo de I, 13 pacientes (46.4%) con nivel moderado de I, y 8 pacientes (28.6%) con nivel alto de I. En cuanto al (e) nivel alto de AT, se observaron 5 pacientes (38.5%) con nivel bajo de I, 3 pacientes (23.1%) con nivel moderado de I, y 5 pacientes (38.5%) con nivel alto de I.

Tabla 8
Asociación entre la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Información y la Adherencia al Tratamiento

	Valor	Gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	9.193	8	.33
Razón de verosimilitud	11.417	8	.18
Asociación lineal por lineal	.244	1	.62
Número de casos válidos	70		

Gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 8 se observa que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Información y la Adherencia al Tratamiento.

Tabla 9
Recuentos y porcentajes de los pacientes según los niveles de la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y la Adherencia al Tratamiento

		Adherencia al Tratamiento (AT)					Total
		Bajo	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto	Alto	
Soporte Emocional (SE)	Bajo	1 (25%)	2 (50%)	4 (19%)	7 (25%)	4 (30.8%)	18 (25.7%)
	Moderad	0 (0%)	2 (50%)	10 (47.6%)	16 (57.1%)	5 (38.5%)	33 (47.1%)
	Alto	3 (75%)	0 (0%)	7 (33.3%)	5 (17.9%)	4 (30.8%)	19 (27.1%)

SE= Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional; AT=Adherencia al Tratamiento; %=porcentaje

En la Tabla 9 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de AT, que hubo un paciente (25%) con nivel bajo de SE, 0 pacientes (0%) con nivel moderado de SE, y 3 pacientes (75%) con nivel alto de SE. En cuanto al (b) nivel promedio bajo de AT, se observaron 2 pacientes (50%) con nivel bajo de SE, 2 pacientes (50%) con nivel moderado de SE, y 0 pacientes (0%)

con nivel alto de SE. En lo referente al (c) nivel promedio de AT, se observaron 4 pacientes (19%) con nivel bajo de SE, 10 pacientes (47.6%) con nivel moderado de SE, y 7 pacientes (33.3%) con nivel alto de SE. Respecto al (d) nivel promedio alto de AT, se observaron 7 pacientes (25%) con nivel bajo de SE, 16 pacientes (57.1%) con nivel moderado de SE, y 5 pacientes (17.9%) con nivel alto de SE. En cuanto al (e) nivel alto de AT, se observaron 4 pacientes (30.8%) con nivel bajo de SE, 5 pacientes (38.5%) con nivel moderado de SE, y 4 pacientes (30.8%) con nivel alto de SE.

Tabla 10
Asociación entre la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y la Adherencia al Tratamiento

	Valor	Gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	9.82	8	.28
Razón de verosimilitud	11.592	8	.17
Asociación lineal por lineal	.528	1	.47
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 10, se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Preferencia Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y la Adherencia al Tratamiento.

3. Resultados de Hipótesis Específicas

3.1 Resultados de la asociación entre la Adherencia al Tratamiento y la Edad

Tabla 11
Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de la Adherencia al Tratamiento y la Edad

	Edad	Adherencia al Tratamiento (AT)					Total
		Bajo	Promedio Bajo	Promedio Promedio	Promedio Alto	Alto	
	18-30	1 (25%)	0(0%)	0 (0%)	2 (7.1%)	0 (0%)	3 (4.3%)
	31-59	1 (25%)	2 (50%)	14 (66.7%)	13 (46.4%)	8 (61.5%)	38 (54.3%)
	60 a más	2(50%)	2 (50%)	7 (33.3%)	13 (46.4%)	5 (38.5%)	29 (41.4%)

AT=Adherencia al Tratamiento

En la Tabla 11 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de AT, que hubo 1 paciente (25%) de 18 a 30 años de edad, 1 paciente (25%) de 31 a

59 años de edad, y 2 pacientes (50%) de 60 años a más. En cuanto al (b) nivel promedio bajo de AT, se observaron 0 pacientes (0%) de 18 a 30 años de edad, 2 pacientes (50%) de 31 a 59 años de edad, y 2 pacientes (50%) de 60 años a más. En lo referente al (c) nivel promedio de AT, se observaron 0 pacientes (0%) de 18 a 30 años de edad, 14 pacientes (66.7%) de 31 a 59 años de edad, y 7 pacientes (33.3%) de 60 años a más. Respecto al (d) nivel promedio alto de AT, se observaron 2 pacientes (7.1%) de 18 a 30 años de edad, 13 pacientes (46.4%) de 31 a 59 años de edad, y 13 pacientes (46.4%) de 60 años a más. En cuanto al (e) nivel alto de AT, se observaron 0 pacientes (0%) de 18 a 30 años de edad, 8 pacientes (61.5%) de 31 a 59 años de edad, y 5 pacientes (38.5%) de 60 años a más.

Tabla 12
Asociación entre la Adherencia al Tratamiento y la Edad

	Valor	Gl	<i>p.</i>
Chi-cuadrado de Pearson	8.520 ^a	8	.38
Razón de verosimilitud	8.065	8	.43
Asociación lineal por lineal	.081	1	.77
Número de casos válidos	70		

Gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 12 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Adherencia al Tratamiento y Edad.

3.2 Resultados del análisis de asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Sexo

Tabla 13
Recuentos y porcentajes de los pacientes según los niveles de la Adherencia al Tratamiento y el Sexo

	Sexo	Adherencia al Tratamiento (AT)					Total
		Promedio		Promedio			
		Bajo	Bajo	Promedio	Alto	Alto	
	Mujer	1 (25%)	1 (25%)	8 (38.1%)	12 (43.9%)	5 (38.5%)	27 (38.6%)
	Hombre	3 (75%)	3 (75%)	13 (61.9%)	16 (57.1%)	8 (61.5%)	43 (61.4%)

AT=Adherencia al Tratamiento

En la Tabla 13 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de AT, que hubo 1 paciente (25%) mujer y 3 pacientes (75%) hombres. En cuanto al (b) nivel promedio bajo de AT, se observó 1 paciente (25%) mujer y 3 pacientes (75%) hombres. En lo referente al (c) nivel promedio de AT, se observaron 8 pacientes (38.1%) mujeres y 13 pacientes (61.9%) hombres. Respecto al (d) nivel promedio alto de AT, se observaron 12 pacientes (42.9%) mujeres y 16 pacientes (57.1%) hombres. En cuanto al (e) nivel alto de AT, se observaron 5 pacientes (38.5%) mujeres y 8 pacientes (61.5%) hombres.

Tabla 14

	Valor	Gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	.841 ^a	4	.93
Razón de verosimilitud	.877	4	.93
Asociación lineal por lineal	.436	1	.51
Número de casos válidos	70		

Asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Sexo

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 14 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Adherencia al Tratamiento y el Sexo

3.3 Resultados del análisis de asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Tipo de Ostoma

Tabla 15

Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de la Adherencia al Tratamiento y el Tipo de Ostoma

		Adherencia al Tratamiento (AT)					Total
		Bajo	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto	Alto	
Tipo de Ostoma	Traqueostoma	0 (0%)	0 (0%)	2(9.5%)	0(0%)	1(7.7%)	3 (4.3%)
	Urostoma	0 (0%)	0 (0%)	0(0%)	1(3.6%)	1(7.7%)	2(2.9%)
	Nefrostoma	0 (0%)	1(25%)	3(14.3%)	0(0%)	0(0%)	4(5.7%)
	Ileostoma	1 (25%)	1(25%)	2(9.5%)	5(17.9%)	0(0%)	9(12.9%)
	Colostoma	3 (75%)	2(50%)	14(66.7%)	20(71.4%)	11(84.6%)	50(71.4%)
	Mixto	0 (0%)	0(0%)	0(0%)	2(7.1%)	0(0%)	2(2.9%)

AT=Adherencia al Tratamiento

En la Tabla 15 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de AT, que hubo 0 pacientes (0%) con traqueostoma, 0 pacientes (0%) con urostoma, 0 pacientes (0%) con nefrostoma, 1 paciente (25%) con ileostoma, 3 pacientes (75%) con colostoma y 0 pacientes (0%) con ostoma mixto. En cuanto al (b) nivel promedio bajo de AT, 0 pacientes (0%) con traqueostoma, 0 pacientes (0%) con urostoma, 1 pacientes (25%) con nefrostoma, 1 paciente (25%) con ileostoma, 2 pacientes (50%) con colostoma y 0 pacientes (0%) con ostoma mixto. En lo referente al (c) nivel promedio de AT, se observaron 2 pacientes (9.5%) con traqueostoma, 0 pacientes (0%) con urostoma, 3 pacientes (14.3%) con nefrostoma, 2 paciente (9.5%) con ileostoma, 14 pacientes (66.7%) con colostoma y 0 pacientes (0%) con ostoma mixto. Respecto al (d) nivel promedio alto de AT, se observaron 0 pacientes (0%) con traqueostoma, 1 pacientes (3.6%) con urostoma, 0 pacientes (0%) con nefrostoma, 5 pacientes (17.9%) con ileostoma, 20 pacientes (71.4%) con colostoma y 2 pacientes (7.1%) con ostoma mixto. En cuanto al (e) nivel alto de AT, se observaron 1 paciente (7.7%) con traqueostoma, 1 paciente (7.7%) con urostoma, 0 pacientes (0%) con nefrostoma, 0 pacientes (0%) con ileostoma, 11 pacientes (84.6%) con colostoma y 0 pacientes (0%) con ostoma mixto.

