



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**RELACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN, AFRONTAMIENTO Y
ADHERENCIA A LA QUIMIOTERAPIA ORAL EN PACIENTES
CON CÁNCER DE MAMA: UN ESTUDIO PILOTO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MAYRA SELENE PÉREZ RAMÍREZ

**DIRECTOR DE TESIS: MTRA. MARIA DE LOURDES DIANA MORENO
RODRÍGUEZ**

**REVISORES: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
LIC. BEATRÍZ FRÍAS ARROYO**



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MÉXICO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Mtra. Diana Moreno por su apoyo y paciencia en el asesoramiento de este trabajo y quien ha sido para mí un ejemplo profesional desde los inicios de la carrera.

Al Mtro. Reynoso Erazo, por quien siento una enorme admiración por su profesionalismo y gran sencillez.

A la Lic. Beatriz Frías, por su colaboración en la revisión de este trabajo en tan poco tiempo.

A la Psic. Teresa Mendoza por su apoyo en el muestreo y aplicación de los cuestionarios, por su amistad y porque siempre me brinda de su valiosa experiencia y ayuda para que continúe con mi proyecto de convertirme cada vez en mejor profesionista.

Al Dr. Castelazos y el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico “La Raza” del IMSS por brindarme la oportunidad de poder realizar mi investigación en esta importante institución de salud.

A la Dra. Esperanza Torrico Linares de la Universidad de Sevilla en España por proporcionarme la versión en español de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer.

A las pacientes que participaron en el presente estudio, esperando que este sea un granito de arena en el camino para mejorar las condiciones de las personas con el mismo padecimiento en un futuro.

DEDICATORIAS

A mi familia que siempre me ha brindado su apoyo en todos los proyectos que emprendo y me impulsa a continuar en el camino que he elegido, respetando mis decisiones y fortaleciéndome en los momentos difíciles. Gracias a ti mamá, Fer, Cinthia, tía Carmen y Beto, he terminado esta importante meta en mi vida y sé que siempre contaré con ustedes.

A los amigos que siempre están conmigo en la prosperidad y en la adversidad, y que me impulsaron a retomar mi camino profesional y mi proyecto de vida como yo lo he decidido vivir.

A mi terapeuta Guadalupe Julián, que gracias a ti he podido comprender y deconstruir mi existencia. Me has abierto los ojos y me has ayudado a reforzar mis creencias y decisiones y a sentirme libre nuevamente.

Por todas las mujeres que me han inspirado con su fortaleza, empuje y decisión...

...Mi madre

...Diana Moreno

...Teresa Mendoza

...Laura Lima

...Guadalupe Julián

...Juana Olvera

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. ADHERENCIA.....	9
1.1. Definición.....	11
1.2. Modelos teóricos.....	13
1.2.1. Modelo biomédico.....	13
1.2.2. Modelo conductual.....	13
1.2.3. Modelos cognitivos.....	14
1.3. Evaluación de la adherencia.....	25
1.3.1. Métodos directos.....	26
1.3.2. Métodos indirectos.....	28
1.4. Factores asociados a la adherencia	31
CAPÍTULO 2. CÁNCER.....	37
2.1. ¿Qué es el cáncer?	39
2.2. Factores de riesgo	46
2.2.1. Factores exógenos.....	46
2.2.2. Factores endógenos.....	49
2.2.3. Factores psicosociales.....	51
2.3. Tratamiento.....	52
2.4. Cáncer de mama.....	52
2.4.1. Factores de riesgo para el cáncer de mama.....	53

2.4.2. Detección y diagnóstico.....	57
2.4.3. Estadificación.....	58
2.4.4. Tratamiento para el cáncer de mama.....	60
2.5. Reacción psicoemocional ante el cáncer	65
CAPÍTULO 3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON CÁNCER.....	74
3.1. Estimaciones de la adherencia terapéutica en oncología.....	76
3.2. Repercusiones de la falta de adherencia en pacientes con cáncer.....	77
3.3. Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos.....	80
3.4. Adherencia a la quimioterapia oral autoadministrada.....	85
3.4.1. Adherencia a la quimioterapia oral autoadministrada en pacientes con cáncer de mama.....	87
3.4.2. Factores asociados a la adherencia terapéutica a agentes antineoplásicos orales autoadministrados.....	90
METODOLOGÍA.....	96
RESULTADOS.....	108
DISCUSIÓN.....	134
REFERENCIAS.....	149
ANEXOS	

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre la ansiedad, la depresión, los tipos de afrontamiento y la adherencia terapéutica a la quimioterapia oral autoadministrada en pacientes con cáncer de mama. Para ello se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico a 40 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que sabían leer, que se encontraban recibiendo tratamiento oral antineoplásico de manera autoadministrada y que acudían a consulta al Servicio de Oncología del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS. Se evaluaron las variables mencionadas y se realizó una evaluación de seguimiento vía telefónica de la adherencia después de un mes (N= 19) y dos meses (N= 11). Aunque la mayor parte de la muestra presentó depresión y ansiedad, muy pocas tenían niveles elevados. Las estrategias de afrontamiento más usadas fueron el Espíritu de Lucha y la Negación. Se encontró un nivel medio de adherencia. Los resultados del análisis de correlación muestran relaciones positivas medias entre las variables de ansiedad (Rasgo-Estado), la depresión y la adherencia en el ADQ, siendo ligeramente mayor para A-Rasgo. Todos los elementos del ADQ tuvieron correlación con el puntaje general de Adherencia y las Intenciones para adherirse se situaron en un nivel bajo. El tipo de afrontamiento que se relacionó significativamente de manera positiva con la adherencia fue la *Preocupación Ansiosa*. La mayoría de las participantes resultaron con algunos problemas de adherencia en el seguimiento 1 y 2 debido a que no pudieron conseguir más medicamento a tiempo o por olvidar alguna dosis, por los efectos del medicamento o dificultad para recordar la dosis. Se plantean algunas explicaciones sobre los hallazgos de la investigación y factores que se consideran de relevancia para futuras investigaciones así como la importancia de continuar con la investigación sobre factores psicológicos que pueden influir en la adherencia a la quimioterapia oral autoadministrada que en los próximos años incrementará su uso.

Palabras clave: cáncer de mama, quimioterapia oral autoadministrada, ansiedad, depresión, tipos de afrontamiento, adherencia terapéutica

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las principales causas de mortalidad en nuestra sociedad, habiendo provocado el 13% de todas las muertes en el año 2005. Se calcula que en ese año murieron de cáncer 7,6 millones de personas de los 58 millones de muertes que se registraron a nivel mundial; y en los próximos 10 años morirán otros 84 millones si no se toma ninguna medida (Organización Mundial de la Salud [O.M.S.], 2006a). Algunos autores (Barraclough, 1999; Goyns, 1999) consideran que una de cada tres personas en el mundo occidental desarrollará cáncer durante su vida y cerca de una de cada cuatro morirá de cáncer.

Los tipos de cáncer que más contribuyeron en el 2005 a la mortalidad mundial general son los cánceres de pulmón (1,3 millones de muertes anuales); estómago (casi 1 millón de muertes anuales); hígado (662 000 muertes anuales); colon (655 000 muertes anuales), y mama (502 000 muertes anuales), y se prevé que el número mundial de muertes por cáncer siga aumentando en todo el mundo y alcance los 9 millones en 2015 y los 11,4 millones en 2030 (O.M.S., 2006b).

En México, el cáncer se encuentra entre las principales causas de mortalidad en adultos de acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud ([SINAIS]2005a), siendo los tumores malignos de tráquea, bronquios, pulmón, estómago, hígado, próstata y del cuello del útero los principales causantes de defunción general (mortalidad) en el año 2005 y las neoplasias que se presentan con mayor frecuencia (morbilidad) son la leucemia, el tumor de mama y de cuello del útero (SINAIS, 2005b). El cáncer de mama es una de las enfermedades malignas más

frecuentes en las mujeres y algunos datos indican que es la principal causa de mortalidad en mujeres alrededor del mundo (National Cancer Institute [NCI], 2006; O.M.S. 2006b). En nuestro país el cáncer de mama ocupa el noveno lugar entre las diez principales causas de mortalidad en la población femenina (SINAIS, 2007).

Estas cifras son alarmantes ya que en la actualidad la medicina cuenta con diversas estrategias de diagnóstico y tratamiento que permiten controlar y eliminar esta enfermedad en sus fases tempranas, aún existe una alta mortalidad entre la población de nuestro país a causa del cáncer de mama.

El tratamiento médico oncológico contra el cáncer es amplio, pero son tres los tipos que se emplean con mayor frecuencia: cirugía, radioterapia y quimioterapia (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). El tipo de acción terapéutica indicada para un paciente dependerá del estadio, localización y características de cada paciente como puede ser el tener otro padecimiento, edad u otros. Además, existen diversos fármacos antineoplásicos que en la actualidad son administrados por vía oral y que se emplean con frecuencia como un auxiliar en la terapia preventiva para el tratamiento de enfermedades precancerosas y en la terapia adyuvante para reducir los tumores o evitar la recurrencia de la enfermedad (Escalada y Griffiths, 2006). Para obtener los máximos beneficios de cualquier tratamiento, es esencial que el paciente se adhiera correctamente a las prescripciones médicas.

La adherencia terapéutica es definida como el grado en que una conducta (en términos de tomar o aplicar medicamentos, seguir dietas, ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de salud (Meichenbaum y Turk, 1991).

La adherencia a los tratamientos se ha convertido en un tema de especial interés pues se ha visto que la falta de adherencia a los regímenes de tratamiento es un problema muy común en pacientes con enfermedades crónicas, ya que

obstaculiza considerablemente los esfuerzos del sector salud en la lucha contra estos padecimientos, pues determina en gran medida los resultados médicos que se obtengan con el tratamiento y puede llevar a un fracaso terapéutico (DiMatteo, Giordani, Lepper & Croghan, 2002; Saltini, 1997; Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo, & Kravitz, 1992), conduce a exámenes médicos y procedimientos innecesarios, cambios inadecuados en la medicación y el deterioro de la calidad de vida del paciente. Además también puede traer de nuevo a otros a los consultorios por el agravamiento, o la reincidencia de la enfermedad, y puede llevar a la muerte a pacientes que pudieron haberse salvado, (Amigo, et al., 1998; DiMatteo, 1994; Partridge, Avorn, Wang & Winer, 2002).

Dentro de la psicología, la adherencia terapéutica ha sido explicada a partir de diversos modelos teóricos que tienen la finalidad de mostrar la relación de algunas variables con ésta o predecir la probabilidad de que las personas se adhieran o no a un tratamiento. Estos modelos incluyen, el biomédico, el conductual y las teorías cognoscitivas como la teoría de la autoeficacia, la teoría de la acción razonada y el modelo de creencias de salud de Becker (Brannon & Feist, 2001) por citar algunos.

La adherencia terapéutica ha sido ampliamente estudiada en pacientes con diversas enfermedades crónicas (O.M.S., 2003a; O.M.S., 2003b y DiMatteo & Cols., 1993) observándose que personas con padecimientos como VIH, artritis, desórdenes gastrointestinales y cáncer se adhieren más que personas con enfermedades pulmonares, diabetes y desórdenes del sueño. Además, Amigo, et al. (1998) señalan que en general los niveles más altos de adherencia se observan en los tratamientos que requieren medicación directamente supervisada (por ejemplo, la quimioterapia) y menor en los trastornos que aunque crónicos pueden permanecer asintomáticos o con muy pocos síntomas como la hipertensión arterial.

En el caso del cáncer, la adherencia terapéutica ha tomado mucho interés por parte de los profesionales de salud pues de ello depende en gran medida la supervivencia del paciente y la recurrencia de la enfermedad. El no seguir con el tratamiento en población oncológica, puede poner en peligro la vida de los pacientes ya que el terminar el tratamiento de quimioterapia o radioterapia prematuramente puede hacer que los pacientes reciban una dosis menor de la recomendada, resultando en un incremento de la resistencia de las células ante el fármaco prescrito (Camic & Knight, 1998).

Se podría creer que los pacientes con cáncer están altamente motivados por la gravedad de su enfermedad, con “demasiado que perder” si no se adhieren al tratamiento (Waterhouse, Calzone, Mele & Brenner, 1993; Nilsson, Anderson, Bergkvist, Björkman, Brismar, & Moen, 2006). Sin embargo, se ha encontrado que existen altos índices en la falta de adherencia en pacientes oncológicos, (Nilsson, et al., 2006) por lo que algunos investigadores se han dado a la tarea de realizar estudios para tratar de determinar los factores por los cuales los pacientes se adhieren o no a su tratamiento prescrito.

En investigaciones realizadas con poblaciones de diversas enfermedades crónicas, se ha encontrado que los factores que permiten predecir la adherencia a los tratamientos son los relacionados a: **1) Características de la enfermedad:** gravedad de la enfermedad, severidad de los síntomas (Brannon y Feist, 2001; Amigo, et al., 1998; O.M.S., 2003b), **2) Tratamiento:** efectos secundarios del medicamento, duración del tratamiento, complejidad del tratamiento (Brannon y Feist, 2001), interferencia con los hábitos, número de fármacos, frecuencia de administración, eficacia del tratamiento (Knobel, et. al., 2005), **3) Relación médico-paciente:** comunicación, características personales del médico, actitudes del médico (Brannon y Feist, 2001; Amigo, et al., 1998) **4) Con el paciente:** edad, género, apoyo social y familiar, rasgos de personalidad, creencias personales, normas culturales (Brannon y Feist, 2001); actitudes y creencias respecto a la enfermedad (Amigo, et al., 1998), factores psicológicos (ansiedad, depresión,

alcoholismo) (Knobel, et. al., 2004; O.M.S., 2003b). Otros factores como un nivel socioeconómico bajo, pobreza, analfabetismo, educación limitada, el desempleo, larga distancia a los centros de tratamiento, alto costo de transporte o medicación también afectan la adherencia (O.M.S., 2003b). Además, DiMatteo, et al., (1993) señalan que variables como la historia de adherencia del paciente, las creencias de salud y la motivación para la salud, el conocimiento y entendimiento de los pacientes de requerir un régimen de tratamiento pueden ser predictores importantes de la adherencia.

Con relación a los pacientes con cáncer, Camic y Knight (1998) señalan la adherencia a tratamientos como radioterapia o quimioterapia intravenosa se puede dificultar por factores como: fatiga debido al tratamiento, baja motivación debido a la depresión, severidad de los efectos colaterales y toxicidades, ansiedad anticipatoria acerca del tratamiento recomendado, falta de entendimiento del paciente del propósito del programa de quimioterapia o radioterapia, problemas de comunicación entre el paciente y el equipo de salud, falta de apoyo para el tratamiento recomendado por parte de la familia.

Partridge, et al. (2002) señalan que han sido pocos los estudios publicados sobre adherencia en pacientes oncológicos que se han enfocado específicamente en el tipo de tratamiento de quimioterapia oral, ya que la mayor parte de la quimioterapia se administra por vía intravenosa. En los que se han realizado respecto a la adherencia a agentes orales como el tamoxifen, se evalúa específicamente los índices de adherencia o de falta de ésta, mostrando que éstos varían desde un 72% hasta el 96%, los cuales podrían considerarse altos, sin embargo, los autores señalan que dichos estudios consisten en ensayos clínicos para probar el efecto del medicamento y los pacientes se encuentran más motivados y son constantemente monitoreados por lo que estos índices no reflejarían la conducta de la población oncológica general.

Dentro de los estudios en los que se evalúa la adherencia a la quimioterapia oral, la mayoría se enfoca en determinar el nivel de adherencia y pocos evalúan los factores que pueden interferir con ésta en este tipo de tratamiento específico. Entre estos se puede citar el realizado por Lebovits, Strain, Schleifer, Tanaka, Bhardwaj y Messe, (1990) quienes evaluaron la contribución de diversos factores a la no adherencia: 1) características demográficas (lugar del tratamiento, edad, etapa, ingreso, complejidad del protocolo, ingreso económico, raza, estado civil y apoyo social, 2) características psicológicas (disturbios de estado de ánimo, presencia de diagnóstico psiquiátrico y actitudes) y 3) síntomas físicos, en una población de mujeres con cáncer de mama. Los resultados mostraron que el no cumplimiento fue asociado significativamente sólo con el lugar de tratamiento (mayores índices de no adherencia en el sector privado que en el académico) y el ingreso económico (mayores índices de no adherencia en aquellas con menores ingresos).

Por otra parte, Horne y Weinman (1999), analizaron la influencia sobre la adherencia de las *creencias* que tiene el paciente acerca de la necesidad de su medicación prescrita y sus *preocupaciones* acerca de tomarla, comparando a poblaciones de pacientes con asma, renales, cardiacos y oncológicos, y encontraron que ambas variables estudiadas influían en los niveles de adherencia mostrados por éstos. Fink, Gurwitz, Rakowski, Guadagnoli y Silliman, (2004) en una investigación realizada con mujeres en una etapa temprana de cáncer de mama, encontraron que la manera en que perciben los *riesgos y beneficios* de la terapia con tamoxifen parece crítico para mantener la adherencia hacia el tratamiento.

DiMatteo, Lepper y Croghan (2000) señalan, que la ansiedad y depresión son características comunes a personas con problemas de salud y que pueden afectar los resultados médicos, aunque no se comprende bien el por qué. Estos autores postulan que la adherencia sería un mediador entre ambos. En un meta análisis realizado con estudios que evalúan adherencia en poblaciones de pacientes con

diversas enfermedades, encontraron que la depresión parece ser un factor importante, no así la ansiedad. Sin embargo, este tipo de estudios presentan el problema de comparar poblaciones con diferentes tamaños de muestra, diferentes tipos de padecimientos y diferentes mediciones de adherencia. Los autores señalan que aún con los resultados encontrados en el metaanálisis, es necesario realizar mayor investigación al respecto para poder precisar la correlación entre estas variables.

La manera en que la depresión podría afectar la adherencia es debido a que el paciente se encuentra envuelto en un sentimiento de desesperanza y de soledad, asimismo una persona deprimida muestra una reducción de las funciones cognitivas que son esenciales para seguir las recomendaciones médicas. La ansiedad generada por la vivencia de la enfermedad puede guiar a una evitación de la condición y una consecuente no adherencia cuando el paciente se siente amenazado y sobrepasado por la enfermedad (Antanovosky y Hartman, 1974, citado en Russell, 1999). Levobits, et al. (1990) señala que más que los estados afectivos, una variable que tendría importancia en estudiar son las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes, ya que la habilidad que éstos tengan para enfrentarse con la enfermedad podría interferir en cómo sigan sus recomendaciones respecto al tratamiento.

Identificar la relación de estas variables con la adherencia que muestran los pacientes ante las prescripciones médicas podría ser un paso importante para poder realizar intervenciones eficaces para aumentarla y consecuentemente obtener mejores resultados del tratamiento y reducir los índices de mortalidad que genera esta enfermedad.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la adherencia al tratamiento de quimioterapia oral en pacientes con cáncer de mama y su relación con ansiedad, depresión y tipos de afrontamiento.

CAPÍTULO 1

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

El problema de la falta de adherencia constituye una de las principales preocupaciones dentro del ámbito de la salud dado que es considerada como el factor principal que causa el fracaso terapéutico (Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo, & Kravitz, 1992; Saltini, 1997; DiMatteo, Giordani, Lepper, & Croghan, 2002).

La no cooperación del paciente interfiere con los esfuerzos de salud pública y de los proveedores de salud en una variedad de formas. Primero, afecta o neutraliza los beneficios de servicios preventivos o curativos ofrecidos por las instituciones de salud. Segundo, introduce al paciente en procedimientos de tratamiento y diagnóstico adicionales e innecesarios, generando mayores costos y posibles problemas de salud causados por los tratamientos mismos o a cambios inadecuados en la medicación, conduciendo así al deterioro de la calidad de vida del paciente. Además, puede traer de nuevo a pacientes a los consultorios por el agravamiento, o la reincidencia de la enfermedad y llevar a la muerte a pacientes que pudieron haberse salvado (Becker, 1985; DiMatteo, 1994; Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Partridge, , 2002). Tercero, influye negativamente en la opinión del paciente acerca de los servicios de salud recibidos. La no adherencia se ha relacionado también con la afectación de la dinámica familiar, con repercusiones en la relación de pareja, hijos y familiares (Puente-Silva, 1985). Finalmente, la no

cooperación de los pacientes hace imposible para los profesionales de la salud o las organizaciones del cuidado de la salud realizar evaluaciones adecuadas de la calidad de la atención proveída, incluyendo evaluaciones sobre los resultados obtenidos en experimentos clínicos controlados para analizar la utilidad de drogas y otros tratamientos (Becker, 1985).

Considerando que hoy en día la medicina cuenta con procedimientos eficaces contra muchas de las enfermedades que afectan al ser humano y que han permitido reducir la mortalidad de la población mundial, resulta alarmante que las estimaciones de los pacientes a los que se prescribe tratamiento farmacológico y que toma las dosis correctas de su medicación sea de sólo la mitad (Amigo, et al., 1998; Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Esto ha llevado a los profesionales en el área de la salud a plantearse la interrogante de por qué algunas personas no siguen las recomendaciones de salud prescritas.

Para responder a tal cuestión se han realizado numerosos estudios cuyo objetivo ha sido determinar los factores que influyen en el seguimiento adecuado de las recomendaciones médicas por parte del paciente. Estas investigaciones se iniciaron desde la segunda mitad del siglo pasado y han crecido rápidamente durante los últimos 50 años a la par de que las enfermedades crónicas han tenido mayor prevalencia y el tratamiento ha pasado a ser más dependiente del automanejo del paciente. (DiMatteo, 2004).

Los resultados obtenidos a través de dichos estudios son diversos ya que varían ampliamente en sus metodologías, así como en el tipo de las enfermedades estudiadas, regímenes y pacientes. Tanto la medición y las diferencias de contexto producen amplias variaciones en las estimaciones de adherencia, en las correlaciones y asimismo en los resultados (DiMatteo, 2004).

Una de las dificultades más grandes dentro de la investigación sobre adherencia terapéutica es que se emplean definiciones operacionales del concepto muy

diferentes entre un estudio y otro. Esto hace difícil realizar interpretaciones y conclusiones fehacientes del tema pues la variedad de las definiciones lleva también a resultados variados y contradictorios. Ante ello se ha hecho necesario que se llegue a un acuerdo acerca de la definición de este concepto que unifique la información teórica y de investigación obtenida hasta el momento y que sirva de eje para futuras investigaciones.

1.1. DEFINICIÓN

Aunque el estudio de la adherencia se ha enfocado en los tratamientos farmacológicos, diversos autores coinciden en que el concepto implica un proceso más complejo que la simple toma de medicación, por lo que la definición empleada anteriormente que la reducía a *“la medida en la que el paciente sigue las instrucciones médicas”* se volvió insuficiente para describir el concepto y en el año 2001 el Proyecto de Adherencia de la Organización Mundial de la Salud acordó la adopción de la definición de una versión combinada de las definiciones propuestas por Haynes (1979) y Rand (1993) (OMS, 2003a). De manera que, actualmente la adherencia terapéutica es definida como *“el grado en que una conducta (en términos de tomar o aplicar medicamentos, seguir dietas y/o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con las prescripciones acordadas con el profesional de salud”* (Meichenbaum y Turk, 1991; OMS, 2003a).

Esta definición amplía el concepto y va mas allá de la adherencia para tomar medicamentos, ya que incluye la adopción de conductas saludables, como llevar una dieta adecuada, ejercitarse, evitar el estrés, abstenerse de fumar cigarrillos, no abusar del alcohol, (Brannon y Feist, 2001) evitar conductas sexuales de riesgo, realizarse la autoexploración mensual de mama, realizarse el papanicolau anualmente, por citar algunos ejemplos. (OMS, 2003a).

Asimismo, autores como Meichenbaum y Turk (1991) señalan que la adherencia incluye una amplia variedad de conductas como iniciar y mantenerse dentro de un

programa de tratamiento, acudir a consulta con otros especialistas referidos y acudir a las revisiones periódicas, tomar correctamente la medicación prescrita, realizar cambios en el estilo de vida (e. g. en las áreas de alimentación, ejercicio y manejo del estrés), llevar a cabo correctamente el régimen terapéutico domiciliario, evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (e. g. fumar, beber, usar drogas, etc.).

A pesar de que con frecuencia muchos autores emplean el término cumplimiento como sinónimo de adherencia, existe un gran debate al respecto pues algunos autores consideran que el término “cumplimiento” indica una actitud pasiva del paciente pues refleja un comportamiento de mera obediencia (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Branon y Feist, 2001); contrariamente a esto, el término “adherencia” implicaría *“una actitud más activa y de colaboración voluntaria del paciente de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo que tiene como finalidad producir un resultado preventivo o terapéutico deseado”* (DiMatteo y DiNicola, 1982, citados en Meichenbaum y Turk, 1991). Otros autores consideran que el cumplimiento y la adhesión son simplemente dos fases consecutivas en un proceso de autorregulación cuyo objetivo es la incorporación en el estilo de vida de una persona de una serie de conductas no supervisadas relacionadas con la salud (Kristeller y Rodín, 1984, citados en Amigo, et al., 1998).

En el presente trabajo se empleará la definición propuesta en el Proyecto de Adherencia de la Organización Mundial de la Salud dado que acordamos en el hecho de que la adherencia no es un proceso pasivo, sino que implica un cambio de conductas que el paciente decide realizar o no.

Con el propósito de entender, predecir, y mejorar la adherencia, los investigadores han fundamentado sus trabajos en diversos modelos teóricos de salud que se exponen a continuación:

1.2. MODELOS TEÓRICOS

Dentro de la psicología, la adherencia terapéutica ha sido explicada a partir de diversos modelos teóricos con la finalidad de mostrar la relación de algunas variables con ésta o predecir la probabilidad de que las personas se adhieran o no a un tratamiento. De estos modelos, los más empleados en la investigación sobre adherencia son los siguientes:

1.2.1. Modelo biomédico

En el modelo biomédico se considera que los factores demográficos se encuentran implicados en la conducta de adherencia; tales como la edad, género, cultura; así como variables asociadas a la complejidad del tratamiento y los efectos de la medicación. Se asume que estas condiciones de la persona y de la enfermedad permitirían predecir la adherencia o la falta de ésta (Haynes y Sacket, 1992 citados en Flores y Bazán, 2004; Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Sin embargo, algunos los estudios muestran que las características sociodemográficas no son buenos predictores de la adherencia del paciente al tratamiento médico (Kravitz & Melnikov, 2004; Knobel, et al., 2005).

1.2.2. Modelo conductual

Se basa en los principios del condicionamiento operante propuestos por B. F. Skinner (1953), cuyo eje central consiste en el refuerzo contingente a cualquier respuesta que impulse al organismo (es decir a la persona) a adoptar el comportamiento deseado, en este caso, un mayor cumplimiento de las recomendaciones médicas (Branon y Feist, 2001).

Dentro de este modelo se considera que el uso de dichos reforzadores servirá para desarrollar o fortalecer la conducta de adhesión a los tratamientos, para lo cual se emplean técnicas operantes tales como el uso del moldeamiento de

conductas, la modificación del ambiente y el manejo de contingencias (Sheridan & Radmacher, 1992 citado en Flores y Bazán, 2004). Asimismo, se emplean “señales”, premios y contratos para reforzar los comportamientos de adherencia. Entre las “señales” se incluyen los recordatorios de las citas, llamadas telefónicas desde la consulta y otra serie de medidas de autocontrol. Se pueden emplear también premios como dinero y obsequios o incluso la misma mejora de salud puede ser un reforzador positivo para que el paciente se adhiera a sus prescripciones de salud. Los contratos conductuales que pueden ser verbales aunque la mayor parte de las veces son escritos (Brannon y Feist, 2001).

El modelo conductual ha recibido muchas críticas por parte de los defensores de las teorías cognitivas quienes señalan que el problema de adherencia o falta de ésta, es tan complejo que no se puede resolver sólo con el control ambiental y el refuerzo de conductas (Amigo, et al., 1998).

1.2.3. Modelos cognitivos

Estos modelos están basados en los mismos principios de aprendizaje de los modelos conductuales, pero incluyen conceptos adicionales como la interpretación y la evaluación que hacen las personas acerca de su situación, su respuesta emocional y su capacidad percibida para afrontar los síntomas de la enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Dentro de los modelos cognitivos se incluyen los siguientes:

a. Teoría de la Autoeficacia

Esta teoría se basa en el concepto de “autoeficacia” propuesto por Albert Bandura en 1977 (citado en Bandura, 1994; Becker, 1985), el cual él definió como *“la creencia de las personas de que ellos pueden ejecutar exitosamente la conducta*

requerida para producir ciertas consecuencias”, más específicamente, que ellos pueden ejercer el control sobre su propia motivación, procesos de pensamiento, estados emocionales y patrones de conducta.

Este modelo mantiene que la adherencia a un comportamiento dado, se puede predecir por el nivel de autoeficacia, a qué tan capaz se percibe la persona para dejar un comportamiento actual (de riesgo) o para adoptar un comportamiento saludable (Urquidi, Montiel y Littlewood, 2001) (Ver Fig. 1).

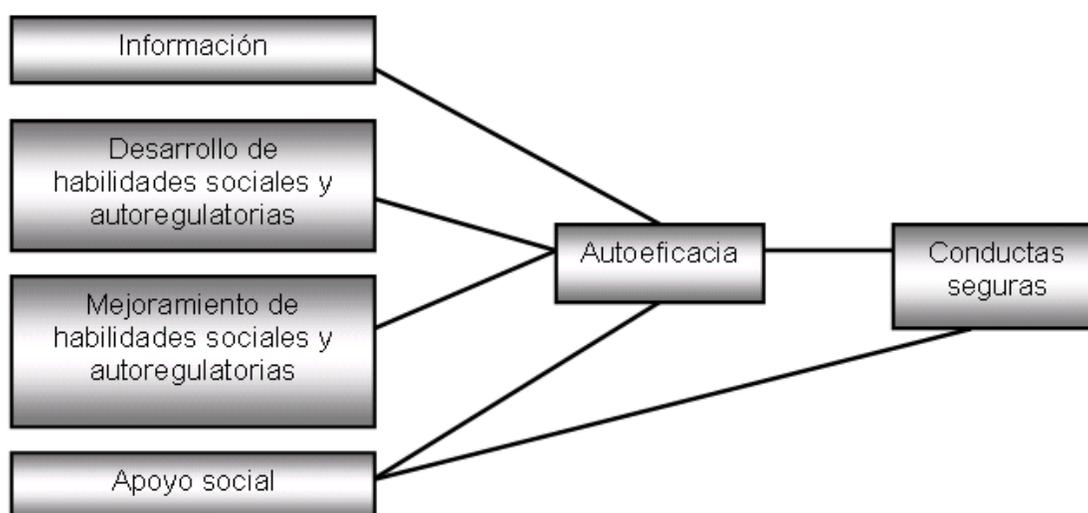


Figura 1. Muestra la representación esquemática de la Teoría de la Autoeficacia (Adaptado de Wulfert y Wan, 1993 y Bandura, 1994 citado en Peterson & DiClemente, 2000).

La teoría de la autoeficacia mantiene que las creencias de la gente acerca de sus capacidades afectan lo que ellos eligen hacer, la cantidad de esfuerzo que ellos emplean, cuanto perseverarán al enfrentarse con dificultades, si ellos entablan patrones de pensamiento autodebilitantes o autoalentadores y la cantidad de estrés y depresión que ellos experimentan en situaciones difíciles. Cuando la gente carece de sentido de autoeficacia, ellos no manejan las situaciones eficazmente aun cuando ellos sepan qué hacer y posean las habilidades

requeridas. Las dudas de uno mismo anulan el conocimiento y acción autoprotectora (Bandura, 1994).

Caballo (1991, citado en Flores y Bazán, 2004) señala al respecto que, a pesar de que una persona conozca que una determinada acción produce un resultado, si se percibe a sí mismo como carente de las habilidades requeridas, tal información no tendrá efectos sobre su conducta. Contrario a lo anterior, si presenta las habilidades requeridas y los incentivos adecuados, las expectativas de eficacia determinarán la elección de sus actividades.

Esta teoría ha sido utilizada para predecir la adherencia a diversas recomendaciones de salud, entre los que se puede citar el programa de ejercicios implementado por McAuley (1993, citado en Brannon y Feist, 2001) indicado para pacientes con baja capacidad cardiorrespiratoria y elevados niveles de grasa. Se observó que las personas que creían ser totalmente capaces de seguir los comportamientos necesarios para ajustarse a un programa de ejercicios aeróbicos presentaban una mayor probabilidad de cumplirlo. Otro estudio sobre autoeficacia es el realizado por Borelli y Mermelstein, (1994, citado en Brannon y Feist, 2001) en el que se observó que la autoeficacia o confianza en la propia capacidad de dejar de fumar permitía predecir qué participantes habrían de ser capaces de abstenerse de fumar. Además se ha observado que la autoeficacia permite predecir la adherencia a ciertos regímenes dentales. Todos estos estudios son un ejemplo de que la autoeficacia es un factor predictor de la adherencia a diversos programas de tratamiento.

b. *Teoría de la Acción Razonada*

Desarrollada por Ajzen y Fishbein e introducida por primera vez en 1967 (Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994), la Teoría de la Acción Razonada asume una cadena causal que liga las creencias hacia la conducta. La conducta es vista como

una función de las **intenciones** de llevar a cabo esa conducta. A su vez, las intenciones son vistas como una función conjunta de 1) las **actitudes** de las personas hacia el comportamiento, determinadas por la creencia de que el comportamiento produce determinados resultados y la valoración de la persona de estos resultados como positivos o negativos y 2) la **norma subjetiva**, percepción de la presión social para llevar a cabo o no la conducta que está determinada a su vez por la creencia de que otras personas importantes para la persona piensan que debe o no realizar la conducta y por la **motivación** de la persona para cumplir con dichas normas (Ver Fig. 2). (Fishbein, et al., 1994; Brannon y Feist, 2001).

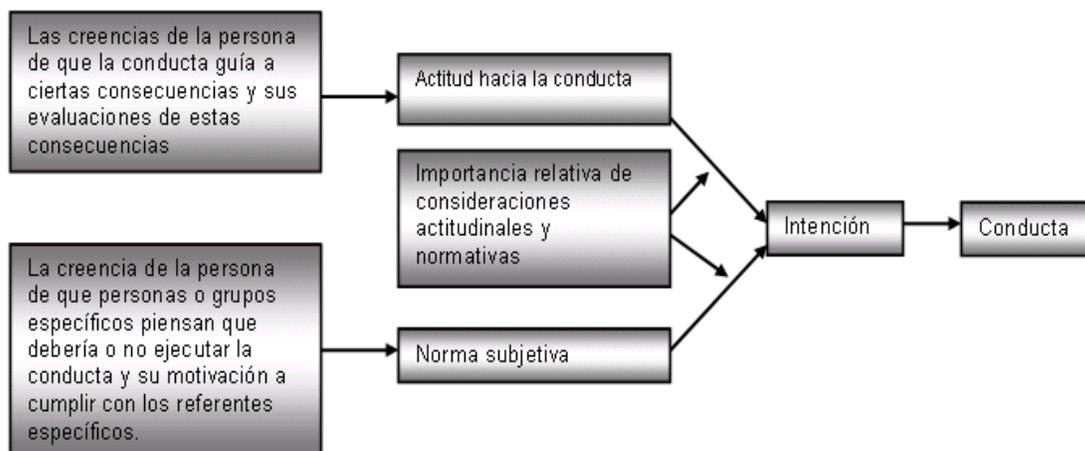


Figura 2. Teoría de la Acción Razonada: Factores determinando la conducta de una persona. Las flechas indican la dirección de la influencia con las relaciones hipotetizadas (De Ajzen & Fishbein, 1980 citado en Fishbein, et al. 1994).

La teoría de la acción razonada ha sido utilizada para predecir la adherencia de una serie de comportamientos relacionados con la salud, incluyendo el ejercicio. Un metaanálisis acerca de la utilidad de este modelo estableció que tanto la teoría de la acción razonada como la teoría de la conducta planeada presentan un valor específico a la hora de predecir quién va a cumplir un régimen de ejercicios y quién no (Hausenblas, Carron & Mack, 1997). El metaanálisis reveló una fuerte conexión entre la actitud hacia el ejercicio y la intención de practicarlo, así como

un fuerte vínculo entre la intención y el comportamiento en el ejercicio. No obstante, la relación entre las normas subjetivas y la intención resultó ser escasa. Este estudio sugiere que la teoría de la acción razonada tiene, al menos cierto valor a la hora de predecir la adherencia del comportamiento en el ejercicio.

c. *Modelo de Creencias de Salud*

Fue desarrollado inicialmente en los 1950's por un grupo de psicólogos sociales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica para explicar la poca participación de la gente para acudir a programas de prevención o detección de enfermedades. Más tarde, Rosenstock (1966, citado en Latorre y Benert, 1992) desarrolló y amplió el modelo y posteriormente fue modificado por Becker y Maiman (1975, citado en Roa, s.f) a como actualmente se conoce (García, 2004). Después fue aplicado para comprender el cumplimiento con los regímenes médicos. El modelo hipotetiza que la gente buscará evitar la enfermedad si percibe que la acción preventiva es menos negativa que la enfermedad en si misma. Sostiene que cuatro creencias influyen en la adherencia de los comportamientos relacionados con la salud (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994; Urquidi, et al., 2001; Brannon y Feist, 2001):

Susceptibilidad percibida: Esta dimensión refiere a la percepción subjetiva de un individuo de la probabilidad de contraer una enfermedad o de experimentar consecuencias negativas por la falta de adherencia que pudiera afectar su propia salud.

Severidad percibida: Se refiere a las creencias relacionadas con la preocupación de la persona acerca de la gravedad de contraer una enfermedad o de las consecuencias médicas (por ejemplo muerte, discapacidad y dolor) o sociales (tal como los efectos en las condiciones en el trabajo, vida familiar y relaciones sociales) que le traería la falta de adherencia.

Beneficios percibidos: Se refiere a la percepción que tiene la persona de los costos y beneficios que acarrearán las alternativas de que dispone en un determinado momento para llevar a cabo la conducta de adherencia. Un individuo que muestre un nivel óptimo de creencias en susceptibilidad y severidad podría no aceptar ninguna recomendación de acción de salud a menos que la acción haya sido percibida como potencialmente eficaz (beneficios).

Barreras percibidas: Esta creencia se refiere a los obstáculos o consecuencias adversas que percibe que tiene la persona para incorporar comportamientos de adherencia en el estilo de vida personal. La persona pone en una balanza la efectividad de las acciones contra la percepción de que eso puede ser caro, peligroso (tener efectos colaterales negativos o consecuencias iatrogénicas), desagradable (doloroso, difícil, terrible), inconveniente, que consume mucho tiempo, y cosas como éstas.

Claves para la acción

En varias formulaciones tempranas del Modelo de Creencias de Salud, el concepto de claves, que detonaba la acción fue discutido y podía probar ser importante, pero no ha sido estudiado sistemáticamente.

Otras Variables

Diversas variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales podrían afectar la percepción del individuo y así influenciar indirectamente la conducta relacionada a la salud. Específicamente, hablando de los factores sociodemográficos, se cree que los logros académicos tienen un efecto indirecto sobre la conducta influyendo en la percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras.

De tal manera, según el Modelo de Creencias de Salud, los factores que afectan la adherencia positivamente o negativamente incluyen los costos, riesgos, beneficios, barreras y claves para la acción (Tabor & Lopez, 2004) (Ver Fig. 3).