Tabla 16
Asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Tipo de Ostoma

	Valor	Gl	<i>p.</i>
Chi-cuadrado de Pearson	20.019 ^a	20	.46
Razón de verosimilitud	24.312	20	.23
Asociación lineal por lineal	.136	1	.71
Número de casos válidos	70		

Gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 16 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Adherencia al Tratamiento y el Tipo de Ostoma.

3.4 Resultados del análisis de asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Cuidado-Aseo Personal

Tabla 17

Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de Adherencia al Tratamiento y Cuidado-Aseo Personal

		Adherencia al Tratamiento (AT)					Total
		Bajo	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto	Alto	
Cuidado-Aseo Personal	Autónomo	1 (25%)	2(50%)	11(52.4%)	16(57.1%)	9(69.2%)	39(55.7%)
	Apoyo de cuidador	2(50%)	2(50%)	1(4.8%)	6(21.4%)	1(7.7%)	12(17.1%)
	Ambos	1(25%)	0(0%)	9(42.9%)	6(21.4%)	3(23.1%)	19(27.1%)

AT=Adherencia al Tratamiento

En la Tabla 17 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de AT, que hubo 1 paciente (25%) autónomo en el cuidado-aseo personal, 2 pacientes (50%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 1 paciente (25%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal. En cuanto al (b) nivel promedio bajo de AT, se observaron 2 pacientes (50%) autónomo en el cuidado-aseo personal, 2 pacientes (50%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 0 pacientes (0%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal. En lo referente al (c) nivel promedio de AT, se observaron 11 pacientes (52.4%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 1 paciente (4.8%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 9 pacientes (42.9%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal. Respecto al (d) nivel promedio alto de AT, se observaron 16 pacientes (57.1%) autónomo en el cuidado-aseo personal, 6 pacientes (21.4%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 6 pacientes (21.4%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal. En cuanto al (e) nivel alto de AT, se observaron 9 pacientes (69.2%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 1 paciente (7.7%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 3 pacientes (23.1%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal.

Tabla 18

Asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Cuidado-Aseo Personal

	Valor	Gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	12.491 ^a	8	.13
Razón de verosimilitud	12.651	8	.12
Asociación lineal por lineal	1.129	1	.29
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 18 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Adherencia al Tratamiento y el Cuidado-Aseo Personal.

3.5 Resultados del análisis de asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y Edad

Tabla 19

Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y la Edad

		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Edad	18-30	0(0%)	2(4.8%)	1(5%)	3(4.3%)
	31-59	5(62.5%)	21(50%)	12(60%)	38(54.3%)
	60 a más	3(37.5%)	19(45.2%)	7(35%)	29(41.4%)

%=porcentaje; DA= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo

En la Tabla 19 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo (DA), 0 pacientes (0%) de 18 a 30 años, 5 pacientes (62.5%) de 31 a 59 años de edad, y 3 pacientes (37.5%) de 60 años a más. En lo referente al (b) nivel moderado de la preferencia de comunicación médico-paciente DA, se observaron 2 pacientes (4.8%) de 18 a 30 años, 21 pacientes (50%) de 31 a 59 años, y 19 pacientes (45.2%) de 60 años a más. En cuanto al (c) nivel alto de la preferencia de comunicación médico-paciente DA, se observó 1 paciente (5%) de 18 a 30 años, 12 pacientes (60%) de 31 a 59 años, y 7 pacientes (35%) de 60 años a más.

Tabla 20

Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y la Edad

	Valor	gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	1.127 ^a	4	.89
Razón de verosimilitud	1.471	4	.83

Asociación lineal por lineal	.253	1	.62
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 20 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y la Edad.

Tabla 21

Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y la Edad

		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información (I)			
		Bajo	Moderado	Alto	Total
Edad	18-30	0(0%)	2(7.7%)	1(5%)	3(4.3%)
	31-59	14(58.3%)	10(38.5%)	14(70%)	38(54.3%)
	60 a más	10(41.7%)	14(53.8%)	5(25%)	29(41.4%)

%=porcentaje; I= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información

En la Tabla 21 se aprecian, en lo relativo al (a) nivel bajo de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información (I), 0 pacientes (0%) de 18 a 30 años, 14 pacientes (58.3%) de 31 a 59 años, y 10 pacientes (41.7%) de 60 años a más. En lo referente al (b) nivel promedio de I, se observaron 2 pacientes (7.7%) de 18 a 30 años, 10 pacientes (38.5%) de 31 a 59 años, y 14 pacientes (53.8%) de 60 años a más. En cuanto al (c) nivel alto de I, se observó 1 paciente (5%) de 18 a 30 años, 14 pacientes (70%) de 31 a 59 años, y 5 pacientes (25%) de 60 años a más.

Tabla 22

Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y la edad

	Valor	gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	6.209 ^a	4	.18
Razón de verosimilitud	7.292	4	.12
Asociación lineal por lineal	1.438	1	.23
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 22 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y la Edad.

Tabla 23

Recuentos y porcentajes de los pacientes según los Niveles de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y la Edad

		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional (SE)			
		Bajo	Moderado	Alto	Total
Edad	18-30	0(0%)	2(6.1%)	1(5.3%)	3(4.3%)
	31-59	10(55.6%)	18(54.5%)	10(52.6%)	38(54.3%)
	60 a más	8(44.4%)	13(39.4%)	8(42.1%)	29(41.4%)

%=porcentaje; SE= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional

En la Tabla 23 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional (SE), 0 pacientes (0%) de 18 a 30 años de edad, 10 pacientes (55.6%) de 31 a 59 años de edad, y 8 pacientes (44.4%) de 60 años a más. En lo referente al (b) nivel promedio de SE, se observaron 2 pacientes (6.1%) de 18 a 30 años de edad, 18 pacientes (54.5%) de 31 a 59 años de edad, y 13 pacientes (39.4%) de 60 años a más. En cuanto al (c) nivel alto de SE, se observó 1 paciente (5.3%) de 18 a 30 años de edad, 10 pacientes (52.6%) de 31 a 59 años de edad, y 8 pacientes (42.1%) de 60 años a más.

Tabla 24

Correlación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y la Edad

	Valor	Gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	1.146 ^a	4	.89
Razón de verosimilitud	1.887	4	.76
Asociación lineal por lineal	.157	1	.69
N de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 24 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y la Edad.

3.6 Resultados del análisis de asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el Sexo

Tabla 25

Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Sexo

		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo (DA)			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Sexo	Mujer	2(25%)	18(42.9%)	7(35%)	27(38.6%)
	Hombre	6(75%)	24(57.1%)	13(65%)	43(61.4%)

%=porcentaje; DA= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo

En la Tabla 25 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo (DA), que hubo 2 pacientes (25%) mujeres y 6 (75%) hombres. En lo referente al (b) nivel moderado de DA, se observaron 18 pacientes (42.9%) mujeres y 24 (57.1%) hombres. En cuanto al (c) nivel alto de DA, se observaron 7 pacientes (35%) mujeres y 13 (65%) hombres.

Tabla 26

Correlación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Sexo

	Valor	Gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	1.055 ^a	2	.59
Razón de verosimilitud	1.091	2	.58
Asociación lineal por lineal	.022	1	.89
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 26, se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Sexo.

Tabla 27

Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Sexo

		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información (I)			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Sexo	Mujer	9 (37.5%)	10(38.5%)	8(40%)	27(38.6%)
	Hombre	15(62.5%)	16(61.5%)	12(60%)	43(61.4%)

%=porcentaje; I= preferencia de comunicación médico-paciente Información

En la Tabla 27 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de la preferencia de comunicación médico paciente Información (I), 9 pacientes (37.5%) mujeres y 15 (62.5%) hombres. En lo referente al (b) nivel moderado de I, se observaron 10 pacientes (38.5%) mujeres y 16 (61.5%) hombres. En cuanto al (c) nivel alto de I, se observaron 8 pacientes (40%) mujeres y 12 (60%) hombres.

Tabla 28

Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Sexo

	Valor	Gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	.029 ^a	2	.986
Razón de verosimilitud	.029	2	.986
Asociación lineal por lineal	.028	1	.867
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 28, se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Sexo.

Tabla 29

Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Sexo

		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional (SE)			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Sexo	Mujer	6(33.3%)	16(48.5%)	5(26.3%)	27(38.6%)
	Hombre	12(66.7%)	17(51.5%)	14(73.7%)	43(61.4%)

%=porcentaje; SE= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional

En la tabla 29 se aprecian, en lo relativo al (a) nivel bajo de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional (SE), 6 pacientes (33.3%) mujeres y 12 (66.7%) hombres. En lo referente al (b) nivel moderado de SE, se observaron 16 pacientes (48.5%) mujeres y 17 (51.5%) hombres. En cuanto al (c) nivel alto de SE, se observaron 5 pacientes (26.3%) mujeres y 14 (73.7%) hombres.

Tabla 30
Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el sexo

	Valor	gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	2.782 ^a	2	.25
Razón de verosimilitud	2.818	2	.24
Asociación lineal por lineal	-.216	1	.64
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 30, se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Sexo.

3.7 Resultados del análisis de asociación entre las Preferencias de Comunicación-Médico Paciente y el Tipo de Ostoma

Tabla 31
Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Tipo de Ostoma

Tipo de Ostoma		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo (DA)			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
		Traqueostoma	1(12.5%)	2(4.8%)	
Urostoma	0(0%)	2(4.8%)	0(0%)	2(2.9%)	
Nefrostoma	0(0%)	4(9.5%)	0(0%)	4(5.7%)	
Ileostoma	0(0%)	7(16.7%)	2(10%)	9(12.9%)	
Colostoma	6(75%)	26(61.9%)	18(90%)	50(71.4%)	
Mixto	1(12.5%)	1(2.4%)	0(0%)	2(2.9%)	

%=porcentaje; DA= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo

En la Tabla 31 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Aserivo (DA), 1 paciente (12.5%) con traqueostoma, 0 pacientes (0%) con urostoma, 0 pacientes (0%) con nefrostoma, 0 paciente (0%) con ileostoma, 6 pacientes (75%) con colostoma y 1 paciente (12.5%) con ostoma mixto. En lo referente al (b) nivel moderado de DA, se observaron 2 pacientes (4.8%) con traqueostoma, 2 pacientes (4.8%) con urostoma, 4 pacientes (9.5%) con nefrostoma, 7 pacientes (16.7%) con ileostoma, 26 pacientes (61.9%) con colostoma y 1 paciente (2.4%) con ostoma mixto. En cuanto al (c) nivel alto de DA, se observó 0 pacientes (0%) con traqueostoma, 0 pacientes (0%) con urostoma, 0 pacientes (0%) con nefrostoma, 2 paciente (10%) con ileostoma, 18 pacientes (90%) con colostoma y 0 pacientes (0%) con ostoma mixto.

Tabla 32
Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Aserivo y el Tipo de Ostoma

	Valor	gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	12.490 ^a	10	.25
Razón de verosimilitud	15.372	10	.12
Asociación lineal por lineal	1.901	1	.17
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 32, se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. > 0.5$) entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Aserivo y el Tipo de Ostoma.

Tabla 33
Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Tipo de Ostoma

		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información (I)			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
		Tipo de Ostoma	Traqueostoma	2(8.3%)	
	Urostoma	2(8.3%)	0(0%)	0(0%)	2(2.9%)
	Nefrostoma	0(0%)	3(11.5%)	1(5%)	4(5.7%)
	Ileostoma	2(8.3%)	3(11.5%)	4(20%)	9(12.9%)
	Colostoma	17(70.8%)	18(69.2%)	15(75%)	50(71.4%)

Mixto	1(4.2%)	1(3.8%)	0(0%)	2(2.9%)
-------	---------	---------	-------	---------

%=porcentaje; l= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información

En la Tabla 33 se aprecian, en lo relativo al (a) nivel bajo de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información (I), 2 pacientes (8.3%) con traqueostoma, 2 pacientes (8.3%) con urostoma, 0 pacientes (0%) con nefrostoma, 2 pacientes (8.3%) con ileostoma, 17 pacientes (70.8%) con colostoma y 1 paciente (4.2%) con ostoma mixto. En lo referente al (b) nivel moderado de I, se observó 1 paciente (3.8%) con traqueostoma, 0 pacientes (0%) con urostoma, 3 pacientes (11.5%) con nefrostoma, 3 pacientes (11.5%) con ileostoma, 18 pacientes (69.2%) con colostoma y 1 paciente (3.8%) con ostoma mixto. En cuanto al (c) nivel alto de I, se observaron 0 pacientes (0%) con traqueostoma, 0 pacientes (0%) con urostoma, 1 pacientes (5%) con nefrostoma, 4 paciente (20%) con ileostoma, 15 pacientes (75%) con colostoma y 0 pacientes (0%) conostoma mixto.

Tabla 34
Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Tipo de Ostoma

	Valor	gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	10.622 ^a	10	.38
Razón de verosimilitud	13.229	10	.21
Asociación lineal por lineal	1.393	1	.24
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 34, se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. > 0.5$) entre Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Tipo de Ostoma.

Tabla 35
Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Tipo de Ostoma

	Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional (SE)			Total
	Bajo	Moderado	Alto	
○ ◡ ◉ ○ ∞ ↯Traqueostoma	2(11.1%)	1(3%)	0(0%)	3(4.3%)

Urostoma	1(5.6%)	1(3%)	0(0%)	2(2.9%)
Nefrostoma	1(5.6%)	2(6.1%)	1(5.3%)	4(5.7%)
Ileostoma	2(11.1%)	4(12.2%)	3(15.8%)	9(12.9%)
Colostoma	12(66.7%)	24(72.7%)	14(73.7%)	50(71.4%)
Mixto	0(0%)	1(3%)	1(5.3%)	2(2.9%)

%=porcentaje; SE= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional

En la Tabla 35 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional (SE), 2 pacientes (11.1%) con traqueostoma, 1 paciente (5.6%) con urostoma, 1 paciente (5.6%) con nefrostoma, 2 paciente (11.1%) con ileostoma, 12 pacientes (66.7%) con colostoma y 0 pacientes (0%) con ostoma mixto. En lo referente al (b) nivel moderado de SE, se observó 1 paciente (3%) con traqueostoma, 1 paciente (3%) con urostoma, 2 pacientes (6.1%) con nefrostoma, 4 pacientes (12.1%) con ileostoma, 24 pacientes (72.7%) con colostoma y 1 paciente (3%) con ostoma mixto. En cuanto al (c) nivel alto de la SE, se observaron 0 pacientes (0%) con traqueostoma, 0 pacientes (0%) con urostoma, 1 paciente (5.3%) con nefrostoma, 3 pacientes (15.8%) con ileostoma, 14 pacientes (73.7%) con colostoma y 1 paciente (5.3%) con ostoma mixto.

Tabla 36
Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Tipo de Ostoma

	Valor	gl	<i>p.</i>
Chi-cuadrado de Pearson	5.077 ^a	10	.886
Razón de verosimilitud	6.176	10	.800
Asociación lineal por lineal	3.440	1	.064
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 36 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Tipo de Ostoma.

3.8 Resultados del análisis de asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el Cuidado-Aseo Personal

Tabla 37

Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Cuidado-Aseo Personal

		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo (DA)			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Cuidado-aseo personal	Autónomo	5(62.5%)	22(52.4%)	12(60%)	39(55.7%)
	Apoyo de cuidador	0(0%)	7(16.7%)	5(25%)	12(17.1%)
	Ambos	3(37.5%)	13(31%)	3(15%)	19(27.1%)

%=porcentaje; DA= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo

En la Tabla 37 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de la preferencia de comunicación médico paciente diagnóstico asertivo (DA), 5 pacientes (62.5%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 0 pacientes (0%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 3 pacientes (37.5%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal. En lo referente al (b) nivel moderado del DA, se observaron 22 pacientes (52.4%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 7 pacientes (16.7%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 13 pacientes (31%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal. En cuanto al (c) nivel alto del DA, se observaron 12 pacientes (60%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 5 pacientes (25%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 3 pacientes (15%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal.

Tabla 38
Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Cuidado-Aseo Personal

	Valor	gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	3.940 ^a	4	.41
Razón de verosimilitud	5.388	4	.25
Asociación lineal por lineal	.649	1	.42
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 38 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Diagnóstico Asertivo y el Cuidado-Aseo Personal.

Tabla 39

Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Cuidado-Aseo Personal

		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información (I)			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Cuidado -aseo personal	Autónomo	13(54.2%)	14(53.8%)	12(60%)	39(55.7%)
	Apoyo de cuidador	3(12.5%)	4(15.4%)	5(25%)	12(17.1%)
	Ambos	8(33.3%)	8(30.8%)	3(15%)	19(27.1%)

%=porcentaje; I= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información

En la Tabla 39 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de la preferencia de comunicación médico paciente Información (I), 13 pacientes (54.2%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 3 pacientes (12.5%) con apoyo de cuidador en el cuidado y aseo personal, y 8 pacientes (33.3%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal. En lo referente al (b) nivel moderado de la I, se observaron 14 paciente (53.8%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 4 pacientes (15.4%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 8 pacientes (30.8%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal. En cuanto al (c) nivel alto de la I, se observaron 12 pacientes (60%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 5 pacientes (25%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 3 pacientes (15%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal.

Tabla 40
Asociación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Cuidado-Aseo Personal

	Valor	gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	2.713 ^a	4	.61
Razón de verosimilitud	2.838	4	.59
Asociación lineal por lineal	.797	1	.37
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 40, se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Información y el Cuidado-Aseo Personal.

Tabla 41

Recuentos y porcentajes de la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Cuidado-Aseo Personal

		Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional (SE)			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Cuidado-aseo personal	Autónomo	12 (66.7%)	14(42.4%)	13(68.4%)	39(55.7%)
	Ambos	6(33.3%)	12(36.4%)	1(5.3%)	19(27.1%)
	Apoyo de cuidador	0(0%)	7(21.2%)	5(26.3%)	12(17.1%)

%=porcentaje; SE= Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional

En la Tabla 41 se aprecia, en lo relativo al (a) nivel bajo de la preferencia de comunicación médico-paciente Información (I), 12 pacientes (66.7%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 6 pacientes (33.3%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 0 pacientes (0%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal. En lo referente al (b) nivel moderado de la preferencia de la I, se observaron 14 paciente (42.4%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 12 pacientes (36.4%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 7 pacientes (21.2%) con ambostipos de cuidado-aseo personal. En cuanto al (c) nivel alto de la I, se observaron 13 pacientes (68.4%) autónomos en el cuidado-aseo personal, 1 paciente (5.3%) con apoyo de cuidador en el cuidado-aseo personal, y 5 pacientes (26.3%) con ambos tipos de cuidado-aseo personal.