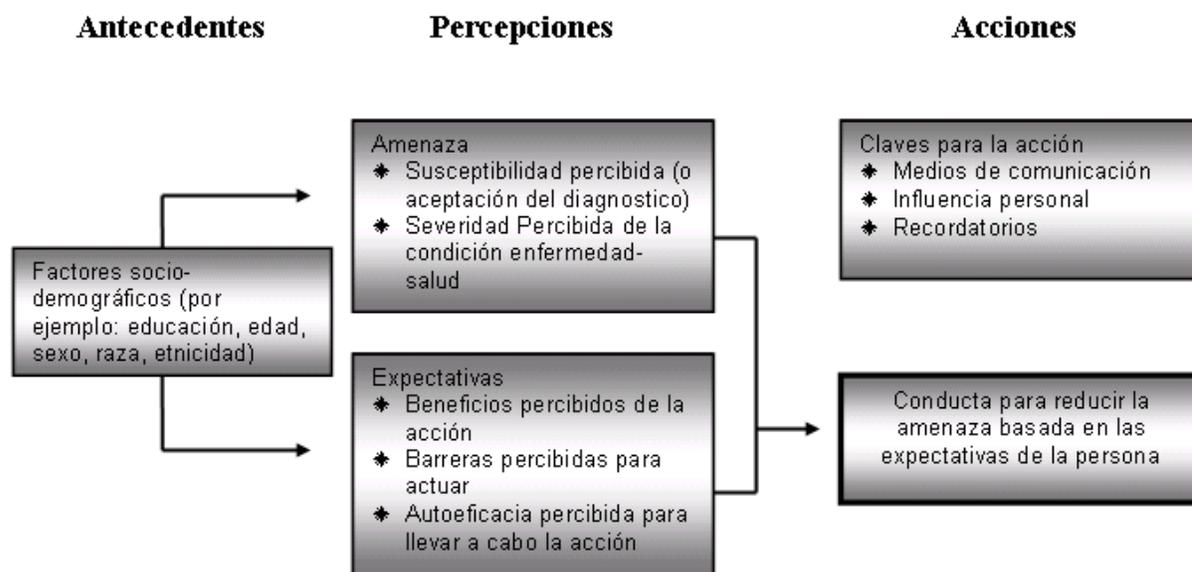


Figura 3. Diagrama Esquemático de los componentes del Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, et al., 1994)

El planteamiento central del Modelo de Creencias de Salud (MCS por sus siglas) es que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (de prevención de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente amenazante o grave (*Susceptibilidad percibida*), esté convencida de la eficacia de la intervención (*estimación de costos y beneficios*) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud (*barreras*) (acontecimientos claves para la acción, como síntomas, campañas informativas, prescripciones) (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Los componentes del Modelo de Creencias de Salud como la severidad, susceptibilidad y utilidad percibida del régimen (la eficacia y la abundancia de los

beneficios sobre los costos) han mostrado afectar las intenciones para adherirse a varias conductas de salud. (DiMatteo, et. al. 1993).

Becker llevó a cabo revisiones sobre las investigaciones basadas en el Modelo de Creencias de Salud para probar su capacidad explicativa y su utilidad para promover el cumplimiento, entre las cuales se encuentra una revisión realizada en 1984 por Janz y Becker (Citado en Becker, 1985), en el que se resumen los resultados de 46 estudios, 18 (39%) de los cuales fueron de diseño prospectivo. En general, las investigaciones citadas en la revisión proveen evidencia substancial de la importancia de las creencias de salud para entender la adherencia del paciente.

Sin embargo, el mismo Becker, (1985) acepta que es importante recordar que el MCS es un modelo psicosocial, y como tal está limitado a estimaciones muy variadas en las conductas relacionadas a la salud como puede ser explicado por sus actitudes y creencias. Es claro que también otros factores influyen las acciones de salud, por ejemplo: 1) algunas conductas (e.g. fumar, el cepillarse los dientes) tienen un componente habitual obviando cualquier proceso de toma de decisión psicosocial; 2) muchas conductas relacionadas a la salud son emprendidas debido a razones aparentemente no saludables (por ejemplo, ponerse a dieta para verse más atractivo, dejar de fumar o empezar a hacer un deporte para lograr aprobación social); y 3) donde factores económicos y/o ambientales previenen al individuo de emprender un curso preferido de acción (por ejemplo, un trabajador en un ambiente peligroso, un residente de una ciudad con altos niveles de contaminación). Además el modelo se basa en la premisa de que la “salud” es una meta o preocupación altamente valorada para la mayoría de las personas y también que las “claves para la acción” son muy frecuentes; cuando estas condiciones no se satisfacen, es probable que el modelo no sea útil, relevante para explicar la conducta. Es evidente que los esfuerzos para mejorar la adherencia del paciente hacia el régimen deben atender las dimensiones del

modelo de Creencias de Salud de actitudes y creencias además de otras probables influencias sobre la conducta relacionada a la salud.

Amigo, Fernández y Pérez (1998) refieren que, a pesar de la importancia de las variables consideradas en este modelo, existen estudios que han analizado estadísticamente la interacción de las variables propuestas, y no llegan a las mismas conclusiones. Por ello se considera que la promoción de adherencia no puede enfocarse sólo en las creencias de las personas sin tomar en cuenta las contingencias que las explican.

d. *Teoría de la Acción Social*

Defiende que la clave del mantenimiento de un hábito saludable radica en la “autorregulación” entre las actividades autoprotectoras y sus consecuencias biológicas, emocionales y sociales experimentadas. Por ello, para poder realizarse una intervención es necesario hacer antes un análisis acerca de las conductas objetivo y los efectos que producen. La creación de hábitos saludables implicaría el establecimiento de cadenas conductuales integradas en otras conductas habituales. La teoría de la acción social sostiene que el cambio de hábitos no se iniciará a menos que la persona crea que es capaz de ejecutar dicha acción y que ésta sea compatible con sus proyectos vitales (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

e. *Modelo de locus de control*

El locus de control interno-externo está basado en la teoría del aprendizaje social y enfatiza los conceptos de valor y reforzamiento esperado. El concepto general ha sido ampliado en el intento de caracterizar a las personas en términos de la medida en la cual ellos creen que controlan los eventos (como opuesto al control por casualidad o fe) en sus vidas. (Becker, 1985). Los individuos con alto locus de control interno creen que tienen la capacidad de controlar los eventos alrededor de ellos, mientras que los individuos con alto locus de control externo creen que ellos

tienen poca influencia sobre los eventos de la vida (Russell, 1999; Tabor & Lopez, 2004).

Aplicando esta teoría los investigadores intentan demostrar que los individuos con alto locus de control interno tendrían más probabilidad de cumplir con las recomendaciones médicas porque creen que sus acciones conducirán directamente a beneficios en su salud, mientras aquellos con alto locus de control externo tendrían menos probabilidad de adherirse porque ellos son fatalistas y creen que lo que les sucede es independiente de las acciones que ellos tomen (Russell, 1999; Tabor & Lopez, 2004).

f. ***Etapas de cambio***

El modelo transteórico de etapas de cambio es propuesto por Prochaska y DiClemente (1982, citado en García, 2004), quienes observaron que las personas que logran cambios intencionales en sus conductas lo logran pasando a través de un proceso dinámico integrado por cinco etapas: **1. Precontemplación** (el individuo no considera cambiar la conducta en los próximos 6 meses), **2. Contemplación** (El individuo ha comenzado a pensar acerca de cambiar su conducta pero no seriamente, y se ha comprometido a tomar acción en los próximos 6 meses), **3. Preparación** (Esta es la etapa de toma de decisiones. El individuo ha hecho un compromiso de cambiar la conducta durante el siguiente mes), **4. Acción** (Ha modificado recientemente su conducta pero el cambio de conducta no está aún estabilizado) y **5. Mantenimiento** (Los individuos están trabajando para estabilizar su cambio de conducta y evitar la recaída, en general, el mantenimiento ocurre después de que la acción ha sido sostenida por un tiempo igual o mayor a 6 meses). Este modelo sugiere que existen diferentes aproximaciones para mejorar el cumplimiento basado en la etapa particular o específica en la que el paciente se encuentra (Willey, et al., 2000; Tabor & Lopez, 2004) (Ver Fig. 4).

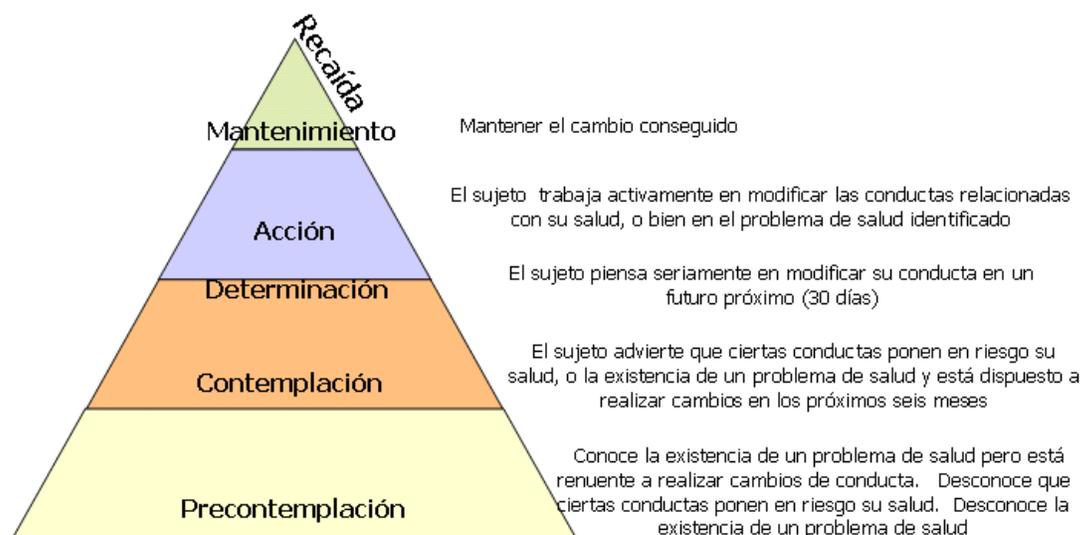


Fig. 4. Modelo transteórico. Modificado de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992).

El Modelo de Etapas de cambio ha sido usado para identificar los diferentes momentos en el proceso de cambio en la adopción de conductas positivas de salud y el cese de conductas negativas de salud, como por ejemplo la reducción de peso en la dieta, dejar de fumar, participación en el examen de mamografía, y la adopción de ejercicio, protección solar, y el uso de condón. También ha sido aplicado a cambios en conductas complejas de salud tales como la dieta, el ejercicio y cambios de monitoreo de glucosa requerido para el automanejo de diabetes y en el mejoramiento de adherencia a la medicación en enfermedades crónicas como VIH e hipertensión (Willey, et al., 2000).

Si bien ninguno de estos modelos que se han revisado puede explicar todos los comportamientos de incumplimiento, todos aportan diversas contribuciones a una mejor comprensión de las razones de la adherencia y la no adherencia hacia las recomendaciones médicas. Es por ello que autores como Sherbourne, et al. (1992) y Rodríguez (1999) han optado por combinar los modelos con base en la suposición de que algunas variables de un modelo y otro coinciden (Becker, 1985), formando nuevas aproximaciones explicativas y de promoción de la adherencia dado que no hay una sola teoría o marco conceptual que domine la

investigación en la adherencia al tratamiento sino una multitud de teorías a elegir (Rodríguez, 1999).

Siguiendo esta línea, DiMatteo y DiNicola (citado en Sherbourne, et al. 1992) han propuesto un modelo de seis factores que sintetiza elementos de teorías como el Modelo de Creencias de Salud y el Modelo de Acción Razonada, sugiriendo que las intenciones son los determinantes más fuertes de la conducta, pero que éstos no pueden guiar a la adherencia si hay barreras ambientales o falta de apoyos. Además, Dimateo y DiNicola sugieren que una persona no tomará una acción si no entiende qué hacer para llevar a cabo la acción o si la acción es propuesta por un profesional de salud que no le agrada a la persona o en la que no confía. Basándose en este modelo de seis factores, los autores han desarrollado una Escala de Evaluación de Adherencia de siete factores que han aplicado a diferentes padecimientos como es el caso del cáncer. Estos factores son: a) *Aspectos interpersonales de atención* que evalúa la comunicación y rapport con los profesionales de la salud, b) *Utilidad percibida de adherirse* (eficacia y beneficios vs. Costos de adherencia), c) *Severidad percibida de la enfermedad*, d) *Propensión percibida hacia la enfermedad*, e) *Percepciones de normas sociales subjetivas para la adherencia* que evalúan tres expectativas normativas [evaluación del régimen por tres fuentes: familia, amigos y parientes], f) *Intenciones para adherirse*, y g) *Percepciones del apoyo disponible y ausencia de barreras para la adherencia*.

1.3. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La evaluación de la adherencia es un tema muy controversial ya que se considera que presenta muchos problemas metodológicos (Horne & Weinman, 1999). Entre cada estudio se han empleado diferentes métodos para evaluar la adherencia del paciente, tal diversidad dificulta a los investigadores llegar a resultados concluyentes sobre el tema. Los métodos que se han utilizado pueden clasificarse de manera general en directos e indirectos, y se describirán a continuación.

1.3.1. Métodos directos

a. Mediciones bioquímicas

Consiste en el empleo de pruebas bioquímicas para detectar la presencia y concentraciones del fármaco al que debe adherirse el paciente, algunos de sus metabolitos o de un marcador mediante análisis de sangre, orina, saliva o en piel (Salvador y Melgarejo, 2002).

Aunque se considera el método más objetivo, presenta muchas limitaciones: 1) no todos los fármacos pueden ser detectados en sangre u orina (Meichenbaum y Turk, 1991); 2) existen enormes diferencias individuales en la absorción, metabolismo y eliminación de los medicamentos entre una persona y otra aún con el mismo régimen farmacológico. Además una baja concentración del fármaco puede deberse algunas veces a interacciones medicamentosas u otros factores aún en condiciones de cumplimiento perfecto (Salvador y Melgarejo, 2002; Becker, 1985); 3) no se dispone en la actualidad de marcadores ideales, que sean completamente absorbidos, farmacológicamente inertes y completamente excretados, aunque deben tener una vida relativamente larga en plasma y no ser metabolizados (Masek, 1982 citado en Amigo, Fernández y Pérez, 1998); 4) Las pruebas bioquímicas no miden el grado de cumplimiento, la presencia del fármaco sólo indica si el paciente ha ingerido cierta cantidad del fármaco en algún momento y no indica si el paciente tomó la cantidad adecuada en el momento preciso (Brannon y Feist, 2001; Salvador y Melgarejo, 2002); 5) Estos tipos de análisis no están siempre disponibles en el área de atención primaria pues suelen ser costosos y además son intrusivos e incómodos para el paciente y 6) algunos autores refieren que pueden alterar la conducta del paciente si éste sabe que está siendo evaluado (Becker, 1985).

b. Resultados clínicos

El logro de la meta del tratamiento parecería inicialmente ser una buena medida de cumplimiento si el régimen recomendado es verdaderamente efectivo. Desafortunadamente, no hay una conexión sencilla entre los resultados en la salud y el cumplimiento (Becker, 1985) y menos aún en el ámbito psicológico (Amigo, et al., 1998). Los pacientes pueden mejorar o empeorar por muchas razones distintas, independientemente de haber seguido o no las prescripciones.

En la Tabla 1. pueden observarse las relaciones entre adherencia y cumplimiento y se puede observar que si bien, hay pacientes que obtienen los resultados esperados de un tratamiento dependiendo de si se siguen o no las recomendaciones (celdas A y D), también existen “casos desviados” donde la adherencia fiel al régimen no produce los resultados deseados (celda B) debido a un diagnóstico o tratamiento incorrecto o a que el paciente no responde a un tratamiento en particular. Hay casos, en que a pesar de un cumplimiento pobre, el paciente de todos modos se recupera (celda C). De nuevo, puede haberse hecho un diagnóstico incorrecto o las defensas naturales del huésped pueden probar ser suficientes para atacar la enfermedad (Becker, 1985).

Tabla 1. Muestra la relación entre la adherencia del paciente al tratamiento y los resultados clínicos (Becker, 1985).

		El paciente consigue estar bien	
		Si	No
El paciente se adhiere	Si	A	B
	No	C	D

1.3.2. Métodos indirectos

a. Valoración del médico o profesional de salud

Suele ser el método menos eficaz pues los médicos frecuentemente sobreestiman el grado de adherencia que tienen sus pacientes. Se ha señalado que sus estimaciones sólo superan ligeramente al azar (Blackwel, 1997 citado en Branon y Feist, 2001)

b. Autoobservación y registro

Es una medida muy común preguntar al paciente respecto a si ha tomado la medicación y con qué frecuencia. Además se le puede pedir que registre su conducta o que llene formularios. Pero estos informes no son precisos pues puede suceder que el paciente sobreestime sus niveles de adherencia por desear ser visto positivamente por el profesional de salud (Meichenbaum y Turk, 1991), o por sesgo de recuerdo, ya que recuerdan más el cumplimiento reciente o promedio en lugar del periodo total que se pretende evaluar, (Salvador y Melgarejo, 2002). El registro es un método más objetivo pero, más difícil de llevar a cabo pues los pacientes no llenan los registros o lo hacen erróneamente; además algunos autores señalan que el hecho de registrar su propia conducta puede conllevar a un cambio de conducta sirviendo entonces como una estrategia de intervención más que de evaluación.

c. Mediciones conductuales

Esta categoría incluye los siguientes métodos:

- **Reportes de familiares y allegados:** Este procedimiento presenta al menos dos problemas. En primer lugar, una observación constante puede resultar físicamente imposible. En segundo lugar, un control ininterrumpido

crea una situación artificial y consecuentemente crea buenos resultados en el cumplimiento que, de otra manera, no se producirían (Branon y Feist, 2001). Sin embargo, los familiares constituyen la principal fuente de información en varios grupos de pacientes (pediatría, enfermedades mentales sin conciencia de la enfermedad o con alteraciones cognitivas como la demencia) (Salvador y Melgarejo, 2002).

- **Control de citas:** El cómputo de la asistencia es el método más sencillo para controlar el cumplimiento de los pacientes ambulatorios. Cuando el tratamiento es administrado durante el control asistencial (inmunizaciones, antipsicóticos, entre otros) la asistencia refleja la adherencia real al tratamiento pero en el caso de los regímenes de autoadministración no es una medida confiable (Salvador y Melgarejo, 2002). Este método tiene la desventaja de que no puede obtener información de por qué no se asistió a la cita, ya que puede deberse a infinidad de razones, cada una de las cuales tiene diferentes implicaciones a la hora de evaluar la adhesión (Meichenbaum y Turk, 1991).
- **Recuento de píldoras:** Consiste en contar el número de comprimidos restante en un envase y restarlo al número de comprimidos que se entregó. Se analiza según el tiempo transcurrido desde la prescripción y la forma de administración. Se asume que el número faltante de pastillas es el ingerido pero este método no aporta información sobre la forma en que el paciente ha tomado la medicación, cuantas pastillas ha ingerido en cada toma, con qué distribución temporal y con qué regularidad, o si el paciente ha tirado las pastillas, o si las ha compartido con alguien más (Salvador y Melgarejo, 2002).
- **Registros de dispensación:** Consiste en llevar un registro de las veces en que el paciente acude a las farmacias a obtener más medicamento. Sin embargo, la dispensación no es sinónimo de adherencia. Por otra parte, el

paciente puede acudir a farmacias diferentes dificultando así el registro o compartir su medicación con otras personas (Knobel, et al., 2005).

- **Sistemas de control electrónico:** Son dispositivos a modo de tapa que contienen un microprocesador que registra la hora y día en que se ha abierto el envase. Estos datos son procesados posteriormente. Por el momento se considera el método más objetivo y fiable. No obstante tiene también sus desventajas pues además del elevado costo, puede ser manipulado ya que la apertura del envase no implica la toma de la medicación y no registra cuántas píldoras son extraídas en cada apertura (Knobel, et al., 2005).

d. **Cuestionarios de autorreporte**

Son métodos sencillos y económicos. Consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para poder valorar el grado de adherencia con base en las respuestas. El autorreporte es el método de evaluación más comúnmente empleado en la evaluación dentro de la investigación psicológica. Una de las desventajas es que casi puede asegurarse que hay tantos cuestionarios como estudios de investigación publicados (Knobel, et al., 2005). Además pueden también ser manipulados ya que el paciente puede contestar en función de lo que cree que debe contestar. Los pacientes pueden sobreestimar su adherencia en un intento por “agradar al doctor”, o si ellos creen que admitir la no adherencia puede causarle juicios adversos o penalidades. Además, el recuerdo de los pacientes puede ser inadecuado. Horne y Weinman (1999) señalan que a pesar de sus desventajas, el autorreporte tiene varias ventajas sobre otros métodos como el monitoreo electrónico, o las mediciones séricas que pueden ser más intrusivos y costosos, u otros métodos que requieren que el paciente esté más alerta del monitoreo y por ello pueden constituir más un tipo de intervención que puede influenciar la conducta de adherencia.

Pero, a pesar de las ventajas y desventajas, ninguno de estos métodos resulta fiable y válido al mismo tiempo. No existe un estándar de oro en la evaluación de la adherencia pero sí una multiplicidad de aproximaciones de evaluación, cada una tiene sus virtudes y limitaciones. Es por ello que parece apropiado emplear una evaluación múltiple de adherencia, usando una variedad de procesos de medición para evaluar el grado de cumplimiento de las prescripciones por parte del paciente, procedimiento que ofrece una mayor precisión que una sola técnica de evaluación y permite acceder a la situación real con la mayor exactitud posible (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Becker, 1985; Knobel, et al, 2005; López y Pineda, 2001; Branon y Feist, 2001).

No cabe duda que la evaluación es el paso principal para entender, predecir y mejorar la adherencia ya que da cuenta de los factores que pueden estar incidiendo en la conducta de adhesión de las personas y los cuales se estudiarán en el apartado siguiente.

1.4. FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Se han realizado diversas investigaciones con la finalidad de identificar los diferentes factores que pueden determinar o asociarse con la adherencia. En las revisiones acerca del tema, se han referido más de doscientas variables que han sido estudiadas en relación a la adherencia (Meichenbaum y Turk, 1991; Amigo, Fernández y Pérez., 1998). No obstante, existen muchas limitaciones que hacen difícil generalizar los resultados de los diferentes estudios: el método utilizado para medir la adherencia, los factores evaluados, la población estudiada y el diseño del estudio (Knobel, et al., 2005). Dichas variables se han categorizado de la siguiente manera:

- a. **Características de la enfermedad:** Se ha observado que la *gravedad de la enfermedad* medida objetivamente (tal como la percibe el médico), la existencia de brotes anteriores de la enfermedad, su duración y antigüedad, lo reciente que haya sido el último ataque, hospitalizaciones anteriores no influyen significativamente sobre la adhesión al tratamiento (Brannon y Feist, 2001; Meichenbaum y Turk, 1991), incluso en trastornos graves (DiMatteo y DiNicola, 1982 citado en Amigo, et al., 1998); mientras que la percepción subjetiva de la gravedad o seriedad del trastorno (tal como la percibe el paciente) y de su tratamiento sí está asociada al nivel de adhesión (Meichenbaum y Turk, 1991; Brannon y Feist, 2001; O.M.S., 2003b). Los *síntomas* parecen desempeñar un papel importante en la adhesión pues cuando éstos tienen un inicio agudo, son reconocibles, molestos y se alivian con el tratamiento, la probabilidad de adhesión es mayor. Contrariamente cuando la enfermedad no provoca síntomas identificables, cuando se mantienen constantes durante largo tiempo (e. g. hipertensión) y el paciente se adapta a un estado sintomático o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones (e. g. alucinaciones en la esquizofrenia o glaucoma en la diabetes), la adherencia es baja (Amigo, et al., 1998).
- b. **Características del Tratamiento:** Según Amigo, et al. (1998), las variables del tratamiento son los mejores predictores de la adherencia. En general, entre más *complejo* sea el tratamiento, *intrusivo* en el estilo y calidad de vida del paciente, *duradero*, y *escasamente supervisado* menor será la adherencia del paciente a éste. Otros factores como el número de fármacos, *la frecuencia de administración*, *eficacia del tratamiento*, *la aparición de efectos adversos* parecen también dificultar la adherencia (Knobel, et al., 2005) pues cuando estas variables aumentan, decrece la adherencia al tratamiento.
- c. **Relación médico-paciente:** en numerosos estudios se ha encontrado una fuerte asociación entre la *relación médico-paciente* y la adhesión a los tratamientos (Salvador y Melgarejo, 2002; Amigo, et al., 1998). La

comunicación verbal es un factor clave dentro de esta relación pues si no es buena, puede guiar a una falta de comprensión cuando el paciente recibe las instrucciones y consecuentemente a una adherencia incorrecta (Brannon y Feist, 2001). Asimismo, algunas *características del médico o profesional* se relacionan con la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Cuando el médico es abierto, honesto y muestra respeto e interés por el paciente, proporciona explicaciones claras sin emplear la jerga médica, incrementa la adhesión al tratamiento (Meichenbaum y Turk, 1991). Esta actitud empática no sólo se ha relacionado con una mejor adhesión sino que se considera un elemento crucial para el cambio terapéutico (Rogers, 1957, citado en Amigo, et al., 1998).

- d. ***Características del paciente:*** Los investigadores han estudiado diversas características que pudieran tener relación con la adherencia terapéutica. Aunque las características sociodemográficas no son buenos predictores del nivel de adherencia, algunos estudios han relacionado la adherencia con la edad, el sexo, la raza, el nivel cultural y la situación económica (Knobel, et al., 2005). Sin embargo, se ha visto que dichas variables no son factores predictores del nivel de adherencia que presenta una persona hacia un comportamiento o tratamiento dado (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Con respecto a la *edad*, se ha observado que dependiendo de la enfermedad específica, el entorno temporal y el régimen de adherencia, los estudios indican que el cumplimiento puede aumentar o disminuir con la edad. Si bien se ha observado que pacientes de mayor edad, presentan mejores niveles de adherencia, parece ser que esta relación entre adherencia y edad, estaría mediada por factores como el tipo de enfermedad y duración y complejidad del tratamiento (Thomas, White, Mah, Geisser, Church y Mandel, 1995, citados en Amigo, et al., 1998).

Existen pocas diferencias en los niveles generales de cumplimiento entre *hombres y mujeres*, aunque existen algunas diferencias para ciertas recomendaciones médicas como programas de dietas a los que se adhieren mejor las mujeres y los tratamientos psiquiátricos que muestra mayor adherencia por parte de los hombres.

El *apoyo social* por parte de amigos y familiares es uno de los predictores con más peso de la adherencia al tratamiento; las personas que se sienten aisladas de los demás tienden a no ser cumplidoras, mientras que aquellas que disfrutan de relaciones personales cercanas están más dispuestas a seguir el consejo del médico. Pero algunas pruebas sugieren que es la calidad y no la cantidad de apoyo social el que mejoraría la adherencia (Brannon y Feist, 2001).

Una variable que sí se ha relacionado con la adhesión son las *expectativas del paciente sobre la enfermedad*, esto es, sus creencias sobre las causas, el curso y las consecuencias de la enfermedad y tratamiento (Demarbre, 1994; Leventhal, Zimmerman & Gutmann, 1984; Reig, Rodríguez, Sancho, Rivera y García, 1986 citados en Amigo, et al., 1998). Asimismo, DiNicola y DiMatteo (1984, citados en Brannon y Feist, 2001) señalan que la cultura a la que pertenece el paciente mantiene *creencias y actitudes* que el paciente comparte y que no le animan a seguir los regímenes de salud prescritos.

Por otra parte, los *factores psicológicos* (ansiedad, depresión, alcoholismo y estrés) dificultan mantener una adherencia adecuada (Knobel, et al., 2005; O.M.S., 2003b; Buillé, 1998, citado en López y Pineda, 2001). Al respecto, Russell (1999) señala que la ansiedad acerca de los resultados terapéuticos puede guiar a negación o evitación de la condición de salud y consecuentemente a un incumplimiento del régimen terapéutico cuando el paciente se siente vulnerable y amenazado. Sin embargo, se encuentra muy poca información respecto a estas variables.

En relación a las variables de *personalidad*, diversos estudios han mostrado que los rasgos de personalidad en general no muestran una relación importante con la adherencia (Amigo, et al., 1998); no obstante parece que los rasgos de personalidad como trastorno obsesivo compulsivo y hostilidad cínica pueden ser posibles predictores de la adherencia o falta de ésta (Brannon y Feist, 2001). Además, Griffith (1990) señala que los pacientes que poseen rasgos de personalidad anormal o quienes son paranoicos o hipocondríacos frecuentemente presentan conductas de no adherencia. Algunos pacientes se sienten culpables de tomar medicamentos como si fuera un estigma social. El miedo a volverse dependientes del tratamiento es otra razón que frecuentemente se cita para explicar la conducta de no adherencia.

Otros factores como un *nivel socioeconómico bajo, pobreza, analfabetismo, educación limitada, el desempleo, larga distancia a los centros de tratamiento, alto costo de transporte o medicación* (O.M.S., 2003b), *disponer de domicilio fijo* (Sheridan & Radmacher, 1992) también afectan la adherencia. DiMatteo, et al., (1993) señalan que variables como la *historia de adherencia del paciente, las creencias de salud y la motivación para la salud, el conocimiento y entendimiento de los pacientes* de requerir un régimen de tratamiento pueden también ser predictores importantes de la adherencia.

Como se ha visto, la falta de adherencia es un problema complejo que probablemente irá incrementando en incidencia dado que en los años siguientes habrá una mayor proporción de gente en edad adulta mayor o vejez que frecuentemente sufren de diversas enfermedades crónicas que requieren de tratamiento médico a largo plazo. Además, factores asociados a la edad, tales como las dificultades en la memoria, dificultades en la comunicación y habilidades de manipulación deficientes pueden dificultar la situación en dicha población (Griffith, 1990).

La adherencia terapéutica involucra muchos elementos que deben ser tomados por el personal de salud para lograr que los pacientes adquieran las conductas recomendadas por los servicios de salud y que las adopten a su estilo de vida en el tiempo que el tratamiento lo requiera. Se necesita mucho esfuerzo y mayor investigación sobre este tema ya que en la medida en que se tenga un entendimiento mejor, se podrán realizar acciones más efectivas sobre el problema.

CAPÍTULO 2

CÁNCER

El cáncer constituye una de las principales causas de mortalidad en nuestra sociedad, habiendo provocado el 13% de todas las muertes en el año 2005. Se calcula que en ese año murieron de cáncer 7,6 millones de personas de los 58 millones de muertes que se registraron a nivel mundial; y en los próximos 10 años morirán otros 84 millones si no se toma ninguna medida (O.M.S., 2006a). Algunos autores (Barraclough, 1999; Goyns, 1999) estiman que una de cada tres personas en el mundo occidental desarrollará cáncer durante su vida y cerca de una de cada cuatro morirá de cáncer.

Los tipos de cáncer que más contribuyeron en el 2005 a la mortalidad mundial general son los cánceres de pulmón (1,3 millones de muertes anuales); estómago (casi 1 millón de muertes anuales); hígado (662 000 muertes anuales); colon (655 000 muertes anuales), y mama (502 000 muertes anuales). Más del 70% de las muertes por cáncer registradas en 2005 se produjeron en países de bajos y medianos ingresos. Se prevé que el número mundial de muertes por cáncer siga aumentando en todo el mundo y alcance los 9 millones en 2015 y los 11,4 millones en 2030 (O.M.S., 2006b).

Los tipos de cáncer más frecuentes por sexo a nivel mundial son (por orden de mortalidad): en los *hombres*, los de pulmón, estómago, hígado, colon y recto,

esófago y próstata y, en las *mujeres*, los de mama, pulmón, estómago, colon y recto, y cuello uterino. (O.M.S., 2006b).

En México, el cáncer se encuentra entre las principales causas de mortalidad en adultos de acuerdo al SINAIS (2005a), siendo los tumores malignos de tráquea, bronquios, pulmón, estómago, hígado, próstata y del cuello del útero los principales causantes de defunción general en el año 2005 y presentándose con mayor frecuencia la leucemia, el tumor de mama y de cuello del útero (SINAIS, 2005b). Con respecto a la población femenina, las principales neoplasias causantes de defunción en nuestro país son el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino ocupando el noveno y onceavo lugar respectivamente dentro de las principales causas de mortalidad (SINAIS, 2007).

El cáncer no es una enfermedad nueva como mucha gente puede pensar, ni es una enfermedad exclusiva del ser humano, también plantas y animales lo pueden padecer (Branon y Feist, 2001; Amigo, et al., 1998). Se han identificado tumores óseos en restos egipcios antiguos que datan del año 3000 A. C. (Senra, 2002; Emory University, 2006). Las primeras evidencias escritas sobre el cáncer se remontan al año 1500 A. C. en *el Papiro de Ebers* en el cual no se proporciona una descripción detallada de la enfermedad sino sólo una explicación de las inflamaciones características de ciertos tumores (Brannon y Feist, 2001). Los papiros egipcios de Edwin Smith, representan otra evidencia documental de la existencia de este mal entre los años 3000 y 2500 A. C. pues describen, entre otras enfermedades, ocho casos de “tumores o úlceras de mama” tratados con la aplicación del cauterio (Senra, 2002; Emory University, 2006). Hipócrates fue el primero en usar la palabra *carcinosis* (cangrejo) y *carcinoma* para describir los procesos neoplásicos (como el de mama) que, a simple vista se presentan como formaciones dotadas de prolongaciones o patas que, al igual que un cangrejo, hacen presa en los tejidos que invaden (Amigo, et al., 1998). Fue Celsus (25 a. C.) quien tradujo el término “*carcinosis*” al latín como “*cáncer*” e introdujo en esta lengua el término “*carcinoma*”. Galeno (130-200 d. C) también contribuyó al

conocimiento de la enfermedad pues fue el primero en utilizar la palabra tumor y formuló una teoría humoral sobre el cáncer cuya influencia persistió durante un milenio (Senra, 2002).

Casi con certeza se puede decir que el cáncer se ha presentado como un problema de salud a lo largo de la historia. No obstante, las limitaciones en cuanto a conocimiento de la enfermedad, métodos de diagnóstico y tecnología nos han permitido sólo hasta hace poco tener una visión más aproximada de la incidencia real de este mal. Además, el aumento de la esperanza de vida es probablemente otro factor que hace parecer que las enfermedades cancerosas se presentan con mayor frecuencia en la actualidad. Lo cierto es que hoy en día la gente vive más y ya que la incidencia de cáncer aumenta con la edad, se puede advertir un número mayor de casos de cáncer en la población (Goyns, 1999). Al respecto Senra (2002) señala que el cáncer ha pasado de ser una enfermedad testimonial a principios del siglo XX hasta alcanzar su elevada frecuencia actual.

Existen varios términos que son usados comúnmente para referirse al cáncer, incluyendo las palabras tumor, neoplasia y malignidad (Goyns, 1999); sin embargo, estos términos tienen diferente significado.

2.1. ¿QUÉ ES EL CÁNCER?

El cáncer consiste en un crecimiento anormal de las células (Workman, 2004). Se caracteriza por una aparición más o menos súbita, por una evolución insidiosa (puede transcurrir mucho tiempo desde que se produce la primera célula cancerosa hasta que se manifiestan los primeros signos de la enfermedad) y por un curso impredecible (algunos tumores remiten espontáneamente mientras que otros progresan con extraordinaria rapidez) (Beneit, 1994).

Aunque se habla de cáncer en singular, los investigadores médicos han identificado cerca de 100 tipos diferentes de cáncer en cada uno de los cuales las células cancerosas presentan alteraciones en su morfología y su bioquímica en comparación con las normales (Pfeifer, 1999). Algunos autores, en cambio, refieren no menos de doscientos tipos de cáncer. Es por ello que se considera no como una enfermedad sino más bien un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que se extienden y crecen sin control (Brannon y Feist, 2001).

Explicar el proceso biológico a través del cual se desarrolla el cáncer es muy difícil por su complejidad. Antes que nada se debe entender el proceso que sigue una célula normal en su desarrollo y muerte: En la proliferación celular normal, el número de nacimientos celulares es casi igual al de muertes. La mayoría de las células tienen la capacidad de reproducirse y cada vez que se destruyen algunas de ellas, las demás del mismo tipo se reproducen hasta que vuelven a alcanzar el número correcto. Esta reposición metódica se rige por un mecanismo de control que se detiene cuando se corrigen la pérdida o el daño. (Pfeifer, 1999). En el caso del cáncer, este balance se altera. Dicha alteración puede ocurrir como resultado de un crecimiento celular descontrolado o de la pérdida de una habilidad de la célula de someterse a suicidio celular mediante un proceso conocido como "apoptosis". La apoptosis o "suicidio celular", es el mecanismo mediante el cual las células viejas o dañadas normalmente se autodestruyen (NCI, 2006) (Ver Fig. 5).

El aumento gradual en el número de células con capacidad para dividirse crea una masa creciente de tejido conocido como "neoplasia", término que etimológicamente significa "nueva formación" (Amigo, et al., 1998) y que también se conoce como tumor. El término neoplasia describe a una masa tisular anormal que se extiende más allá de las fronteras del tejido sano y que no cumple con la función de las células en dicho tejido. Las neoplasias se caracterizan por un funcionamiento descontrolado, falta de regulación en la división y el crecimiento y

motilidad anormal; algunas son dañinas para el huésped porque ocupan espacio y compiten por los nutrientes esenciales (Pfeifer, 1999).

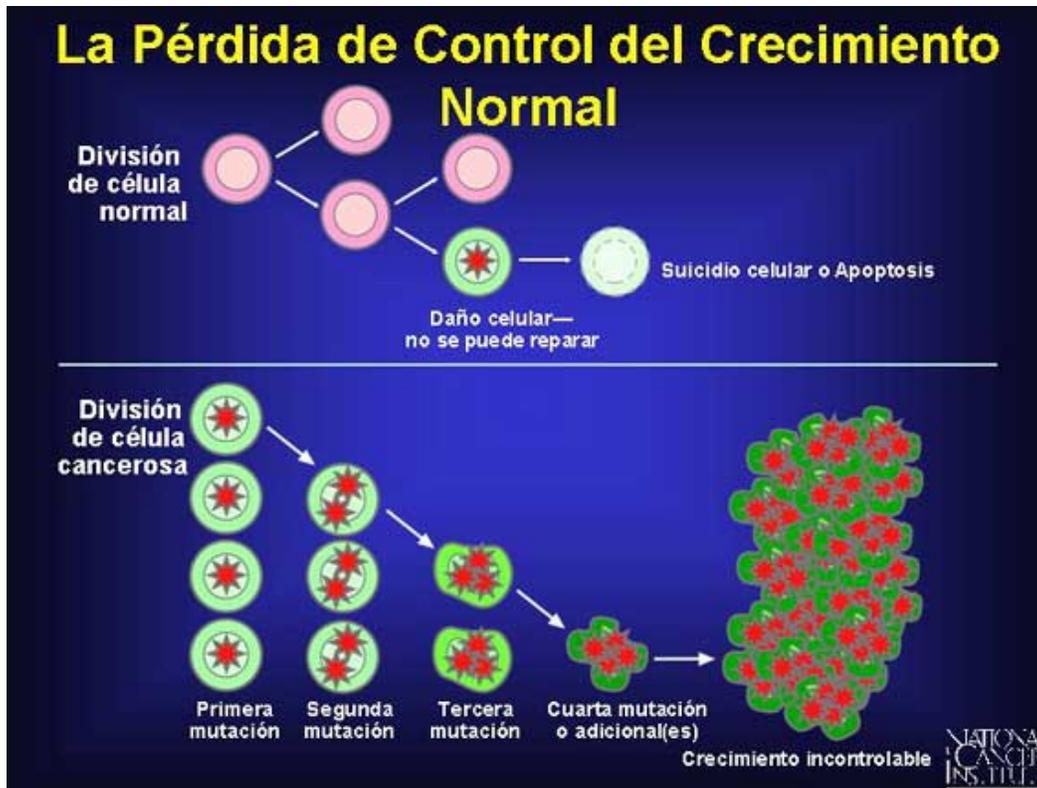


Fig. 5. Muestra una comparación entre la división de una célula normal y la división de una célula cancerosa (NCI,2006).