Tabla 42
Correlación entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Cuidado-Aseo Personal

	Valor	gl	p.
Chi-cuadrado de Pearson	10.960 ^a	4	.03
Razón de verosimilitud	15.490	4	.0
Asociación lineal por lineal	1.165	1	.28
Número de casos válidos	70		

gl=grados de libertad; p.=Nivel de significancia

En la Tabla 42 se evidencia que existe asociación estadísticamente significativa ($p. < 0.5$) entre la Preferencia de Comunicación Médico-Paciente tipo Soporte Emocional y el Cuidado-Aseo Personal.



CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el siguiente apartado se contrastarán las hipótesis planteadas con los resultados obtenidos del estudio, todo ello en el contexto del marco teórico.

Asimismo, este estudio por las características que presenta, así como el haber sido desarrollado en una muestra particular que son los pacientes oncológicos ostomizados, ha de ser precursor para nuevas investigaciones.

Según lo demostrado en la presente investigación, respecto a la hipótesis general, no se halló relación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados del INEN. Si bien algunos autores, como Parker et al. (2001) y Paredes (2015), en sus investigaciones con pacientes oncológicos reportaron que un gran número de ellos prefiere una comunicación basada en la información por encima de una comunicación caracterizada por un diagnóstico asertivo y un soporte emocional, esta preferencia no es suficiente para determinar su Adherencia al Tratamiento. En otras palabras, la preferencia de una comunicación médico-paciente no significaría que tenga mayor o menor probabilidad de tener un alto nivel de Adherencia al Tratamiento.

Una posible explicación de la no relación entre estas variables, que teóricamente podrían estar asociadas, es la complejidad de la Adherencia al Tratamiento, su naturaleza multifactorial (Álvarez, 2011), en donde la adherencia terapéutica será más efectiva y exitosa si se aplica una serie de intervenciones complejas aplicadas sobre varios factores obteniéndose mejores resultados que la utilización de manera aislada (Uceda, J., Romero, L., y Riera, T., 2018).

En palabras de Ibarra, O. y Morillo, R. (2017) existen múltiples factores comprometidos en la Adherencia al Tratamiento, tales como los factores socioeconómicos, características del sistema y equipo de asistencia sanitaria, tipo y grado de enfermedad, tipo de terapias y/o tratamientos y factor relacionado con el paciente. En ese sentido, estos autores sugieren que, para aumentar la Adherencia al Tratamiento de los pacientes, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores. En coherencia con esta idea, se deduce que para investigar la

Adherencia al Tratamiento se debería de investigar su relación con varios de los factores de la Adherencia al Tratamiento sostenidos por Ibarra, O. y Morillo, R. (2017) los mismos que podrían ser parte de futuras investigaciones. En efecto, serían otros los factores en esta particular población que se asocian mejor a su Adherencia al Tratamiento.

Según los resultados en relación con la hipótesis específica 1, los Niveles de Preferencias de Comunicación, se halló que los factores Diagnóstico Asertivo e Información presentan mayor prevalencia es decir preferencia por los pacientes de la muestra, mientras que el Soporte Emocional representa menor preferencia por estos. Este hallazgo es idéntico al reportado por Paredes (2015), quien descubre que 160 pacientes oncológicos prefirieron, en primer y segundo lugar a la preferencia de comunicación médico-paciente información y diagnóstico asertivo y relegaron al último lugar la preferencia médico paciente soporte emocional. Concluyendo que un gran número de participantes de la muestra prefiere una comunicación basada en la información, seguido de diagnóstico asertivo y, como última posibilidad el soporte emocional.

Es importante a la luz de otros hallazgos, como el de Baile et al. (2000), quien halló que la mayoría de los médicos no tienen un plan o estrategia consistente cuando dan malas noticias a sus pacientes. De igual forma Luna (2019) menciona que en diferentes estudios a pesar de que se pondera el adiestramiento en habilidades comunicativas en los médicos para las transmisiones de malas noticias, aún éstos no se sienten lo suficientemente capacitados para lograrlo. Por tanto, conocer estas preferencias de comunicación se permitirá se reformulen mejores estrategias comunicativas en torno al diagnóstico oncológico, como parte del abordaje multidisciplinario.

En cuanto a los Niveles de Adherencia al Tratamiento, hipótesis específica 2, se observó que solo el 27.1% presentan niveles altos de Adherencia al Tratamiento, mientras que la mayoría presenta un nivel moderado de 48.6%. Este resultado no es igual al reportado en otros estudios, como el de Alvarado et al. (2011), quien halló que el 77.8% presentan Adherencia al Tratamiento; ni como el estudio de Castañeda(2015), quien encontró que el 51% de pacientes oncológicos presentan bajo

riesgo de Adherencia al Tratamiento, y en Perú con Raymundo (2014) en donde un 47% de la muestra presentó niveles de adherencia Alto y Promedio Alto. En consecuencia, el porcentaje tan bajo de Adherencia al Tratamiento hallado en esta investigación (en comparación con otros estudios) es preocupante, dado que no seguir adecuadamente el tratamiento oncológico podría comprometer la recuperación de los pacientes como menciona Arboleda, A. (2013) y el fracaso terapéutico que comprometerá se amplíe el periodo de tratamiento, además de riesgos y costes en la salud de la población oncológica (Ibarra y Morillo, 2018).

En cuanto a la asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y la edad, correspondiente a la hipótesis específica 3, no se halló asociación. Parker et al. (2001), por su parte, sí halló relación en su estudio, pero solo en la escala Facilitación ($p=.001$) del mensaje de la preferencia de comunicación médico-paciente; en el caso de Sánchez et al. (2005) encontró que las mujeres y pacientes jóvenes prevalecían los aspectos relacionados al factor información de la enfermedad. Los resultados hallados en esta investigación indican que los pacientes presentan variadas Preferencias de Comunicación Médico-Paciente al margen de la edad que tengan. No significa que los de mayor de edad suelen preferir un tipo de comunicación con el médico distinto a las preferencias de los pacientes más jóvenes. Esta preferencia estaría sujeta a otros factores que no corresponden a la edad.

Con respecto a la hipótesis específica 4, no se halló asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el sexo. Este resultado es diferente al hallado por Parker et al. (2001), quienes hallaron que las mujeres tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala de Contenido ($p=.02$) y de Apoyo ($p=.02$), y en Asia por Chiu et al. (2006) en donde las mujeres destacaron la importancia de recibir apoyo emocional, social y psicológico de sus médicos. Los resultados hallados diferentes a los de Parker et al. (2001) indican que en el caso de los pacientes oncológicos ostomizados de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, estos muestran preferencia médico-paciente al margen del sexo, por lo que tal vez sus diferencias se deban a otras razones o variables.

En el caso de la Comunicación en oncología, se ha visto que “el paciente necesita información y soporte emocional para poder afrontar un diagnóstico de cáncer” (Gil, 2015, p. 6). No obstante, esta aseveración teórica no puede ser ratificada en la presente investigación. El resultado que responde a la hipótesis específica 5, demuestra que no existe asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el Tipo de Ostoma. Esto parece indicar que los pacientes oncológicos ostomizados de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas prefieren un tipo particular de comunicación médico-paciente al margen del tipo de ostoma por la que atraviesen.

Correspondiente a la sexta hipótesis específica, se halló asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el cuidado-aseo ($p. >.05$), pero solo en el caso de la escala soporte emocional. Esto indica que mientras más autónomos sean los pacientes con relación a su cuidado y aseo, mostrarán mayor preferencia por la comunicación médico paciente relacionada al soporte emocional; asimismo, mientras menos autónomos (cuenten con el apoyo de cuidador) sean con respecto a su cuidado y aseo personal, mostrarán menor preferencia hacia una comunicación médico-paciente de tipo soporte emocional.

Este hallazgo es inédito, pues no existen evidencias sobre esta asociación tan particular en población oncológica peruana. En efecto, se puede deducir que los pacientes más autónomos serían los menos impactados a nivel físico por el cáncer, por tal motivo pueden asumir sus propios cuidados. Esto no pasa en los pacientes que requieren algún tipo de apoyo, pues tal vez la edad o el mismo desgaste que produce la enfermedad le impide contar con autonomía en su cuidado, depende de otros en este caso de su cuidador, se entiende por dependencia como la situación en la vida de una persona en donde requiere ayuda de otros en un periodo corto o prologando, precisamente en actividades que antes podía realizar de manera autónoma (Cruzado, 2015). Este escenario significa necesariamente que las personas que físicamente aún pueden velar por sus cuidados más elementales acentúan su sufrimiento a nivel emocional, tras percibir la pérdida del “sentido de la vida”, cambios a consecuencia de la aparición de la enfermedad, que tenía antes del diagnóstico. Cuando el

impacto del diagnóstico oncológico es más emocional que físico, la mayor necesidad evidente será el soporte emocional, pues el miedo a futuras complicaciones orgánicas es, tal vez, su principal motivo de malestar.

Respecto a la hipótesis específica 7, no se halló asociación entre la Adherencia al Tratamiento y la Edad. Si bien a nivel teórico varios autores han sospechado de la edad como un factor personal que influye en la Adherencia al Tratamiento, principalmente bajo la hipótesis de que los adultos mayores se olvidan de tomar la medicación (López y Chávez, 2016). No obstante, a nivel empírico, más de un autor demostró que no es así. Un claro ejemplo es el estudio de Olivera-Fernandez (2014), quien comparó los niveles de Adherencia al Tratamiento en función a la edad, concluyendo que la edad no influye en la Adherencia al Tratamiento ($p=0,917$).

El sexo, es otra variable personal que se ha investigado en otros estudios asociándola a la Adherencia al Tratamiento, tal y como se observó en el estudio de López y Chávez (2016). La presente investigación, correspondiente al hipótesis específica 8, demuestra que no se halló asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Sexo. Al respecto, Gonzáles (2012) y Reyes et al. (2016) sugieren que las mujeres son más sistemáticas en el cumplimiento de las indicaciones médicas. Pero los estudios que relacionan el sexo y la Adherencia al Tratamiento no siempre muestran resultados concordantes, algunos autores sostienen la no existencia de relación entre cumplimiento y ser mujer, mientras que otros refieren que el sexo más cumplidor es el masculino (López y Chávez, 2016). Asimismo, Olivera-Fernández (2014) al igual que Raymundo (2014) conciertan que el nivel de adherencia estaría determinado por otros factores al margen de la edad.

Referente a la hipótesis específica 9, no se halló asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Tipo de Ostoma en pacientes oncológicos ostomizados de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. A propósito de este resultado, Tavares e Souza et al. (2016) sostienen que los tipos de ostoma pueden variar, pero en todos los casos se requiere la misma forma atención y orientación adecuada para evitar complicaciones. El personal que lo atiende en este proceso es fundamental para orientar y contribuir con atenciones adecuadas, promoviendo en los usuarios un

cuidado libre de riesgos y orientado a la promoción de su salud. En este sentido, el personal de salud ejerce una función de mediación, debiendo auxiliar al paciente, resolver sus dudas, incluyendo apoyo emocional en el proceso de adaptación y autonomía (Balbino, 2010 citado por Tavares e Souza et al., 2016).

Por último, concerniente a los resultados de la hipótesis específica 10, no se halló asociación entre la Adherencia al Tratamiento y el Cuidado-Aseo. Las investigaciones con respecto al cuidado personal y adherencia han apuntado principalmente en el rol del cuidador y personal sanitario mas no en el grado de autonomía del paciente por cumplir con las indicaciones del médico, constituyéndose como una de las barreras al desajuste emocional y cuadro depresivo que en la mayoría de casos surge en el enfermo como efecto del propio tratamiento oncológico al que se ha expuesto (Cruzado, 2015), La Adherencia al Tratamiento concebida desde un punto de vista conductual y/o emocional pasa por la disposición del paciente a ejecutar una serie de conductas que favorezcan la gestión de los elementos y procesos involucrados en su tratamiento. Cuando un paciente depende de su cuidador, la adherencia pasa a manos de éste, quien asume el cumplimiento del tratamiento. Por tal motivo, el grado de autonomía respecto al cuidado y aseo de los pacientes en pacientes oncológicos ostomizados de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas no necesariamente tendría que presentar asociación con la Adherencia al Tratamiento, tal como lo demuestran los resultados.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- No se halló asociación entre Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y Adherencia al Tratamiento en Pacientes Oncológicos Ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Se hallaron diferencias significativas en los tres factores de las Preferencia de Comunicación Médico-Paciente, observándose mayor prevalencia en los factores de: Diagnostico Asertivo e Información, a comparación del factor Soporte Emocional.
- Se halló que el 27.1% de los pacientes tiene una Adherencia al Tratamiento de nivel alto, el 48.6% nivel moderado y el 24.3% nivel bajo.
- No se halló asociación entre los factores de la variable Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y las variables sociodemográficas: Edad, sexo y tipo de ostoma en pacientes oncológicos ostomizados de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- No se halló asociación entre la variable Adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas: Edad, sexo, tipo de ostoma y Cuidado y Aseo Personal en pacientes oncológicos ostomizados de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Se halló asociación entre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente (Diagnóstico Asertivo, Información y Soporte Emocional) y el Cuidado-Aseo en pacientes oncológicos ostomizados de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

5.2 Recomendaciones

Para futuras investigaciones es significativo se considere trabajar con una muestra más amplia a fin de seguir explorando con respecto a la relación entre ambos constructos.

Sería relevante explorar las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y el Adherencia al Tratamiento en un estudio longitudinal, con el fin de analizar a nivel descriptivo y comparativo acorde con el periodo de enfermedad.

Paredes, M. (2015) cita a Navarro et al. (2010) quien expresa que las prioridades en comunicación de las personas pueden ser modificadas por el curso o evolución de la enfermedad. En tal sentido, sería interesante para las siguientes investigaciones profundizar en las preferencias durante el proceso de enfermedad, además de la percepción de los médicos sobre los pacientes y cómo impacta en la comunicación e interrelación de ambos.

El aporte de esta investigación consiste en dar a conocer algunas pautas a los médicos oncólogos para la adquisición y desarrollo de habilidades que les sirvan como herramientas para aumentar la eficacia de sus abordajes basados en protocolos de información al momento de comunicar el curso de la enfermedad oncológica en sus diferentes etapas, disminuyendo así, la insatisfacción y recelo que han evidenciado algunos participantes del estudio.

Se sugiere informar a los médicos oncólogos sobre las Preferencias de Comunicación Médico-Paciente de cada paciente, de tal manera que los médicos puedan incorporar estas recomendaciones en sus interacciones en cada modalidad de atención. Esta estrategia cubriría una necesidad básica en estos, la comunicación.

Es necesario que los diversos departamentos de INEN y en especial el Servicio de Salud Mental tome las acciones necesarias con relación a la elevada cifra de poca Adherencia al Tratamiento que se encontró en el estudio (1 de cada 4 pacientes). Dichas acciones pueden tomar forma de acompañamiento socioemocional y psicoeducativo que desarrolle compromisos y conductas de cumplimiento con el tratamiento y/o medicación; asimismo, valorar el momento oportuno y más significativo para dotar o desarrollar hábitos de Salud.

Si bien se halló que la variable cuidado-aseo personal está asociada a comunicación médico-paciente, este hallazgo es insuficiente para conocer la complejidad y multifactorialidad que está detrás tanto de la Adherencia al Tratamiento como de la comunicación médico-paciente. En ese sentido, se sugiere a futuras investigaciones que sigan explorando estas mismas variables potencialmente asociadas (edad, sexo, tipo de ostoma y cuidado-aseo personal) a fin de acumular evidencia concluyente al respecto.

Asimismo, se hace un llamado al personal de salud del INEN a realizar investigaciones con otras variables que observen en el día a día en los pacientes oncológicos y que podrían tener mayor impacto que las estudiadas.



REFERENCIAS

- Alvarado, S., Ochoa, F., Guerra, H., Yared, H., Mulier, A., Galindo, O. y Zapata, M. (2011) Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo). *Revista La Gaceta Mexicana de Oncología (GAMO) 10(3)*, 133-142.
- American Cancer Society (2016) *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- American Cancer Society (2016) *Tratamientos*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento.html>
- American Cancer Society (2016) *¿Cómo la quimioterapia es usada para tratar el cáncer?* Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/quimioterapia/como-la-quimioterapia-es-usada-para-tratar-el-cancer.html>
- American Cancer Society (2016) *Conceptos básicos de la Radioterapia*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/radioterapia/conceptos-basicos.html>
- American Cancer Society (2016) *¿Cómo se usa la cirugía contra el cáncer?* Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/como-se-usa-la-cirugia-contra-el-cancer.html>
- American Cancer Society (2016) *Tipos de colostomas y sistemas de bolsas recolectoras*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia/tipos-de-colostomias.html>
- American Cancer Society (2019) *Tipos de colostomas y sistemas de bolsas recolectoras*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia/tipos-de-colostomias.html>

secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia/que-es-una-colostomia.html

American Society of Clinical Oncology [ASCO] (2017) *Inmunoterapia*. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atención-del-cáncer/cómo-se-trata-el-cáncer/qué-es-la-inmunoterapia>

Arboleda, A. (2013). La adherencia terapéutica como factor decisivo en los resultados del paciente oncológico. Recuperado de <http://www.pmfarma.es/articulos/1464-la-adherencia-terapeutica-como-factor-decisivo-en-los-resultados-del-paciente-oncologico%20.html>

Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., y Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>

Bravo, G., Jurado, M., y Tejera, J. (2019). La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(Supl. 1), e401. Epub 01 de diciembre de 2019. Recuperado en 13 de noviembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572019000500014&lng=es&tylng=es.

Brown, V., Parker, P., Furber, L., y Thomas, A. (2011). Patient preferences for the delivery of bad news - the experience of a UK Cancer Centre. *European journal of cancer care*, 20(1), 56–61. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01156.x>

Cabrera, Y., López, E., López, E., y Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127. Recuperado en 11 de marzo de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200007&lng=es&tylng=es.