Los tumores o neoplasias pueden ser benignos o malignos. Las neoplasias benignas (tumores benignos) son de crecimiento lento, tienden a mantenerse localizados en un área específica, no se diseminan por el cuerpo (no es metástasico) y son susceptibles de extirpación con la consecuente cura del paciente (Tubiana, 1988; Branon y Feist, 2001). En cambio, las neoplasias malignas (tumores malignos) se conocen por su capacidad para invadir y destruir tejidos y órganos, tanto los que están cerca como los que están lejos del tumor original y también pueden desplazarse o realizar una *metástasis* a través del torrente sanguíneo o linfático, extendiéndose a otras zonas del cuerpo. **Cáncer** es el termino común para todas las neoplasias malignas (Pfeifer, 1999). Las células cancerosas crecen sin tener en cuenta las necesidades de otras células del

organismo y sin someterse a las limitaciones de crecimiento que gobiernan a otras células. Este crecimiento tumoral ilimitado hace que el cáncer sea capaz de destruir a su huésped, dañando otros órganos o procesos fisiológicos, o bien utilizando los nutrientes que el cuerpo requiere para desempeñar sus funciones. (Branon y Feist, 2001)

Aunque se han propuesto numerosas teorías para explicar el desarrollo del cáncer, no se ha sugerido ni aceptado ninguna hipótesis individual que las unifique (Pfeifer, 1999). Senra (2002) señala, que hay cuatro teorías clásicas sobre el origen del cáncer: **a)** Mutación de una célula somática, formulada por Baure en 1927, que es el modo habitual de comenzar la mayor parte de los tumores malignos, **b)** Diferenciación aberrante por alteraciones en la regulación genética, **c)** Activación viral y **d)** Selección celular de células previamente predestinadas a ser malignas.

Los investigadores no han podido demostrar de manera concluyente que el acontecimiento inicial del cáncer corresponda a una mutación. Pero saben que el resultado final es un cambio irreversible en el código genético que produce clones celulares que más adelante darán paso a un cáncer clínicamente detectable (Pfeifer, 1999).

Esta transformación de una célula normal a cancerosa se produce a través de un proceso denominado **carcinogénesis** y el cual se desarrolla en tres etapas generales, las cuales se describirán a continuación.

Primero ocurre la **iniciación**, cuando el material genético (ADN) es expuesto a un carcinógeno, causando cambios en la célula que permitirán una transformación maligna. Durante esta etapa pueden ocurrir 3 cosas: 1) el gen es reparado y por tanto no se produce el cáncer, 2) el gen cambia permanentemente pero no produce cáncer, a menos que se vea expuesto a la acción de un carcinógeno coadyuvante en una fecha posterior, o 3) el gen se transforma y produce una

célula cancerosa si el iniciador es un carcinógeno completo (Pfeifer, 1999). Una vez que una célula ha sido iniciada, puede convertirse en una célula cancerosa, si retiene la capacidad para dividirse y si los cambios celulares que han ocurrido durante la iniciación se mantienen por la promoción (Workman, 2004).

La siguiente etapa, es la **promoción**, en la cual se presentan de manera sucesiva ciertas sustancias co-carcinógenas denominadas *promotores*, lo cual puede producir un daño irreversible o reversible. El daño irreversible lleva a la transformación de la célula en cancerosa; no obstante, es posible revertir el daño de los promotores a través de agentes restitutorios como la vitamina C, ciertas características del huésped (por ejemplo, un sistema inmunológico eficaz) o una exposición al carcinógeno limitada en tiempo o en dosis (Pfeifer, 1999). Pero, para que se forme un tumor, la iniciación debe ser seguida de la promoción. Si la persona primero es expuesta a un promotor y luego es expuesta a un carcinógeno puro, las células iniciadas no forman un tumor (Workman, 2004).

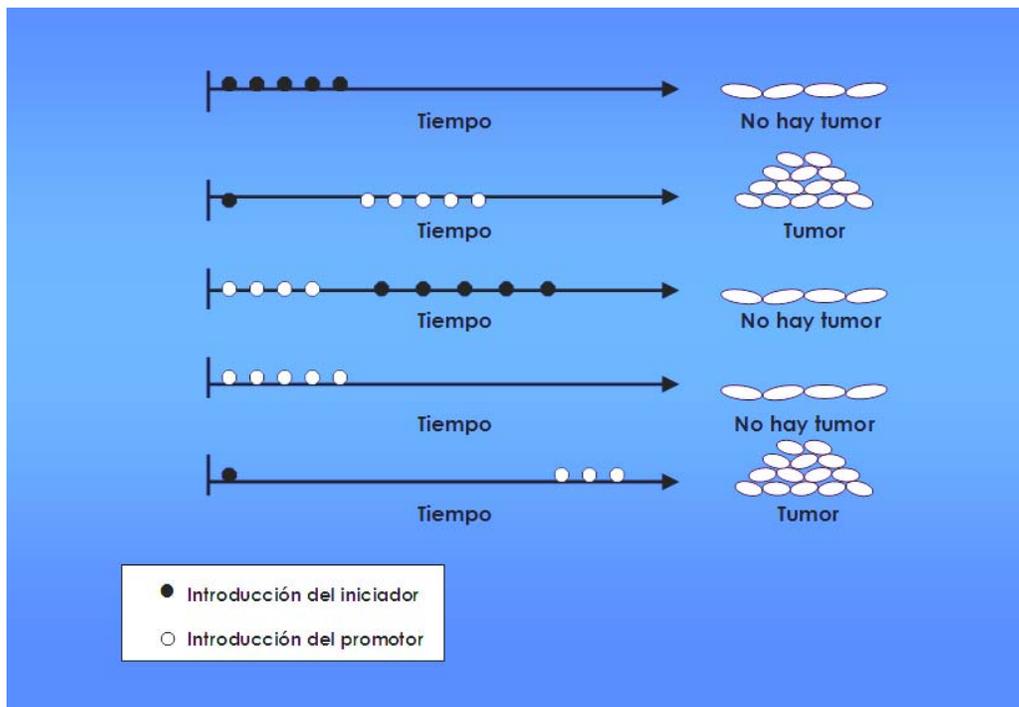


Fig. 6. Muestra las interacciones entre la iniciación y la promoción (Pfeifer, 1999).

La tercera etapa es la de **progresión**, cuando la neoplasia ya establecida adquiere propiedades que conllevan mayor malignidad, como la capacidad de diseminarse a distancia o la resistencia a fármacos, probablemente por acumulación de nuevas mutaciones en el ADN celular (Cruz, 1999); es entonces cuando la lesión local se transforma a enfermedad general (Barraclough, 1999; Senra, 2002).

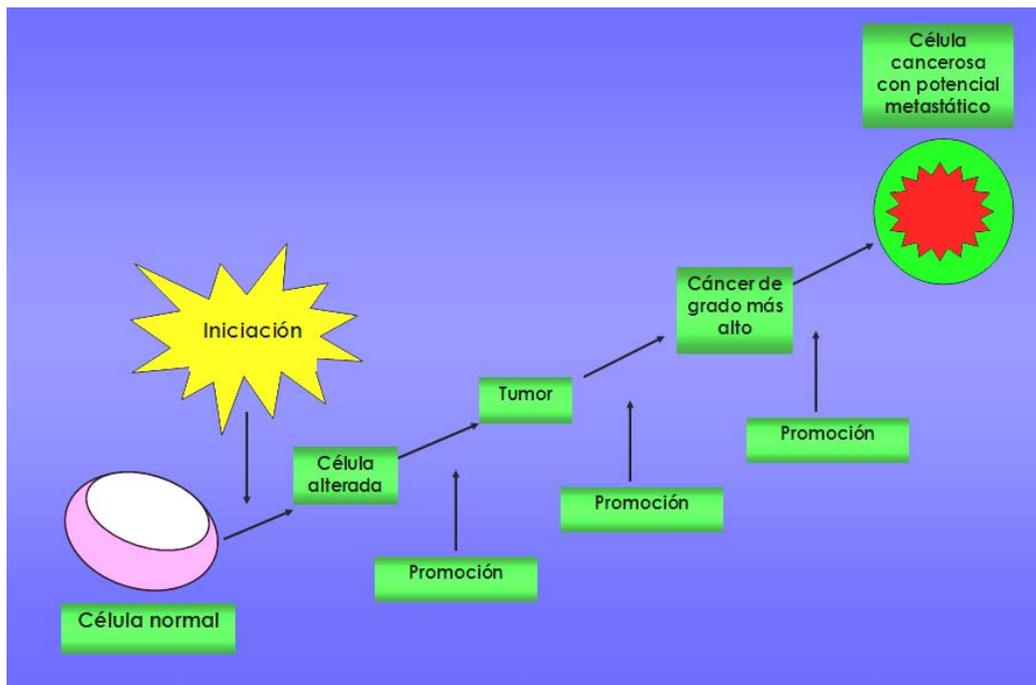


Fig. 7. Los pasos del proceso de carcinogénesis (Workman, 2004).

Por último, el enfermo puede pasar a otra etapa denominada **metástasis**, que ocurre cuando las células cancerosas se trasladan por el torrente sanguíneo o por el sistema linfático, y se establecen tumores secundarios en otros órganos (Workman, 2004; NCI, 2006).

Los tumores malignos pueden dividirse en cuatro grupos principales: carcinomas, sarcomas, leucemias y linfomas. Los **carcinomas** son células del tejido epitelial, que se refiere a las células que recubren las superficies externas e internas del

organismo, como la piel, la pared del estómago o las mucosas. Los **sarcomas** se encuentran en los tejidos de soporte del cuerpo, como por ejemplo, hueso, cartílago, grasa, tejido conectivo y músculo (NCI, 2006). La **leucemia** es un tipo de cáncer que se origina en la sangre o en las células que la forman, como las de la médula ósea (Brannon y Feist, 2001). Los **linfomas** son cánceres que se originan en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico del cuerpo (NCI, 2006).

Los científicos utilizan una variedad de nombres técnicos para distinguir los muchos diferentes tipos de carcinomas, sarcomas, linfomas y leucemias. En general, estos nombres son creados utilizando diferentes prefijos grecolatinos que corresponden a la ubicación en donde el cáncer empezó su crecimiento descontrolado. Por ejemplo, el prefijo "oste" significa hueso, por lo que un cáncer que se origina en el hueso se conoce como un osteosarcoma. Similarmente, el prefijo "adeno" significa glándula, por lo que un cáncer de células glandulares se conoce como adenocarcinoma (NCI, 2006).

Por otra parte, la clasificación por grados de un cáncer, intenta establecer algún estimado de su agresividad o nivel de malignidad según la diferenciación citológica de las células tumorales y el número de mitosis dentro del tumor. La clasificación en etapas del cáncer se funda en las dimensiones de la lesión primaria, el grado de propagación o ganglios regionales y si hay o no metástasis (Sánchez, 2000). Existe un sistema de clasificación llamado TNM para cada tipo de cáncer basado en tres componentes que describen la extensión anatómica de la enfermedad: "T" para tumor primario, "N" para la extensión del tumor hacia los ganglios "node" linfáticos regionales y "M" para metástasis distante (UICC, 1997). Este método puede aplicarse a todas las formas de neoplasias. La neoplasia específica se caracteriza mediante este sistema como T1, T2, T3, T4 con tamaño creciente de la lesión primaria; N0, N1, N2 O N3 para indicar la enfermedad ganglionar progresiva y M0 o M1 si hay metástasis a distancia (Uribe, Badillo y Hurtado, 1988 citado en Sánchez, 2000).

Esta clasificación proporciona las bases para planificar correctamente el tipo de tratamiento médico a seguir y, además, determinar el pronóstico de la enfermedad según su extensión y características de cada paciente como se verá más adelante.

2.2. FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER

Las causas exactas del cáncer no se conocen con certeza, sin embargo, se han identificado múltiples factores de riesgo que pueden conducir a la enfermedad neoplásica entre los que se encuentran: factores genéticos, físicos, químicos, geográficos, culturales, psicológicos, etc. (Beneit, 1994). Es necesario recalcar que los factores de riesgo no causan necesariamente una enfermedad, sino que permiten predecir la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o muera a causa de la misma (Brannon y Feist, 2001).

Estos factores de riesgo pueden clasificarse en *exógenos*, cuyo efecto carcinógeno para el hombre está plenamente demostrado y unos factores *endógenos* que contribuyen al desarrollo del cáncer. Los factores exógenos son, por ejemplo, factores químicos, físicos y biológicos. Los factores endógenos son la herencia, inmunidad, nutrición y hormonas (Senra, 2002).

2.2.1. Factores exógenos

Químicos: Algunos productos químicos industriales pueden afectar la salud y muchos se han relacionado con enfermedades oncológicas (Beneit, 1994). La IARC de Lyon elabora unas listas cada año de las sustancias químicas carcinógenas. Esta se divide en tres grupos. En el grupo I se encuentran las sustancias que son sin duda carcinógenas para el hombre como las aflatoxinas, aminobifenilo, arsénico y sus compuestos, asbesto, azatioprine, benceno,

bencidina, berilio y sus compuestos, derivados de 2-naftilamina, bisclorometil éter, busulfán, cadmio y sus compuestos, clorambucil, metil CCNU, cromo y sus compuestos, ciclosporina, ciclofosfamida, dietilestilbestrol, virus de Epstein-Barr, erionite, óxido de etileno, Helicobacter pylori, virus de las hepatitis B y C, HIV 1, virus del papiloma humano tipo 16 y 18, virus linfotrópico para células T humanas tipo I, melfalan, 8-metoxipsoralen, combinación quimioterápica tipo MOPP, gas de mostaza, 2-naftilamina, compuestos de níquel, estrógenos en postmenopausia, estrógenos no esteroideos, estrógenos esteroideos, infección con Opistorchis viverrini, contraceptivos orales combinados y secuenciales, radón y sus productos de degradación, Schistosoma Hematobium, sílice, radiación solar, talco con fibras asbestiformes, tamoxifeno, tetraclorodibenceno-para-dioxin, tiotepa, treosulfán y cloruro de vinilo. Asimismo, algunas mezclas de sustancias químicas como las bebidas alcohólicas, compuestos de fenacetina, betel con tabaco, alquitranes, breas, gasóleos minerales, pescados salados, aceites de rocas, hollín, productos del tabaco (sin fumarlo, fumar tabaco y polvo de madera (Senra, 2002).

El grupo II se subdivide a su vez en dos: IIA que incluye 57 sustancias que probablemente son carcinógenas para el hombre y el grupo IIB, incluye 225 sustancias que posiblemente son carcinógenas para el hombre. El grupo III se compone de 480 sustancias que son clasificables respecto a la carcinogenicidad para humanos (Senra, 2002).

Otros factores exógenos que se mencionan con mayor frecuencia por su relación con el cáncer son los siguientes:

Tabaco: Existe una fuerte relación entre el cáncer de pulmón y el tabaquismo. Pero el tabaquismo también se ha relacionado con otros tipos de cáncer como la leucemia, el cáncer de labio, la cavidad bucal, la faringe, el esófago, el páncreas, la laringe, la tráquea, la vejiga y el riñón (Amigo, et. al., 1998; Brannon y Feist, 2001).

Alcohol: La ingesta excesiva de alcohol puede aumentar el riesgo de cáncer de boca, laringe, esófago e hígado (Amigo, et al., 1998). La mezcla de alcohol y tabaco tiene un efecto carcinógeno que presenta un mayor riesgo de contraer cáncer que el uso de forma independiente de estas sustancias (Brannon y Feist, 2001) pues el alcohol actúa como disolvente de los alquitranes del tabaco (Senra, 2002).

Dieta: La dieta inadecuada está relacionada con diversos tipos de cáncer como el de mama, estómago, útero, endometrio, recto, colon, riñón, intestino delgado, páncreas, hígado, ovarios, vejiga, próstata, boca, faringe, tiroides y esófago (Brannon y Feist, 1992).

La ingesta de alimentos curados por salazón (bacalao, jamón salado y pescados salados) se asocia con la incidencia de cáncer gástrico, asimismo la ingesta continuada y monótona de frijoles. También los alimentos ahumados y las carnes y pescados asados ya que contiene carcinógenos producidos en la combustión. Ciertos medicamentos como el sulpiride que produce una hipersecreción de prolactina puede agravar el pronóstico de los cánceres de mama. A estos se agregan los extractos de rauwolfia, un tipo de hipotensores ya en desuso (Senra, 2002).

Pero existen algunos alimentos que se consideran protectores contra el cáncer gástrico como los vegetales de hoja verde; y, por su parte los alimentos ricos en fibras protegen contra el cáncer de colon (Senra, 2002).

Radiaciones solares: La exposición a la luz ultravioleta se conoce hoy como una causa de cáncer en la piel, teniendo un mayor riesgo personas de piel clara en contraste con las personas de piel oscura (Brannon y Feist, 2001).

Quemaduras: las quemaduras de la piel producen un cáncer en la zona de la quemadura que se desarrolla después de varios años de incubación, produciendo

tumores denominados úlceras de Marjolin de gran malignidad que producen metástasis regionales y hematógenas (Senra, 2002).

Traumatismos: Por si solos no son causantes de cáncer pero cuando ocurren en un lugar en el que ya ha iniciado el cáncer, es posible que acelere su crecimiento y que facilite su diseminación local (Senra, 2002).

Bacterias y Virus: se ha descubierto que algunos tipos de bacterias y virus se asocian con diferentes tipos de cáncer. Entre éstos se encuentran: **Helicobacter Pylori** considerada como causante del cáncer gástrico; el **virus de Epstein-Barr** que es un virus herpético que se asocia con el linfoma de Burkitt, el carcinoma de la rinofaringe o carcinoma de cavum; los **virus de la hepatitis B y C** se han ligado al cáncer de hígado; el **virus del Papiloma Humano** se relaciona estrechamente con el cáncer cervicouterino, específicamente los tipos 16, 18 y probablemente el 31 y el **virus del SIDA** HIV-1 y HIV-2 está ligado al sarcoma de Kaposi, linfomas malignos de bajo grado, mielomas, carcinomas de cérvix etc. También existen algunas formas raras de leucemia que parecen ser causadas por el **virus humano de las células T** (Goyns, 1999; Senra, 2002)

2.2.2. Factores endógenos

Dentro de los factores de tipo endógeno, podemos citar los siguientes:

Edad: La edad avanzada es un factor que se relaciona directamente con el cáncer en general, pues a mayor edad, mayores son las probabilidades de desarrollar la enfermedad o de morir a causa de ella (Brannon y Feist, 2001).

Herencia: Senra (2002) señala que la herencia en la carcinogénesis es mínima y que el estilo de vida aprendido en la familia sería un el principal factor por el cual determinados tipos de cánceres se manifiestan más en determinadas familias

(Senra, 2002). No obstante, estudios más recientes indican que algunos cambios en los genes que aumentan el riesgo de padecer cáncer pasan de padres a hijos. Estos cambios están presentes en todas las células del cuerpo desde el nacimiento. Es raro que el cáncer sea hereditario en una familia. Sin embargo, ciertos tipos de cáncer ocurren con más frecuencia en algunas familias que en el resto de la población. Por ejemplo, el melanoma y los cánceres de seno, de ovarios, de próstata y de colon a veces son hereditarios en algunas familias. Si se producen varios casos de un mismo tipo de cáncer en una familia, es posible que estén conectados a cambios genéticos hereditarios, lo cual puede aumentar la posibilidad de padecer cáncer. Sin embargo, es posible que también estén involucrados factores del medio ambiente. La mayoría de las veces, los casos múltiples de cáncer en una familia son simplemente una cuestión de coincidencia (NCI, 2007).

Genética molecular: Hoy en día se sabe que algunos genes están implicados en el origen de la enfermedad cancerosa como es el caso del gen Rb (supresor del tumor retinoblastoma), el APC (gen de la poliposis adenomatosa del colon), el gen p53 (supresor de los tumores) y el gen AT (de la ataxia-teleanglectasia) (Senra, 2002). Actualmente se conoce que los genes BRCA1 y BRCA2 están relacionados con el cáncer de mama (NCI, 2008b).

Hormonas: los factores hormonales tienen una gran importancia para la determinación de ciertos cánceres. El concepto de tumores hormonodependientes se refiere a las características de los tumores de que tienen receptores hormonales en sus células (Senra, 2002).

Actividad física: numerosos estudios han señalado que la actividad física constituye un factor protector contra el cáncer de mama y asimismo contra el cáncer de colón (Brannon y Feist, 2001).

2.2.3. Factores psicosociales

Comportamiento: Dentro de los factores psicosociales que afectan al riesgo y supervivencia de los pacientes con cáncer se encuentran: el mantenimiento de hábitos comportamentales de cuidado de la salud (exposición a carcinógenos), consumo del tabaco, ingesta excesiva de alcohol, dietas ricas en grasas, exposiciones a radiaciones o el efecto combinado de estas variables (Cruzado, Olivares y Fernández, 1993).

Patrón de personalidad tipo C: También se ha referido como factor psicológico de riesgo para desarrollar cáncer. Este tipo de conducta se caracteriza por la tendencia a evitar y negar emociones, acompañado de una escasa expresión de emociones, en especial de las negativas, así como estados de depresión e indefensión (Cruzado, et al., 1993). Principalmente las características de la supresión y/o negación de reacciones emocionales fuertes, y la imposibilidad de hacer frente adecuadamente al estrés con la subsiguiente reacción de abandono asociada a sentimientos de desesperación y desamparo se refieren en estrecha relación con el cáncer (Amigo, et al., 1998).

Estrés: Juega un papel muy importante en el desarrollo de la enfermedad. Aunque no es un factor etiológico, sí se ha demostrado que puede actuar como facilitador para el origen y el desarrollo del cáncer. Según el modelo de Cox (1986, citado en Beneit, 1994) existen diferentes modos en los que el estrés influye para la iniciación de la enfermedad cancerosa. Primero, los estilos de afrontamiento ante el estrés pueden guiar a la exposición de los estímulos carcinógenos. En segundo lugar, la respuesta fisiológica de una persona ante el estrés puede aumentar los efectos de la estimulación cancerígena. Esta respuesta fisiológica podría implicar cambios en el ambiente celular y hormonal desencadenando en cualquier proceso neoplásico (Beneit, 1994).

Cruzado, et al. (1993) señalan que existe una mayor mortalidad de cáncer entre personas de escasos recursos y/o con apoyo social deficiente. Asimismo refieren que existen cambios en la bioquímica del sistema inmunológico provocados por factores psicosociales dando lugar a la promoción de un proceso canceroso a través de la supresión de la vigilancia inmunológica (Beneit, 1994).

2.3. TRATAMIENTO

El tratamiento médico oncológico contra el cáncer es amplio, pero son tres los tipos que se emplean con mayor frecuencia: cirugía, radioterapia y quimioterapia (Amigo, et al., 1998) los cuales se describirán más adelante. El tipo de acción terapéutica indicada para un paciente así como el éxito que se tenga con el tratamiento aplicado dependerá del estadio, localización y características de cada paciente como puede ser el tener otro padecimiento presente, edad, características individuales, por citar algunos.

2.4. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es una de las enfermedades malignas más frecuentes en las mujeres y la principal causa de mortalidad alrededor del mundo (NCI, 2006; O.M.S., 2006b). Se estima que una de cada ocho mujeres desarrollarán cáncer de mama durante su vida (Hutson, 2004). La incidencia del cáncer mamario en las mujeres ha aumentado en un 2% anual desde 1980, debido tal vez en parte a un mayor acceso a los programas de diagnóstico y con ello a una detección precoz, así como también debido al envejecimiento de la población femenina. En general, las tasas de mortalidad no han variado mucho en los últimos 50 años a pesar de los avances en las técnicas terapéuticas y la detección precoz (Crane, 1999). Este es un problema de salud que va en aumento en nuestro país ya que sólo para el

año 2005 se registraron 4220 defunciones por cáncer de mama y para el 2007, se registraron 4609 defunciones (SINAIS, 2007).

La alta incidencia de la enfermedad, la mortalidad así como las consecuencias generadas por su tratamiento han motivado una serie de investigaciones para descubrir su etiología. El cáncer de mama supone un gran problema de salud en nuestro país y tiene serias repercusiones económicas y en el entorno psicosocial del paciente y de su familia (Del Barco y Gómez, 1999).

Pero la investigación realizada hasta el momento ha demostrado que no hay una causa única del cáncer de mama, sino que es una enfermedad originada por la interacción de muchos factores de riesgo que difieren de una mujer a otra (Crane, 1999).

2.4.1. Factores de riesgo para el cáncer de mama

Se considera que los factores de riesgo específicos para el desarrollo del cáncer de mama son:

- **Sexo femenino:** 99% de cáncer de mama ocurre en mujeres mientras que el cáncer masculino representa sólo 1 ó 2% (Del Barco y Gómez, 1999).
- **Raza:** en mujeres blancas el riesgo es mayor que en latinas, asiáticas o afroamericanas (NCI, 2008a).
- **Edad avanzada:** la incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad (Crane, 1999), la máxima frecuencia se sitúa entre los 50-60 y su incidencia aumenta de manera gradual desde los 30 hasta los 50-60 años donde mantiene una frecuencia estable y vuelve a aumentar a partir de los 60 años hasta alcanzar tasas más altas alrededor de los 70 años (Del Barco y Gómez, 1999).

- **Nivel socioeconómico:** la mayor frecuencia del cáncer de mama se presenta en mujeres de estratos social y económico alto, en quienes se combina una serie de factores nutricionales, partos tardíos, ausencia de lactancias, estrés emocional, poca actividad física, y consumo excesivo de cigarrillos y café (Torres, 1999).
- **Antecedentes personales de cáncer:** haber padecido o padecer cáncer de mama aumenta el riesgo de cáncer en la mama opuesta 10 veces (Del Barco y Gómez, 1999).
- **Antecedentes familiares de cáncer:** las mujeres con antecedente de cáncer de mama en un familiar de primer grado (madre, hermana, hija) tienen 3 veces mayor riesgo de padecer dicha enfermedad, sobre todo si es premenopáusicas y con enfermedad bilateral donde aumenta hasta 9 veces, y si el familiar es de segundo grado el riesgo es de 1.5 veces. Hay un síndrome de cáncer de mama hereditario donde el riesgo es del 50 al 80%, suele ser bilateral y presentarse precozmente en premenopausicas; esta relacionado con oncogenes BRCA1 y BRCA2 (Torres, 1999). El riesgo es mayor si ese familiar tuvo cáncer antes de los 40 años. El que otros familiares del lado de la madre o del padre tengan cáncer de seno puede también aumentar el riesgo de una mujer (NCI, 2008b).
- **Alteraciones genéticas:** Los cambios en ciertos genes aumentan el riesgo de cáncer de seno. Estos genes incluyen el *BRCA1*, *BRCA2* y otros. En las familias en las que muchas mujeres han tenido la enfermedad, las pruebas pueden mostrar algunas veces la presencia de cambios genéticos específicos (NCI, 2008b).
- **Menarquia precoz y menopausia tardía:** el cáncer de mama es más frecuente en mujeres que tienen una larga vida menstrual, debido probablemente al mayor tiempo que el parénquima de mama está sometido al influjo hormonal ovárico por estrógenos (Torres, 1999).
- **Historia reproductiva:** las mujeres que no tienen hijos (nuliparidad) o el primer embarazo a término después de los 30 años incrementa el riesgo, mientras que mujeres menores de 20 años tienen efecto protector ante el

cáncer (Torres, 1999). Se desconoce el por qué, pero es probable que se deba a cambios en el tejido mamario o a las hormonas que lo hacen menos susceptible a los tumores (Crane, 1999). Se ha investigado mucho para saber si el hecho de haber tenido un aborto o interrupción del embarazo afecta la probabilidad de la mujer de desarrollar cáncer de seno más tarde. Estudios grandes, bien diseñados, han mostrado consistentemente que no hay una relación entre el aborto o la interrupción del embarazo y el desarrollo de cáncer de seno (NCI, 2008b).

- **Enfermedad benigna de mama:** la enfermedad fibroquística no aumenta el riesgo de forma global, excepto en el caso de que exista hiperplasia ductal atípica (Del Barco y Gomez, 1999). Si las células de esta lesión continúan proliferando y adquieren apariencia cancerosa, se convierte en un carcinoma in situ, lo cual puede derivar en un cáncer de mama invasor (Crane, 1999).
- **Hormonas endógenas:** se ha establecido el papel de los estrógenos endógenos como un factor de riesgo, basándose en estudios realizados con animales. Aunque se considera cierta relación de la progesterona, en la actualidad no hay evidencias definitivas de su papel en el cáncer mamario. Y aunque se sospecha del papel de la prolactina en la etiología del cáncer mamario humano por los estudios realizados en ratas, su papel en el ser humano no se conoce perfectamente (Torres, 1999).
- **Exposición a hormonas exógenas:** los datos epidemiológicos no establecen relación entre el uso de anticonceptivos y la patología de cáncer mamario (Del Barco y Gómez, 1999). Contrariamente, los estudios demuestran una correlación con el uso de estrógenos exógenos como el uso de la terapia de reemplazo hormonal durante la menopausia (ya sea *estrógeno* solo o *estrógeno más progestina*) en ciertos grupos de mujeres como por ejemplo, en casos de ooforectomía bilateral (Torres, 1999) y casos de administración de hormonas por 10-20 años (Del Barco y Gómez, 1999). Sin embargo, los resultados de los estudios son contradictorios (Crane, 1999).

- **Dieta:** algunos autores sugieren que la obesidad se asocia con un mayor riesgo en pacientes postmenopáusicas (Crane, 1999; NCI, 2008b) Sin embargo, Torres (1999) señala que en la actualidad no hay relación positiva ni negativa entre la ingestión de grasas y el riesgo de desarrollar cáncer. El autor señala que el efecto más importante mostrado en varios estudios epidemiológicos acerca del cáncer y su relación con la dieta, radica en el total de las calorías consumidas, lo cual se manifiesta en obesidad cuando la cantidad de calorías es excesiva.
- **Inactividad física:** Las mujeres que son inactivas físicamente en su vida pueden tener un riesgo mayor de cáncer de seno. La actividad física puede ayudar a reducir el riesgo al prevenir el aumento de peso y la obesidad (NCI, 2008b).
- **Exposición a radiación ionizante:** se ha aceptado que puede producir la aparición de un tumor maligno antes de los 40 años. Se ha considerado un riesgo potencial por el uso de la mastografía ya que este estudio implica exposición a dosis bajas de radiación; no obstante, es necesario tomar en cuenta la dosis recibida, la edad de exposición y la magnitud del periodo de latencia (Crane, 1999; Torres, 1999).
- **Consumo de alcohol:** Algunos estudios lo relacionan con un aumento de riesgo de padecer cáncer de mama. La edad a la que la persona comienza a beber (antes de los 30), el volumen y la duración parecen ser variables importantes a considerar dentro de este factor (Crane, 1999; NCI, 2008b).
- **Virus:** Se sospecha de este factor debido a que se sabe que un virus es el agente causal del cáncer de mama en ratones y otro virus en primates, pero falta por determinar el papel de estos virus en la etiología del cáncer humano (Torres, 1999).

El conocer los factores de riesgo es el primer paso en la prevención; muchos de ellos pueden evitarse, otros en cambio, como los antecedentes familiares, no se pueden evitar. Pero es también importante tener en cuenta que la mayoría de las mujeres que tienen estos factores de riesgo no padecen cáncer de mama.

También, la mayoría de las mujeres que desarrollan cáncer de mama no tienen antecedentes de esta enfermedad en su familia.

2.4.2. Detección y diagnóstico

Para la detección y diagnóstico del cáncer de mama se emplean diversas técnicas que son:

- *la examinación clínica de seno*, que es realizada por el médico dentro del consultorio con la finalidad de buscar por medio de la palpación algún bulto o síntoma que indique la presencia de un cáncer;
- *autoexamen de mama*, en el que la mujer se examina a sí misma para buscar cualquier cambio en sus senos;
- *la mamografía o mastografía*, que consisten en imágenes de rayos X del seno para obtener imágenes más claras y más detalladas de cualquier área que se ve anormal en una mamografía de detección (NCI, 2008b). La mastografía es el método de detección más empleado y más fiable indicado para pacientes mayores de 50 años de edad. Sin embargo, en la actualidad se recomienda este estudio en pacientes menores de 40 años que presenten factores de riesgo citados anteriormente (NCI, 2008).
- *la ecografía o ultrasonido* utiliza ondas de sonido o alta frecuencia para diferenciar lesiones sólidas de quísticas, es más útil que la mamografía para diagnosticar tumores en mamas hiperdensas (mujeres jóvenes) pero no detecta tumores menores de 0.5 cm. ni microcalcificaciones,
- *termografía*, que se basa en la diferente vascularización y temperatura entre la zona tumoral y el resto de la mama, sin embargo tiene escasa sensibilidad (Del Barco y Gómez, 1999);
- *imágenes por resonancia magnética (IRM)*, en el que se emplea un magneto potente conectado a una computadora para obtener imágenes detalladas de tejido dentro del seno y puede ser empleada junto con la

mastografía y procedimientos invasivos para realizar análisis como la biopsia que consiste en la extracción de líquido o tejido del seno para saber si hay cáncer presente (NCI, 2008b).

Los exámenes de diagnóstico de cáncer son muy importantes ya que ayudan a los médicos a encontrar y tratar el cáncer a tiempo para que los pacientes puedan recibir un tratamiento adecuado. Es más probable que el tratamiento sea efectivo cuando el cáncer se encuentra tempranamente. Para saber el grado de avance de la enfermedad cancerosa se emplean los siguientes métodos de clasificación.

2.4.3. Estadificación

El cáncer de mama por lo general se clasifica de acuerdo con el sistema TNM de la siguiente manera:

Tabla 2. Clasificación TNM para el cáncer de mama (Del Barco y Gómez, 1999)

Tumor Primario (T)	Ganglios linfáticos Regionales (N)	Metástasis a distancia (M)
Tx Tumor primario que no puede ser valorado	N0 Sin metástasis en los ganglios linfáticos regionales	Mx Metástasis que no puede ser valorada
T0 no hay evidencia de tumor primario	N1 Metástasis en ganglios linfáticos ipsilaterales no adheridos entre sí o a otras estructuras	M0 Sin metástasis a distancia
Tis Carcinoma in situ (intraductal, lobulal o enfermedad de Paget)	N2 Metástasis en ganglios linfáticos ipsilaterales adheridos entre sí o a otras estructuras	M1 Metástasis a distancia
T1 Tumor menor o igual a 2 cm T1a hasta 0.5 cm T1b Entre 0.5 y 1 cm T1c entre 1 y 2 cm	N3 Metástasis en ganglios linfáticos internos ipsilaterales	
T2 Tumor entre 2 y 5 cm		
T3 Tumor mayor de 5 cm		
T4 Cualquier tamaño con: T4a Invasión de la pared torácica T4b Edema, ulceración de piel o ganglios satélites T4c T4a+T4b T4d Carcinoma inflamatorio		

Para indicar el progreso de la enfermedad por cáncer de mama los médicos emplean la clasificación en etapas o estadios de la manera siguiente:

Tabla 3. Estadificación del cáncer de mama (Crane, 1999; Hutson, 2004; NCI, 2008b)

Estadio	Características
Estadio 0	Carcinoma <i>in situ</i>
Estadio I	Tumor menor de 2 cm. con ganglios sanos (T1-N0-M0)
Estadio IIA	Tumor entre 0 y 2 cm. con ganglios afectados o de 2 a 5 cm con ganglios sanos (T0-N1, T1-N1, T2-N0, todos los M0)
Estadio IIB	Tumor de 2 a 5 cm. con ganglios afectados o mayor de 5 cm con ganglios sanos (T2-N1, T1-N2, T2-N2, T3-N1, T3-N2, todos los M0)
Estadio IIIA	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o a la piel, ganglios afectados móviles o inmóviles (T0-N2, T1-N2, T2-N2, T3-N1, T3-N2, todos los M0)
Estadio IIIB	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o a la piel, ganglios afectados con o sin ganglios linfáticos afectados (T4- cualquier N, cualquier T-N3, todos los M0)
Estadio IIIC	Cualquier tumor primario, con metástasis a ganglios linfáticos ipsilaterales y sin metástasis a distancia
Estadio IV	Cualquier metástasis a distancia (incluye los ganglios supraclaviculares ipsilaterales)
Cáncer recurrente	Es cáncer que ha regresado (recurrido) después de haber sido tratado. Puede recurrir localmente (en el seno o en la pared del tórax) o en cualquier otra parte del cuerpo (como en el hueso, el hígado o los pulmones).

Los tipos de tumores también se clasifican por su grado de diferenciación celular, que describe el grado en el cual el tumor histopatológicamente se asemeja al tejido normal del seno y el índice en el cual el tumor se está dividiendo y replicando.

Tabla 4. Grado de diferenciación histopatológica (TNM, 1997, citado en Del Barco y Gómez, 1999)

Grado	Nivel de diferenciación
GX	El grado de diferenciación no puede ser evaluado
G1	Bien diferenciado
G2	Diferenciado moderadamente
G3	Pobrementemente diferenciado
G4	Indiferenciado

Para hacer un plan de tratamiento de la mujer (o el hombre) con cáncer de seno, el médico necesita saber la extensión (*etapa o estadio*) de la enfermedad así como la diferenciación histopatológica. Conocer todas estas características permitirá tener un mejor abordaje terapéutico de la enfermedad.

2.4.4. Tratamiento para el cáncer de mama

En el tratamiento del cáncer de mama se emplea una aproximación multidisciplinaria que incluye una combinación de cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia sistémica, terapia hormonal, inmunoterapia, quimioterapia adyuvante (Hutson, 2004). La elección de tratamiento dependerá de varios factores como son el tamaño del tumor, la localización del tumor, la estirpe histológica, el tamaño de la mama, las preferencias y actitudes de la paciente y otras contraindicaciones en cuestión de salud (Crane, 1999).

El tipo de tratamiento se clasifica en dos tipos generales: **1) Terapia local:** La cirugía y la radioterapia son tratamientos locales. Extirpan o destruyen el cáncer en el seno. Cuando el cáncer de seno se ha diseminado a otras partes del cuerpo, la terapia local puede usarse para controlar la enfermedad en esas áreas específicas pero no en otras partes. **2) Terapia sistémica:** La quimioterapia, la terapia hormonal y la terapia biológica son tratamientos sistémicos. Entran en el torrente de la sangre y destruyen o controlan el cáncer en todo el cuerpo. Algunas

mujeres con cáncer de seno reciben terapia sistémica para hacer encoger el tumor antes de cirugía o de radiación. Otras tienen terapia sistémica después de la cirugía o de la radiación para impedir que el cáncer regrese. Los tratamientos sistémicos se usan también para el cáncer que se ha diseminado (NCI, 2008b).

Cirugía: Es un procedimiento para extirpar el cáncer y las metástasis regionales, aunque sólo se aplica cuando el cáncer está muy localizado y no es muy extenso. Es el único procedimiento que puede curar los tumores malignos cuando son operables (Senra, 2002).

Los procedimientos quirúrgicos en el cáncer de mama son: *mastectomía radical modificada* (mastectomía total con vaciamiento ganglionar axilar) en la que se extirpa toda la mama junto con los ganglios linfáticos axilares y la aponeurosis del músculo pectoral mayor, *mastectomía total (mastectomía simple)* en la cual se extirpa todo el tejido de la mama, incluidos el pezón, la areola y la aponeurosis del músculo pectoral mayor; *tumorectomía* (o escisión) en la que se extirpa el tumor dejando la mayor parte de la mama; *escisión amplia (resección limitada, mastectomía parcial)* es la escisión del tumor con grandes márgenes de tejido de la mama no afectado y *la cuadrantectomía (mastectomía parcial)* en la que se reseca todo el cuadrante de la mama que contiene el tumor junto con la piel que lo cubre y la aponeurosis del pectoral mayor (Crane, 1999).

Los efectos secundarios que puede traer consigo la cirugía dependen de muchos factores, inclusive del tamaño y lugar del tumor, el tipo de operación y el estado general de salud del paciente. Los pacientes tienen algo de dolor después de la cirugía, pero este dolor se puede controlar con medicina. También es común que los pacientes se sientan cansados o débiles por un tiempo después de la cirugía (NCI, 2005).

Radioterapia: Consiste en el uso de rayos de alta energía para destruir las células cancerosas en un área determinada. La radiación puede administrarse en forma

externa por medio de una máquina que apunta la radiación al área del tumor. También se puede administrar internamente; agujas, semillas, alambres o catéteres que contienen una sustancia radioactiva se implantan cerca del cáncer (NCI, 2005). La radioterapia es empleada como medio de tratamiento local y regional de la enfermedad. Puede curar tumores localizados si son radiosensibles (Senra, 2002). Se emplea también como tratamiento complementario a la cirugía para la enfermedad avanzada local, regional o que han hecho metástasis y para tratar el cáncer en estadio precoz (I o II) en combinación con la cirugía conservadora. La radioterapia puede usarse en combinación con la quimioterapia para encoger las lesiones inoperables de la mama lo suficiente para que su extirpación sea posible. La toxicidad asociada con la radioterapia es leve y reversible; los efectos incluyen cambios locales en la piel, fatiga generalizada, dolor relacionada con la inflamación temporal de los nervios o de los músculos pectorales en el campo de radiación y algunas veces irritación de la garganta (Crane, 1999).

Quimioterapia: Es el uso de fármacos para destruir células cancerosas en todo el cuerpo. Las células sanas también pueden ser dañadas, especialmente las que se dividen rápidamente. El médico puede usar un fármaco o una combinación de fármacos (NCI, 2005). La frecuencia con la que se dan las sesiones de quimioterapia se dependen del esquema y tipo de fármacos ya que los fármacos empleados tienen efectos tóxicos graves y también con el fin de que los tejidos sanos tengan tiempo para recuperarse (Sánchez, 2000).

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen principalmente de los fármacos y de la dosis que recibe el paciente. La pérdida de pelo es un efecto secundario común de la quimioterapia; sin embargo, no todos los fármacos contra el cáncer causan pérdida de pelo. Los fármacos anticancerosos pueden también causar fatiga temporal, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, diarrea, o llagas en la boca y labios. Los fármacos para impedir o reducir las náuseas y vómitos pueden ayudar con algunos de estos efectos secundarios. Las células normales

generalmente se recuperan cuando ha terminado la quimioterapia, por lo que la mayoría de los efectos secundarios desaparecen gradualmente después de que termina el tratamiento.

Quimioterapia adyuvante: consiste en la administración de fármacos para prevenir y retrasar el desarrollo de metástasis después del tratamiento quirúrgico definitivo, cuando la carga tumoral aún es pequeña (micrometástasis) y hay menos probabilidad de que las células se vuelvan resistentes a los medicamentos (Crane, 1999).

Terapia hormonal: Se usa para tratar ciertos cánceres que dependen de hormonas para su crecimiento. La terapia hormonal impide que las células cancerosas utilicen las hormonas que necesitan para crecer. Este tratamiento puede incluir el uso de fármacos que detienen la producción de ciertas hormonas o que cambian la forma como funcionan las hormonas. Otro tipo de terapia hormonal es la cirugía para extirpar los órganos que producen hormonas. La terapia hormonal puede causar un número de efectos secundarios. Los pacientes pueden sentirse cansados o retener líquidos, subir de peso, tener bochornos o sofocos, náuseas y vómitos, cambios de apetito y, en algunos casos, coágulos de sangre. La terapia hormonal puede causar también osteoporosis en mujeres premenopáusicas. Dependiendo del tipo de terapia hormonal que se use, estos efectos secundarios pueden ser temporales, durar mucho tiempo o ser permanentes (NCI, 2005).

Los tratamientos hormonales para el cáncer de mama incluyen: ooforectomía, suprarrenalectomía, hipofisectomía, estrógenos (ditilestilbestrol), andrógenos (acetato de fluoximesterona), antiestrógenos (tamoxifen, toremifén, droloxifén, idoxifen), progestágenos (acetato de medroxiprogesterona y de megestrol), inhibidores de la aromatasa (aminoglutemida, formestano, exemestano, fadrozol, letrozol y anastrozol) y los antiprogestínicos (mifepristona) (Zepeda, 1999).

Entre los fármacos empleados en la quimioterapia hormonal adyuvante del cáncer de mama, el **tamoxifen** es el más empleado. Este es un antiestrógeno potente que compite con el estradiol por el receptor estrogénico en las células de cáncer de mama. No destruye directamente a las células tumorales pero inhibe la proliferación celular y causa la acumulación de células en la fase G1 del ciclo celular. Bloquea la producción del factor de crecimiento transformador alfa y al parecer estimula la producción del factor de crecimiento transformador beta. El tamoxifen empleado como terapia adyuvante del tratamiento primario en estadio o etapa precoz, reduce la recurrencia de la enfermedad y la muerte también, así como el riesgo de presentar cáncer de mama contralateral (Zepeda, 1999). Se administra también a mujeres que tienen un riesgo elevado de desarrollar cáncer de seno (a nivel de prevención) (NCI, 2002).

Mientras que el tamoxifeno actúa contra los efectos del estrógeno en tejidos del seno, en otros tejidos actúa como estrógeno por lo que tiene los beneficios de la terapia de reemplazo hormonal en la menopausia. Se recomienda utilizarlo durante 5 años dado que una utilización más prolongada de tamoxifeno no es más efectivo que cinco años de terapia (NCI, 2002).

Los efectos secundarios del tamoxifen son semejantes a algunos de los síntomas de la menopausia, como: sofocos y secreción vaginal. Algunas mujeres tienen periodos menstruales irregulares, dolores de cabeza, fatiga, náuseas o vómitos, resequedad vaginal o comezón, irritación de la piel alrededor de la vagina y ronchas en la piel. No todas las mujeres que consumen tamoxifeno tienen estos síntomas. Los hombres pueden experimentar dolores de cabeza, náuseas o vómitos, ronchas en la piel o una disminución del interés sexual. Asimismo, aumenta el riesgo de dos tipos de cáncer del útero (cáncer de endometrio y sarcoma uterino).

Inmunoterapia o terapia biológica: utiliza directa o indirectamente el sistema inmune del cuerpo para combatir la enfermedad. Los anticuerpos monoclonales, el

interferón, la interleucina-2 y los factores estimulantes de colonias son algunos tipos de terapia biológica. Este tratamiento tiene la ventaja de que inhibe la rapidez de proliferación de las células cancerosas sin afectar la función de las normales (Sánchez, 2000). Los efectos secundarios pueden ser síntomas parecidos a los de la gripe, como escalofríos, fiebre, dolor de músculos, debilidad, pérdida de apetito, náuseas, vómitos y diarrea. Los pacientes pueden también sangrar o magullarse con facilidad, tener erupciones de la piel o inflamación. Estos problemas pueden ser graves, pero desaparecen cuando termina el tratamiento (NCI, 2005).

La paciente junto con su médico deberán discutir sobre los beneficios y riesgos posibles del tratamiento para decidir conjuntamente la mejor opción (NCI, 2002).

2.5. REACCIÓN PSICOEMOCIONAL ANTE EL CÁNCER

Ante el diagnóstico y durante el tratamiento médico de las enfermedades crónicas, los pacientes suelen afrontar un gran impacto emocional, especialmente en las enfermedades neoplásicas.

La respuesta más frecuente ante el diagnóstico del cáncer es la **ansiedad** pues esta enfermedad es percibida por la población en general como catastrófica y como sinónimo de muerte. El paciente que recibe el diagnóstico de cáncer experimenta una intensa situación de amenaza y miedos generalizados o específicos, malestar intenso, palpitaciones, sudoración, temblores, mareos, fatiga e irritabilidad (Tubiana, 1988; García, et al., 2001).

Otra respuesta psicológica muy común es la **depresión**, que aparece comúnmente de forma retardada pues es necesario que pase cierto tiempo hasta que el paciente comprenda su condición de enfermo crónico. La depresión puede ser grave y prolongada y estar asociada con intensos sentimientos de indefensión, desesperanza y pérdida, lo que puede impedir que el paciente adopte un papel

activo para el manejo de su enfermedad (Spiegel, 1994, citado en García, et al., 2001). Factores como mayor nivel de afectación física, estadio más avanzado de la enfermedad, cáncer pancreático, dolor e historia previa de depresión se asocian a una mayor prevalencia de depresión durante la enfermedad. Los pacientes adultos con cáncer y concentraciones séricas anormales de potasio, sodio o calcio pueden volverse depresivos, asimismo pacientes que sufren diversas deficiencias nutritivas (folato, B12). El hipo y el hipertiroidismo y la insuficiencia suprarrenal también pueden producir síntomas depresivos (Massie, Spiegel, Lederberg, y Holland, 1996).

Existen también medicamentos que pueden provocar síntomas de depresión entre los que se encuentran los barbitúricos, el diazepam y el propanol. Y agentes quimioterapéuticos como la prednisona, dexametasona, vincristina, vinblastina, procarbazona, asparaginasa, anfotericina B, tamoxifeno e interferón (Massie, et al., 1996). Los tratamientos antineoplásicos también producen efectos psicológicos asociados a la ansiedad además de la depresión, conjuntamente con fobias, disminución de la capacidad intelectual y alteraciones sexuales. De igual manera ocasionan cambios en el esquema corporal y en la autoimagen (Salgado y De Castro, 2000 citado en García, et al., 2001).

Una más de las reacciones comunes que experimentan los pacientes de cáncer es el **estrés** que el paciente experimenta durante el curso de su enfermedad como altamente desagradable. La vivencia del cáncer como un acontecimiento estresante según Beneit (1994) se debe a:

- a) Que se trata de una enfermedad que amenaza directamente la supervivencia.
- b) El curso y pronóstico son inciertos
- c) El padecimiento puede llevar a una mutilación por las cirugías, provocando cambios en la autoimagen

- d) Los tratamientos son aversivos, producen efectos colaterales. El paciente puede percibir que enferma en lugar de curarse.
- e) Los tratamientos influyen en la vida del paciente causando cambios psicosociales muy fuertes

Diversos autores han descrito las emociones anteriores como parte de un proceso continuo de adaptación emocional por el que pasa el paciente a lo largo de su proceso de enfermedad y durante el cual el paciente intenta manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas respecto a la enfermedad y obtener el control (Almonacid, Barreto, Pérez, Pardo y Cortijo, 2004):

Por ejemplo, Massie, (1996) describen el proceso psicoemocional a través de tres fases. La primera es un periodo inicial de rechazo, incredulidad o desesperación que suele durar de 2 a 5 días. Los pacientes piensan “esto no puede sucederme a mí”, “deben haber confundido mi resultado con el de otra persona,” “lo sé desde hace mucho tiempo” o “no hay razón para el tratamiento, de nada va a servir”. La segunda fase es caracterizada por un estado de ánimo disfórico y dura de 1 a 2 semanas. Durante este periodo los pacientes suelen mostrar síntomas de ansiedad, depresión del estado de ánimo, anorexia, insomnio e irritabilidad. La capacidad de concentración y de desempeño disminuye y el paciente comienza a tener pensamientos intrusivos respecto a la enfermedad y experimenta una gran incertidumbre al pensar en el futuro. La tercera etapa de adaptación llega después de algunas semanas, a medida que el paciente va integrando la nueva información, confronta los aspectos de la realidad, encuentra razones para el optimismo y reanuda sus actividades. Esta etapa de adaptación continúa durante meses a partir del diagnóstico.

Por otra parte, Barraclough (1999), Lowitz y Casciato (1990), Lipkin y Cohen (1980) y Sarafino (1994) refieren que en la evolución de la enfermedad el paciente puede experimentar las siguientes reacciones emocionales:

- ◆ **Rechazo:** es la negación a creer que es verdad. Algunos pacientes buscan segundas opiniones esperando escuchar “el doctor que lo atendió se equivocó, usted no tiene nada”

- ◆ **Hostilidad e ira:** Se experimenta una desviación de la ira hacia los médicos, personas allegadas y otros.

- ◆ **Miedo y ansiedad:** Se manifiesta por la agitación, poca capacidad de concentración, problemas con el sueño o comportamiento compulsivo. Se confunde la sensación subjetiva del dolor con el dolor físico real o con un empeoramiento.

- ◆ **Culpa o vergüenza:** durante esta etapa, el paciente comienza a buscar a un culpable. Buscan las probables causas de la enfermedad, sienten que si no hubieran hecho tal o cual cosa, la situación actual estaría bien.

- ◆ **Arrogación:** Se manifiesta por un comportamiento petulante y exigente. Los pacientes sienten que merecen un tratamiento especial y ciertas compensaciones por la pérdida de salud.

- ◆ **Depresión:** el paciente experimenta una inmensa tristeza que es una emoción normal pero que no puede excederse en tiempo porque ya no sería considerada como una respuesta ante el cáncer sino como una enfermedad.

- ◆ **Aceptación:** los pacientes que viven mucho tiempo pueden alcanzar la última fase en la que ellos y están deprimidos pero sienten una calma y aproximación hacia el final (muerte).

Por su parte, Almonacid, et al. (2004) señalan que las diferentes fases de la enfermedad son momentos de fuerte impacto emocional y por tanto de importantes reacciones psicológicas:

- ❖ Escuchar el **diagnóstico**, implica hacerse consciente de ser portador de la enfermedad, adquirir el rol de enfermo (en ocasiones de un modo súbito), tomar decisiones con rapidez respecto a cuestiones médicas, laborales, familiares.
- ❖ El planteamiento de **tratamientos activos** conlleva tomas de decisión respecto a diferentes situaciones que se derivan de ellos: dejar de trabajar, cambios en los roles familiares, aceptación de una nueva imagen, comunicar el diagnóstico a familiares y entorno más cercano.
- ❖ El **final del tratamiento** y vuelta a la normalidad implica recuperar el rol familiar, asumir responsabilidades, retorno al mundo laboral.
- ❖ Los **periodos libres de enfermedad** implican dilatar los tiempos de controles médicos, adquirir confianza de que se está sano, reparar algunas de las secuelas provocadas por los tratamientos (reconstrucción mamaria, reversibilidad de la ostomía, etc.).
- ❖ La **cronicidad y fase terminal** determinan enfrentarse a un periodo de sufrimiento, deterioro y muerte, despedirse de los seres queridos y, afrontar el último periodo de la vida.

Cada etapa requiere acciones específicas del paciente, y conlleva reacciones emocionales distintas, las cuales se observan en la tabla 5.

Tabla 5. Muestra las reacciones psicológicas del paciente oncológico en las diferentes fases de la enfermedad (Almonacid, et al., 2004).

Fases de la enfermedad vs. reacciones psicológicas			
Fases	Emociones	Síntomas	Trastornos
DIAGNÓSTICO	Incertidumbre/angustia Sufrimiento emocional Bloqueo, sin posibilidad de pensar y tomar decisiones Angustia	Incredulidad, rechazo Bloqueo Ansiedad, insomnio, anorexia, depresión, irritabilidad, problemas de atención y concentración	T. ansiedad T. del estado de ánimo
TRATAMIENTOS MEDICOS ACTIVOS (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia)	Impotencia/desamparo Tristeza Conciencia de enfermedad	Síntomas depresivos¹ Síntomas ansiosos²	T. Ansiedad: Ansiedad generalizada Obsesivo-compulsivo Fobias T. del estado de ánimo Depresión Mayor
FINAL TRATAMIENTOS MEDICOS	Incertidumbre/angustia Preocupación por la vuelta a la normalidad Dependencia hospitalaria Miedo/temor/amenaza	Baja autoestima Conflicto de rol Ansiedad/Depresión	Adaptativos Estrés pos-trauma
RECAÍDA/PROG. DE LA ENFERMEDAD/CRONICIDAD	Fracaso Desánimo Amenaza Desconfianza Desesperanza/Impotencia	Depresivos/ansiosos Crisis existencial de la muerte	T. del estado de ánimo T. de ansiedad
FASE TERMINAL	Miedo Tristeza Miedo Incertidumbre Indecisión confusión	Alteraciones del sueño Anorexia Decaimiento astenia Aislamiento Labilidad emocional	T. Depresivos T. Ansiedad

¹ **Síntomas depresivos** (astenia, alteración en el ritmo del sueño, falta de deseo sexual, alteración en la ingesta, labilidad emocional, irritabilidad, falta de interés por la búsqueda de gratificaciones y/o sensaciones positivas, pérdida del deseo de vivir)

² **Síntomas ansiosos** (tensión muscular, sensación de fatiga, sensación de debilidad, dolor precordial, taquicardia, sudoración profusa, sequedad de boca, pensamientos distorsionados y/o sobrevalorados, problemas de concentración y atención, problemas de memoria, bloqueo emocional)

La localización tumoral en el diagnóstico, la fase de la enfermedad y las posibilidades terapéuticas son fundamentales para determinar las etapas por las que pasará el paciente y el proceso de adaptación que tendrá que elaborar (Almonacid, et al., 2004). Asimismo, existen ciertas características psicológicas que ayudan a los pacientes a adaptarse a la enfermedad sin demasiadas

dificultades como son las estrategias de afrontamiento. Las estrategias utilizadas por los pacientes con cáncer son las siguientes (Greer, Moorey & Watson, 1989; Moorey y Greer, 1989 citado en Beneit, 1994):

- 📖 **Espíritu de lucha:** Acepta el diagnóstico, tiene una actitud positiva. Se manifiesta a través de la búsqueda activa de la información acerca de la enfermedad y los tratamientos. Se percibe la enfermedad como un reto.
- 📖 **Evitación positiva:** El paciente deja de pensar en la enfermedad, considerando que su pronóstico es bueno. No percibe la enfermedad como amenaza.
- 📖 **Negación:** El paciente considera que el diagnóstico de cáncer es un error, que realmente no tiene cáncer, y evita usar la palabra cáncer. O admite el diagnóstico pero niega o minimiza la seriedad y cualquier ansiedad acerca de ella.
- 📖 **Desesperanza-indefensión:** el paciente encuentra difícil pensar en otra cosa que no sea su enfermedad, la vida diaria es irrumpida por miedos respecto al cáncer y la posibilidad de muerte, adopta una actitud totalmente pesimista. El paciente piensa que no puede ejercer ningún control sobre la enfermedad. Se percibe el diagnóstico como una pérdida, lo que puede desencadenar auténticas depresiones en el enfermo.
- 📖 **Fatalismo-resignación pasiva:** El paciente acepta pasivamente su enfermedad y se resigna a su suerte. Se percibe el diagnóstico como pérdida.
- 📖 **Preocupación ansiosa:** Reacciona ante la enfermedad con una ansiedad persistente y marcada, acompañada de depresión, busca activamente información acerca del cáncer pero tiende a interpretarla pesimistamente,

las preocupaciones de los dolores indican para el paciente la propagación o recurrencia del cáncer. Se percibe el diagnóstico como una amenaza, lo que comporta un estado de incertidumbre, tanto acerca de su capacidad de control, como sobre las posibilidades futuras.

Cassileth (1993) refiere que existe otra fase que ha sido identificada recientemente, que es la **etapa de supervivencia**. Aunque los sobrevivientes de cáncer están curados ellos tienen que afrontar muchos cambios en sus vidas como los problemas médicos y físicos por el tratamiento, tales como depresión, pérdida de energía, náusea anticipatoria, esterilidad, daño en el sistema nervioso central y decremento en la función sexual. Otros problemas son daño cardiaco, pulmonar, vascular, urológico y gastrointestinal. Los sobrevivientes del cáncer tienen que enfrentar cambios corporales tales como la caída de cabello y pérdida de peso, pérdida de partes de su cuerpo y cicatrices quirúrgicas. Todas estas afectaciones también traen consigo consecuencias psicológicas.

De entre las secuelas del cáncer, tiene consideración especial la mutilación física ya que suele causar gran afectación psicológica en los pacientes con cáncer y sus sobrevivientes, mucho más cuando es externa y visible. Por ejemplo los pacientes de cáncer de cuello y cabeza, con ooforectomía y las pacientes mastectomizadas. Aunque tener una mastectomía no parece afectar el ajuste social tales como el retorno al trabajo, las relaciones con sus amistades y las relaciones sexuales, sí influencia profundamente en el sentimiento de sí misma de una mujer. Las mastectomías dejan en la mujer un sentimiento de vergüenza de sus cuerpos y a sentirse desconcertadas por el desfiguramiento. Las observaciones más comunes de pacientes mastectomizadas revelan una imagen corporal pobre, un sentimiento pronunciado de pérdida de feminidad. Las mujeres expresan sentimientos de tristeza y pérdida, se rehúsan a verse a sí mismas en el espejo o a desvestirse en la presencia de su pareja.

Las reacciones ante una mutilación por tratamiento de cáncer también varían en función de las características individuales de cada paciente. Además, esta afectación suele ser menor en pacientes a las que se realizó una cirugía más conservadora o lumpectomía y en pacientes que se realiza reconstrucción mamaria (Cassileth, 1993).

En resumen, se puede señalar que el cáncer es un problema de salud de gran importancia a nivel mundial, debido a su alta frecuencia, morbilidad y mortalidad; así como por el impacto emocional y psicológico que tiene sobre los pacientes, sus familiares y cuidadores. También tiene costos muy significativos directos e indirectos en su investigación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento (Russell y Gore, 2003).

La medicina ha alcanzado notables avances en el tratamiento de esta enfermedad, y los profesionales de salud realizan grandes esfuerzos por lograr la mejoría de los pacientes. Pero es muy importante que se consideren las reacciones psicoemocionales que tienen un papel decisivo en el curso de la enfermedad, así como en la readaptación de los pacientes y sobrevivientes a la vida diaria. A medida que se tenga un mayor conocimiento por parte de los profesionales de salud y se realice un trabajo multidisciplinario, será posible llevar a cabo intervenciones más completas que repercutan en el bienestar tanto físico como psicoemocional de los pacientes oncológicos.

CAPÍTULO 3

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON CÁNCER

Los primeros estudios empíricos acerca de la adherencia terapéutica de los pacientes se realizaron en los 1960s. Desde entonces se ha intentado evaluar, entender, predecir y cambiar las respuestas de los pacientes a las prescripciones médicas ya que se ha argumentado que la falta de adherencia es un factor limitante para lograr los resultados esperados del tratamiento (DiMatteo, et al., 2002).

Sin embargo, pese a los múltiples esfuerzos de todo el equipo de salud, la falta de adherencia terapéutica continúa siendo un problema muy serio en el tratamiento de las enfermedades crónicas ya que aproximadamente la mitad de los pacientes con una enfermedad crónica tiene problemas para seguir con su régimen prescrito (Dunbar-Jacob, Erlen, Schlenk, Ryan, Sereika & Doswell, 2000; O.M.S., 2003a; Hansen, Seifeldin & Noe, 2007). Otros escritos refieren hasta un 60 % de adherencia en pacientes con enfermedades crónicas (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Estos bajos niveles de adherencia pueden tener consecuencias muy graves para los pacientes con este tipo de padecimientos ya que se ha observado que puede ser un factor importante en la morbilidad y mortalidad cardiovascular, en el rechazo de transplante de riñón, en la recurrencia de leucemia, y la pérdida de visión en la enfermedad de glaucoma (Svarstad, Chewning, Sleath & Cleasson, 1999) por citar algunos ejemplos.

Las investigaciones realizadas en enfermedades crónicas muestran una gran variabilidad en los índices de adherencia terapéutica. Por ejemplo, de acuerdo a una revisión de 23 estudios llevados a cabo entre 1980 y 1991 (Grilli y Lomas, 1994) se observa un nivel de cumplimiento general hacia las recomendaciones clínicas de 54%, advirtiéndose que las áreas de cardiología y oncología mostraban los niveles más altos de cumplimiento. Más tarde, un meta-análisis de 569 estudios empíricos conducidos entre 1948 y 1998 realizado por DiMatteo (2004), reflejó que los índices de adherencia (tomando en cuenta diversos tipos de padecimientos, métodos de evaluación, tratamiento, etc.) se encuentran dentro de un rango entre 4.6% y 100%, con una mediana de 76% y un porcentaje general de 75.2%. Según el mismo estudio, la adherencia es más alta en enfermedades como VIH, artritis, desórdenes gastrointestinales y cáncer, y menor en enfermedad pulmonar, diabetes y enfermedades del sueño.

En estas revisiones puede advertirse que la adherencia es **mayor** en enfermedades cuyos tratamientos requieren medicación directamente supervisada (por ejemplo, la quimioterapia) (Amigo, et al. 1998; Rodríguez, 1999), en enfermedades con exacerbación de síntomas físicos los cuales disminuyen con la administración de los medicamentos (Domínguez, 1985) y en condiciones de un ataque agudo (Rodríguez, 1999). En cambio, la adherencia es **menor** en los trastornos que aunque crónicos pueden permanecer asintomáticos o con muy pocos síntomas como es el caso de la hipertensión arterial (Amigo, et al. 1998), en enfermedades en las que los tratamientos exigen cambios importantes en los estilos de vida del paciente (Sherbourne, et al., 1992) y en tratamientos o programas en los que el resultado es la prevención y no el alivio de los síntomas (Rodríguez, 1999).

Es razonable creer que pacientes con enfermedades más serias se adherirán mejor a la medicación prescrita y consecuentemente se podría creer que los pacientes con cáncer están altamente motivados por la gravedad de su enfermedad, con “demasiado que perder” si no se adhieren al tratamiento (Waterhouse, et al., 1993; Nilsson, et al., 2006). Sin embargo, existen altos

índices en la falta de adherencia en pacientes oncológicos, (Nilsson, et al, 2006) como se ejemplificará a continuación.

3.1. Estimaciones de la adherencia terapéutica en oncología*

Hablando específicamente del cáncer, la revisión de Grilli y Lomas (1994) mostró 62.2% de adherencia al tratamiento médico, y el meta análisis de DiMatteo (2004) mostró 79.1%. Otros estudios indican que los índices de adherencia en pacientes oncológicos se encuentran en niveles variables con índices entre el 20% y el 100% (Partridge, et al., 2002). Pero, aunque se reconoce el problema de la falta de adherencia en el ámbito médico, existen muy pocos estudios en los que se ha investigado el tema en pacientes con cáncer (Peterman & Cella, 1998, citados en Simmons & Lindsay, 2001) y que reflejen cuantitativamente la magnitud del problema en esta población.

Entre los estudios que se han conducido para evaluar los índices de adherencia terapéutica en cáncer se puede citar el llevado a cabo por Berger, Braverman, Sohn y Morrow (1988) en el que se evaluó el cumplimiento a un protocolo de tratamiento para el cáncer de seno en pacientes indigentes, (el cual incluía biopsia + quimioterapia intravenosa + quimioterapia oral + mastectomía + quimioterapia) además del cumplimiento a las citas médicas, y se observó un nivel de cumplimiento de 75% (21 de 28 pacientes) que disminuyó con el paso del tiempo (a los 2 meses fue de 100%, a los 6 meses de 82% y al año fue de 75%). Por otra parte, Koyama, et al (1996) reportaron 91% y 88% de cumplimiento al tratamiento de quimioterapia con 5-fluoracil en una investigación realizada con 1217 pacientes con cáncer de seno de 153 instituciones de Japón. En otro estudio realizado también con pacientes con cáncer de seno se determinó que el nivel de cumplimiento a la radioterapia fue de 36% (Li, Brown, Ampil, Burton, Yu, & McDonald, 2000).

*Los estudios citados en el presente capítulo pueden hacer referencia a los términos adherencia y cumplimiento dado que, se han tomado artículos que aún empleaban o emplean el término cumplimiento, (aunque se ha convenido usar el término “adherencia”) porque algunos autores aún los emplean indistintamente para referirse a la misma conducta. En este trabajo tomamos en cuenta el término “adherencia terapéutica”, por lo ya referido en el capítulo 1.

En otras poblaciones oncológicas se ha observado lo siguiente: niveles de cumplimiento de 98.5% y 95.5% en pacientes con cáncer rectal bajo tratamiento preoperativo de quimiorradiación y radiación respectivamente (Bosset, et al, 2004); 56% de cumplimiento a tratamientos de radioterapia, cirugía combinada con radiación y quimiorradioterapia en 2167 pacientes con cáncer de cabeza y cuello atendidos en un centro regional de Delhi (Mohanti, Nachiappan, Pandey, Sharma, Bahadur, Thakar, 2007); y 74.6% de cumplimiento al tratamiento de radioterapia y quimioterapia adyuvante en 125 pacientes con cáncer de ovario en etapa temprana (II y III) tratados entre 1991 y 1997 en un centro de los Países Bajos (Sijmons, van Lankveld, Witteveen, Peeters, Koot & van Leeuwen, 2007).

Por otra parte, en estudios en los que se ha tomado como medida el incumplimiento al tratamiento se determinó que 29.2 % (19 de 65 pacientes) de mujeres indigentes no completaron su tratamiento prescrito de quimiorradiación para tratar el cáncer cervical (Abu-Rustum, Lee, Correa y Massad, 2001). De manera similar, Arrossi, Matos, Zengarini, Roth, Sankaranayananan y Parkin (2007) observaron un incumplimiento a la radioterapia de 30% en una muestra de 120 pacientes con cáncer cervical.

3.2. Repercusiones de la falta de adherencia en pacientes con cáncer

La falta de adherencia en el cuidado de enfermos de cáncer es un problema cuando un paciente no toma la medicación prescrita en los tiempos recomendados, detiene el tratamiento antes de que la dosis recomendada sea alcanzada, rechaza las actividades de autocuidado recomendadas, o fracasa en el cambio de hábitos de salud que pueden interferir con el tratamiento (por ejemplo, fumar o beber alcohol). En el caso del cáncer la falta de adherencia puede amenazar la vida cuando los pacientes inmunosuprimidos no tienen éxito para contrarrestar la exposición a alguna infección. Terminar la quimioterapia o terapia de radiación prematuramente puede ocasionar que el paciente reciba una dosis menor que la óptima, lo cual puede resultar en un

incremento en la resistencia por parte de las células cancerosas a la droga administrada (Camic & Knight, 1998).

López (1985) señala que las repercusiones de no seguir las indicaciones médicas por un paciente oncológico dependerán mucho de la fase del tratamiento en la que se retiren:

Durante la **fase diagnóstica**, el paciente acude por primera vez a consulta, se le elabora su historia clínica y se le realizan estudios de laboratorio y gabinete con la finalidad de realizar un diagnóstico correcto y dar inicio con el tipo de tratamiento que requiera. Sin embargo, ocurre con frecuencia que el paciente deserta a la mitad del proceso diagnóstico y a veces al concluirlo, y no llega a iniciar nunca el tratamiento o puede ser que termine esta etapa pero no acepta la proposición terapéutica. Si el paciente deserta en esta fase del tratamiento, las repercusiones dependerán del tipo de tumor, la etapa clínica en que se encuentre este tumor y el estado del paciente (físico, anímico y económico).

Durante la **fase terapéutica** se realiza un tratamiento multidisciplinario, que implica una o varias intervenciones quirúrgicas, generalmente mutilantes y con frecuencia deformantes. El paciente puede ser sometido a una radioterapia prolongada que puede causar efectos secundarios mediatos o inmediatos, a menudo desagradables: náuseas, vómitos, hiporexia, diarrea y alopecia. La quimioterapia también constituye un tipo de tratamiento frecuentemente administrado y, si bien mejoran o curan procesos neoplásicos, hay que resaltar que este tipo de drogas son tóxicas y generan molestias similares a los efectos de la radioterapia pero de mayor intensidad. El abandono en esta fase de tratamiento implicará limitaciones para reanudar o reiniciar el tratamiento, ya que los tejidos tienen una cierta tolerancia que no puede ser rebasada sin riesgo. La repercusión directa en el paciente será la disminución de las probabilidades de cura.

Los pacientes no desertan frecuentemente ante una cirugía, puede ocurrir pero es más probable que ocurra ante intervenciones quirúrgicas posteriores. El

abandono al tratamiento ocurre generalmente durante los tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia.

En la **fase de seguimiento** se realiza una estrecha vigilancia médica de la evolución de la enfermedad a lo largo de periodos de tiempo determinados (1, 3, 5 y 10 años), que es de vital importancia en los pacientes del área oncológica ya que dichas revisiones ayudan a valorar el efecto del tratamiento, detectar enfermedad residual o recurrente y detectar metástasis tardías. Sin este seguimiento, una recurrencia o metástasis no podría detectarse y por consiguiente, la enfermedad seguiría su curso.

Posteriormente, los pacientes pasan a una **fase de rehabilitación** en el área física y emocional para que puedan reintegrarse adecuadamente a su vida personal, familiar, laboral y social. El abandono durante esta fase conlleva a una inadaptabilidad del paciente y la segregación de su medio. Todas las implicaciones y repercusiones apuntan al acortamiento de la vida así como la calidad de ésta. Asimismo, hay repercusiones en el medio familiar, laboral y de la institución donde fue atendido. El ambiente familiar se desgasta física, emocional y económicamente. En la institución se origina un mal aprovechamiento de los recursos materiales y económicos, de tiempo y esfuerzo por parte del personal médico y bloquea las oportunidades diagnósticas y terapéuticas.

Por otra parte, la falta de adherencia afecta los resultados que se obtienen en las investigaciones realizadas sobre nuevos tratamientos antineoplásicos que tienen como finalidad obtener mayor eficacia, un tiempo mayor de acción, dosis menos nocivas para el paciente, que se reduzcan los efectos colaterales o la intensidad de éstos, además de que sean menos intrusivos en la vida del paciente, todo lo cual podría mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades oncológicas.

Debido a las graves repercusiones que se tienen en oncología por la falta de adherencia, es muy importante que los pacientes sigan las prescripciones médicas ya que en la medida en que lo hagan, podrán obtener los mayores

beneficios de los tratamientos que se van desarrollando continuamente y consecuentemente se podrá atacar con mayor éxito la enfermedad cancerosa.

Un paso muy importante para trabajar en la mejora de la adherencia y evitar las repercusiones que se dan tan frecuentemente en los pacientes al no seguir sus prescripciones, es conocer los factores que puedan estar involucrados en la falta de ésta, los cuales se comentarán a continuación.

3.3. Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos

Por mucho tiempo se ha intentado tratar de determinar los factores que pueden dar origen a que los pacientes se adhieran o no a su tratamiento prescrito. Se pueden agrupar estos factores de la siguiente forma:

a) Características de la enfermedad:

López (1985) señala que el simple término “cáncer” produce en las personas reacciones de negación o no aceptación de que tengan la enfermedad, ya que generalmente la gente ve esta enfermedad como catastrófica, para ellos equivale a dolor y muerte.

b) Características del tratamiento

Algunos de los fármacos usados en el tratamiento del cáncer tienen como efectos secundarios el vómito, diarreas, inmunosupresión y alopecia, así como la irritabilidad en el paciente. Estos efectos secundarios afectan la calidad de vida y podrían ser un factor que interfiera con la adherencia en pacientes con cáncer debido a que los pacientes podrían suspender su tratamiento con la finalidad de evitar los efectos colaterales adversos (Hossfeld, 1992 citado en Flores y Bazán, 2004).

Por su parte, Camic y Knight (1998) señalan que en población oncológica, la adherencia a tratamientos como radioterapia o quimioterapia intravenosa se puede dificultar por factores como: fatiga debido al tratamiento, severidad de los efectos colaterales y toxicidades.

c) *Relación médico-paciente/institución de salud:*

Según López (1985), características como el prestigio de la institución, su planta física, y la calidad de su personal y equipamiento ofrecerán mayor seguridad y confianza al paciente, reduciendo el índice de deserción. Por el contrario, un contacto frío, impersonal y poco comprensivo con trabajadoras sociales, médicos y enfermeras, aumentará la tasa de abandono. Di Matteo (2003) refiere al respecto que factores que afectan directamente la adherencia (como las creencias de los pacientes, las normas sociales y culturales, el apoyo familiar y social, el humor y el manejo conductual) pueden ser afectados por la comunicación proveedor-paciente.

d) *Características del paciente:*

La posibilidad de deserción en oncología puede estar en función variables relacionadas con el paciente como son: 1) su condición sociocultural, que le permita entender la gravedad real de su padecimiento y la importancia del tratamiento médico; 2) su capacidad económica para hacer frente al costoso proceso diagnóstico-tratamiento-seguimiento y además, en muchos casos tener que sostener a una familia; 3) el grado en el que el proceso cambie sus hábitos y conducta; 4) su lugar de residencia, que le hará más o menos difícil el acceso al centro especializado donde será atendido; 5) la influencia familiar, que apoya o rechaza la atención; 6) una información inadecuada, falsa, incompleta o incorrectamente proporcionada por médicos, otros pacientes, revistas u otros medios. Por último, otros factores como el religioso y el educacional (López, 1985; Camic & Knight, 1998).

Las *variables demográficas* no han mostrado, en general, tener asociación al incumplimiento terapéutico, como lo indica el estudio en pacientes con

tratamiento de displasia realizado por Laedtke y Dignan (1992). Sin embargo, a pesar de que la investigación sugiere que no hay una clara relación entre la *edad* del paciente y el grado de adherencia al tratamiento médico, se ha observado que los pacientes ancianos pueden tener más dificultades que las personas más jóvenes en entender con precisión las recomendaciones médicas que se les hacen y tienden a ser más pasivos (DiMatteo, Hays, & Sherbourne, et al., 1992).

En población pediátrica, Ceballos (2000) observó en su investigación sobre no cumplimiento terapéutico en niños con diagnóstico de LLA (leucemia linfoblástica aguda) que reciben tratamiento ambulatorio, y el cumplimiento a citas en el servicio de quimioterapia, que los factores de riesgo asociados al no cumplimiento fueron: ser adolescente, sexo masculino, miembro de familia no nuclear y/o disfuncional, de origen diferente al DF; y desde el punto de vista psicológico, el locus de control externo.

Por otra parte, Camic y Knight (1998) apuntan que entre los *factores psicológicos* que se han estudiado en relación a la adherencia terapéutica se encuentran la baja motivación debido a la depresión y la ansiedad anticipatoria acerca del tratamiento recomendado. También, DiMatteo, Giordani, Lepper y Croghan (2002) señalan que la depresión puede explicar una cantidad apreciable de no adherencia, debido al efecto de los síntomas que acompañan a la depresión como son la desesperanza, soledad social, fatiga y daños en la atención cognitiva.