Castañeda, A. (2015). Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Rev Cuid*, 6(1), 906-13. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.146>

Castro, A., García, F., Cruz, E., Soto, J., Álvarez, J., Pastor, A., Trill, M., García, M., y Siso, J. (2009). *La adherencia al tratamiento:*

- cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida* En J. Barrero (Presidencia), III Foro de diálogos Pfizer-Pacientes, Madrid, España.
- Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas [CMD] (2013) Recuperado de https://www.cmed.es/actualidad/ostomia-causas-dieta-y-cuidados_186.html
- Cruzado, J. (2013) Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer. Madrid: España.
- Chiu, L., Lee, W., Gao, F., Parker, P., Ng, G., y Toh, C. (2006). Cancer patients' preferences for communication of unfavourable news: an Asian perspective. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 14(8), 818–824. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0911-7>
- Davison, B., Parker, P. y Goldenberg, S. (2004). Patients' preferences for communicating a prostate cancer diagnosis and participating in medical decision-making. *International*, 93, 47– 51.
- De la Garza, J. y Juárez, P. (2014) *El Cáncer*, Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Eng, T., Yaakup, H., Shah, S., Jaffar, A., y Omar, K. (2012). Preferencias de los pacientes con cáncer de Malasia en la comunicación de malas noticias. *Revista del Pacífico Asiático de Prevención del Cáncer: APJCP*, 13(6), 2749–2752. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.6.2749>
- Ernst, J., Friedrich, M., Lehmann, C., Vehling, S., Oechsle, K., Koch, U., y Mehnert, A. (2016). Die Mitteilung schlechter Nachrichten durch den Arzt: Die deutsche Version des MPP- (Medida de las preferencias de los pacientes) Fragebogens zu den kommunikativen Präferenzen von Krebspatienten. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Alemania))*, 78(8-09), 520–525. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396849>
- Espinoza, N., Zapata, C., y Mejía, L. (2017). Conspiracy of silence: a barrier in the physician, patient and family communication. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(2), 125-136. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v80i2.3105>

- Fariño, A. (2016). *Tesis*. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/22694>
- Fujimori, M., Parker, P., Akechi, T., Sakano, Y., Baile, W. y Uchitomi, Y. (2007). Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psycho-Oncology*, 16, 617–625.
- Fujimori, M. y Uchitomi, Y. (2009). Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review. *Jpn J Clin Oncol*; 39(4), 201–216.
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., y Baile, W. F. (2017). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(31), 3618–3632. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.2311>
- Gil, M. (2015) *Counselling y psicoterapia en cáncer*. Barcelona, España.: Elsevier.
- Gómez, A. (2006) *El paciente Ostomizado*. Farmacia Profesional: Elsevier, 20(8), 50 - 55. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-el-paciente-ostomizado-13092624>
- Gómez, N., Mesa, N., Caraballo, C., Fariña, A., Huertas, M. y Gutiérrez, Y. (2013) *Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente Ostomizado*. ENE Revista de Enfermería, 7(3). Recuperado de http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279/pdf_18
- Guardia de Viggiano, N. (2009) *Lenguaje y comunicación*. Colección Pedagógica Formación Inicial de Docentes Centroamericanos de Educación Básica; Vol. 25, 2^{da}. ed. San José, Costa Rica.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2019) *Metodología de la investigación*. México DF.: McGraw-Hill / Interamericana Editores S.A.
- Ibarra, O. y Morillo, R. (2017) *lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. España: Barcelona.: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).
- Instituto Nacional de Cáncer [NIH] (s.f) Neoplasia maligna. *En Diccionario de cáncer*. Recuperado de

- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/neoplasia-maligna>
- Instituto Nacional de Cáncer [NIH] (s.f) Displasia. *En Diccionario de cáncer.* Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/displasia>
- Instituto Nacional de Cáncer [NIH] (s.f) Enfermedad crónica. *En Diccionario de cáncer.* Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/enfermedad-cronica>
- Instituto Nacional de Cáncer [NIH] (2017) ¿Qué es la colostomía? *United Ostomy Association.* Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia/que-es-una-colostomia.html>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN] (s.f.) *Manual para las personas colostomizados.* Recuperado de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/al-paciente/050609_0957_manual_para_personas_colostomizadas.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN] (2016) *Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012.* Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3774.pdf>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN] (2019) *Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2009 – 2018.* Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEN. Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO 2017. Lima: INEI.
- Kübler-Ross, E. (1969) *Sobre la muerte y los moribundos.* Barcelona, España: Grijalbo.
- Layme, E. (2017) Consecuencias psicológicas asociadas a los cambios de apariencia física en pacientes con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio, servicio de oncología, Hospital III Goyeneche Arequipa – 2017. Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería de la

- Universidad Nacional del Altiplano. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6255>
- Legón, M.; Vega, N. y Brito, L. (2010). El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias Médicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(3), 433-440.
- Liga de lucha contra el cáncer (2019) *Análisis de la situación actual del cáncer en el Perú*. Recuperado de https://ligacancer.org.pe/wp-content/uploads/2020/02/LCCInformeAn%C3%A1lisisdeSituaci%C3%B3ndelC%C3%A1ncerEnElPeru2019_DMCC-1.pdf
- López, S. A., y Chávez, R. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1) Recuperado en 10 de agosto de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006&lng=es&lng=pt.
- Luna, Y. (2019). Cómo decir malas noticias sin faltar al compromiso con la humanidad del paciente. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(1), 123-127. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.3921>
- Malca Scharf, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética*, 9 (2), 64-67.
- Martínez, B. y García, M. (2018) Estomas en pediatría. *Avances en Técnicas en Cuidados Intensivos Pediátricos I* (5). Recuperado de <https://www.npunto.es/revista-pdf/npunto-volumen-i-numero-5-julio-2018-avances-en-tecnicas-en-cuidados-intensivos-pediatricos>
- Martínez, J., Llovet, L., y Ariza, T. (2018). Enfermería y educación: Adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *European Journal of Health Research*, 4(1), 31-42. doi:10.30552/ejhr. v4i1.88
- Mauri, E., Vegni, E., Lozza, E., Parker, P. y Moja, E. (2009). An exploratory study on the Italian patient's preferences regarding how they would like to be told about their cancer. *Supportive Care in Cancer*, 17(12), 1523-1528.
- Merseburger, A., Kramer, M., Scheithe, K., y Colling, C. (2016). [Communication preferences of patients with prostate cancer: Preferences regarding the communication of bad news of patients with

- prostate cancer in Germany-results of an anonymous patient survey]. *Der Urologe. Ausg. A*, 55 10, 1339-1346.
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA] (2017) *Programa Presupuestal 0024 "Prevención y Control de Cáncer"*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2018/pp/anexo/6/ANEXO2.pdf>
- Ministerio de salud (2018). Análisis de las causas de mortalidad en el Perú 1986- 2015. Lima: MINSA.
- Ministerio de salud (2019). Análisis de Situación de Salud del Perú 2018. Lima: MINSA.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista médica de Chile*, 138(8), 1047-1054. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800016>
- Olivera-Fernández, R., Fernández-Ribeiro, F., Piñeiro-Corrales, G., y Crespo-Díaz, C. (2014). Adherencia a tratamientos antineoplásicos orales. *Farmacia Hospitalaria*, 38(6), 475-481. <https://dx.doi.org/10.7399/FH.2014.38.6.8061>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004) *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Washington D.C, EEUU: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) *Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2021) *Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20la%20principal,1%2C69%20millones%20de%20defunciones>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2018). *Cáncer*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=292yltemid=3904ylang=es
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020). *Perfiles de país sobre cáncer, 2020*. Recuperado de

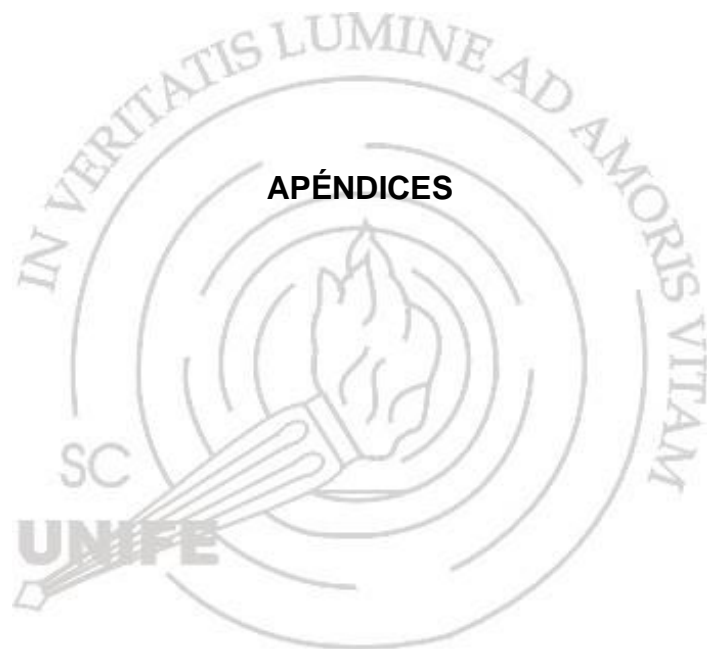
- https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15716:country-cancer-profiles-2020&Itemid=72576&lang=es
- Palacios, X. y Vargas, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 8 (2), 423-440.
- Palomino, G. (2014) *Conocimiento del paciente ostomizado sobre el proceso de recuperación post operatorio en la clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN-2012*. Tesis para optar por el título de Especialista de Enfermería Oncológica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4329/1/Palomino_Grados_Gladys_Fortunata_2014.pdf
- Paredes, M. (2015) Adaptación de cuestionario Preferencias de Comunicación Médico-Paciente en pacientes oncológicos. Tesis para optar por el título de licenciada de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6255>
- Parker, P., Baile, W., Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A. y Cohen, L. (2001). Breaking Bad News about Cancer: Patients' Preferences for Communication, *J Clin Oncol*; 19, 2049-2056.
- Pérez, J. (2015). Adherencia al tratamiento farmacológico. *Medicina respiratoria*, 8(1), 47-52.
- Perú cerrará el 2019 con 66 mil nuevos casos de cáncer. (28 de junio del 2019). Recuperado de <https://andina.pe/agencia/noticia-peru-cerrara-2019-66-mil-nuevos-casos-cancer-756807.aspx>
- Pfizer (2019). *Artículo 8: Qué es la adherencia al tratamiento*. Recuperado de <https://www.pfizerpro.es/que-es-la-adherencia-al-tratamiento>
- Puente, J. y Velasco, G. (2019) *Que es el cáncer y cómo se desarrolla*. Sociedad Española de Medicina Oncológica. Recuperado de <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>.
- Raymundo, O. y Ayala, I. (2011). Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. *Revista de*