Del mismo modo, Lebovits, et al. (1990), señala que los niveles incrementados de depresión que pueden aparecer en pacientes con cáncer al final del tratamiento (observados en poblaciones de cáncer de mama y cánceres hematológicos) pueden decrementar la capacidad de cumplir las prescripciones médicas. Los pacientes con cáncer deprimidos pueden tener dificultades para afrontar los efectos colaterales y pueden ser influenciados por la “mala imagen” de la quimioterapia. Los pacientes con efectos colaterales más severos tienen mayores índices de incumplimiento. Además, señala que las características psicológicas como estado de humor o estado psiquiátrico no

son salientes de la conducta de falta de adherencia mientras que otras características tales como las estrategias de afrontamiento o rasgos de la personalidad pueden tener un impacto significativo.

Pero, no obstante la relación que se refiere en la bibliografía sobre el efecto de las variables psicológicas en la adherencia, son escasos los estudios que han investigado el tema. Incluso se han encontrado resultados que contradicen esta relación como es el caso del estudio de Simmons y Lindsay, (2001) en el que evaluaron algunos *factores psicológicos* que se han relacionado con la adherencia en la literatura, como por ejemplo, el locus de control de salud, hábitos de salud, apoyo social, ansiedad, depresión, actitudes hacia el cáncer. Sin embargo, no encontraron asociación de estos factores con el cumplimiento al tratamiento médico en 158 pacientes con cáncer a los que se les prescribió radioterapia o quimioterapia o un tratamiento combinado de éstos después de la cirugía. En cambio, encontraron que la accesibilidad a los centros médicos es una variable importante para que los pacientes continúen con su tratamiento, y refieren que se requiere mayor investigación acerca de la influencia de las expectativas, creencias, miedos y experiencias sobre el tratamiento.

Entre la literatura sobre la adherencia se ha estudiado escasamente la relación de variables psicológicas como ansiedad (Blotcky, et al 1985 citado en DiMatteo, Lepper, Thomas & Croghan, 2000) y depresión (Blotcky, et al, 1985 y Silbar y DeINour, 1989, citados en DiMatteo, Lepper, Thomas & Croghan, 2000) con la adherencia al tratamiento en padecimientos oncológicos.

DiMatteo, Lepper, y Croghan (2000) señalan, que la ansiedad y depresión son características comunes a personas con problemas de salud y que pueden afectar los resultados médicos, aunque no se comprende bien el por qué. Estos autores postulan que la adherencia sería un mediador entre ambos. En un meta análisis realizado en estudios que evalúan adherencia en poblaciones de pacientes con diversas enfermedades, encontraron que la depresión parece ser un factor importante, no así la ansiedad. Sin embargo, este tipo de estudios adolece de sesgos como el comparar poblaciones con diferentes tamaños de

muestra y diferentes mediciones de adherencia. Los autores señalan que aún con los resultados encontrados en su estudio, es necesario realizar mayor investigación al respecto para poder precisar la correlación entre estas variables.

La manera en que la depresión podría afectar la adherencia es debido a que el paciente se encuentra envuelto en un sentimiento de desesperanza y de soledad, asimismo una persona deprimida muestra una reducción de las funciones cognitivas que son esenciales para seguir las recomendaciones médicas. Por su parte, la ansiedad generada por la vivencia de la enfermedad puede guiar a una evitación de la condición y una consecuente no adherencia cuando el paciente se siente amenazado y sobrepasado por la enfermedad (Antanovosky y Hartman, 1974, citado en Russell, 1999). Levobits, et al. (1990) señala que más que los estados afectivos, una variable que tendría importancia en estudiar son las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes, ya que la habilidad que éstos tengan para enfrentarse con la enfermedad podría interferir en cómo sigan sus recomendaciones respecto al tratamiento.

Por su parte, Ayres, Hoon, Franzoni, Matheny, Cotanch y Takayanagi (1994) realizaron un estudio con una muestra de 74 mujeres diagnosticadas con cáncer primario de seno en Estados Unidos y señalan que las variables de estados de ánimo y actitudes hacia el cáncer; específicamente, el Espíritu de Lucha, ansiedad, depresión y vigor, estuvieron asociadas con niveles mayores de cumplimiento a la quimioterapia administrada por vía intravenosa. Por otra parte, los altos puntajes de culpa y hostilidad predijeron menores niveles de cumplimiento.

La complejidad en el estudio de la adherencia en pacientes con cáncer se agudiza al tomar en cuenta todos los factores y variables que pueden interferir con la conducta del paciente, que debemos tomar en cuenta diferirá en función también del tipo de tratamiento administrado. El hecho de que el tratamiento antineoplásico se haya trasladado desde un enfoque predominantemente hospitalario, hacia el ambiente ambulatorio con el empleo actual de agentes quimioterapéuticos autoadministrados oralmente, ha generado muchas

ventajas tanto a pacientes como al personal e institución de salud. Sin embargo, para asegurar su eficacia, se deben considerar características específicas y variables que se pueden relacionar al tratamiento oral autoadministrado.

3.4. Adherencia a la quimioterapia oral autoadministrada

Existen diversos fármacos antineoplásicos que en la actualidad son administrados por vía oral y que se emplean con frecuencia como un auxiliar en la terapia preventiva para el tratamiento de enfermedades precancerosas y en la terapia adyuvante para reducir los tumores o evitar la recurrencia de la enfermedad. En la actualidad, muchos pacientes con cáncer tienen la medicación oral como parte de su régimen, y es principalmente autoadministrada (Escalada & Griffiths, 2006).

Los fármacos de quimioterapia oral autoadministrada ofrecen varias ventajas como son la evitación de la punción de venas y los riesgos inherentes al uso de catéter intravenoso (Parsad & Ratain, 2007), el hecho de que el paciente los puede tomar en su hogar en lugar de recibirlos en un ambiente de salud controlado y supervisado (Bedell, 2003), lo cual ofrece mayor autonomía; además que frecuentemente mejoran los perfiles de tolerabilidad en comparación con la infusión de quimioterapia convencional (intravenosa). Sin embargo, se presenta la gran dificultad de asegurar la adherencia óptima al plan de tratamiento (Palmieri, & Barton, 2007), ya que su manejo es responsabilidad directa del paciente y, al ser administrada fuera del contexto clínico médico, se puede ver afectada por diversos factores que quedan fuera del control del personal médico.

Algunos autores (Partridge, et al., 2002; Parsad & Ratain, 2007) indican que cada vez habrá una mayor disponibilidad de este tipo de medicación y el uso de terapia antineoplásica administrada oralmente incrementará muy probablemente en los próximos años. Por ello, el tema de la adherencia

terapéutica a la quimioterapia oral autoadministrada irá adquiriendo también mayor relevancia.

Entre los agentes orales antineoplásicos que se han empleado hasta ahora como parte del tratamiento médico de muchas enfermedades oncológicas se encuentran el tamoxifen, la prednisona, y la ciclofosfamida oral. Pero, en la actualidad ya se han desarrollado otros tratamientos orales que incluyen los derivados de fluoracil, idarubicin, etoposide, vonorelbide y taxanatos orales y fludaribine (Partridge, et al., 2002).

Partridge, et al. (2002) señalan que han sido pocos los estudios publicados sobre adherencia en pacientes oncológicos que se han enfocado específicamente en la adherencia a la quimioterapia oral, ya que la mayor parte de la quimioterapia se administra por vía intravenosa. Se ha observado que los índices de adherencia a la quimioterapia oral autoadministrada son menores en comparación con la quimioterapia de vía intravenosa (Nilsson, et al., 2006). Por ejemplo, Ceballos (2000) apunta que se ha determinado que en adultos con cáncer mamario y pulmonar con tratamiento oral el incumplimiento terapéutico es del 43% y 69%, mientras que con tratamientos por vía intravenosa han demostrado niveles de incumplimiento muy bajos (del 0 al 18%).

Los índices de adherencia a tratamientos autoadministrados varían entre una investigación y otra de acuerdo al tipo de padecimiento. Por ejemplo, un índice de incumplimiento de 43% fue observado en pacientes con cáncer tratados de modo ambulatorio con un régimen de ciclofosfamida oral (Lebovits, et al. 1990). En otra investigación, 10% de niños con leucemia linfoblástica aguda que recibían diariamente dosis orales de mercaptapurina mostraron subcumplimiento para la terapia durante el monitoreo por concentración de la droga en los eritrocitos (Lancaster, Lennard, & Lylleyman, 1997 citados en McLeod, & Evans, 1999). En cambio, se notó un cumplimiento de sólo 17 % en pacientes recibiendo terapia de allopurinol oral para malignidades hematológicas (Levine, et al, 1987, citados en McLeod, & Evans, 1999). En un estudio realizado por Stokes, Smith, Langley, Marriott y Wilson (2002) también en población hematológica se observó que cerca de la mitad de los

encuestados (52.5%) referían tener problemas con el cumplimiento de su tratamiento de quimioterapia oral.

De manera similar aproximadamente 50% de los pacientes con cáncer de seno en terapia hormonal endocrina admitieron que algunas veces olvidan o eligen no tomar su medicación oral (Fallowfield, et al, 2006).

Por otra parte, Rodríguez (1999) refiere algunas investigaciones de Smith, Rosen y Trueworthy de 1979 y de Tebbi, et al., de 1986 que indican que sólo del 40% al 60 % de los pacientes adolescentes con cáncer toman la medicación prescrita tal como lo indica su médico. Pueden observarse índices similares de adherencia a la medicación oral en un estudio realizado con adolescentes y adultos jóvenes con leucemia linfoblástica aguda y enfermedad de Hodking que tomaban prednisona y pacientes con enfermedad de Hodking que tomaban penicilina para un tratamiento postsplenectomía, ya que se encontró un nivel de 53% y 48% respectivamente de no adherencia (Festa, Tamaroff, Chasalow & Lanzkowsky, 1992).

3.4.1. Adherencia a la quimioterapia oral autoadministrada en pacientes con cáncer de mama

Entre los fármacos empleados en la quimioterapia hormonal adyuvante del cáncer de mama (posterior al tratamiento de cirugía, quimioterapia o radioterapia), el **tamoxifen** es el más empleado (Zepeda, 1999), ya que se ha demostrado a través de diversos estudios que reduce substancialmente el riesgo de recurrencia, mortalidad y la aparición de enfermedad contralateral en un 50% de los casos entre mujeres cuyos tumores son receptores positivos al estrógeno (Demissie, Silliman & Lash, 2001; Partridge, Wang, Winer y Avorn, 2003; Kahn, Schneider, Malin, Adams & Epstein, 2007). Además, el tamoxifen es uno de los tratamientos orales disponibles menos tóxicos y mejor tolerados en oncología (Atkins & Fallowfield, 2006).

Se ha determinado que los beneficios del uso del tamoxifen son mayores con 5 años de terapia (Demissie, et al., 2001; Partridge, et al., 2003) con una dosis de 20 mg. diariamente. Pero con frecuencia resulta difícil para las mujeres mantener la terapia durante los 5 años para obtener el beneficio máximo, ya que como refieren Kahn, et al. (2007) en su investigación, sólo el 79 % de mujeres que iniciaron su terapia con tamoxifen, la seguían tomando 4 años después.

La información empírica acerca de la adherencia al tamoxifen es escasa. En los estudios que se han realizado al respecto, se evalúa específicamente los índices de adherencia o de falta de ésta, mostrando que los niveles de adherencia varían desde un 72% hasta el 96%, los cuales podrían considerarse altos, sin embargo, los autores señalan que dichos estudios consisten en ensayos clínicos para probar el efecto del medicamento y los pacientes se encuentran más motivados y son constantemente monitoreados por lo que estos valores no reflejarían la conducta de la población oncológica general (Partridge, et al., 2002). E incluso puede considerarse que el simple hecho del monitoreo constituye ya una intervención para mejorar la adherencia por lo que no se debería considerar una evaluación de adherencia.

También en el contexto de ensayos clínicos, pero tomando como medida de evaluación la discontinuación del uso de tamoxifen, se señala que ésta ha variado de 23% a 40%. En ensayos de quimioprevención con tamoxifen por ejemplo, el Hospital Royal Marsden de Londres reportó un índice prematuro de discontinuación del 40% en el grupo de tratamiento durante un seguimiento de 70 meses (5.8 años), comparadas con 31% del grupo placebo (Ponles, Eeles, Ashley, et al., 1998 citados en Demissie, et al., 2001). El ensayo de prevención del cáncer de seno del “Proyecto Nacional de Cirugía Adyuvante para el Cáncer de Seno e Intestino” de la Universidad de las Ciencias de la Salud Allegheny en Pittsburgh, EUA, reportó que 24% de las mujeres en el grupo de tamoxifen discontinuó su terapia comparado con 20% de mujeres en el grupo placebo (Fisher, Constantino, Wickerham et al, 1998 citados en Demissie, et al., 2001). Fisher, Dignam, Bryant, et al, (1996, citados en Demissie, et al., 2001) reportaron que 23% de pacientes que participaron en el ensayo B-114

descontinuaron la terapia de tamoxifen durante los primeros 5 años comparados con 24% de pacientes del grupo placebo.

Por otra parte, en estudios realizados fuera de ensayos clínicos, Chlebowski y Geller (2006) reportaron una deserción prematura del 23% al 28% a la terapia hormonal con tamoxifen e inhibidores de aromatasa administrado a pacientes con cáncer de seno, y entre estos, la interrupción del uso de tamoxifen en la prevención de cáncer fue de 20-46% y en el uso adyuvante de tamoxifen fue de 30-50%. De manera similar, Partridge, et al., (2003) observaron que el 23% de las mujeres de 18 años o mayores a las que se prescribió tamoxifen como terapia adyuvante al tratamiento de cáncer de mama desde 1990 a 1996 (N= 2378) olvidaron tomar su medicamento y que la adherencia al medicamento disminuyó hasta un 50% al cuarto año de terapia.

En un estudio más reciente, Partridge, La Fountain, Mayer, Taylor, Winer y Asnis-Alibozek (2008) refieren que investigaciones previas han revelado que la adherencia a la terapia con tamoxifen entre mujeres con cáncer de seno en etapa temprana se encuentra entre el 25% al 96%. Algunos otros estudios reflejan que los índices de no adherencia a la terapia con tamoxifen han sido reportados entre el 15% y el 50% en el seguimiento entre los 2 y 5 años (Atkins & Fallowfield, 2006).

Atkins y Fallowfield, (2006) apuntan que la adherencia a la medicación en enfermedades tales como el cáncer de seno ha recibido muy poca atención. Además, no se han realizado estudios enfocados a la adherencia de inhibidores de la aromatasa como el anastrozol, por lo que Partridge, et al. (2008) realizó un estudio para evaluar la adherencia al anastrozol entre 12000 mujeres con cáncer de seno en etapa temprana, observando que la adherencia en los primeros 12 meses fue de 82% hasta 88%. Para mujeres con 36 meses de elegibilidad continua, la mediana de adherencia decrementó cada año, en un rango desde 78% hasta 86% en el año uno y de 62% hasta 79% en el año 3 dentro de tres lugares de evaluación.

De esta manera se observa que el incumplimiento o falta de adherencia al tratamiento médico en pacientes oncológicos es un problema muy serio por los índices mostrados y el no seguir las indicaciones médicas tiene implicaciones muy graves, que se revisarán a continuación.

3.5. Factores asociados a la adherencia terapéutica a agentes antineoplásicos orales autoadministrados

Son realmente escasos los estudios que han evaluado los factores asociados con la adherencia a la quimioterapia oral, entre los cuales se pueden citar los siguientes:

Primeramente, en relación a las *variables del tratamiento*, se encontró que de acuerdo a un estudio realizado por Fallowfield, et. al. (2006) se denota que las preferencias de la forma de administración del medicamento pueden influenciar la manera en que las pacientes con cáncer de seno se adhieren a su tratamiento. El estudio reflejó que 63 % de las pacientes con cáncer de seno evaluadas, prefirieron la terapia hormonal vía tabletas diarias más que las inyecciones mensuales. Pero, aproximadamente 50% de los pacientes admitió que ellos algunas veces olvidan o eligen no tomar su medicación oral actual. El nivel de preferencia ante la inyección aumentó cuando se les pedía que imaginaran escenarios en los que las inyecciones producían menos enrojecimiento y tenían mayor eficacia.

Por otra parte, Demissie, et al., (2001) observaron que en una muestra de 303 mujeres con cáncer de seno en etapa I ó II, las pacientes que reportaban más efectos colaterales al tratamiento con tamoxifen y aquellas con una función física baja tenían menor probabilidad de continuar con su tratamiento, observándose que aquellas que reportan síntomas somáticos son pacientes mayores de 60 años con depresión mayor o distimia. En este estudio el 65 % de pacientes continuaron el uso del tamoxifen y 15% reportaron la discontinuación del uso durante el periodo del seguimiento.

Tamaroff, Festa, Adesman & Walco (1992) llevaron a cabo un estudio para identificar los factores demográficos, del tratamiento y psicológicos que diferenciaban a los pacientes adolescentes y jóvenes adultos con leucemia linfoblástica o enfermedad de Hodgkin que cumplían con la terapia de medicación oral de cáncer y los que no. Observaron que los cumplidores y los no cumplidores no diferían respecto a variables demográficas (edad, género) o variables de tratamiento (duración, continuidad y complejidad del tratamiento, o involucramiento de los padres). Se evaluaron variables psicológicas en 34 pacientes. Los pacientes que se adherían pobremente tuvieron significativamente conceptos menos desarrollados de la enfermedad (específicamente, conceptos de causalidad y pronóstico), menos vulnerabilidad percibida, niveles más altos de negación, así como una defensa psicológica, y orientación futura menos cohesiva. El locus de control de salud percibida no fue un factor significativo. Los resultados sugieren que los pacientes construyen su propio punto de vista subjetivo de la enfermedad y su tratamiento el cual luego tiene implicaciones para la adherencia de los regímenes de medicación.

Grunfeld, et al. (2005) examinaron las *experiencias del tratamiento y las percepciones* que tenían 110 mujeres que tomaban tamoxifen y cómo éstas se relacionaban con la conducta de adherencia. Observaron que las mujeres no adherentes reportaban más una creencia de que no había ninguna ganancia tomando tamoxifen, mientras las adherentes reportaban más que el tamoxifen podría detener el desarrollo del cáncer de seno. La razón principal para no tomar el tamoxifen fueron los efectos colaterales.

Un problema que frecuentemente se pasa por alto en relación a la conducta de adherencia al tratamiento oncológico es la sobreadherencia a la medicación autoadministrada (Partridge, et al., 2002) que tiene tanta importancia como la falta de adherencia ya que implica un riesgo pequeño pero presente de sobredosis no intencional (Parsad y Ratain, 2007). El paciente puede pensar que “más es mejor” y pueden en el caso de la quimioterapia oral, producir una toxicidad incrementada substancialmente. Además, tanto el tomar las drogas con mayor frecuencia así como tomarlas con menor frecuencia que la prescrita puede afectar la eficacia terapéutica (Partridge, et al., 2002).

Lebovits, et al. (1990) evaluaron la contribución a la no adherencia de factores como 1) características demográficas (lugar del tratamiento, edad, etapa, ingreso, complejidad del protocolo, estado financiero, raza, estado civil y apoyo social, 2) características psicológicas (disturbios de estado de ánimo, presencia de diagnóstico psiquiátrico y actitudes) y 3) síntomas físicos, en una población de mujeres con cáncer de mama. Los resultados mostraron que el no cumplimiento fue asociado significativamente sólo con el lugar de tratamiento (mayores índices de no adherencia en el sector privado que en el académico) y el ingreso económico (mayores índices de no adherencia en aquellas con menores ingresos).

Por otra parte, Horne y Weinman (1999), analizaron la influencia a la adherencia de las **creencias** que tenían 324 pacientes con enfermedades crónicas acerca de la *necesidad* (beneficios percibidos) de su medicación prescrita y sus *preocupaciones* (riesgos percibidos) acerca de tomarla, comparando a poblaciones de pacientes con asma, renales, cardíacos y oncológicos, y encontraron una relación significativa entre las creencias (necesidad/preocupaciones) y la conducta de adherencia reportada, observándose que altos puntajes de *necesidad* se correlacionaron con altos índices de adherencia reportada y altos niveles de *preocupación* correlacionaron con baja adherencia reportada. Las variables sociodemográficas (género, educación) y el número de medicamentos prescritos no fueron predictoras de la adherencia reportada. Asimismo se encontraron diferencias entre grupos dado que el grupo cardíaco y asmático fueron menos adherentes al igual que los pacientes más jóvenes.

De la misma forma, Fink, et al., (2004) en una investigación realizada con mujeres en una etapa temprana de cáncer de mama, encontraron que la manera en que perciben los *riesgos* y *beneficios* de la terapia con tamoxifen parece crítico para mantener la adherencia hacia el tratamiento.

En resumen, existen factores que podrían interferir con la adherencia terapéutica, como son los relacionados con la enfermedad, con el médico,

institución de salud, con las características del tratamiento y con las características del paciente. Muy poco se ha investigado de estos factores en población oncológica y mucho menos en pacientes oncológicos que están bajo quimioterapia oral autoadministrada. La mayoría de los estudios sólo se enfocan a determinar los índices de adherencia sin ir más allá, sobre todo no se ha puesto atención a los factores psicológicos que pudieran estar interviniendo. Hace falta mucha más investigación sobre el tema, y mucho más cuando se ve que el cáncer de mama es una enfermedad que se ha convertido en una de las principales causas de muerte para las mujeres no sólo en México sino a nivel mundial, que es una enfermedad que puede tratarse con la tecnología actual y que la falta de adherencia puede traer consecuencias muy graves tanto en la mortalidad como en la calidad de vida de las pacientes.

Pero, la quimioterapia oral será efectiva en la medida en que el paciente tenga un cumplimiento o adherencia terapéutica óptima (McLeod, & Evans, 1999). Para ello, se deben tener en cuenta todas las variables que pueden estar relacionadas con ella. El tener información acerca de las razones para la no adherencia entre pacientes con cáncer de seno que toman tamoxifen es esencial para el desarrollo de intervenciones que pueden incrementar la adherencia ya que en la medida en que se conozcan las razones, se podrán implementar estrategias para promover una mejor adherencia (Grunfeld, Hunter, Sikka & Mittal, 2005).

Es bien sabido que los pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer presentan comorbilidad con los trastornos de depresión y ansiedad (Almanza-Muñoz y Holland, 2000) y aunque se sabe que la gravedad de éstos varía en cada etapa del proceso de enfermedad y del tratamiento administrado, creemos que dichos factores psicológicos podrían tener (aún en la etapa de seguimiento y vigilancia) influencia en la forma en como los pacientes siguen las indicaciones respecto a su tratamiento médico.

Se ha referido en estudios previos que los *factores psicológicos* (ansiedad, depresión, alcoholismo y estrés) dificultan mantener una adherencia adecuada

(Knobel, et al., 2005; O.M.S., 2003b; Buillé, 1998, citado en López y Pineda, 2001; Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996; DiMatteo, et al., 2000).

DiMatteo, et al. (2000) señalan que la depresión puede incrementar la falta de cumplimiento con los tratamientos médicos de tres maneras: Primero, dado que las expectativas positivas, y las creencias en los beneficios y eficacia del tratamiento son una parte esencial para la adherencia. Y la depresión frecuentemente incluye un grado notable de desesperanza y por lo tanto, el cumplimiento puede ser difícil o imposible para un paciente que mantiene poco optimismo de que alguna acción que tome le pueda ser útil. Segundo, considerable investigación sugiere la importancia del apoyo de la familia y redes sociales para que el paciente intente cumplir con los tratamientos médicos. La depresión es frecuentemente acompañada por considerable aislamiento social y separación de las personas que podrían proveer apoyo emocional y asistencia durante la enfermedad. Tercero, la depresión puede estar asociada con reducciones en el funcionamiento cognitivo que es esencial para recordar y seguir las recomendaciones médicas.

Por otra parte, Russell (1999) señala que la ansiedad acerca de los resultados terapéuticos puede guiar a negación o evitación de la condición de salud y consecuentemente a un incumplimiento del régimen terapéutico cuando el paciente se siente vulnerable y amenazado.

Las habilidades de afrontamiento han mostrado ser un elemento esencial en la forma en cómo se adaptan emocionalmente los pacientes a la enfermedad y los resultados del tratamiento médico. Por ejemplo, Watson y Greer (1998, citados en Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005) concluyen que la aceptación estoica, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza están significativamente relacionados con la obtención de peores resultados en la enfermedad. El espíritu de lucha representa una postura activa en la cual el paciente acepta el diagnóstico, mantiene una actitud optimista y quiere participar en las decisiones médicas y luchar contra la enfermedad. La evitación/negación representa el rechazo del paciente ante el diagnóstico de cáncer, minimizando frecuentemente la gravedad del diagnóstico y evitando

pensar en ello. Los pacientes con aceptación estoica asumen el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista. En la preocupación ansiosa los pacientes buscan frecuentemente que les tranquilicen ya que se sienten una ansiedad constante por el cáncer y presentan una tendencia a interpretar el malestar físico como señal de que la enfermedad se está desarrollando. Por último, el desamparo/desesperanza describe pacientes que adoptan una actitud completamente pesimista, abrumadas por el diagnóstico y con voluntad de darse por vencidos.

Por lo anterior, en la presente investigación se evaluará si existe relación entre la depresión, ansiedad y el tipo de afrontamiento con la adherencia al tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada en pacientes con cáncer de mama y el tipo de relación que estas variables tendrían, ya que se espera que la ansiedad y la depresión se relacionen de manera negativa con la adherencia. Asimismo se espera que un tipo de afrontamiento positivo facilite el seguimiento del tratamiento medico.

METODOLOGÍA

Pregunta de investigación:

¿La ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento están asociadas con la adherencia a la quimioterapia oral autoadministrada en pacientes con cáncer de mama?

Objetivo General: evaluar la relación entre la adherencia al tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada en pacientes con cáncer de mama con la ansiedad, depresión, y estrategias de afrontamiento.

Hipótesis

***Hi₁*:** los niveles elevados de depresión se relacionan con una baja adherencia al tratamiento de las pacientes con cáncer de mama

***Ho₁*:** los niveles elevados de depresión no se relacionan con una baja adherencia al tratamiento de las pacientes con cáncer de mama

***Hi₂*:** los niveles elevados de depresión se relacionan con niveles elevados de ansiedad en las pacientes con cáncer de mama con quimioterapia oral autoadministrada

Ho₂: los niveles elevados de depresión no se relacionan con niveles elevados de ansiedad en las pacientes con cáncer de mama con quimioterapia oral autoadministrada

Hi₃: los niveles elevados de depresión se relacionan con estrategias de afrontamiento negativo en las pacientes con cáncer de mama con quimioterapia oral autoadministrada

Ho₃: los niveles elevados de depresión no se relacionan con estrategias de afrontamiento negativo en las pacientes con cáncer de mama con quimioterapia oral autoadministrada

Hi₄: Las estrategias de afrontamiento negativo se relacionan con una baja adherencia al tratamiento de las pacientes con cáncer de mama

Ho₄: Las estrategias de afrontamiento negativo no se relacionan con una baja adherencia al tratamiento de las pacientes con cáncer de mama

Hi₅: los niveles elevados de ansiedad se relacionan con estrategias de afrontamiento negativo en las pacientes con cáncer de mama con quimioterapia oral autoadministrada

Ho₅: los niveles elevados de ansiedad no se relacionan con estrategias de afrontamiento negativo en las pacientes con cáncer de mama con quimioterapia oral autoadministrada

Hi₆: los niveles elevados de ansiedad se relacionan con una baja adherencia al tratamiento de las pacientes con cáncer de mama

Ho₆: los niveles elevados de ansiedad no se relacionan con una baja adherencia al tratamiento de las pacientes con cáncer de mama

Objetivos específicos

1. Identificar los niveles de depresión en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia oral autoadministrada
2. Identificar los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia oral autoadministrada
3. Identificar los tipos de estrategia de afrontamiento empleados por pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia oral autoadministrada
4. Identificar los niveles de adherencia terapéutica a la quimioterapia oral autoadministrada en pacientes con cáncer de mama
5. Evaluar la relación entre los niveles de ansiedad y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia oral autoadministrada
6. Evaluar la relación entre los niveles de depresión y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia oral autoadministrada
7. Evaluar la relación entre los tipos de afrontamiento y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia oral autoadministrada

MÉTODO

Participantes:

Participaron 40 mujeres, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2003), diagnosticadas con cáncer de mama, que sabían leer, que se encontraban recibiendo tratamiento oral antineoplásico de manera autoadministrada y que acudían a consulta al Servicio de Oncología del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que aceptaran participar en la investigación y que otorgaran su consentimiento informado (ANEXO 1).

Situación experimental:

La aplicación de los instrumentos se realizó en la sala de espera del área de oncología del Hospital al que las participantes acudían a consulta.

Materiales:

- ♦ Fotocopia de los cuestionarios de Datos Generales, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), Cuestionario de Determinación de Adherencia (ADQ) y el Cuestionario Breve de Medicación (BMQ).
- ♦ Lápices o bolígrafos

Instrumentos:

- ***Cuestionario de Datos Generales:*** que incluyó *Datos Demográficos* como nombre (sólo con el fin de identificar los cuestionarios), edad, estado civil,

escolaridad, ocupación, lugar de procedencia, tiempo de diagnóstico, tipo de lesión o diagnóstico (ANEXO 2).

- ***Inventario de Depresión de Beck (BDI)*** (1980): que constó de 21 ítems que evalúan ampliamente los síntomas depresivos. Este inventario valora principalmente síntomas cognitivos relacionados con estados depresivos. Cada ítem contiene 4 opciones de respuesta que van del 0 al 3. El participante elige la frase que se aproxime más a cómo se ha sentido durante las últimas semanas. La confiabilidad interna (Alpha de Cronbach) de esta medida para el presente estudio fue de .724 (ANEXO 3).
- ***IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado)*** de Spielberger y Díaz-Guerrero (1975): que incluye 20 afirmaciones en las que el individuo responde cómo se siente en un momento particular o de manera general. Las categorías de respuesta se presentan en una escala Likert que contiene cuatro valores que se encuentran establecidos por la misma escala: 1= No en lo absoluto, 2= Un poco, 3= Bastante y 4= Mucho. La subescala de Ansiedad-Estado está balanceada para evitar respuestas indiscriminadas; de este modo, se encuentran diez reactivos con calificación directa y diez con calificación invertida. La confiabilidad interna (Alpha de Cronbach) de esta medida para el presente estudio fue de .919 para la subescala de Ansiedad Estado y .903 para la subescala de Ansiedad Rasgo (ANEXO 4).
- ***Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer*** de Watson y Greer de 1988 en su versión en español de Torrico (1994) que constó de 40 ítems en total, con 5 factores que corresponden a determinados tipos o estrategias de afrontamiento: 1) Espíritu de Lucha (16 ítems), 2) Desamparo/Desesperanza (6 ítems), 3) Preocupación ansiosa (9 ítems), 4) Fatalismo (8 ítems) y 5) Negación (1 ítem). Se responde con una escala tipo Likert de cuatro puntos: 1= nada 2= Algo, 3= Bastante y 4= mucho. Las

puntuaciones de cada subescala se calculan sumando las tasas de cada uno de los reactivos de la subescala (ANEXO 5).

La versión en español fue proporcionada por la Dra. M. Esperanza Torrico Linares quien realizó la traducción del instrumento a este idioma para su trabajo de tesis doctoral en 1994. La confiabilidad interna (Alpha de Cronbach) de esta medida para el presente estudio fue de .726.

- ***Cuestionario de Determinación de Adherencia Terapéutica ADQ***, de DiMatteo, Hays, Gritz, Bastani, Crane, Elashoff, Ganz, Heber, McCarthy, & Marcus (1993), que incluyó datos demográficos de nombre y fecha, y 38 ítems en forma de afirmaciones que evalúa 7 factores que intervienen en la adherencia de los pacientes hacia el tratamiento médico y prevención: a) *Aspectos interpersonales de atención* que evaluó la comunicación y rapport con los profesionales de la salud (8 ítems), b) *Utilidad percibida de adherirse* (eficacia y beneficios vs. Costos de adherencia) (8 ítems), c) *Severidad percibida de la enfermedad* (4 ítems), d) *Propensión percibida hacia la enfermedad* (4 ítems), e) *Percepciones de normas sociales subjetivas para la adherencia* que evaluaron tres expectativas normativas [evaluación del régimen por tres fuentes: familia, amigos y parientes] (6 ítems), f) *Intenciones para adherirse* (4 ítems), y g) *Percepciones del apoyo disponible y ausencia de barreras para la adherencia* (4 ítems) (ANEXO 6).

La escala contiene 5 opciones de respuesta en escala tipo Likert cuyos valores son: 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En Desacuerdo, 3= Ni de acuerdo ni en Desacuerdo, 4= De acuerdo y 5= Totalmente de Acuerdo. De tal manera, la puntuación se obtiene de forma aditiva, excepto para la subescala de Normas Subjetivas en la que la puntuación es la suma de tres ítems multiplicativos: (ítem 25 x ítem 26) + (ítem 27 x ítem 28) + (ítem 29 x ítem 30) que se califican de la siguiente manera para los reactivos 25,27 y 29: 2= Totalmente en desacuerdo, 1= En Desacuerdo, 0= Ni de

acuerdo ni en Desacuerdo, -1= De acuerdo y -2= Totalmente de Acuerdo; y se califican de la siguiente manera para los reactivos 26, 28 y 30: 3= Totalmente en desacuerdo, 2= En Desacuerdo, 1= Ni de acuerdo ni en Desacuerdo, 0= De acuerdo y 0= Totalmente de Acuerdo.

Existe publicada la versión de la validación inicial del Cuestionario de Determinación de Adherencia (Adherence Determination Questionnaire ADQ) por lo cual se realizó la traducción de éste al español por la autora del presente estudio para su aplicación en la población determinada para la investigación, obteniéndose una confiabilidad de .616 mediante el alfa de Chronbach.

- **Cuestionario Breve de Medicación (BMQ)** (Svarstad, Chewning, Sleath, & Cleasson, 1999) que incluyó 9 ítems para medir la falta de adherencia y las barreras para adherirse desde la perspectiva del paciente. El instrumento se divide en tres partes: 1) *Evaluación del régimen* que incluye 5 ítems para detectar la falta de adherencia potencial preguntando a los pacientes cómo tomaron cada uno de sus medicamentos durante la semana pasada; 2) *Evaluación de Creencias* que incluye 2 ítems para evaluar las preocupaciones o dudas acerca de la eficacia de un medicamento y preocupaciones acerca de los efectos colaterales indeseados, los riesgos a corto o largo plazo o ambas características relacionadas a un medicamento específico; 3) *Evaluación de Recordar* que incluye 2 ítems que miden los problemas potenciales para recordar todas las dosis que debe tomar. El BMQ también pregunta acerca de las dificultades para abrir el empaque, leer etiquetas, obtener más medicamento, y otros temas prácticos.

El cuestionario contiene opciones de respuesta abiertas (9) y cerradas (5) y se califica de acuerdo a un procedimiento de puntuación en el que se

registra de 0 ó 1 de acuerdo a criterios establecidos para cada una de las tres secciones del cuestionario (ANEXO 7).

Existe publicada la versión del Cuestionario Breve de Medicación en el idioma inglés (Brief Medication Questionnaire BMQ) por lo cual se realizó la traducción de éste al español por la autora del presente estudio para su aplicación en la población determinada para la investigación. La confiabilidad interna (Alpha de Cronbach) de esta medida para el presente estudio fue de .589.

Variables de interés:

Definición conceptual de Variables

Ansiedad (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975):

- a. *Estado:* Una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso.
- b. *Rasgo:* Diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado.

Depresión: Un estado de ánimo o aspecto disfórico, apatía, llanto, anhedonia, sentimientos de desamparo, disminución de la autoestima, culpa, retraimiento social y pensamientos de “deseo de muerte” o suicidio (Massie, Spiegel, Lederberg y Holland, 1996)

Afrontamiento: El afrontamiento en oncología se refiere a los pensamientos y comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por adaptarse al cáncer. Por su parte, el estilo de afrontamiento se refiere a la estrategia más común, más frecuente y más a largo plazo que tiende a utilizar el individuo para lidiar con las distintas situaciones de la vida y esta estrechamente relacionado con su disposición general y personalidad (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005).

Adherencia terapéutica: “el grado en que una conducta (en términos de tomar o aplicar medicamentos, seguir dietas y/o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con las prescripciones acordadas con el profesional de salud” (O.M.S., 2003a, p.3).

Definición operacional de Variables

Ansiedad: Se definió mediante el puntaje total obtenido en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y de acuerdo a las categorías establecidas con base a los percentiles de la muestra.

Depresión Se definió mediante el puntaje total obtenido en el Inventario de Depresión de Beck y a la clasificación establecida por el manual del instrumento

Afrontamiento Se definió mediante el puntaje total obtenido y los criterios de clasificación de estilo de afrontamiento en el Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer de Watson y Greer.

Adherencia terapéutica Se definió mediante el puntaje total obtenido en el cuestionario de Determinación de Adherencia (ADQ) de DiMatteo, Hays, Gritz,

Bastani, Crane, Elashoff, Ganz, Heber, McCarthy y Marcus y de acuerdo a las categorías establecidas con base a los percentiles de la muestra.

Se definió en la etapa de seguimiento a través del Cuestionario Breve de Medicación y la clasificación determinada por el procedimiento de evaluación de presencia de problemas de falta de adherencia al tratamiento proporcionado por el instrumento.

Diseño:

Se empleó un diseño no experimental, correlacional transversal en su primera parte ya que se recolectaron los datos en un sólo momento y en un tiempo único sin manipular variables. El propósito de este diseño es describir variables y analizar su incidencia e interacción en un momento dado (Hernández, et al., 1991). En la segunda parte se empleó un diseño longitudinal, dado que se realizó una evaluación como seguimiento de la adherencia terapéutica.

Procedimiento:

El estudio consistió en la aplicación de los diferentes instrumentos a cada una de las participantes en una sola sesión, lo cual tomó un tiempo de 40 minutos aproximadamente.

En primer lugar, se contactaba a las pacientes en la sala de espera antes de que pasaran a consulta. La investigadora se presentaba ante las pacientes y les preguntaba individualmente el tipo de diagnóstico por el cual era atendida en el servicio de Oncología y el tipo de tratamiento que estaban recibiendo en ese momento con el fin de indagar si estaban tomando algún tipo de quimioterapia oral autoadministrada contra el cáncer. Si las pacientes eran atendidas por un diagnóstico de cáncer de mama y tomaban algún medicamento antineoplásico

oral, se les pedía su participación en el estudio explicándoles que no sería invasivo, que sólo tenían que contestar unos cuestionarios en una sola sesión y que tenían la libertad de participar o no; además, que la aplicación de los cuestionarios era independiente del servicio médico que recibían. Si las pacientes accedían a participar en la investigación, se les entregaba una hoja de consentimiento informado en la que se les solicitaba el permiso para aplicarles los cuestionarios, la cual debían firmar. Se les garantizaba la confidencialidad de la información que ellas proporcionaran. Y se les decía lo siguiente:

“El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos emocionales que pueden interferir en su tratamiento y su estado de salud. Los datos obtenidos son completamente confidenciales y se emplearán con fines de investigación. La información que nos proporcione se mantendrá anónima y no habrá forma de identificarla a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de estudio.”

Una vez que las participantes otorgaban su consentimiento para participar en el estudio, se procedía a la aplicación de los instrumentos, para lo cual se daban las siguientes instrucciones generales.

Instrucciones:

“Aquí se presentan algunos cuestionarios que debe contestar de acuerdo a lo que usted considere se asemeja más a su situación personal.

Si tiene alguna duda, siéntase en la absoluta libertad de preguntar. Si no tiene dudas puede comenzar a contestar los cuestionarios y cuando termine me entrega los cuestionarios, por favor”.

Cada uno de los instrumentos tenía instrucciones específicas para contestar a los ítems contenidos en él. Por lo que se enfatizaba que debían leer las instrucciones de cada cuestionario y preguntar en caso de tener alguna duda; además que debían contestar todos los ítems sin dejar alguno en blanco.

Cuando terminaban de contestar los cuestionarios, se corroboraba que cada una de las participantes hubiera contestado a todas las preguntas de los cuestionarios y se les agradecía por su participación en el estudio.

Se realizó una evaluación de seguimiento vía telefónica de la variable de adherencia después de un mes (N= 19) y dos meses (N= 11) de la primera evaluación para determinar si existían problemas de falta de Adherencia al tratamiento médico. Para este procedimiento se contactó a las participantes que aceptaron tener un seguimiento y que proporcionaron su número telefónico.

Análisis de datos:

Para proceder al análisis de datos, inicialmente, se calificaron las pruebas de acuerdo a los criterios correspondientes para cada instrumento.

Después, se construyó una base de datos que contenía las variables evaluadas para lo que se empleó el paquete de Análisis Estadístico de Datos SPSS versión 15.0. Se vaciaron los datos de los cuestionarios en la base construida y se procedió al análisis. Primeramente, se obtuvieron las medias (\pm el error estándar de la media) y posteriormente se obtuvo la correlación de Pearson entre los datos obtenidos para las variables evaluadas.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de la muestra y las variables evaluadas

El primer procedimiento estadístico que se realizó fue un análisis de frecuencia para determinar cómo se distribuyó la muestra según los factores sociodemográficos evaluados.

La muestra estuvo compuesta por 40 mujeres que se encontraban en tratamiento con quimioterapia oral autoadministrada para el cáncer de mama, con un rango de edad entre los 35 y 75 años, siendo la edad promedio de 55 años. Del total de la muestra 21 provenían del Distrito Federal (52.5%), 12 del Estado de México (30%), 3 del estado de Hidalgo (7.5%) 1 del estado de Aguascalientes, 1 de Guanajuato, 1 de Morelos y 1 de Puebla (2.5% respectivamente).

El nivel de escolaridad predominante fue de primaria (40%) con 16 participantes y en menor medida secundaria (22.5%) con 9 participantes y carrera técnica (17.5%) 7 participantes; del resto, 3 participantes señalaron ninguna escolaridad (7.5), 2 bachillerato (5%), 2 licenciatura (5%) y 1 especialidad (2.5).

El estado civil se distribuyó de la siguiente manera: 60% casada, 12.5% viuda, 10% soltera y separada respectivamente, 5% divorciada y 2.5% en unión libre. En cuanto a la ocupación, 28 de las participantes (70%) refirieron dedicarse al hogar, 4 (10%) son empleadas, 2 (5%) jubiladas, 2 (5%) secretarias, 2 (5%) comerciantes, 1 estilista (2.6%) y 1 vendedora (2.6%).

Con respecto al tipo de tratamiento que han recibido, 39 refirieron haber sido sometidas a cirugía para la extirpación del tejido canceroso sin especificar el tipo de cirugía realizada, 31 de las participantes recibieron tratamiento de quimioterapia y un 55% (22) del total de la muestra recibió radioterapia. Todas las participantes se encontraban bajo tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada que en la mayoría de los casos fue con tamoxifeno (87.5%) y el resto (12.5%) con anastrozol o letrozol. De la muestra total el 9 recibieron sólo un tipo de tratamiento entre cirugía, quimioterapia o radioterapia, el 10 recibieron dos tratamientos y 21 participantes recibieron los tres tipos de tratamiento antes de estar bajo quimioterapia oral autoadministrada.

De las 40 participantes, 15 refirieron que se encontraban bajo tratamiento psicoterapéutico dentro del Hospital de Ginecoobstetricia; las 25 restantes no habían recibido atención psicológica en relación a la afectación emocional de padecer el cáncer.

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad fue en promedio de 42 meses con un rango entre 2 y 97 meses, mientras que el tiempo de estar bajo tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada fue en promedio 27 meses con un rango entre 0.4 a 60 meses.

Como se recordará uno de los objetivos del presente estudio fue determinar los niveles de depresión de la muestra evaluada, la Figura 8 muestra la distribución de las puntuaciones de la muestra con respecto a esta variable, en donde la puntuación mínima obtenida por las participantes en el ***Inventario de Depresión de Beck*** fue de 6 y la máxima de 34, mientras la media fue de 16 con una desviación estándar de 7.066, teniendo que el 62.5% (25) de la muestra se ubicó por debajo de la media y un 37.5% (15) por encima de ésta.

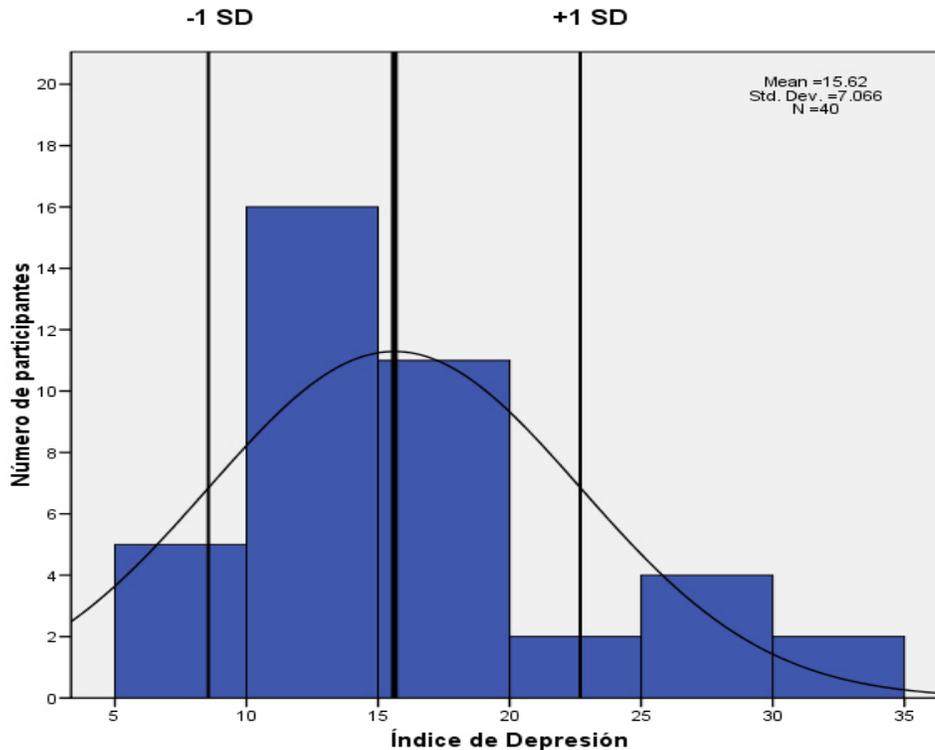


Figura 8. Distribución de la muestra con respecto a las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck

Por otra parte, se procedió a asignar a las participantes en niveles de depresión, de acuerdo a los parámetros de calificación señalados por el instrumento. Los resultados arrojados mostraron que la mayor parte de la muestra, es decir 26 de las participantes, se ubicaron en un nivel de depresión leve, 7 de ellas en un nivel moderado de depresión, sólo 2 mostraron depresión grave y el resto de la muestra, 5 en total, no presentó depresión. De tal manera podemos afirmar que la mayor parte de la muestra, es decir 33 de las participantes, mostraron signos o síntomas de depresión aun cuando fueron leves o moderados; sin embargo no hubo puntuaciones considerables de síntomas cognitivos de depresión en la muestra estudiada.

Con relación a la variable de ansiedad evaluada a través del **IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado)** y de manera específica con la *Ansiedad-Estado*, los datos mostraron que la puntuación mínima fue de 21 y la máxima de 66, con una media de 37 y una desviación estándar de 11.61,

asimismo se observó que el 65% (26) de la muestra se ubicó por abajo de la media y el 35% (14) por arriba (Ver Figura 9). Por otro lado 47.5% (19) de las participantes se ubicó en un nivel normal pero bajo de ansiedad estado, el 20% (8) presentó un nivel alto de ansiedad estado y el 32.5% (13) tuvo un nivel nulo o mínimo ansiedad. Por lo tanto, podemos decir que en general aunque muy pocas de las participantes tenían elevados niveles de ansiedad, la mayoría presenta tensión o aprensión emocional en el momento de evaluación, ya que una de las características de la ansiedad estado son precisamente la tensión o aprensión en un momento dado, que en este caso fue el de la evaluación.

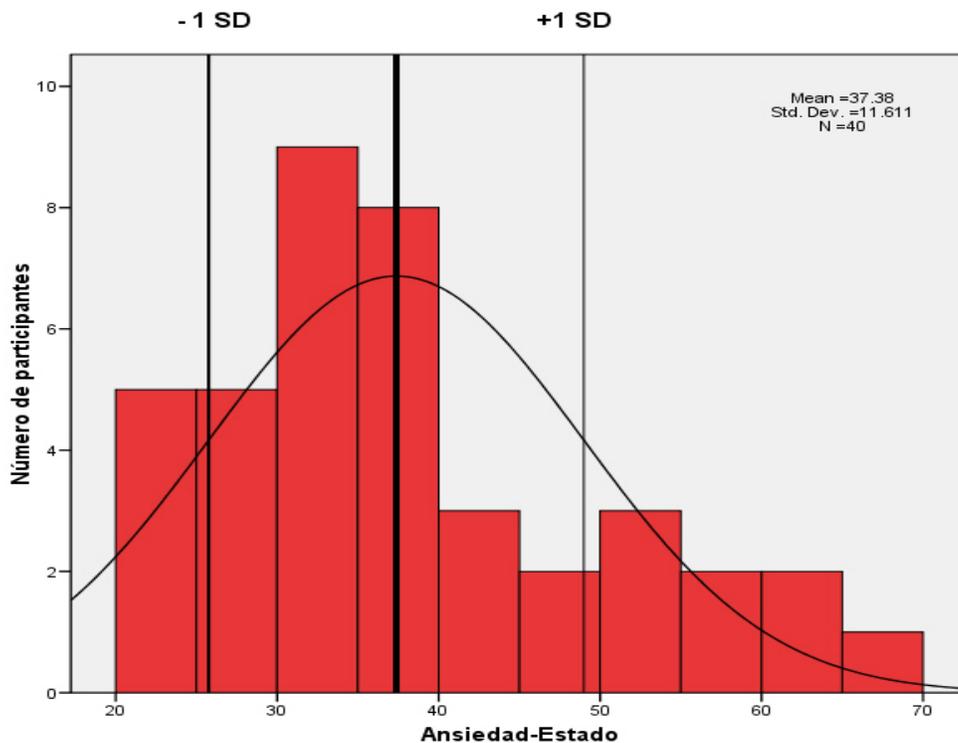


Figura 9. Distribución de la muestra con respecto a las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Ansiedad-Estado

Para la Ansiedad-Rasgo, el mínimo de puntuación obtenida por las participantes fue de 24 y la máxima de 69, teniendo una media de 42 con una desviación estándar de 10.966. (Ver Figura 10). De acuerdo a las calificaciones generales tenemos que la muestra se distribuyó con un 52.5% (21) por debajo de la media y un 47.5% por arriba.

Con respecto a la clasificación por niveles de Ansiedad Rasgo, tenemos que la mayor proporción de la muestra se ubicó en un rango normal bajo con un 45% (18), mientras que el 30% (12) presentó ansiedad rasgo alta y el 5% (2) tuvo ansiedad rasgo alta dentro de los parámetros normales. El 20% (8) restante se ubicaron en una mínima o nula ansiedad. Estos resultados demuestran que en comparación con la ansiedad estado, hubo mayores niveles de ansiedad rasgo, aunque el nivel alto no fue predominante en la muestra, lo que nos indica que una parte considerable de la muestra tiene una predisposición a comportarse de manera ansiosa ante situaciones de estrés.

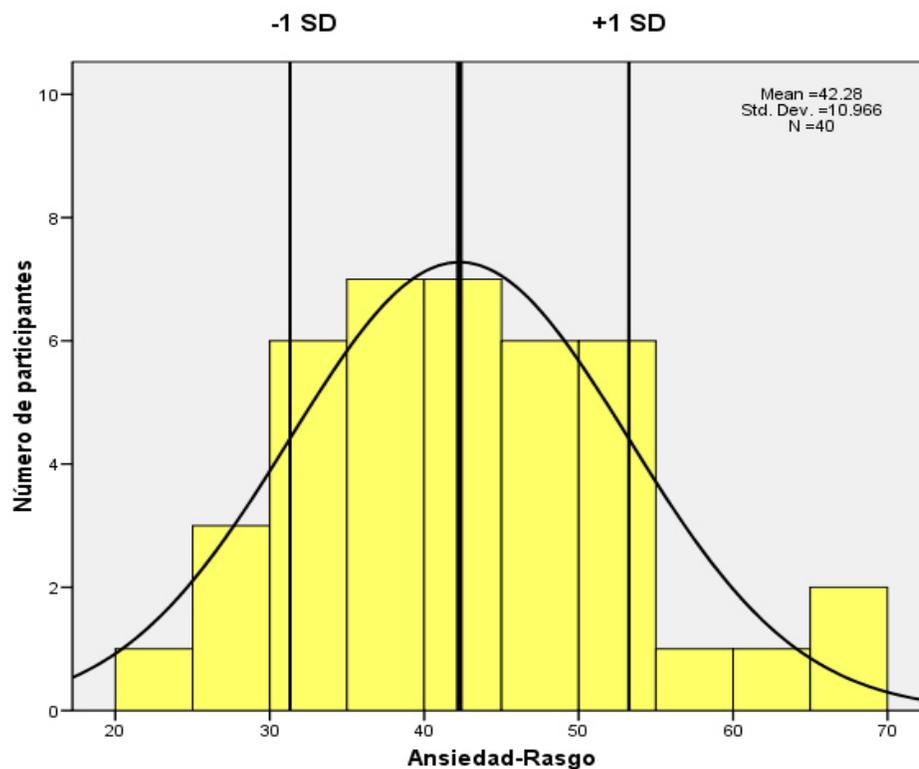


Figura 10. Distribución de la muestra con respecto a las puntuaciones obtenidas en el Inventario Ansiedad-Rasgo

Como se recordará otra de las variables evaluadas fueron las estrategias de afrontamiento, variable evaluada a través del **Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer**; es importante señalar que este instrumento evaluó cinco tipos de afrontamiento (Espíritu de Lucha, Desamparo/Desesperanza, Preocupación

ansiosa, Fatalismo y Negación), a continuación se describe cada uno de ellos. La media de la muestra en la estrategia *Espíritu de lucha* se encontró en 48 puntos con una desviación estándar de 6.588, con una puntuación mínima de 34 y máxima de 60; encontrándose que el 47.5% (19) se encuentran por abajo de la media y el 52.5% (8) por arriba. Respecto a la estrategia *Desamparo/Desesperanza* la media se ubicó en 10 con una desviación estándar de 3.82, teniendo una puntuación mínima de 6 y máxima de 19, y en este factor el 60% (24) se colocó por debajo de la media y el 40 % (16) por arriba. En cuanto a la *Preocupación ansiosa* tenemos una media de 22 con una desviación estándar de 4.05, siendo 14 la puntuación mínima y 30 la máxima, teniendo que el 55%(22) se colocaron por debajo de la media y el 45% (18) por arriba. La media para la estrategia *Fatalismo* se encontró en 21 con una desviación estándar de 2.87 con 14 de puntuación mínima y 26 de máxima, observando que el 52.5% (21) se ubicó por debajo de la media y el 47.5% (19) por arriba. La puntuación mínima para la estrategia de *Negación* fue de 1 y la máxima de 4, teniendo una media de 2.6 con una desviación estándar de 1.10 con un 47.5% (19) por debajo de la media y el 52.5% de la muestra por arriba (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Media y desviación estándar de la muestra en cada uno de los tipos de afrontamiento determinados a través del Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer

<i>Tipo de afrontamiento</i>	<i>Medias y D. E.</i>
<i>Espíritu de lucha</i>	48 (SD 6.58)
<i>Desamparo/ Desesperanza</i>	10 (SD 3.82)
<i>Preocupación Ansiosa</i>	22 (SD 4.05)
<i>Fatalismo</i>	21 (SD 2.88)
<i>Negación</i>	3 (SD 1.10)

En la Figura 11, se muestra la frecuencia en cada una de las estrategias de afrontamiento que fueron evaluadas, las cuales nos indican la manera en la que las participantes del presente estudio hacen frente a la enfermedad en esta etapa de tratamiento, encontrándose que la estrategia más utilizada fue la de

Espíritu de lucha con 47.5% (19) del total de la muestra, es decir, que la mayor parte de las participantes aceptan la enfermedad y tienen una actitud positiva, buscan información acerca de su padecimiento y de los tratamientos y, en general, asumen el cáncer como un reto. El 35% (14) de las participantes emplea la estrategia de *Negación*, es decir, consideran que no tienen en realidad un cáncer, y tienden a negar o minimizar la seriedad y cualquier ansiedad generada al padecer esta enfermedad. El 10% (4) utiliza como estrategia para afrontar la enfermedad el *Fatalismo*, teniendo como característica una actitud de pasividad y resignación ante la enfermedad y una percepción del padecimiento como una grave pérdida. Por último, el 7.5% (3) responde a la enfermedad con una estrategia de *Preocupación Ansiosa*, que hace referencia a una reacción ante la enfermedad con una ansiedad persistente y marcada, acompañada de depresión, buscan activamente información pero tienden a interpretarla pesimistamente. Ninguna de las participantes emplea como estrategia predominante la denominada como *Desamparo/Desesperanza*.

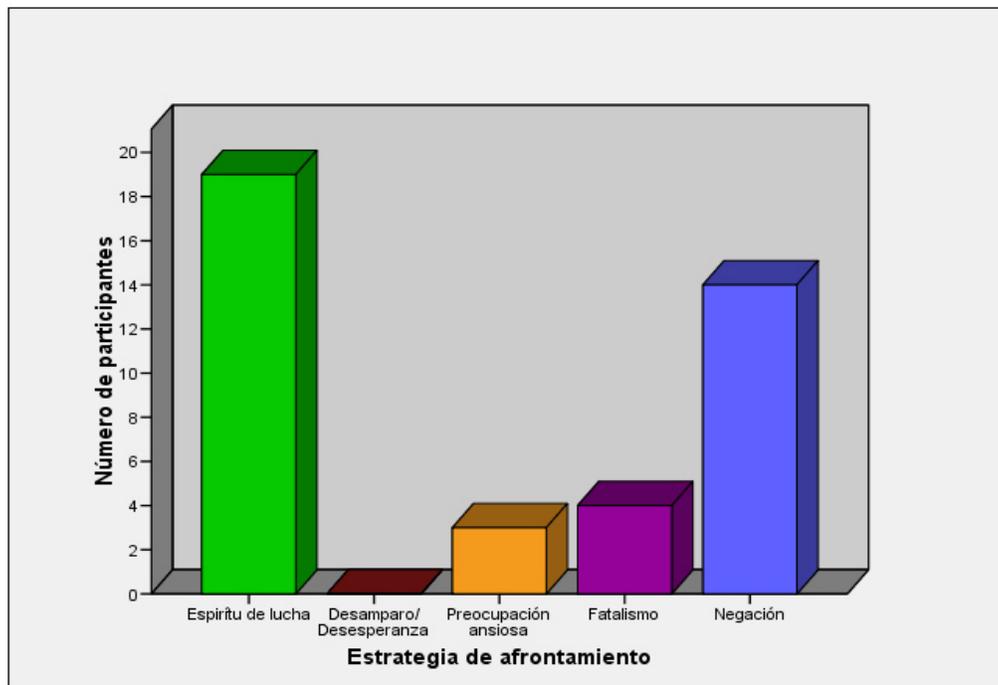


Figura 11. Número de participantes que se ubicaron en cada uno de los tipos de afrontamiento de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en cada factor del Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer.

En la tabla 9 se puede observar que la muestra se ubica de la siguiente forma respecto a cada uno de las **Estrategias de Afrontamiento**: con 55% (22) en un nivel medio en *Espíritu de lucha*, es decir que las participantes de manera regular buscan información acerca de la enfermedad y los tratamientos y tienen una actitud moderadamente positiva hacia la enfermedad. Para el tipo *Desamparo/Desesperanza* 47.5% (19) se estuvieron en el mismo nivel lo que nos indica que las participantes tienen una tendencia moderada a tener miedos respecto al cáncer y la posibilidad de muerte y a adoptar una actitud pesimista. El 52.5% (21) se encontró también en un nivel medio de *Preocupación Ansiosa*, lo que nos indica que la población estudiada reacciona moderadamente ante la enfermedad con una ansiedad persistente, acompañada de depresión, y buscan regularmente información acerca del cáncer pero tienden a interpretarla pesimistamente. El 60% (24) que se colocó también en un nivel medio para *Fatalismo* nos indica que la mayoría de las pacientes asumen de manera moderada pasivamente su enfermedad y se resignan a su suerte. Y el 52.5% (21) que se encontró también en nivel medio para el tipo de afrontamiento de *Negación*, es decir, las pacientes tienden medianamente a considerar que el diagnóstico de cáncer es un error, que realmente no tiene cáncer, o pueden admitir el diagnóstico pero niegan o minimizan la seriedad y cualquier ansiedad acerca de ella

Tabla 9. Frecuencias por niveles en cada una de las dimensiones del Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer MAC

Área	Puntuación mín. - máx.	Número de participantes en cada nivel			
		Baja	Media	Alta	Total
<i>Espíritu de lucha</i>	16-64	10(25%)	22(55%)	8(20%)	40
<i>Desamparo/ Desesperanza</i>	6-24	13(32.5%)	19(47.5%)	8(20%)	40
<i>Preocupación Ansiosa</i>	9-36	10(25%)	21(52.5%)	9(22.5%)	40
<i>Fatalismo</i>	8-32	11(27.5%)	24(60%)	5(12.5%)	40
<i>Negación</i>	1-4	8(20%)	21(52.5%)	11(27.5%)	40

Por último, en la Figura 12 podemos observar distribución con relación a las puntuaciones de las participantes en el **Cuestionario de Determinación de Adherencia (ADQ)**, como se puede apreciar la puntuación mínima fue de 89 y la máxima de 131, teniendo una media de 109 con una desviación estándar de 11.59. Además podemos observar que el 42.5% (17) de las participantes se ubican por debajo de la media y el 47.5% (23) por arriba. Se realizó un análisis para evaluar la confiabilidad del instrumento obteniéndose un $\alpha = .616$. El nivel de adherencia general de la muestra fue medio, es decir que las participantes se adhieren moderadamente al tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada.

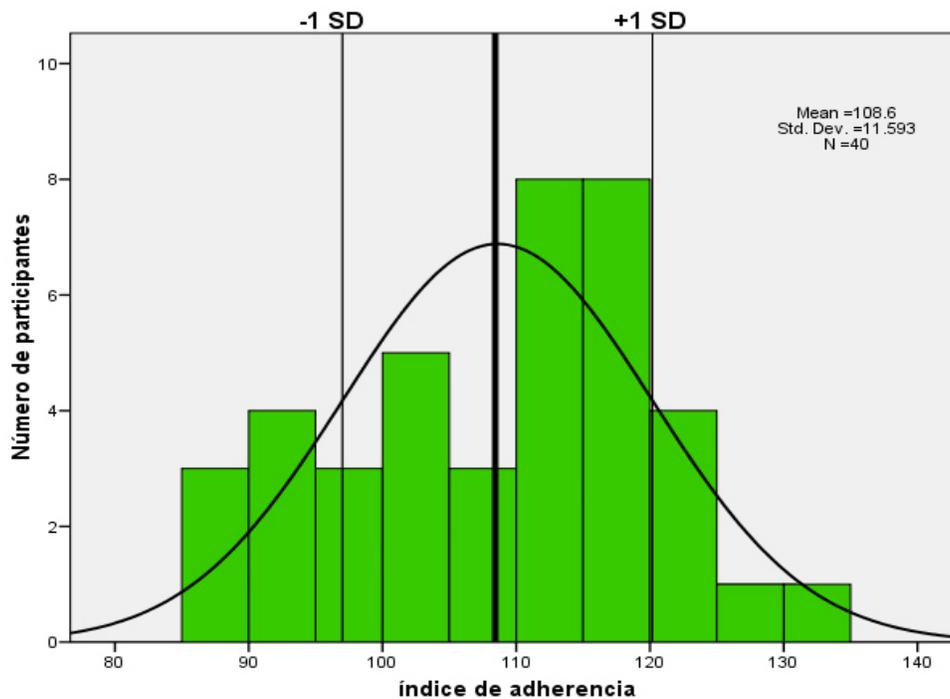


Fig. 12. Distribución de la muestra con respecto a las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Determinación de Adherencia

El Cuestionario de Determinación de Adherencia evalúa 7 factores que intervienen en la adherencia de los pacientes hacia el tratamiento médico y prevención (1. Aspectos interpersonales de atención, 2. Utilidad percibida de adherirse, 3. Severidad percibida de la enfermedad, 4. Propensión percibida hacia la enfermedad, 5. Percepciones de normas sociales subjetivas para la

adherencia, 6. Intenciones para adherirse y 7. Percepciones del apoyo disponible y ausencia de barreras para la adherencia).

Específicamente para cada uno de estos factores, la distribución se encontró de la siguiente manera: la media de los *Aspectos Interpersonales de Atención* fue de 26, teniendo que el 52.5% se ubicó por debajo de la media y un 47.5% por arriba, en tanto que la media de la *Utilidad percibida de Adherirse* fue de 25 con 67.5% de las participantes por debajo de la media y 32.5% por arriba; en cuanto a la *Severidad Percibida de la Enfermedad* se obtuvo una media de 13 con 62.5% de la población por debajo de la media y 37.5% por arriba; la variable *Propensión percibida hacia la Enfermedad* tuvo una media de 13 con 57.5% de la población por debajo de la media y 42.5% por arriba; la media de las *Normas Sociales Subjetivas* fue de 7 con un 70% por debajo de la media y 30% por arriba; por su parte las *Intenciones para Adherirse al Tratamiento* presentaron una media en esta muestra de 13 con 72.5% por debajo de la media y 27.5% por arriba; Asimismo, la media para las percepciones de *Apoyo/Ausencia de Barreras* fue de 13 con 57.5% de la población encuestada por debajo de la media y 42.5% por arriba (Ver tabla 7). De tal manera encontramos que en general la puntuación de la población estudiada en cada uno de los factores que determinan la adherencia se encuentra en niveles bajos que pueden cada uno de ellos afectar el modo en que las pacientes se adhieren a su tratamiento.

Tabla 7. Media y desviación estándar de la muestra en cada uno de los factores del Cuestionario de Determinación de Adherencia

Factores del instrumento	Media y D. E.
<i>Aspectos Interpersonales de Atención</i>	26 (SD 5.022)
<i>Utilidad percibida de Adherirse</i>	25 (SD 2.521)
<i>Severidad Percibida de la Enfermedad</i>	13 (SD 2.506)
<i>Propensión percibida hacia la Enfermedad</i>	13 (SD 2.255)
<i>Normas Sociales Subjetivas</i>	7 (SD 5.848)
<i>Intenciones para Adherirse al Tratamiento</i>	13 (SD 2.010)
<i>Apoyo/Ausencia de Barreras</i>	13 (SD 2.298)

Las calificaciones para cada uno de los factores del **Cuestionario de Determinación de Adherencia (ADQ)** se ubican en niveles de la siguiente forma: con una puntuación media para la dimensión de *Aspectos Interpersonales de Atención* con 47.5% (19), es decir, que las participantes perciben que su relación con el personal médico en términos de comunicación es medianamente buena. Para la *Utilidad Percibida de Adherirse* la muestra se ubica en un nivel medio con un 65% (26) lo cual indica que las mujeres encuestadas perciben que los beneficios no superan los costos e incluso podrían ser menores al adherirse a la quimioterapia oral autoadministrada. Se observa un nivel bajo respecto a la *Severidad percibida de la enfermedad* con un 50% (20), que indica que la mayor parte de la muestra tiene una tendencia a creer que la enfermedad y las consecuencias médicas y sociales que tiene la falta de adherencia no son tan graves. De igual forma la *Susceptibilidad percibida hacia la enfermedad* tuvo un 50% (20) en el nivel bajo, otro 27.5%(11) se ubica en un nivel medio y el resto de las participantes en niveles bajos, lo que nos muestra que las mujeres creen que es poco probable volver a contraer la enfermedad o de que se agraven los síntomas. Con respecto a las *Normas Sociales Subjetivas* la muestra se ubica en un nivel medio con 50% (20), lo que quiere decir que las mujeres que participaron en el estudio le dan una mediana importancia a la opinión que familiares y amigos tienen respecto a que sigan su tratamiento. Las puntuaciones de la muestra estudiada en el factor *Intenciones para adherirse* se ubican en un nivel bajo con 62.5% (25), que nos da un indicativo de que lo que piensan hacer en un futuro las mujeres respecto a su tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada con probabilidad será no seguir con el tratamiento. Y por último, observamos un nivel medio en las *Percepciones del apoyo disponible y ausencia de barreras para la adherencia* con un 50% (20), esto es, que las participantes consideran que el nivel de apoyo y la presencia de obstáculos para adherirse al tratamiento son similares (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia por niveles en cada una de las dimensiones del Cuestionario de Determinación de Adherencia (ADQ).

Área	Puntuación mín. - máx.	Número de participantes en cada nivel			
		Baja	Media	Alta	Total
<i>Aspectos</i>					
<i>Interpersonales de Atención</i>	8-40	12(30%)	19(47.5%)	9(22.5%)	40
<i>Utilidad percibida de Adherirse</i>	8-40	11(27.5%)	26(65%)	3(7.5%)	40
<i>Severidad Percibida de la Enfermedad</i>	4-20	20(50%)	16(40%)	4(10%)	40
<i>Propensión percibida hacia la Enfermedad</i>	4-20	20(50%)	11(27.5%)	9(22.5%)	40
<i>Normas Sociales Subjetivas</i>	-18-+18	12(30%)	20(50%)	8(20%)	40
<i>Intenciones para Adherirse al Tratamiento</i>	4-20	25(62.5%)	7(17.5%)	8(20%)	40
<i>Apoyo/Ausencia de Barreras</i>	4-20	11(27.5%)	20(50%)	9(22.5%)	40

Respecto al **seguimiento 1** de adherencia que se realizó a través del **Cuestionario Breve de Medicación (BMQ)**. Solo se encuestó a 19 de las participantes que contestaron la primera evaluación. Encontramos que la puntuación mínima fue de 0 y la máxima de 6 con una media de 2.16 y una desviación estándar de 1.708. La distribución normal de las participantes en esta medición se puede observar en la Figura 13. Asimismo se observa que el 68.4% de las participantes se encuentra por debajo de la media y el 31.16% por encima de ella.

Este instrumento se divide en tres factores (*Falta de Adherencia Potencial al Régimen, Creencias sobre Barreras para adherirse y Barreras para recordar la dosis*). Para cada uno de los factores la muestra se distribuyó como sigue: con una media de 1.26 para el factor *Falta de Adherencia Potencial al Régimen* y una desviación estándar de 1.408, teniendo una puntuación mínima de 0 y máxima de 5, de manera que 68.4% se encuentra por debajo de la media y 31.16% por encima. El factor *Creencias de Barreras para Adherirse* mostró una media de .68 con una desviación estándar de .562, teniendo una puntuación

mínima de 0 y máxima de 2, de tal manera 36.8% se ubicaron por debajo de la media y 63.2% por encima. Para el tercer factor *Barreras para recordar la dosis*, la media se encontró en .21 con una desviación de .535, la puntuación mínima fue de 0 y la máxima de 2, y de acuerdo a la distribución normal, el 84.2% se ubicó debajo de la media y el 15.8% por encima de la media (Ver Tabla 9).

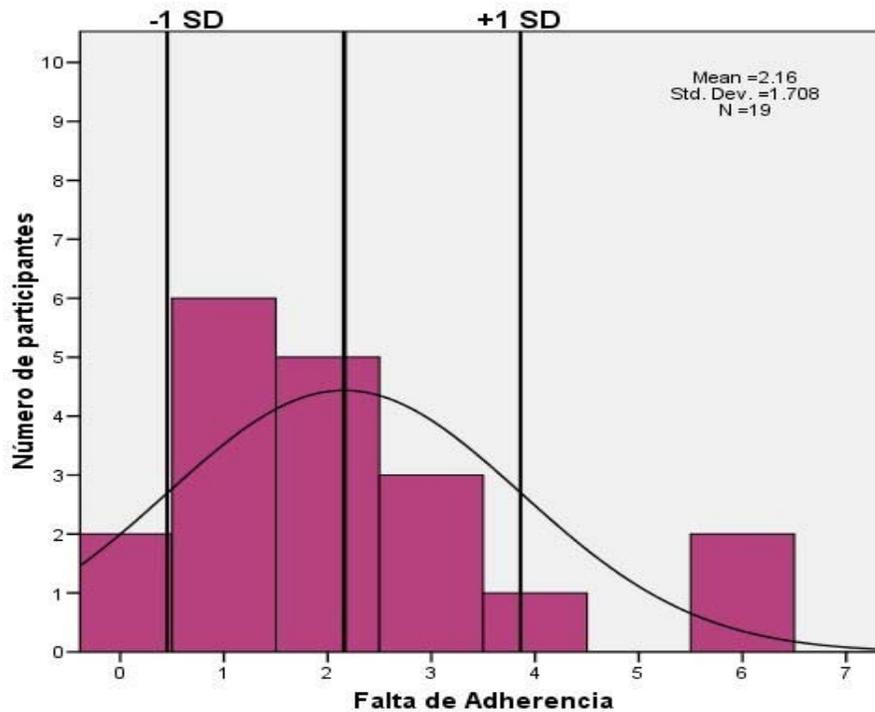


Fig. 13. Distribución de la muestra con respecto a las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Breve de Adherencia en el Seguimiento 1

Tabla 9. Media y desviación estándar de la muestra en cada uno de los factores del Cuestionario Breve de Medicación en el Seguimiento 1

<i>Factores del instrumento</i>	<i>Media y D. E.</i>
<i>Falta de Adherencia Potencial al Régimen</i>	1.26 (SD 1.408)
<i>Creencias sobre Barreras para adherirse</i>	.68 (SD .562)
<i>Barreras para recordar la dosis</i>	.21 (SD .535)

De acuerdo a las normas de calificación del Cuestionario Breve de Medicación, las participantes se categorizaron en dos grupos (adherentes y con problemas de adherencia) y los resultados del **seguimiento 1** mostraron que el 63.2% de las respondientes en este instrumento presentaron una falta de adherencia potencial; un 63.2% presentó creencias sobre la existencia de barreras para poder adherirse y sólo el 15.8% manifestó barreras para poder recordar la dosis. La puntuación general nos indica que el 89.5% presentaron problemas de adherencia considerando las respuestas a los tres factores del cuestionario. De tal manera se puede decir que la mayoría de las participantes resultaron con algunos problemas de adherencia debido a que no pudieron conseguir más medicamento a tiempo o por olvidar alguna dosis.

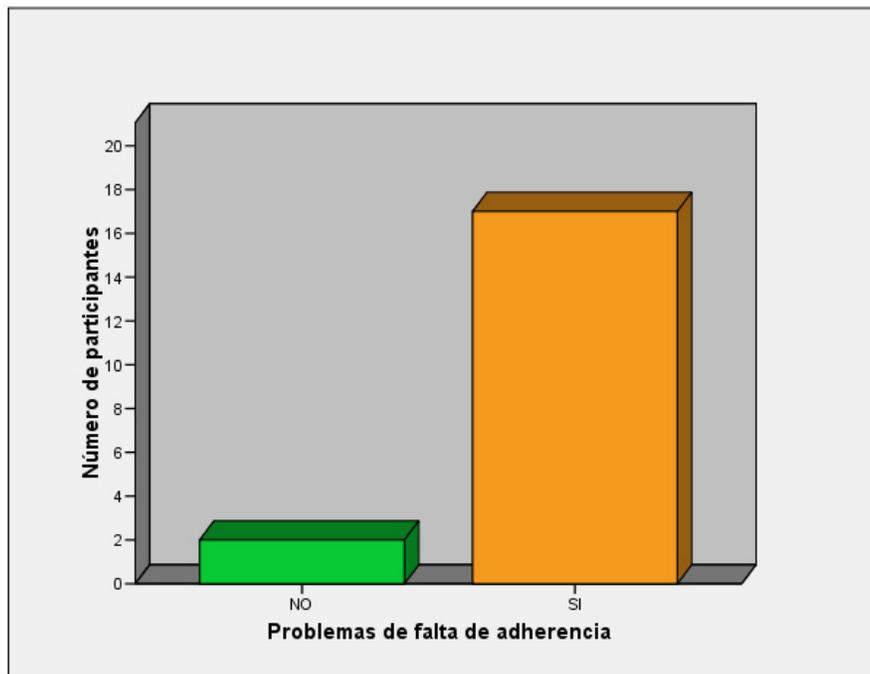


Figura 14. Número de participantes que se ubicaron en las dos categorías de problemas de adherencia en el Cuestionario Breve de Medicación en el Seguimiento 1

En relación al **Seguimiento 2** de adherencia que se realizó a través del **Cuestionario Breve de Medicación (BMQ)**, se encuestó a 11 de las participantes que contestaron la primera evaluación y que habían contestado el seguimiento 1. Encontramos que la puntuación mínima fue de 0 y la máxima

de 4 con una media de 2 y una desviación estándar de 1.3. La distribución normal de las participantes en esta medición se puede observar en la Figura 15. Asimismo se observa que el 63.6% de las participantes se encuentra por debajo de la media y el 36.4% por encima de ella.

Para cada uno de los factores la muestra se distribuyó como sigue: con una media de 1 para el factor *Falta de Adherencia Potencial al Régimen* y una desviación estándar de 1.13, teniendo una puntuación mínima de 0 y máxima de 3, de manera que 72.7% se encuentra por debajo de la media y 27.3% por encima. El factor *Creencias de Barreras para Adherirse* mostró una media de 1 con una desviación estándar de .46, teniendo una puntuación mínima de 0 y máxima de 1, de tal manera 100% se ubicaron por debajo de la media y 0% por encima. Para el tercer factor *Barreras para recordar la dosis*, la media se encontró en .0 con una desviación de .46, la puntuación mínima fue de 0 y la máxima de 1, y de acuerdo a la distribución normal, el 72.7% se ubicó debajo de la media y el 27.3% por encima de la media (Ver Tabla 10).