- Psicología Cesar Vallejo*, 13 (1). Recuperado de http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/309/198
- Raymundo, O. (2012). *Tratamiento en pacientes con cáncer: impacto y adherencia*. Tesis para optar por el título de magister en Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3522>
- Real Academia Española. [RAE] (2014). Comunicación. *En Diccionario de la lengua española* (23.a ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=A58xn3c>
- 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 de Honduras*, 84(3), 125-132
- Richter, D., Ernst, J., Lehmann, C., Koch, U., Mehnert, A., y Friedrich, M. (2015). Communication Preferences in Young, Middle-Aged, and Elderly Cancer Patients. *Oncology research and treatment*, 38(11), 590–595. <https://doi.org/10.1159/000441312>
- Rivera, C. (2016) *Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino*. Tesis para optar por el título de licenciada de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7474>
- Rojas, G., Fuentes, C. y Verónica, R. (2017). *Psicooncología en el Hospital General. alcances en depresión y cáncer*. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 28. 450-459. 10.1016/j.rmclc.2017.05.017.
- Ruiz, R., Caballero, F., García de Leonardo, C., Monge, D., Cañas, F. y Castaño, P. (2017). *Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria*, 18(4), 289-297. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317300736?via%3Dihub>
- Salinas, E., y Nava, G. (2012) Adherencia terapéutica. *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía*, 11(2), 102-104. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>

- Sánchez, N., Sirgo, A., León, C., Hollenstein, M., Lacorte-Pi, T., López, C. y Salamero, M. (2005). Preferencias de comunicación y apoyo de pacientes oncológicos españoles. Adaptación del "Measure of patient's preferences". *Psico-Oncología*, 2(1), 81-90.
- Sánchez, N., Sirgo, A., León, C., Hollenstein, M., Lacorte-Pi, T., López, C. y Salamero, M. (2009). Are the patient preferences for communication related with personality variables? A multicentric study in a Spanish cancer sample. *Psico-Oncología*, 6(1), 43-52.
- Serra, M., Serra, M., y Viera, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*, 8(2), 140-148.
- Silva, N., Santos, M., Rosado, S., Galvão, C., y Sonobe, H. (2017). Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 25, e2950. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2231.2950>
- Souza, M., Moraes, A., Balbino, C., Silvino, Z., Tavares, C. y Passos, J. (2016). Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe4), 49-56. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0141>
- Uceda, J., Romero, L., & Riera, T. (2018). Enfermería y educación: Adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *European Journal Of Health Research*, 4(1), 31-42. doi:10.30552/ejhr.v4i1.88
- Valdés, L. (2016). *Las teorías de los actos de habla, Una sinopsis. Tesis para optar por el título de magister en Lengua Española y Lingüística de la Universidad de Oviedo*. Recuperado de http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/42654/6/TFM_Yin%20Xin.pdf
- Valencia, C., López, L., Gómez, L., Orrego, D., y Restrepo, L. (2019). Calidad de vida en personas portadoras de una ostomía digestiva. *Rev.cienc. cuidad*, 116-126
- Valencia, P., Pérez, M., y Serrano, C. (2014) *Patología*, España, Barcelona: McGraw-Hill Interamericana.
- Villajuan, E. (2006). *Calidad de vida del paciente Ostomizado que asiste a la Consulta de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades*

Neoplásicas. Tesis para optar por el título de licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1304/Villajuan_re.pdf?sequence=1&isAllowed=y





APÉNDICES

APÉNDICE A

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	N°
Lugar y Fecha:	
Por medio del presente acepto participar en la investigación titulada: Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y Adherencia al Tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados.	
El objetivo del estudio es: Conocer la relación entre Preferencias de Comunicación Médico-Paciente y su Adherencia al Tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.	
<p>Usted está siendo invitado(a) a participar en de esta investigación este estudio que es realizado por la estudiante de psicología Katherine Acosta Casas, quien procede de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón y forma parte de una investigación que busca obtener aproximaciones psicológicas a temas de salud.</p> <p>Los derechos con los que usted cuenta incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anonimato: todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos. por tanto, no habrá manera de identificar individualmente a os participantes de esta investigación.• Integridad: ninguna de las pruebas que sean aplicadas le traerán algún tipo de daño o perjuicio.• Participación voluntaria: tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.	
<hr/> Firma del participante	
<hr/> Nombre del investigador responsable	<hr/> Firma

APENDICE B

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

INFORMACIÓN PERSONAL

Edad : _____

Sexo : Masculino Femenino

Estado Civil : Soltero(a) Conviviente Casado(a)
 Viudo(a) Divorciado(a) / Separado(a)

Lugar de Nacimiento : _____

Lugar de Residencia : _____ Tiempo

Personas con quienes vive : _____

Número de hijos : _____

Tipo de Familia : Nuclear Extensa Mono Parental Reconstituida Otros
 Cuidador (s) Primario(s) Atención Autónoma

Grado de Instrucción : Primaria Técnica
 Secundaria Superior

Ocupación: ¿Labora Actualmente? Si No

Religión : _____

INFORMACION MÉDICA

Diagnóstico Oncológico : _____ Tiempo _____

Antecedentes oncológicos familiares : _____

Cuenta con otra enfermedad médica : _____ ¿Cual? _____

Estadio de la Enfermedad : _____

Tipo de atención : Ambulatoria Hospitalización Frecuencia de atenciones N°

Tratamientos recibidos : Quimioterapia Cirugía Radioterapia otros

Frecuencia del tratamiento : _____

Tiempo de Ostoma : _____ Transitoria Permanente Tipo Traqueostomía
 Laringostomía
 Enterostomía
 Urostomía
 Nefrostomía

Cuidado y Aseo : Autónomo Cuidador ¿Quién? _____

Dificultades que ha presentado relacionadas al ostoma : Dieta Higiene Intimidad Imagen corporal Funcionalidad Otros

Frecuencia de atención ambulatoria : _____ Quien presta el servicio es: Mismo médico Distinto

Asiste a los talleres del Servicio de Salud Mental : Si No Frecuencia _____

APENDICE C

ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CÁNCER

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

– **NUNCA** **-CASI NUNCA** **-CASI SIEMPRE** **-SIEMPRE**

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

		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1	Asisto a consultas de seguimiento programadas en el consultorio y/o hospital.				
2	Cumplo las indicaciones relacionadas con la dieta.				
3	Si no recuerdo la fecha de mi cita, llamo o me acerco al hospital para recordar la fecha exacta.				
4	Acudo en la fecha establecida a las terapias como: quimioterapia, radioterapia sin necesidad que mi familia y amigos me recuerden la fecha.				
5	Tomo las dosis indicadas.				
6	Adecúo las actividades de mi vida diaria según los horarios de mi medicación.				
7	Asisto a las terapias prescritas ya sea quimioterapias, radioterapias.				
8	Tomo los medicamentos en el horario establecido.				
9	Recuerdo la fecha de mi próxima cita de seguimiento en el hospital y/o consultorio.				
10	Realizo los ejercicios físicos indicados.				
11	Cumplo el tratamiento sin supervisión de mi familia o amigos.				

12	No fumo desde que inicié mi tratamiento.				
13	A pesar de que el médico me restringió algunas actividades, continúo realizándolas como si estuviera sano.				
14	No tomo bebidas alcohólicas desde que inicié mi tratamiento.				
15	Me resulta fácil cumplir con el tratamiento.				
16	Mi médico tratante y yo, decidimos de manera conjunta, el tratamiento a seguir.				
17	Cada cita le informo a mi médico tratante los efectos (buenos o malos) que me produjeron los tratamientos administrados.				
18	Considero que es importante realizarme las pruebas y análisis que el médico solicite.				
19	Utilizo recordatorios (agenda, mensajes al celular, marcas en el calendario, etc.) que faciliten la realización del tratamiento.				
20	Mi médico tratante y yo dialogamos sobre los beneficios y aspectos negativos del tratamiento.				
21	Le manifiesto abiertamente al médico mi conformidad o disconformidad con el tratamiento.				
22	Ejecuto voluntariamente todas las pruebas y análisis que el médico me solicita.				
23	Llamo a mi médico tratante cada vez que me siento mal.				