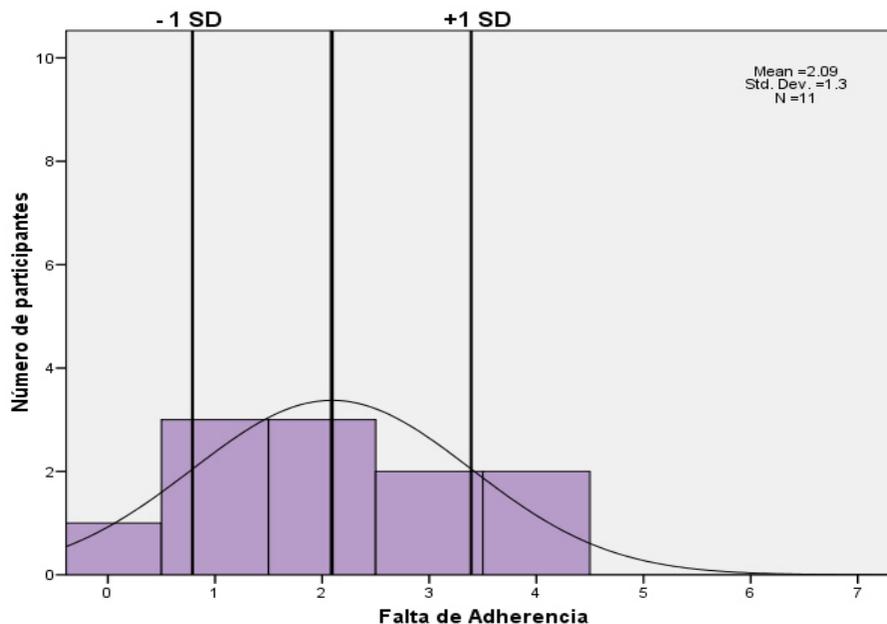


Fig. 15. Distribución de la muestra con respecto a las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Breve de Adherencia en el Seguimiento 2

Tabla 10. Media y desviación estándar de la muestra en cada uno de los factores del Cuestionario Breve de Medicación en el Seguimiento 2

<i>Factores del instrumento</i>	<i>Media y D. E.</i>
<i>Falta de Adherencia Potencial al Régimen</i>	1 (SD 1.13)
<i>Creencias sobre Barreras para adherirse</i>	1 (SD .46)
<i>Barreras para recordar la dosis</i>	.0 (SD .46)

La categorización en dos grupos (adherentes y con problemas de adherencia) de acuerdo a las normas de calificación indican que en el **Seguimiento 2** el 63.6% de las participantes presentaron una falta de adherencia potencial; el 72.7% presentó creencias sobre la existencia de barreras para poder adherirse y un 27.3% manifestó barreras para poder recordar la dosis. La puntuación general indica que el 90.9% presentó problemas de adherencia considerando las respuestas a los tres factores del cuestionario. Lo anterior nos indica que la mayor parte de la muestra tuvo problemas de adherencia debido a que no pudieron conseguir más medicamento, por olvidar alguna dosis, porque el medicamento les causa molestias y porque se les hace difícil recordar tomar todas las pastillas.

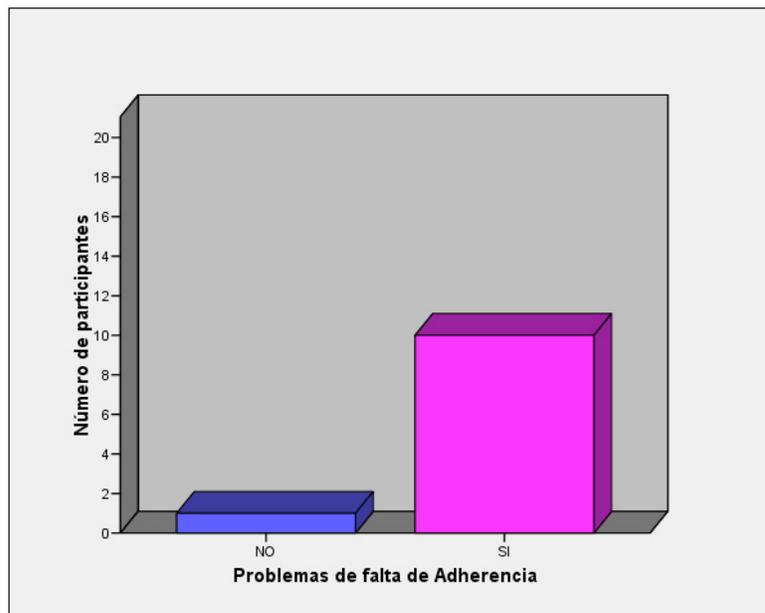


Figura 16. Número de participantes que se ubicaron en las dos categorías de problemas de adherencia en el Cuestionario Breve de Medicación en el Seguimiento 2

Análisis de la correlación entre las variables evaluadas

En segundo lugar, se realizó un análisis de correlación para determinar las relaciones existentes entre los tipos de afrontamiento, la depresión, la ansiedad Rasgo-Estado y la adherencia.

En primer instancia se determinaron las correlaciones existentes entre Depresión, Ansiedad (Rasgo-Estado) y Adherencia (en el ADQ y en el BMQ); es importante señalar que para este primer análisis no se consideró la variable de Tipos de Afrontamiento dado que la puntuación total obtenida en el cuestionario no nos indica si las participantes presentan mayor afrontamiento sino el tipo de afrontamiento positivo o negativo y no se pueden considerar puntuaciones aditivas entre los diferentes tipos sino clasificatorias.

Este análisis mostró correlaciones significativas medias entre la Depresión y la Ansiedad Rasgo $r = .669$ ($p = .01$) y la Ansiedad Estado $r = .515$ ($p = .01$). Asimismo, la depresión tuvo una correlación positiva débil con el puntaje total de Adherencia Terapéutica en el ADQ $r = .312$ ($p = .05$) (Ver tabla 10). Se puede observar que la depresión tuvo correlación con la Ansiedad y estas dos con la adherencia terapéutica aunque en menor medida. Las correlaciones más altas fueron entre la Depresión y Ansiedad-Rasgo y entre la Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado. Esto nos indica que mientras mayor sea el nivel de depresión, mayor será la ansiedad Estado y Rasgo que presenten las participantes, asimismo la adherencia será mayor mientras las mujeres se encuentran más deprimidas, dato contrario a la lógica que se siguió en este trabajo, sin embargo será discutido en su momento. No se encontró correlación entre la depresión y la evaluación de seguimiento del BMQ

Tabla 10. Muestra las correlaciones entre las puntuaciones de Depresión, Ansiedad (Rasgo y Estado) y Adherencia

	<i>Depresión</i>	<i>Ansiedad Estado</i>	<i>Ansiedad Rasgo</i>	<i>Adherencia ADQ</i>	<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 1)</i>	<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 2)</i>
<i>Depresión</i>		$r = .515^{**}$	$r = .669^{**}$	$r = .312^*$		
<i>Ansiedad Estado</i>	$r = .515^{**}$		$r = .752^*$	$r = .388^*$		
<i>Ansiedad Rasgo</i>	$r = .669^{**}$	$r = .752^*$		$r = .433^{**}$		
<i>Adherencia ADQ</i>	$r = .312^*$	$r = .388^*$	$r = .433^{**}$			
<i>Falta de Adherencia BMQ (1ra. Evaluación)</i>						
<i>Falta de Adherencia BMQ (2da. Evaluación)</i>						

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05

Por otra parte, se correlacionaron los tipos de afrontamiento evaluados a través del Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (Espíritu de Lucha, Desamparo/Desesperanza, Preocupación Ansiosa, Fatalismo y Negación) con la Depresión, Ansiedad Estado/Rasgo y la Adherencia general. Se observó una correlación negativa pero significativa entre el *Espíritu de Lucha* con la *Ansiedad-Estado* $r = -.440$ ($p = .01$); el *Desamparo/Desesperanza* con una correlación positiva media con las variables de *Depresión* $r = .423$ ($p = .01$), *Ansiedad-Estado* $r = .448$ ($p = .01$) y *Ansiedad Rasgo* $r = .423$ ($p = .01$). La *Preocupación Ansiosa* presentó una correlación significativa media con la *Depresión* $r = .477$ ($p = .01$), *Ansiedad-Estado* $r = .422$ ($p = .01$) y *Ansiedad Rasgo* $r = .447$ ($p = .01$) y una correlación significativa débil con la puntuación total de *Adherencia* en el ADQ $r = .318$ ($p = .05$). En cuanto al tipo de afrontamiento de *Fatalismo* y *Negación* no se encontró correlación con la ansiedad ni con la adherencia (Ver tabla 11). En resumen se puede señalar que fueron sólo tres tipos de afrontamiento (Espíritu de Lucha, Desamparo/Desesperanza y Preocupación Ansiosa) los que mostraron una correlación significativa principalmente con Ansiedad Rasgo/Estado y de éstos,

el tipo Desamparo/Desesperanza y Preocupación Ansiosa tuvieron correlación con la Depresión; sólo el tipo Preocupación Ansiosa tuvo correlación con la Adherencia medido a través del Cuestionario de Determinación de Adherencia. Lo anterior tiene una interpretación particular, por una parte que las pacientes que tienen un afrontamiento con una actitud optimista y de ver la enfermedad como un reto, así como las que tienen una percepción de la enfermedad como una pérdida, ante la cual no tienen ningún control y las pacientes que reaccionan ante la enfermedad con una ansiedad persistente, presentarán mayores niveles de ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado. Es importante señalar que el Espíritu de lucha correlacionó de manera negativa con la ansiedad estado, lo que significa que las participantes del estudio que se caracterizaron por aceptar la enfermedad, una actitud positiva, buscar información acerca de su padecimiento y de los tratamientos y, en general, asumir el cáncer como un reto presentaron niveles bajos de ansiedad situacional, es decir, la ansiedad mostrada en el momento de evaluación y de estar en tratamiento con quimioterapia oral autoadministrada.

Al evaluar la correlación de cada uno de los factores del Cuestionario de Determinación de Adherencia (Aspectos Interpersonales de Atención, Utilidad percibida de Adherirse, Severidad Percibida de la Enfermedad, Propensión percibida hacia la Enfermedad, Normas Sociales Subjetivas, Intenciones para Adherirse al Tratamiento, Apoyo/ Ausencia de Barreras) con las variables de Depresión, Ansiedad Estado-Rasgo, tipos de Afrontamiento y Adherencia (en la puntuación general) encontramos que los *Aspectos Interpersonales* correlacionaron de manera significativa débil con la *Ansiedad-Rasgo* $r = .381$ ($p = .01$) y de manera significativa media con la Adherencia en el ADQ $r = .644$ ($p = .01$). La *Utilidad Percibida (Costos/Beneficios)* correlacionó significativamente a un nivel medio con la *Adherencia* en el ADQ $r = .519$ ($p = .01$). De la misma manera, se encontró una correlación media significativa entre la *Severidad Percibida* y la *Adherencia (ADQ)* $r = .477$ ($p = .01$). Por otra parte, la *Susceptibilidad Percibida* correlacionó con la *Adherencia (ADQ)* $r = .644$ ($p = .01$). Las *Normas Subjetivas* igualmente correlacionaron de manera positiva con la *Adherencia (ADQ)* $r = .576$ ($p = .01$). Las *Intenciones* correlacionaron de

manera positiva pero débil con el afrontamiento *Desamparo/Desesperanza* $r = .332$ ($p = .05$), y con las variables de *Ansiedad-Rasgo* $r = .322$ ($p = .05$), y con la *Adherencia (ADQ)* $r = .353$ ($p = .05$). Se observó una correlación significativa pero débil entre la variable *Apoyo/Ausencia de Barreras* con la variable de *Depresión* $r = .390$ ($p = .01$) y con la falta de adherencia en la segunda evaluación con el BMQ $r = .605$ ($p = .01$) y con el factor de Barreras para recordar la dosis del Seguimiento 2 a través del BMQ. (Ver Tabla 12).

De este análisis podemos destacar que cinco de los siete factores del Cuestionario de Determinación de Adherencia correlacionaron entre si y los únicos aspectos que correlacionaron con las otras variables fueron las *Intenciones* que correlacionó con el tipo de afrontamiento *Desamparo/Desesperanza* y con la *Ansiedad-Rasgo*; lo cual nos indica que las intenciones de adherirse al tratamiento de las participantes de este estudio fueron mayores si percibían la enfermedad como una pérdida ante lo cual no tenían control, sentían miedo y tenían una actitud pesimista ante el cáncer. Por otra parte, se encontró correlación entre el *Apoyo/Ausencia de Barreras* y la puntuación de *Depresión* lo que se traduce en que entre más apoyo y menos barreras percibieron las mujeres que participaron en el estudio presentaban más depresión. Asimismo, se puede decir que entre más apoyo y menos barreras perciban para adherirse al tratamiento, presentaron mayores problemas de adherencia así como para recordar la dosis a los dos meses después de la primera evaluación.

Al evaluar la correlación de los factores del Cuestionario Breve de Medicación del Seguimiento 1 y 2 (*Falta de Adherencia Potencial al Régimen, Creencias sobre Barreras para adherirse y Barreras para recordar la dosis*) con las variables de Depresión, Ansiedad Estado-Rasgo, tipos de Afrontamiento y Adherencia (en la puntuación general) no se encontraron correlaciones significativas en las puntuaciones generales.

Un análisis adicional fue llevado a cabo para conocer las posibles relaciones entre el número de tratamientos que habían recibido las participantes (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia) con los niveles de adherencia, los factores de

Adherencia, la Depresión, la Ansiedad Estado-Rasgo y los tipos de afrontamiento. En este análisis no se observó correlación alguna entre el número de tratamientos y la Adherencia; en cambio se encontró una correlación significativa débil con el *Espíritu de Lucha* $r=.349$ ($p= .05$), lo que nos indica que mientras más tratamientos han recibido las mujeres, tienen una actitud más optimista, aceptan en mayor medida la enfermedad y la ven como un reto. Asimismo se observó una correlación significativa con la *Utilidad Percibida* $r=.327$ ($p= .05$), es decir que entre más tratamientos hayan tenido las pacientes, será mayor la percepción que tienen de que adherirse al tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada les es de utilidad y les trae mayores beneficios que costos. Y se encontró que la suma de tratamientos también se correlacionó negativamente de manera significativa con la falta de adherencia en el BMQ $r= -.632$ ($p= .05$) en el Seguimiento 2, lo que nos indica que las mujeres que han pasado por más tratamientos tendieron a tener menos problemas de adherencia a los dos meses siguientes a la primera evaluación (Ver tabla 13).

Asimismo, se realizó un análisis para conocer las relaciones de las variables estudiadas en sus puntuaciones generales de acuerdo a si estaban o no recibiendo tratamiento psicológico las mujeres entrevistadas en el cual se encontró correlación significativa en el grupo de participantes que estaban recibiendo atención psicológica entre el factor *Susceptibilidad Percibida* y la puntuación total de *Falta de Adherencia* $r= .640$ ($p= .01$) medido a través del Cuestionario Breve de Medicación; entre el factor *Creencias de Barreras para adherirse* y el tipo de afrontamiento de *Fatalismo* $r= -.604$ ($p= .05$); y entre el factor *Barreras para recordar* con el tipo de afrontamiento *Desamparo/Desesperanza* $r=.563$ ($p= .05$). En el grupo de participantes que no habían recibido atención psicológica se muestra correlación entre la Depresión y el factor de *Falta de adherencia Potencial* evaluada a través del Cuestionario Breve de Medicación $r=.867$ ($p= .05$); y entre *Creencias Percibidas de Barreras con ansiedad Estado* $r= -.852$ ($p= .05$), *ansiedad rasgo* $r=.974$ ($p= .01$).

Tabla 11. Muestra las correlaciones entre los tipos de Afrontamiento (MAC), Depresión, Ansiedad (Rasgo y Estado), y Adherencia (ADQ).

	<i>Espíritu de lucha</i>	<i>Desamparo/ Desesperanza</i>	<i>Preocupación Ansiosa</i>	<i>Fatalismo</i>	<i>Negación</i>	<i>Depresión</i>	<i>Ansiedad Estado</i>	<i>Ansiedad Rasgo</i>	<i>Adherencia (ADQ)</i>	<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 1)</i>	<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 2)</i>
<i>Espíritu de lucha</i>							$r = -.440^{**}$	$r = .388^*$			
<i>Desamparo/ Desesperanza</i>			$r = .483^{**}$	$r = .509^{**}$	$r = .335^*$	$r = .423^{**}$	$r = .448^{**}$	$r = .423^{**}$			
<i>Preocupación Ansiosa</i>		$r = .483^{**}$				$r = .477^{**}$	$r = .422^{**}$	$r = .447^{**}$	$r = .318^*$		
<i>Fatalismo</i>		$r = .509^{**}$			$r = .389^*$						
<i>Negación</i>		$r = .335^*$		$r = .389^*$							
<i>Depresión</i>		$r = .448^{**}$	$r = .422^{**}$				$r = .515^{**}$	$r = .669^{**}$	$r = .312^*$		
<i>Ansiedad Estado</i>	$r = -.440^{**}$	$r = .448^{**}$	$r = .422^{**}$					$r = .752^{**}$	$r = .388^*$		
<i>Ansiedad Rasgo</i>	$r = .388^*$	$r = .423^{**}$	$r = .447^{**}$			$r = .669^{**}$	$r = .752^{**}$		$r = .433^{**}$		
<i>Adherencia (ADQ)</i>			$r = .318^*$			$r = .312^*$	$r = .388^*$	$r = .433^{**}$			
<i>Falta de Adherencia BMQ (1ra. Evaluación)</i>											
<i>Falta de Adherencia BMQ (2da. Evaluación)</i>											

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2-colas)

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2-colas)

Tabla 12. Muestra la correlación entre los elementos del Cuestionario de Determinación de Adherencia, Depresión, Ansiedad Estado-Rasgo y Adherencia

Aspectos Interpersonales de Atención	Utilidad percibida de Adherirse	Severidad Percibida de la Enfermedad	Propensión percibida hacia la Enfermedad	Normas Sociales Subjetivas	Intenciones para Adherirse al Tratamiento	Apoyo/ Ausencia de Barreras	Espíritu de Lucha	Desamparo Desesperanza	Preocupación Ansiosa	Fatalismo	Negación	Depresión	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Total Adherencia ADQ	Falta de Adherencia BMO (Seguimiento 1)	Falta de Adherencia BMO (Seguimiento 2)
Aspectos Interpersonales de Atención																	
Utilidad percibida de Adherirse	r=-.326*																
Severidad Percibida de la Enfermedad		r=.327*															
Propensión percibida hacia la Enfermedad			r=-.508**														
Normas Sociales Subjetivas				r=.339*													
Intenciones para Adherirse al Tratamiento					r=.447												
Apoyo/ Ausencia de Barreras						r=.447											
Espíritu de Lucha							r=.332*										
Desamparo Desesperanza								r=.332*									
Preocupación Ansiosa									r=.390*								
Falta de Adherencia BMO (Seguimiento 1)													r=.381*				
Falta de Adherencia BMO (Seguimiento 2)														r=.381*	r=.644**		
Total Adherencia ADQ															r=.644**		

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05

Tabla 13. Muestra la correlación entre la suma de tratamientos (Cirugía, Quimioterapia y/o Radioterapia) y los elementos del Cuestionario de Determinación de Adherencia, los tipos de Afrontamiento y las puntuaciones en Depresión, Ansiedad Estado-Rasgo y Adherencia (ADQ) y falta de Adherencia (BMQ) en los Seguimientos 1 y 2.

Aspectos Interpersonales de Atención	Utilidad percibida de Adherirse	Severidad Percibida de la Enfermedad	Propensión percibida hacia la Enfermedad	Normas Sociales Subjetivas	Intenciones para Adherirse al Tratamiento	Apoyo/Ausencia de Barreras	Espíritu de Lucha	Desamparo/Desesperanza	Preocupación Ansiosa	Fatalismo	Negación	Depresión	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Total Adherencia ADQ	Falta de adherencia potencial al régimen	Creencias Barreras para adherirse	Barreras para recordar la dosis	Falta de Adherencia BMQ (Tra. Evaluación)	Falta de Adherencia BMQ (2da. Evaluación)
Suma de tratamientos	$r=.327^*$								$r=.349^*$											$r=-.632^*$

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05

Tabla 14. Muestra las correlaciones entre los tipos de Afrontamiento (MAC), Depresión, Ansiedad (Rasgo y Estado), Adherencia (ADQ), Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 1) y Falta de Adherencia (Seguimiento 2) en las participantes que se encontraban en tratamiento psicológico.

	<i>Espíritu de lucha</i>	<i>Desamparo/ Desesperanza</i>	<i>Preocupación Ansiosa</i>	<i>Fatalismo</i>	<i>Negación</i>	<i>Depresión</i>	<i>Ansiedad Estado</i>	<i>Ansiedad Rasgo</i>	<i>Adherencia (ADQ)</i>	<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 1))</i>	<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 2)</i>
<i>Espíritu de lucha</i>				$r=.541^*$			$r= -.568^*$				
<i>Desamparo/ Desesperanza</i>			$r=.594^*$	$r=.603^*$				$r=.609^*$			
<i>Preocupación Ansiosa</i>						$r=.532^*$					
<i>Fatalismo</i>	$r=.541^*$	$r=.603^*$			$r=.700^{**}$						
<i>Negación</i>				$r=.700^{**}$							
<i>Depresión</i>			$r=.532^*$					$r=.630^*$			
<i>Ansiedad Estado</i>	$r= -.568^*$							$r=.755^{**}$			
<i>Ansiedad Rasgo</i>		$r=.609^*$				$r=.630^*$	$r=.755^{**}$				
<i>Adherencia (ADQ)</i>											
<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 1)</i>											
<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 2)</i>											

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2-colas)

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2-colas)

Tabla 15. Muestra las correlaciones entre los tipos de Afrontamiento (MAC), Depresión, Ansiedad (Rasgo y Estado), Adherencia (ADQ), Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 1) y Falta de Adherencia (Seguimiento 2) en las participantes que no se encontraban en tratamiento psicológico.

	<i>Espíritu de lucha</i>	<i>Desamparo/ Desesperanza</i>	<i>Preocupación Ansiosa</i>	<i>Fatalismo</i>	<i>Negación</i>	<i>Depresión</i>	<i>Ansiedad Estado</i>	<i>Ansiedad Rasgo</i>	<i>Adherencia (ADQ)</i>	<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 1)</i>	<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 2)</i>
<i>Espíritu de lucha</i>											
<i>Desamparo/ Desesperanza</i>			<i>r= .446*</i>	<i>r= .459*</i>			<i>r= .412*</i>				
<i>Preocupación Ansiosa</i>		<i>r= .446*</i>				<i>r= .487*</i>	<i>r= .449*</i>				
<i>Fatalismo</i>		<i>r= .459*</i>									
<i>Negación</i>											
<i>Depresión</i>			<i>r= .487*</i>				<i>r= .580**</i>	<i>r= .672**</i>			
<i>Ansiedad Estado</i>		<i>r= .412*</i>	<i>r= .449*</i>				<i>r= .580**</i>	<i>r= .745**</i>			
<i>Ansiedad Rasgo</i>							<i>r= .672**</i>	<i>r= .745**</i>	<i>r= .463*</i>		
<i>Adherencia (ADQ)</i>								<i>r= .463*</i>			
<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 1)</i>											
<i>Falta de Adherencia BMQ (Seguimiento 2)</i>											

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2-colas)

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2-colas)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la adherencia al tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada en pacientes con cáncer de mama y su relación con los niveles de ansiedad, depresión, y el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas por las participantes.

En primer término se determinó la puntuación general en cada una de las variables evaluadas, se observó que la mayor parte de la muestra presentó signos o síntomas de depresión aun cuando éstos fueron leves o moderados. Solo 5% mostró depresión grave, esto concuerda con lo encontrado por Simpson, Carlson, Beck y Patten, (2002, citados en Barroilhet, et al., 2005) quienes observaron en un estudio con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que fueron evaluadas después de completar sus tratamientos, que sólo el 10% de las participantes padecía depresión mayor.

De manera similar, la mayoría de las participantes presentó Ansiedad-Estado aunque muy pocas tenían niveles elevados; en general se situaron en un nivel medio para esta variable observándose de esta manera que la enfermedad de cáncer no genera en las pacientes de la muestra evaluada una gran alteración emocional por lo menos en la etapa de tratamiento estudiada en la presente investigación. Esto podría deberse a que las pacientes se encontraban en la fase de seguimiento en la cual el cáncer ha sido tratado por la cirugía y la quimioterapia y/o radioterapia. Coincidimos con lo señalado por Almonacid, et al. (2004), si bien los estados emocionales de ansiedad y depresión se mantienen presentes en esta etapa de seguimiento, su presencia es mayor en la etapa de diagnóstico y de tratamientos activos. Se puede considerar que el impacto provocado por el diagnóstico así como por los tratamientos más

severos podría haberse disminuido ya que las pacientes han pasado ya por un proceso de adaptación a lo largo de la enfermedad motivo por el cual, tal vez se reduzcan los niveles de Ansiedad-Estado así como los de depresión.

En comparación con la Ansiedad-Estado, hubo mayores niveles de Ansiedad-Rasgo en las participantes evaluadas, aunque el nivel alto no fue predominante en la muestra ya que sólo 30% presentó tendencias a la ansiedad grave, lo que nos indica que una parte considerable de la muestra tiene una predisposición a comportarse de manera ansiosa ante situaciones de estrés.

Los principales estilos de afrontamiento utilizados por las participantes fueron el *Espíritu de lucha* seguido por el de *Negación*, así, las participantes en general se encontraron en un posición de aceptar la enfermedad con una actitud positiva, buscar información acerca de su padecimiento y de los tratamientos y asumir el cáncer como un reto o por otra parte prefieren pensar que no tienen en realidad un cáncer, y tienden a negar o minimizar la seriedad y cualquier ansiedad generada al padecer esta enfermedad. La predominancia de estos estilos de afrontamiento explicarían en parte los niveles bajos de ansiedad y depresión ya que como encontraron Watson, et al. (1991, citados en Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996) y también Classen, Koopman, Angell, y Spiegel, (1996) que adoptar un espíritu de lucha (una actitud de optimismo al enfrentarse con la enfermedad) está asociado con ansiedad y depresión disminuidas. Además, Lipkin y Cohen (1989) refieren que la negación más que un signo de enfermedad psíquica puede ser un recurso que le ayude a la paciente a seguir con su vida cotidiana, de tal manera que le ayude a enfrentar el estrés psicológico producido por la enfermedad. Aunque el estilo de afrontamiento de negación se asocia con niveles bajos de adherencia y pobres resultados del tratamiento (Sherbourne, et al., 1992; Barroilhet, et al., 2005).

El nivel de adherencia general de la muestra fue medio, lo cual indica que las participantes se adhieren moderadamente al tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada. Estos resultados son similares a lo señalado por Ceballos (2000) y lo encontrado por Fallowfield, et al. (2006), este autor encontró un 43% y un 50% de incumplimiento a la quimioterapia oral en mujeres con cáncer

de seno. Índices similares de problemas de adherencia se han encontrado en estudios sobre el uso de tamoxifen (que fue el antineoplásico oral usado por la mayor parte de la muestra) realizados fuera de ensayos clínicos (Chlebowski & Geller, 2006; Partridge, et al., 2003; Atkins & Fallowfield, 2006). Explicaciones al respecto, se presentan en algunos estudios (Partridge, et al., 2002) en los que se han identificado varios factores que afectan negativamente la adherencia, como lo es el analfabetismo y la educación limitada, que encontrados como característica importante de la población del presente estudio, recuérdese que las participantes contaban con un nivel promedio de educación primaria básica.

El hecho de que algunas de las participantes se encontraban recibiendo tratamiento psicológico dentro de la unidad de salud, no estableció diferencias en los niveles de depresión, ansiedad y tipo de afrontamiento a la enfermedad que presentaron las integrantes de la muestra.

En general, la puntuación de la población estudiada en cada uno de los factores que determinan la adherencia en el Cuestionario de Determinación de Adherencia, se situaron en niveles medios de acuerdo a la división por percentiles, denotándose niveles bajos en la *Severidad percibida de la enfermedad*, en la *Susceptibilidad percibida hacia la enfermedad* y en las *Intenciones para adherirse* lo que nos indica que la mayor parte de las participantes de la muestra tienen una tendencia a creer que la enfermedad y las consecuencias médicas y sociales no son tan graves al no adherirse al tratamiento, creen que es poco probable volver a contraer la enfermedad o de que se agraven los síntomas y que tienen poca probabilidad de seguir con su tratamiento a la quimioterapia oral en un futuro. Una posible explicación al respecto puede estar en los tipos de afrontamiento que caracterizaron a la mayor parte de la muestra, los cuales fueron el *Espíritu de lucha* y el de *Negación*, podrían incidir en la forma en que las participantes perciben la enfermedad, como un reto en el primer tipo o como algo que no existe.

Es importante enfatizar que las intenciones para adherirse, que han mostrado ser una variable importante en la adherencia terapéutica en estudios anteriores

(DiMatteo, et al., 1993), se ubicaron en un nivel bajo, lo cual nos refleja la baja tendencia a seguir con los tratamientos médicos, especialmente en aquellas mujeres que se encuentran en tratamiento con agentes antineoplásicos autoadministrados. La gravedad de este hecho radica en las repercusiones que puede tener en las pacientes no seguir con su medicación, dado que con esto aumentan la probabilidad de experimentar recurrencia de la enfermedad o cáncer de mama contralateral como lo señala el Instituto Nacional de Cáncer (NCI, 2002).

Horne y Weinman, (1999) mencionan que estudios que parten de la teoría de la acción razonada y la conducta planeada apoyan la idea de que las intenciones conductuales son influenciadas por las actitudes y las normas subjetivas. Sin embargo, los resultados del presente estudio no muestran relación entre estas variables. En cambio, observamos que las intenciones de adherirse al tratamiento fueron mayores si percibían la enfermedad como una pérdida ante lo cual no tenían control, sentían miedo y tenían una actitud pesimista ante el cáncer.

La mayoría de las participantes resultaron con algunos problemas de adherencia en el seguimiento 1 y 2 debido a que no pudieron conseguir más medicamento a tiempo o por olvidar alguna dosis, porque el medicamento les causa molestias o porque se les hizo difícil recordar algunas dosis. La falta de adherencia fue mayor en el seguimiento 2, lo cual concuerda con lo encontrado por algunos investigadores como Partridge, et al. (2008) que refieren que la adherencia disminuye con el paso del tiempo.

Una variable adicional y que es considerada de importancia en algunos estudios es el estado menopáusico de las mujeres, ya que pueden experimentar síntomas que pudieran interferir con la adherencia (Ayres, et al, 1994). En relación a esto hay que considerar también que el tamoxifeno, que fue el agente antineoplásico oral que emplea la mayor parte de las integrantes de la muestra, tiene efectos semejantes a algunos de los síntomas de la menopausia que pudieran verse aumentados o reducidos en mujeres que ya experimentan este proceso (NCI, 2002).

No sabemos los efectos que pudieran haber tenido en las mujeres evaluadas debido al estado menopausal o al consumo de tamoxifen, pero podría ser un elemento explicativo de los bajos niveles de adherencia. El efecto de dichos síntomas sobre la adherencia terapéutica puede explicarse desde el punto de vista del “control de estímulos” referido por Domínguez (1985), que apunta que debe haber un reforzamiento (eliminación de los síntomas) para que se mantengan las conductas relacionadas al cuidado o promoción de la salud; y que si el paciente no obtiene este reforzador (el alivio de sus síntomas) o experimenta efectos colaterales adversos inmediatos debidos al tratamiento, es más probable que evite la medicación o deje de realizar los cambios conductuales respecto a los hábitos de vida.

Además este autor señala que los pacientes tolerarán los efectos debilitantes de tratamientos como las radiaciones y la quimioterapia del cáncer si consideran la enfermedad como una amenaza personal real y sienten que obtendrán un beneficio del tratamiento, lo cual concuerda con los resultados encontrados en nuestra investigación ya que pudo observarse una correlación positiva de las variables Severidad percibida, Susceptibilidad percibida y Utilidad para adherirse con el puntaje total de adherencia.

Uno de los objetivos de este estudio fue determinar las posibles relaciones entre las variables evaluadas, inicialmente se esperaba encontrar una correlación negativa entre las variables de Ansiedad y Adherencia; y entre las variables de Depresión y Adherencia, ya que se ha referido en estudios previos que los *factores psicológicos* (ansiedad, depresión, alcoholismo y estrés) dificultan mantener una adherencia adecuada (Knobel, et al., 2005; O.M.S., 2003b; Buillé, 1998, citado en López y Pineda, 2001; Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996; DiMatteo, et al., 2000). Sin embargo, los resultados muestran que la Ansiedad Rasgo y Estado se correlacionan positivamente con la Adherencia al tratamiento contra el cáncer, siendo mayor la correlación con la Ansiedad Rasgo. Esto nos indica que las pacientes que presentan mayor ansiedad al momento de presentar la enfermedad, así como dentro de sus características de temperamento, tienden a presentar mayor adherencia al

tratamiento antineoplásico. Asimismo se muestra una correlación positiva con la variable de depresión reflejando que a mayor sintomatología depresiva mayor será la adherencia de las pacientes. Estos resultados son similares con los referidos en el estudio por Ayres, et al. (1994) en el que observaron que las puntuaciones más altas en ansiedad y depresión estuvieron asociadas con niveles más altos de cumplimiento en la adherencia de pacientes con cáncer de mama primario al tratamiento quimioterapéutico administrado por vía intravenosa. Estos autores refieren que una explicación de esta relación puede ser que un grado moderado de estrés psicológico (ansiedad y depresión) puede en realidad motivar a los pacientes a tomar acción.

El tipo de afrontamiento que se relacionó significativamente con la adherencia fue la *Preocupación Ansiosa*, que tiene como característica una reacción ante la enfermedad con una ansiedad persistente y marcada, acompañada de depresión, buscan activamente información pero tienden a interpretarla pesimistamente, lo cual refuerza la relación en sentido positivo que se observa entre las variables de ansiedad y depresión y el mayor puntaje de adherencia observado en la muestra y en estudios anteriores de Watson, et al. (1991, citados en Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996) y también Classen, Koopman, Angell, y Spiegel, (1996).

Los tipos de afrontamiento *Espíritu de lucha*, *Desamparo/Desesperanza* y *Preocupación ansiosa* se correlacionaron con la Ansiedad-Rasgo, lo que nos indica que las mujeres que tienden a reaccionar con ansiedad ante las diversas situaciones de su vida, afrontan la enfermedad con una visión optimista, como una pérdida o con una preocupación creciente sin ver posibilidades de solución. El *Desamparo/Desesperanza* y la *Preocupación ansiosa* correlacionaron con mayores niveles de Ansiedad-Estado, lo que nos indica que las mujeres que emplean estos dos tipos de afrontamiento reaccionaron con mayor ansiedad al tratamiento de quimioterapia oral en el momento de la evaluación. El *Espíritu de lucha* tuvo una correlación negativa con la ansiedad estado, lo que significa que las participantes del estudio que se caracterizaron por aceptar la enfermedad, una actitud positiva, buscar información acerca de su padecimiento y de los tratamientos y, en general, asumir el cáncer como un

reto presentaron niveles bajos de ansiedad situacional, mostrada en el momento de evaluación y de estar en tratamiento con quimioterapia oral autoadministrada.

Los antecedentes de las participantes de haber tenido un mayor número de tratamientos se asoció con una mayor percepción de la utilidad y mayores beneficios que costos que tienen al adherirse al tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada. Esto quizá se deba a que al haber pasado por diversos tratamientos las pacientes se dan cuenta de los beneficios a largo plazo de seguir con el tratamiento antineoplásico.

En general, han sido pocos los estudios que han evaluado los factores psicológicos que podrían incidir en la adherencia terapéutica en población oncológica y menos aún los que se hayan realizado para evaluar los factores relacionados con la adherencia a la quimioterapia oral autoadministrada. (Partridge, et al., 2002). Por lo que la investigación en este tema se considera relevante y mucho más debido a que se plantea que el tratamiento antineoplásico con estos agentes orales aumentará en los próximos años (Partridge, et al., 2002; Parsad & Ratain, 2007).

Diversos estudios han planteado la relación entre algunos factores de personalidad con los resultados de los tratamientos médicos, señalando que la adherencia terapéutica podría ser el elemento que medie entre ambos (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000), por lo que los estudios sobre la relación directa entre los factores psicológicos, como los estados emocionales de ansiedad, depresión y estilos de afrontamiento y la adherencia, parecieran ser una investigación más precisa e importante para poder determinar las estrategias de intervención psicológica adecuadas con el propósito de conseguir mejores resultados de los tratamientos de las enfermedades crónicas como el cáncer. Además, Partridge, et al. (2002) señalan que las investigaciones referentes a la adherencia en tratamientos de quimioterapia oral como el tamoxifen consisten en ensayos clínicos para probar el efecto del medicamento y los pacientes se encuentran más motivados y son constantemente monitoreados por lo que estos valores no reflejarían la

conducta de la población oncológica general (Partridge, et al., 2002). E incluso puede considerarse que el simple hecho del monitoreo constituye ya una intervención para mejorar la adherencia.

La presente investigación tuvo como finalidad tomar en cuenta la relación de los factores psicológicos y la adherencia y en una situación de “la vida real”, que no se han considerado anteriormente, en un estudio piloto que pueda indicar las vertientes posibles de futuras investigaciones.

Partridge, et al., (2002) refieren que el tema de la adherencia debe ser estudiado más a fondo con un modelo teórico que incorpore un rango de variables biopsicosociales, para determinar los factores de riesgo de las fallas de adherencia en pacientes oncológicos. En el presente estudio se partió de esta premisa y del modelo propuesto por DiMatteo, et al, (1993) que incluye las variables del Modelo de Creencias de Salud (*Susceptibilidad percibida, Severidad Percibida, Utilidad Percibida y Percepciones de Apoyo disponible y ausencia de Barreras Percibidas*) que han mostrado tener relación con la adherencia en estudios anteriores (Becker, 1985) y otras variables incluidas en el Modelo de Acción Razonada (*Intenciones para Adherirse y Normas Subjetivas Sociales*); así como el factor *Aspectos Interpersonales de cuidado* que también se han considerado elementos importantes para determinar la adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos.

Se encontró, como habíamos esperado que factores como la percepción de beneficio y la severidad percibida de la enfermedad, (O.M.S., 2003b; Di Matteo & cols. 2003) pueden también tener impacto en la adherencia a los tratamientos antineoplásicos (Walker, Ristvedt y Haughey, 2003; DiMatteo, 2003). Otro factor importante es el de las relaciones interpersonales entre los proveedores de atención de salud y el cliente, por ello la confianza en el equipo médico desempeña un papel fundamental en el comportamiento del enfermo, ya que si el paciente confía en su médico cree que su recuperación será más exitosa y con ello se mejora el éxito en el tratamiento de la enfermedad.

La influencia familiar, que apoya o rechaza la atención también mostró ser un factor importante en este estudio y corrobora lo señalado por López (1985) ya que se observó que las pacientes se adherirán mejor mientras mayor fuese la influencia de sus familiares y amigos, aunque valdría la pena determinar si la existencia como la calidad de ese apoyo social pudiera influir en la conducta de adherencia.

Si bien DiMatteo, et al. (1993) señalan que los factores del Modelo de Creencias de Salud tienen un efecto indirecto en la adherencia a través de las intenciones para adherirse, esto no se pudo observar en la presente investigación, quizá debido a que la muestra no fue lo suficientemente grande como para poder visualizar dichas relaciones.

La muestra tomada a consideración para la presente investigación fue con una N pequeña dado que fue un estudio piloto, y también debido a las características de la población estudiada. Encontramos dificultades para poder contactar con las participantes ya que acuden al médico sólo una vez por mes para recibir otra receta para poderse suministrar de más medicamento. De esta forma fueron pocas las usuarias que se pudieron contactar y que además cumplieran con los criterios de inclusión, es decir estar bajo tratamiento de quimioterapia oral autoadministrada y que estuvieran en la fase de seguimiento ya que cabe recordar que este tipo de tratamiento también es usado como método de prevención al cáncer. Asimismo, pocas mujeres aceptaron participar en las evaluaciones de seguimiento y hubo una mortalidad en el estudio en el seguimiento, ya que se perdió contacto con las usuarias, no quisieron contestar una segunda evaluación, por recurrencia de la enfermedad o porque fueron dadas de alta del tratamiento en cuestión.