APÉNDICE D

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN MÉDICO- PACIENTE

Nos gustaría conocer en qué medida son importantes para usted los aspectos que a continuación se describen respecto a la comunicación con su médico. Marque con un aspa (X) una de las opciones que se le presentan a continuación. Recuerde responder con sinceridad.

1 = No es importante en absoluto.

2= Es opcional, el médico puede hacerlo o no.

3= Es importante

4= Es muy importante

5= Es esencial, el médico debería hacerlo siempre.

		1	2	3	4	5
1	Ser informado en persona y no por teléfono.					
2	Ser informado en un lugar tranquilo					
3	Que prevea el tiempo para no ser interrumpido durante la conversación.					
4	Que mi médico me preste toda su atención					
5	Que el médico me mire a los ojos durante toda la entrevista.					
6	Que el médico me sujete de la mano o el brazo mientras me da la noticia.					
7	Que el médico me dé la noticia lo antes posible.					
8	Que espere a tener todos los resultados antes de informarme.					
9	Que el médico me de la información directamente y sin rodeos.					
10	Que me advierta que habrán noticias desfavorables.					
11	Que el médico me brinde la información usando un lenguaje simple y claro.					
12	Que el médico me pregunte cuánto deseo saber sobre mis opciones de tratamiento.					

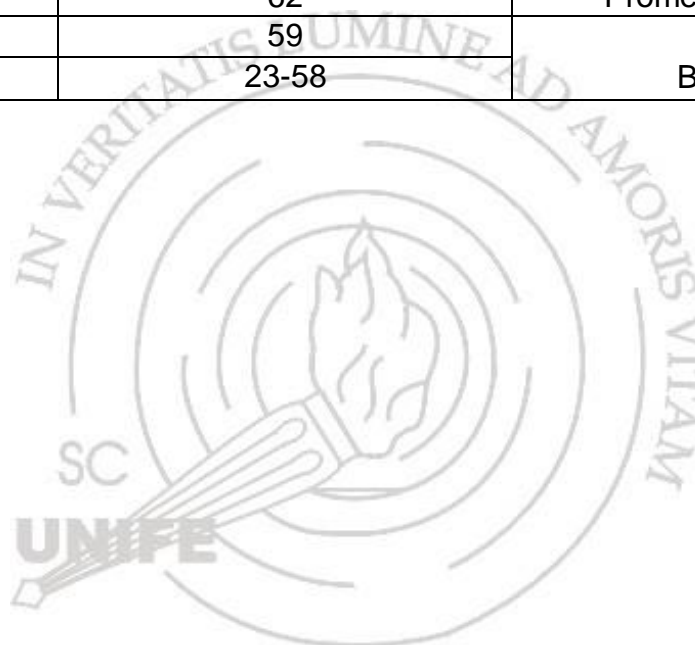
13	Que el médico me pregunte cuánto deseo saber sobre mi cáncer.					
14	Ser informado detalladamente sobre los resultados de las pruebas médicas.					
15	Que el médico me diga la mejor opción de tratamiento.					
16	Que el médico me describa con detalle todas las opciones de tratamiento					
17	Que el médico me permita conocer las diferentes opciones de tratamiento.					
18	Ser informado de los nuevos tratamientos experimentales.					
19	Ser informado sobre mi pronóstico.					
20	Que el médico me dé mucha información sobre mi cáncer.					
21	Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación.					
22	Que el médico me diga cómo el cáncer puede afectar mi funcionamiento diario.					
23	Sentirme seguro sobre las capacidades y habilidades de mi médico.					
24	Que mi médico esté al día de las investigaciones sobre mi tipo de cáncer.					
25	Que se tome el tiempo para responder a todas mis preguntas exhaustivamente.					
26	Que se detenga a preguntar si tengo preguntas sobre lo que me está diciendo.					
27	Tiempo para hacer todas las preguntas sobre mi cáncer y tratamiento					
28	Que el médico me informe sobre la asistencia social disponible.					
29	Que el médico me informe sobre los recursos disponibles en la comunidad.					
30	Que coordine otra cita en un día o dos para discutir los planes de tratamiento.					

31	Que me diga como contactarlo para discutir preguntas					
32	Que mi médico haga cosas que demuestren su preocupación por mí.					
33	Que el médico me haga sentir cómodo para hacerle cualquier pregunta.					
34	Que me reconforte si me emociono.					
35	Que me aliente a hablar de mis sentimientos con respecto a esta noticia.					
36	Que mi médico realmente me escuche.					
37	Que el médico me haga sentir que está bien mostrar mis reacciones emocionales.					
38	Que me haga sentir cómodo para mostrar mis emociones ante la noticia.					
39	Que haya otro profesional de la salud presente para ofrecerme apoyo.					
40	Que el médico informe a mi familia sobre mi diagnóstico.					
41	Que el médico informe a mi familia sobre mi pronóstico.					
42	Que le médico me oriente a cómo hablar con mi familia y amigos sobre mi cáncer.					

APÉNDICE E

BAREMOS DE LA ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CÁNCER

Percentiles	Puntajes totales directos	Categoría diagnóstica
99	88-92	Alto
90	83	
80	80	
70	74-77	Promedio Alto
60	70	Promedio
50	67	
40	65	
30	64	Promedio Bajo
20	62	
10	59	
1	23-58	Bajo



APÉNDICE F

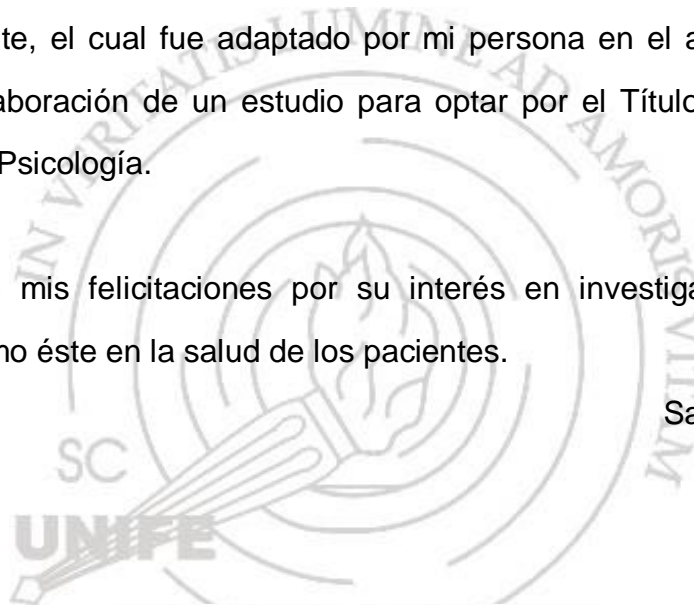
PERMISO PARA EMPLEAR EL CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE ADAPTADO A PERÚ

Lima, 24 de mayo del 2018

Por medio de la presente, autorizo a Katherine Acosta Casas con DNI 46879774 para poder emplear el Cuestionario de Preferencias de Comunicación Médico-Paciente, el cual fue adaptado por mi persona en el año 2015, como parte de la elaboración de un estudio para optar por el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Expreso mis felicitaciones por su interés en investigar un tema tan importante como éste en la salud de los pacientes.

Saludos cordiales,



Margorie Paredes Mantilla

DNI 46398318

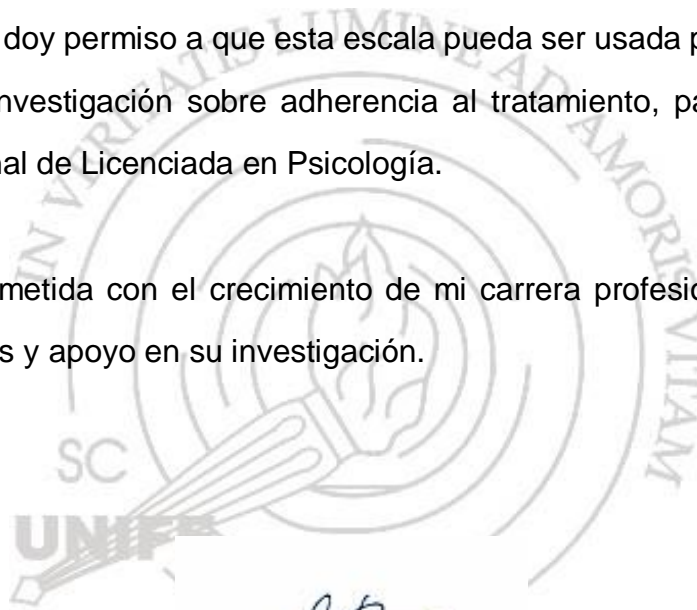
APÉNDICE G

PERMISO PARA EMPLEAR LA ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CANCER EATC

AUTORIZACIÓN

Yo, Ornella Raymundo Villalva, identificada con DNI 43880118, autorizo a la Srta. Katherine Acosta Casas, identificada con DNI 46879774, usar la Escala de Adherencia al Tratamiento en Cáncer EATC, la misma que diseñé en el año 2011. Por ello, doy permiso a que esta escala pueda ser usada para los fines de elaborar una investigación sobre adherencia al tratamiento, para optar por el título Profesional de Licenciada en Psicología.

Comprometida con el crecimiento de mi carrera profesional, le doy mis mejores deseos y apoyo en su investigación.



ORNELLA RAYMUNDO VILLALVA

DNI: 43880118