Se realizó un análisis para medir la confiabilidad y validez del Cuestionario de Determinación de Adherencia, pudimos corroborar que los factores se correlacionan de manera significativa con el puntaje total del instrumento a un nivel considerable de confiabilidad. Aunque el análisis de confiabilidad podría quedar como una vertiente para una investigación posterior o en el que se

intente la construcción de un instrumento en la población mexicana que evalúe la adherencia a tratamientos de enfermedades como el cáncer.

Podría considerarse que la medición de adherencia a través de un cuestionario no es una forma de evaluación fiable dado que el uso de autorreporte como medición de adherencia ha sido controversial. Sin embargo, tiene considerable apoyo teóricamente y empíricamente como señalan Horne y Weinman (1999), el autorreporte tiene varias ventajas sobre otros métodos como el monitoreo electrónico, o las mediciones séricas que pueden ser más intrusivos y costosos, u otros métodos que requieren que el paciente esté más alerta del monitoreo y por ello pueden constituir más un tipo de intervención que puede influenciar la conducta de adherencia. Además Becker (1985) señala que muchos estudios de adherencia a la medicación que han comparado el autorreporte con otros métodos de evaluación han mostrado correlaciones entre los resultados de los cuestionarios y las otras medidas (monitoreo electrónico u otros).

El autorreporte es el método de evaluación más comúnmente empleado en la evaluación dentro de la investigación psicológica. Por lo que consideramos una acción acertada emplear este medio de evaluación, si bien también consideramos que una medición de adherencia continua, en un estudio longitudinal en el que se empleen además mediciones múltiples de la adherencia (DiMatteo, 2004) que no sean invasivas puede ser útil para garantizar la precisión en las estimaciones de adherencia (Cummings, et al. Citado en Becker, 1985) así como para corroborar las correlaciones con las variables emocionales evaluadas en el presente estudio y establecer conclusiones a nivel predictivo. En el presente estudio se realizaron dos evaluaciones de seguimiento para determinar los niveles de adherencia tiempo después de la primera evaluación. No obstante no se encontraron datos importantes por lo que se considera que en estudios posteriores se empleen también evaluaciones longitudinales considerando algunos puntos clave que surgieron durante la presente investigación.

El estadio en que fue diagnosticada la enfermedad nos podría decir más que el tiempo que llevan con el diagnóstico de la enfermedad ya que consideramos podría haber diferencia en el tiempo y forma de adaptación al cáncer en función de la severidad percibida de la enfermedad mediados por la fase y la severidad de los tratamientos relacionados con el diagnóstico.

De la misma manera ocurre con el tipo de mastectomía realizada, ya que como señala Cassileth (1993) la mutilación física suele causar gran afectación psicológica en los pacientes con cáncer y sus sobrevivientes, mucho más cuando es externa y visible. Esta afectación suele ser menor en pacientes a las que se realizó una cirugía más conservadora o lumpectomía y en pacientes que se realiza reconstrucción mamaria.

Es relevante que se continúe con las investigaciones en este tema ya que el conocimiento de los factores asociados con la falta de adherencia puede alertar a los médicos y en general, al personal de salud ante situaciones en las cuales la adherencia puede ser subóptima y ayudarlos a centrar intervenciones a áreas que pueden ser cambiadas (Partridge, et al., 2002) como es el caso de los factores psicológicos. Queda mucho por hacer dentro de la investigación psicológica en salud en este tópico y para ello se considera que es importante tomar en cuenta las consideraciones metodológicas mencionadas anteriormente.

También es importante no perder de vista que el tema de la adherencia es un problema complejo y depende del tipo de padecimiento y tratamiento, por lo que es necesario investigar los factores determinantes para características específicas (enfermedad, tratamiento, población) para poder llegar a un mejor entendimiento del fenómeno.

Es importante señalar que cualquier intervención dirigida a mejorar la adherencia debe enfocarse a las características particulares de la enfermedad y de los factores psicológicos que pueden intervenir en esa población específica (OMS, 2003b). Además, es más beneficiosa una intervención que combine estrategias educativas y conductuales ya que como señala Haynes

(1976, citado en Brannon & Feist, 2001) las intervenciones educativas han mostrado ser relativamente ineficaces, pero las intervenciones conductuales así como los enfoques combinados presentan más ventajas.

De acuerdo a las investigaciones realizadas sobre adherencia terapéutica y a los resultados encontrados en la presente investigación se sugiere una intervención que combine estrategias educativas y cognitivo-conductuales dirigida a modificar aspectos de la institución, del paciente y de familiares de la siguiente manera.

Intervención con el paciente:

Estrategias educativas:

- Ⓢ *Informar al paciente sobre qué es el cáncer y los tipos de tratamiento.* Si la persona no posee suficiente información para comprender lo que le está sucediendo puede llegar a experimentar emociones como ansiedad, enojo, y miedo que pueden hacer que la persona no colabore con los doctores u otro personal médico. Es necesario explicar a la persona sobre el proceso de tratamiento y los posibles resultados y efectos colaterales (Horne, Vatnamidis y Carerl, 2000). Además, la identificación y el abordaje correcto de la comorbilidad también puede constituir un factor relevante para la mejora de la adherencia (Salvador y Melgarejo, 2002).
- Ⓢ *Explicar algunas estrategias para mejorar el aspecto físico,* dado que la alteración de la autoimagen es un punto de gran impacto en los pacientes con cáncer sobre todo los que han sido sometidos a cirugías que pueden percibirse como “mutilación” por parte del paciente. Por ello es importante favorecer una autoimagen positiva.
- Ⓢ *Apoyándose del trabajo multidisciplinario se puede informar a los pacientes sobre medidas nutricionales que pueden tomar para favorecer la salud y reducir efectos colaterales. Asimismo, informar sobre otras instituciones que trabajan sobre oncología (Grupos de Autoayuda,*

instituciones que venden productos a bajo costo para pacientes con cáncer como las prótesis mamarias) y de las cuales puedan obtener recursos para mejorar su estado general.

Estrategias cognitivo conductuales

- Ⓢ *Ejercicios para reducir o mantener la ansiedad y depresión a niveles bajos de tal manera que no interfieran con la adherencia al tratamiento. Para lo cual se puede enseñar al paciente a través de técnicas como el control de la respiración, la imaginación y la relajación muscular progresiva (Horne, et al., 2000).*

- Ⓢ *Dado que se ha planteado que las creencias de salud son un factor importante para predecir y favorecer la adherencia, se considera importante incidir en ellas mediante una intervención psicológica ya sea de manera grupal o individual que este enfocada a que el paciente tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o a la enfermedad como potencialmente amenazante o grave (*Susceptibilidad percibida*), esté convencida de la eficacia de la intervención (*estimación de costos y beneficios*) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud (*barreras*) (Amigo, et al., 1998).*

- Ⓢ *Entrenar al paciente para emplear estrategias de afrontamiento que favorecen la adherencia terapéutica: dado que se ha observado que estilos como la Negación o Evitación se asocian con un bajo nivel de adherencia al tratamiento a diferencia de los estilos de Espíritu de Lucha.*

- Ⓢ *Uso de autoregistro para reducir los olvidos de la dosis prescrita, el uso de recipientes para distribuir la dosis por día, el uso de señales para recordar como calendarios.*

Intervención con los familiares y personal médico

Es necesario que el paciente, la familia y la comunidad que apoya al paciente participen activamente, por lo cual se sugiere implementar las siguientes estrategias:

☉ *Seminario sobre cómo establecer una relación efectiva con los pacientes.*

Se ha observado la importancia de la relación entre los profesionales de la salud y la adherencia que presentan los pacientes al tratamiento, por lo que es recomendable que el personal de salud sea entrenado sobre los factores que afectan la adherencia, herramientas rápidas de detectar problemas de adherencia en los pacientes que atienden cotidianamente, estrategias conductuales para crear y mantener hábitos saludables que fomenten la adherencia (OMS, 2003b). Además se puede mejorar la relación medico-paciente a través de una comunicación sincera y abierta con el paciente, explicándole lo que está sucediendo y le sucederá a lo largo del tratamiento. Es importante que el médico o cualquier personal de salud, puedan a través de su trato con el paciente hacerlo sentir más cómodo emocionalmente y que fortalezcan la sensación de que la persona tiene un nivel de control sobre su mejoría (Horne, et al., 2000). Para lo cual el seminario puede contar con las siguientes temáticas:

- ◆ Plática introductoria sobre los componentes de la comunicación y relación efectiva con el paciente (habilidad para escuchar, habilidad para interrogar, componentes verbales y no verbales)
- ◆ Juego de roles para demostrar las habilidades mencionadas arriba.

☉ *Taller psicoeducativo para familiares (para fomentar el apoyo social).* Ya que las Normas Sociales tienen cierta relevancia para que el paciente considere seguir con su tratamiento prescrito, es importante que los familiares y amigos también se encuentren informados sobre la enfermedad, el curso que llevará el tratamiento e incluso que apoyen al paciente haciendo llamadas para recordar la hora y dosis prescrita.

Asimismo para minimizar la estigmatización que tiene el cáncer por la sociedad y favorecer que se mantengan las redes de apoyo.

Las diversas estrategias propuestas tienen la ventaja de que no requieren mucho tiempo, materiales caros o recursos; además son fáciles de implementar y han mostrado relativa eficacia.

Las intervenciones que han producido alguna mejora en la adherencia entre poblaciones oncológicas son pocas e incluyen principalmente programas educacionales. Se han empleado técnicas de modificación conductual tales como practicar la toma de pastillas y el uso de sistemas de recordatorio y claves. Tales intervenciones junto con otras técnicas como las cajas de píldoras diaria son relativamente baratas y han mostrado mejorar la adherencia en otra poblaciones de pacientes (Partridge, et al., 2002) pero la detección de los factores psicológicos que puedan interferir en la adherencia nos podrá llevar a su vez a enfocar cada vez mejores intervenciones psicológicas para elevarla.

REFERENCIAS

- Abu-Rustum, N. R., Lee, S., Correa, A. and Massad, L. S. (2001). Compliance with and Acute Hematologic Toxic Effects of Chemoradiation in Indigent Women with Cervical Cancer. *Gynecologic Oncology* 81(1), 88-91.
- Amigo, V. I., Fernández, R. C. y Pérez, A. M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: V. I. Amigo, R. C. Fernández, y A. M. Pérez (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. (pp. 227-270). España: Pirámide.
- Almanza-Muñoz y Holland (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206.
- Almonacid, G. V., Barreto, M. M. P., Pérez, R. S., Pardo, L. M. A. y Cortijo, T. M. (2004). En: G. J. M. Cervera (2004). *Manual de Tratamiento de soporte en el Paciente Oncológico*. (pp. 135-147). Valencia: Asociación María Beltrán.
- Arrossi, S., Matos, E., Zengarini, N., Roth, B., Sankaranayanan, R. & Parkin, M. (2007). The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynecologic Oncology*, 105 (3), 335–340.
- Atkins, L. & Fallowfield, L. (2006). Intentional and non-intentional non-adherence to medication amongst breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, 43(9), 1342-1347.

-
- Ayres, A. Hoon, P. W., Franzoni, J. B., Matheny, K. B., Cotanch, P. H. & Takayanagi, S. (1994). Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(5), 393-402.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En: R. J. DiClemente & J. L. Peterson (1994). *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioral interventions*. (pp. 25-59). USA: Plenum Press.
- Barraclough, J. (1999). *Cancer and emotion. A practical guide to Psycho-Oncology*. Gran Bretaña: Wiley.
- Barroilhet, D. S., Forjaz, M. J. y Garrido, L. E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Especiales de Psiquiatría*, 33 (6), 390-397.
- Beck, A. T. (1980) *Cognitive therapy and the emotional disorders* Nueva York: International Universities Press.
- Becker, M. H. (1985). Patient adherence to prescribed therapies. *Medical Care*, 23(5), 539-555.
- Bedell, C. H. (2003). A changing paradigm for cancer treatment: the advent of new oral chemotherapy agents [Resumen]. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(Suppl. 6), 5-9.
- Beneit, M. P. J. (1994). Aspectos psicológicos del cáncer. En: J. M. Latorre, y P. J. Beneit, (1994). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. (pp. 239-255). Argentina: Lumen.

-
- Berger, D., Braverman, A., Sohn, C. K. & Morrow, M. (1988). Patient compliance with aggressive multimodal therapy in locally advanced breast cancer. *Cancer*. 61(7), 1453-1456.
- Bosset, J. F., Calais, G., Daban, A., Berger, C., Radosevic-Jelic, L., Maingon, P., et al. (2004). Preoperative chemoradiotherapy versus preoperative radiotherapy in rectal cancer patients: assessment of acute toxicity and treatment compliance. Report of the 22921 randomised trial conducted by the EORTC Radiotherapy Group. *European Journal of Cancer*. 40(2), 219-224.
- Branon, L. y Feist, J. (2001). Adherencia a las prescripciones médicas. En: L. Branon J. y Feist, (2001). *Psicología de la salud*. (pp. 107-138). España: Internacional Thomson Editores Spain Paraninfo.
- Camic, P. & Knight, S. (1998). *Clinical handbook of health psychology. A practical guide to effective interventions*. (p. 403). USA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Cassileth, B. R. (1993). Psychosocial issues in oncology. En: Calabresi, P. & Schein, P. S. (1993). *Medical oncology. Basic principles and clinical management of cancer*. (pp. 1263-1277). USA: McGraw Hill.
- Ceballos, M. Z. I. (2000). Características biopsicosociales del paciente pediátrico con leucemia linfoblástica aguda asociadas al no cumplimiento terapéutico. Tesis de Maestría en Ciencias Médicas. Facultad de Medicina UNAM, México, D. F.
- Chlebowski, R. T. & Geller, M. L. (2006). Adherence to endocrine therapy for breast cancer. *Oncology*. 71(1-2), 1-9.

-
- Classen, C., Koopman, Ch., Angell, K. & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology, 15*(6), 434-437.
- Crane, R. (1999). Cáncer de mama. En: S. E. Otto. (1999). *Enfermería oncológica*. (pp. 83-126). España: Harcourt Brace.
- Cruz, H. J. J. (1999). Carcinogénesis. En: H. J. J., Cruz (1999). *Lecciones de oncología clínica*. (pp. 47-54). España: Arán.
- Cruzado, J. A., Olivares, C. M. E. y Fernández, S. B. (1993). Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. En: A. D. Macià, C. F. X. Méndez y R. J. Olivares (1993). *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. (pp. 279-312). España: Pirámide.
- Del Barco, M. y Gómez, B. A. (1999). Cáncer de Mama. En: H. J. J., Cruz (1999). *Lecciones de oncología clínica*. (pp. 189-212). España: Arán.
- Demissie, S., Silliman, R. A. & Lash, T. L. (2001). Adjuvant tamoxifen: predictors of use, side effects, and discontinuation in older woman. *Journal of Clinical Oncology, 19* (2), 322-328.
- DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing Patient Adherence to Medical Recommendations. *Journal of the American Medical Association, 271* (1), 79-83.
- DiMatteo, M. R. (2003). Future directions in research on consumer-provider communication and adherence to cancer prevention and treatment [Resumen]. *Patient Education and Counseling, 50* (1), 23-26.

-
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patient's adherence to medical recommendations. A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209.
- DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S. & Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care*, 40 (9), 794-811.
- DiMatteo, M. R., Hays, R. D., Gritz, E. R., Bastani, R., Crane, L., Elashoff, R., et al. (1993). Patient adherence to cancer control regimens: scale development and initial validation. *Psychological Assessment*, 5 (1), 102-112.
- DiMatteo, M. R. Hays, R. D, Sherbourne, C. D. (1992). Adherence to cancer regimens: implications for treating the older patient [Resumen]. *Oncology*, 6 (2), 50-57.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S. & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. Meta-analysis of the effects of the anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107.
- Domínguez, B. (1985). Contribuciones de la investigación en psicología a la adherencia terapéutica. En: Puente-Silva, F. G. (ed.) (1985). *Adherencia terapéutica. Implicaciones para México*. (pp. 71-85). México: Corpodin.
- Dunbar-Jacob, J., Erlen, J. A., Schlenk, E. A., Ryan, C. M., Sereika, S. M. & Doswell, W. M. (2000). Adherence in chronic diseases [Resumen]. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 48-90.
- Dunbar-Jacob, J. & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, S57-S60.

-
- Emory University (2006). *Historia del Cáncer*. Recuperado el 17 de mayo de 2007, de <http://cancerquest.org>.
- Escalada, P. & Griffiths, P. (2006). Do people with cancer comply with oral chemotherapy treatments? [Resumen]. *British Journal of Community Nursing*, 11(22), 532-536.
- Fallowfield, L., Atkins, L., Catt, S., Cox A., Coxon, C., Langridge, C., Morris, R. & Price, M. (2006). Patients' preference for administration of endocrine treatments by injection or tablets: results from a study of women with breast cancer [Resumen]. *Annals of Oncology*, 17 (2), 183-184.
- Festa, R. S., Tamaroff, M. H., Chasalow, F. & Lanzkowsky, P. (1992). Therapeutic adherence to oral medication regimens by adolescents with cancer. I. Laboratory assessment [Resumen]. *The Journal of Pediatrics*, 120 (5), 807-811.
- Fink, A. K., Gurwitz, J., Rakowski, W., Guadagnoli, E. & Silliman, R. A. (2004). Patient beliefs and tamoxifen discontinuance in older women with estrogen receptor-positive breast cancer [Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (16), 3309-3315.
- Fishbein, M., Middlestadt, S. E. & Hitchcock, P. J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: an analysis based on the theory of reasoned action. En: R. J. DiClemente & J. L. Peterson (1994). *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioral interventions*. (pp. 61-78). USA: Plenum Press.

-
- Flores, L. A. y Bazán, L. E. (2004). *Adherencia Terapéutica en pacientes oncológico pediátricos*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, México, D. F. UNAM.
- García, V. G. R. (2004). *Evaluación de competencias funcionales relacionadas con la transmisión del VIH/SIDA en pacientes seropositivos: un estudio piloto*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalnepantla, Edo. Méx. UNAM.
- García, Q. F., Martínez, S. E. D y Cáceres, E. E. (2001). Intervención cognoscitivo-conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer. *Psicología y salud*, 11(1), 113-124.
- Goyns, M. H. (1999). *Cancer and you*. How to stack the odds in your favour. Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Greer, S., Moorey, S. & Watson, M. (1989). Patient's adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3), 373-377.
- Griffith, S. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *British Journal of General Practice*, 40, 114-116.
- Grilli, R. & Lomas, J. (1994). Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Medical Care*, 32(3), 202-213.
- Grunfeld, E. A., Hunter, M. S., Sikka, P. & Mittal, S. (2005). Adherence beliefs among breast cancer patients taking tamoxifen [Resumen]. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 97-102.

-
- Hansen, R., Seifeldin, R. & Noe, L. (2007). Medication adherence in chronic disease: issues in posttransplant immunosuppression. *Transplantation Proceedings*, 39(5), 1287-1300.
- Hausenblas, H. A., Carron, A. V., & Mack, D. E. (1997). Application of the theories of reasoned action and planned behavior to exercise behavior: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19(1), 36-51.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2003). 3ra edición. *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 555-567.
- Horne, D. J., Vatnamidis, P. y Carerl, A. (2000). Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: aspectos cognitivos y conductuales. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Hutson, L. M. (2004). Breast Cancer. En: Varricchio, C. G. (Ed.). *A Cancer source book for nurses*. (pp. 173-185). USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Kahn, K. L., Schneider, E. C., Malin, J. L., Adams, J. L. & Epstein, A. M. (2007). Patient Centered Experiences in Breast Cancer: Predicting Long-Term Adherence to Tamoxifen Use. *Medical Care*. 45(5), 431-439.
- Knobel, H., Escobar, I., Polo, R., Ortega, L., Martín-Conde, M. T., Casado, J. L., et al. (2005). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 23(4), 221-231.

-
- Koyama, H., Abe, O., Uchino, J., Hayasaka, W., Abe, R., Izuo, M., et al. (1996). A Study of Postoperative Adjuvant Chemotherapy of 5'-DFUR in Breast Cancer Patients (1st Report) -On Compliance and Safety- "The 5'-BC Study Group" (5'-DFUR Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer Study Group) [Resumen]. *European Journal of Cancer*, 32 (Suppl. 2), 37.
- Kravitz, R. L. & Melnikov, J. (2004). Medical adherence research. Time for a change in direction?. *Medical Care*, 42(3), 197-199.
- Laedtke, T. W. & Dignan, M. (1992). Compliance with therapy for cervical dysplasia among women of low socioeconomic status. *Southern Medical Journal*, 85 (1), 5-8.
- Lebovits, A. H., Strain, J. J., Schleifer, S. J., Tanaka, J. S., Bhardwaj, S. & Messe, M. R. (1990). Patient noncompliance with self-administered chemotherapy. *Cancer*, 65 (1), 17-22.
- Li, B. D., Brown, W. A., Ampil, F. L., Burton, G. V., Yu, H. & McDonald, J. C. (2000). Patient compliance is critical for equivalent clinical outcomes for breast cancer treated by breast-conservation therapy. *Annals of Surgery*. 231(6), 883-889.
- Lipkin, B. G. y Cohen, G. R. (1980). *Atención emocional del paciente*. México: La prensa Médica.
- López, R. A. (1985). Implicaciones y repercusiones para el paciente oncológico por la falta de cumplimiento a su tratamiento. En: Puente-Silva, F. G. (ed.) (1985). *Adherencia terapéutica. Implicaciones para México*. (pp. 47-56). México: Corpodin.

-
- López, P. O. L. y Pineda, L. C. (2001). Adherencia terapéutica y afrontamiento en pacientes hipertensos. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, México, D. F. UNAM.
- Lowitz, B. B. y Casciato, D. A. (1990). *Manual de oncología clínica*. Barcelona: Salvat.
- Massie, M. J., Spiegel, L., Lederberg, M. S. y Holland, J. C. (1996). Complicaciones psiquiátricas de los pacientes con cáncer. En Murphy, P. G., Laurence, W. J. y Lenhard. R. J. (1996). *Oncología clínica. Manual de la American Cancer Society*. (pp. 769-783). EUA: American Cancer Society..
- McLeod, H. L. & Evans, W. E. (1999). Oral cancer chemotherapy: the promise and the pitfalls. *Clinical Cancer Research*, 5, 2669-2671.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud*. España: Desclée de Brouwer.
- Mohanti, B. K., Nachiappan, P., Pandey, R. M., Sharma, A., Bahadur, S. & Thakar, A. (2007). Analysis of 2167 head and neck cancer patients' management, treatment compliance and outcomes from a regional cancer centre, Delhi, India. *Journal of Laryngology & Otology*, 121(1), 49-56.
- National Cancer Institute (2002). *Tamoxifeno: preguntas y respuestas*. Recuperado el 14 de noviembre de 2007, de <http://www.cancer.gov>.
- National Cancer Institute (2005). *El cáncer: preguntas y respuestas*. (2005, 23 de septiembre). Recuperado el 19 de Abril de 2006, de <http://www.cancer.gov>.

-
- National Cancer Institute (2006). *Entendiendo el Cáncer y Temas Relacionados: Entendiendo al Cáncer*. Recuperado el 18 de abril de 2006, de <http://www.cancer.gov/cancertopics/understandingcancer/espanol/cancer>.
- National Cancer Institute (2007). *Lo que usted necesita saber sobre el cáncer*. Recuperado el 10 de marzo de 2009, de <http://www.cancer.gov>.
- National Cancer Institute (2008a). *Mamografías selectivas de detección: preguntas y respuestas*. Recuperado el 10 de marzo de 2009, de <http://www.cancer.gov>.
- National Cancer Institute (2008b). *Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de seno*. Recuperado el 10 de marzo de 2009, de <http://www.cancer.gov>.
- Nilsson, J. L. Anderson, K. Bergkvist, A., Björkman, I., Brismar, A. & Moen, J. (2006). Refill adherence to repeat prescriptions of cancer drugs to ambulatory patients [Resumen]. *European Journal of Cancer Care*, 16(3), 307-308.
- Organización Mundial de la Salud (2003a). Defining Adherence. En: O.M.S. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. p. 3-9. Switzerland: World health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2003b). Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14 (3), 218-221.
- Organización Mundial de la Salud (2006a). *Día Mundial Contra el Cáncer: acción mundial para evitar 8 millones de muertes por cáncer de aquí a 2015*. Recuperado el 12 de abril de 2007, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr06/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2006b). *Cáncer. Nota descriptiva N° 297*. Recuperado el 12 de Abril de 2007, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.

Palmieri, F. F. & Barton, D. L. (2007). Challenges of oral medications in patients with advanced breast cancer [Resumen]. *Seminars in oncology nursing*, 23 (4 suppl 2), S17-S22.

Parsad, S. D. & Ratain, M. J. (2007). Oral chemotherapy. Standardised dosing can improve the safety of prescribing. *British Medical Journal*, 334, 376.

Partridge, A. H., Avorn, J., Wang, P. S. & Winer, E. P. (2002). Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *Journal of the National Cancer Institute*, 94 (9), 652-661.

Partridge, A. H., LaFountain, A., Mayer, E., Taylor, B. S., Winer, E. & Asnis-Alibozek, A. (2008). Adherence to initial adjuvant anastrozole therapy among women with early-stage breast cancer [Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 26 (4), 523-526.

Partridge, A. H., Wang, P. S., Winer, E. P. & Avorn, J. (2003). Nonadherence to adjuvant tamoxifen therapy in women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (4), 602-606.

Peterson, J. L. & DiClemente, R. J. (Editors) (2000). *Handbook of HIV prevention*. USA: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Pfeifer, K. A. (1999). Fisiopatología. En: S. E. Otto. (1999). *Enfermería Oncológica*. (pp. 3-21). España: Harcourt Brace.

-
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Puente-Silva, F. G. (1985). ¿Qué es la adherencia terapéutica? En: Puente-Silva, F. G. (ed.) *Adherencia terapéutica. Implicaciones para México*. (pp. 2-17). México: Corpodin.
- Roa, A. (s.f.). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España. Ciencias de la educación preescolar y especial.
- Rodríguez, O. G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1994). The Health Belief Model and HIV risk behavior change. En: R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.) *Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions*. (pp. 5-24). USA: Plenum Press.
- Russell, G. (1999). Compliance and non-compliance with medical advice. En: G. Russell (1999). *Essential Psychology for Nurses and Other Health Professionals*. (125-137). USA: Routledge.
- Russell, D. & Gore, M. (2003). Cancer Services and Primary Care. En: M. Gore & D. Russell (2003). *Cancer in Primary Care*. Londres, United Kindom: Martin Dunita.
- Saltini, A. (1997). The prescription of treatment and the problem of adherence to the care on the part of the patient [Resumen]. *Recenti Progressi in Medicina*, 88 (10) 439-447.

-
- Salvador, C. L. y Melgarejo, O. M. (2002). *Cumplimiento terapéutico. El gran reto de la medicina del siglo XXI*. España: Ars Medica.
- Sánchez, G. E. G. (2000). *La inserción del psicólogo en los hospitales públicos y privados en el tratamiento a pacientes con cáncer*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México, D. F. UNAM.
- Sarafino, E. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial interaction*. New York : John Wily Sons.
- Senra, A. (2002). *El cáncer. Epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención*. España: Harcourt.
- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R. & Kravitz, R. L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the medical outcomes study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15 (5), 447-468.
- Sheridan, C. L. & Radmacher, S. A. (1992). Adherence to medical procedures. En: C. L. Sheridan, & S. A. Radmacher (1992). *Health psychology: Challenging the biomedical model*. (pp. 135-145). USA: Wiley & Sons.
- Sijmons, E. A., van Lankveld, M. A. L., Witteveen, P. O., Peeters, P. H. M., Koot, V. C. M. & van Leeuwen, J. S. (2007). Compliance to clinical guidelines for early-stage epithelial ovarian cancer in relation to patient outcome [Resumen]. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 203-208 .
- Simmons, K. & Lindsay, S. (2001). Psychological influences on acceptance of postsurgical treatment in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(1),355-360.

-
- Sistema Nacional de Información en Salud (2005a). *Principales causas de mortalidad general, 2005*. Recuperado el 11 de Abril de 2007, de <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>.
- Sistema Nacional de Información en Salud (2005b). *Principales causas de egresos hospitalarios, 2005*. Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 11 de Abril de 2007, de <http://sinais.salud.gob.mx/egresoshospitalarios/>.
- Sistema Nacional de Información en Salud (2007). *Diez principales causas de mortalidad en mujeres*. Recuperado el 8 de Enero de 2009, de <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.
- Spielberger, M. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de ansiedad Rasgo-Estado*. México: El manual Moderno.
- Stokes, L., Smith, A., Langley, C. A., Marriot, J. F. & Wilson, K. A. (2002). The extent and reasons for compliance failure with oral treatment regimens in hematology outpatient. *International Journal of Pharmacy Practice, 10 (supplement)*, R47.
- Svarstad, L. B., Chewning, B. A., Sleath, B. I. & Cleasson, C. (1999). The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling, 37(1)*, 113-124.
- Tabor, P. A. & Lopez, D. A. (2004). Comply with us: improving medication adherence. *Journal of Pharmacy Practice, 17(3)*, 167-181.
- Tamaroff, M. H., Festa, R.S., Adesman, A. R. & Walco, G. A. (1992). Therapeutic adherence to oral medication regimens by adolescents with cancer II.

-
- Clinical and psychologic correlates [Resumen]. *The Journal of pediatrics*, 120(5), 812-817.
- Torres, T. R. (1999). Epidemiología y factores predisponentes de cáncer de mama. En: T. R. Torres (1999). *Tumores de mama. Diagnóstico y tratamiento*. (pp. 85-93). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Torrice, L. M. E. (1994). Actitudes ante el cáncer: de lo temido a lo vivido. Tesis de Doctorado en Psicología, España, Universidad de Sevilla.
- Tubiana, M. (1988). *El cáncer*. México: Fondo de Cultura Económica.
- UICC, International Union Against Cancer. (1997). *TNM. Classification of Malignant Tumours*. EUA: Wiley-Liss.
- Urquidí, T. L. E., Montiel, C. M. M. y Littlewood, D. H. (2001). Diseño y validación de un instrumento para medir creencias en pacientes con cáncer cérvico-uterino. *Psicología y salud*, 11(1),125-133.
- Walker, M. S., Ristvedt, S. L. y Haughey, B. H. (2003). Patient care in multidisciplinary cancer clinics: does attention to psychosocial needs predict patient satisfaction? *Psycho-oncology*,12(3), 291-300.
- Waterhouse, D. M., Calzone, K. A., Mele, C. & Brenner, D. E. (1993). Adherence to oral tamoxifen: a comparison of patient self-report, pill counts, and microelectronic monitoring [Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 11 (11), 1189-1187.
- Willey, C., Redding, C., Stafford, J., Garfield, F., Geletko, S., Flanigan, T., et al. (2000). Stages of change for adherence with medication regimens for

chronic disease: Development and validation of a measure. *Clinical Therapeutics*, 22(7), 858-871.

Workman, M. L. (2004). The Biology of Cancer. En: Varricchio, C. G. (Ed.). *A Cancer source book for nurses*. (13-28). USA: Jones and Bartlett Publishers.

Zepeda, R. G. (1999). Hormonoterapia en cáncer de mama. En: T. R. Torres. (1999). *Tumores de mama. Diagnóstico y tratamiento*. (pp. 182-190). México: Mc Graw Hill Interamericana.



**A
N
E
X
O
S**

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Centro Médico La Raza
Hospital de Ginecoobstetricia No. 3
Servicio de Oncología Ginecológica
Facultad de Estudios Superiores
Iztacala
UNAM**

Por medio de la presente manifiesto mi aceptación para participar en el estudio llevado a cabo por la tesista Mayra Selene Pérez Ramírez.

Se me informó que el propósito del estudio es conocer aquellos aspectos que interfieren con mi salud y bienestar para lo cual contestaré algunos cuestionarios escritos. Sé que el estudio se realizará en una sola sesión y que las evaluaciones no provocan ningún daño a mi salud física y emocional.

Estoy enterado de que la información que yo proporcione será confidencial y no se revelaran mis datos personales a ninguna persona, empleándose éstos sólo para fines de investigación. Los investigadores se han comprometido a tratarme con respeto y me proporcionarán información cuando tenga alguna duda sobre el estudio.

Nombre y Firma del Participante

Fecha: _____

Cuestionario de Datos Generales

Nombre: _____ **Sexo:** (F) (M) **Edad:** _____

Edo. Civil: Casada () En unión libre () Soltera () Divorciada () Viuda ()
Separada ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Bachillerato () Licenciatura ()
Carrera Técnica () Especialidad () Maestría () Doctorado ()

Ocupación: _____ **Lugar de procedencia:** _____

Tipo de padecimiento: _____

Fecha de inicio del padecimiento: _____

¿Qué tratamiento ha recibido? Quimioterapia () Radioterapia ()
Cirugía ()

¿Tratamiento actual con tamoxifeno?: (Si) (No) **Otro** _____

Medicamentos que consume para el cáncer: _____

¿Con qué frecuencia lo debe tomar? _____

¿Cuánto tiempo tiene tomándolo? _____

Otros padecimientos presentes: _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

(forma abreviada)

INSTRUCCIONES: Rellena todos los datos anteriores. Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor lee con mucha atención el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoge la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que te sientes hoy, es decir actualmente. Haz una cruz en el paréntesis de la afirmación que hayas escogido.

- 1)
 - a) No me encuentro triste
 - b) Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - c) Me siento triste o deprimido/a
 - d) Ya no puedo soportar esta pena
 - e) Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

- 2)
 - a) Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro
 - b) Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - c) No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas vayan a ir mal
 - d) No espero nada bueno de la vida
 - e) No espero nada. Esto no tiene remedio

- 3)
 - a) He fracasado totalmente como persona (padre, madre, pareja, hijo, profesión...)
 - b) He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - c) Siento que he hecho pocas cosas que merezcan la pena
 - d) No me considero fracasado
 - e) Veo mi vida llena de fracasos

- 4)
 - a) Ya nada me llena
 - b) Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - c) Me encuentro aburrido casi siempre
 - d) No estoy especialmente insatisfecho/a
 - e) Estoy harto/a de todo

- 5)
 - a) A veces me siento despreciable y mala persona
 - b) Me siento bastante culpable
 - c) Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona
 - d) Me siento muy infame (perverso/a, canalla) y despreciable
 - e) No me siento culpable

- 6)
 - a) No pienso que esté siendo castigado/a
 - b) Siento que me están castigando o me castigarán
 - c) Quiero que me castiguen
 - d) Siento que merezco ser castigado/a
 - e) Presiento que algo malo me puede suceder

-
- 7) a) Estoy desengañado/a de mi mismo/a
b) No me aprecio
c) Me odio (me desprecio)
d) Estoy asqueado/a de mí
e) No estoy desengañado/a de mí mismo/a
- 8) a) No creo ser peor que otros
b) Me acuso a mi mismo/a de todo lo que me va mal
c) Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
d) Siento que tengo muchos y muy graves defectos
e) Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
- 9) a) Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacérmelo
b) Siento que estaría mejor muerto/a
c) Tengo planes decididos de suicidarme
d) Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
e) Me mataría si pudiera
f) No tengo pensamientos de hacerme daño
- 10) a) No lloro más de lo habitual
b) Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo
c) Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo
d) Ahora lloro más de lo normal
- 11) a) No estoy más irritable que normalmente
b) Me irrito con más facilidad que normalmente
c) Me siento irritado todo el tiempo
d) Ya no me irrita lo que antes me irritaba
- 12) a) He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
b) Me intereso por la gente menos que antes
c) No he perdido mi interés por los demás
d) He perdido casi todo el interés por los demás y apenas tengo sentimientos para ellos
- 13) a) Ahora estoy inseguro/a de mí mismo/a y procuro aplazar el tomar decisiones
b) Tomo mis decisiones como siempre
c) Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
d) Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
- 14) a) Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen desagradable (o menos atractivo/a)
b) Estoy preocupado/a porque me veo más viejo/a y desmejorado/a
c) No me siento con peor aspecto que antes
d) Me siento feo/a y repulsivo/a

-
- 15) a) Puedo trabajar tan bien como antes
b) Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
c) No trabajo tan bien como lo hacía antes
d) Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa
e) No puedo trabajar en nada
- 16) a) Duermo tan bien como antes
b) Me despierto una o dos horas antes de lo normal, y me cuesta volver a dormirme
c) Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas
d) Me despierto más cansado/a por la mañana
- 17) a) Me canso más fácilmente que antes
b) Cualquier cosa que haga me fatiga
c) No me canso más de lo normal
d) Me canso tanto que no puedo hacer nada
- 18) a) He perdido totalmente el apetito
b) Mi apetito es ahora mucho menor
c) Mi apetito no es tan bueno como antes
d) Mi apetito no es menor que antes
- 19) a) No he perdido peso últimamente
b) He perdido más de 2.5 Kg.
c) He perdido más de 5 Kg.
d) He perdido más de 7.5 Kg.
- 20) a) Estoy tan preocupado/a por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
b) Estoy preocupado por dolores y trastornos
c) No me preocupa mi salud más de lo normal
d) Estoy completamente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
- 21) a) Estoy menos interesado por el sexo que antes
b) He perdido todo mi interés por el sexo
c) Apenas me siento atraído sexualmente
d) No he notado algún cambio en mi atracción por el sexo

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

**IDARE
AUTOEVALUACIÓN**

SXE (Estado)

INSTRUCCIONES: A continuación encontrarás unas frases que se utilizan comúnmente para describirse a uno mismo. Lee cada frase y marca con una “X” la opción que indique mejor **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**, o sea, **en este momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta señalando la respuesta que mejor describa tus sentimientos **ahora**.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado(a)				
2. Me siento seguro(a)				
3. Estoy tenso(a)				
4. Estoy contrariado(a)				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6. Me siento alterado(a)				
7. Estoy preocupado(a) ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado(a)				
9. Me siento angustiado(a)				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mi mismo(a)				
12. Me siento nervioso(a)				
13. Estoy agitado(a)				
14. Me siento “A punto de explotar”				
15. Estoy relajado(a)				
16. Me siento satisfecho(a)				
17. Estoy preocupado(a)				
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido(a)				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

IDARE AUTOEVALUACIÓN

SXR (Rasgo)

INSTRUCCIONES: A continuación encontrarás unas frases que se utilizan comúnmente para describirse a uno mismo. Lee cada frase y marca con una “X” la opción que indique mejor **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, o sea, **en la mayoría de las ocasiones**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta señalando la respuesta que mejor describa cómo te sientes **TU generalmente**.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
1. Me siento bien				
2. Me canso rápidamente				
3. Siento ganas de llorar				
4. Me gustaría ser tan feliz como otros				
5. Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente				
6. Me siento descansado(a)				
7. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”				
8. Siento que las dificultades se amontonan y no puedo superarlas				
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
10. Soy feliz				
11. Tomo las cosas muy a pecho				
12. Me falta confianza en mí mismo(a)				
13. Me siento seguro(a)				
14. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades				
15. Me siento triste (melancólico/a)				
16. Estoy satisfecho(a)				
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
18. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos				
19. Soy una persona estable				
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso(a) o alterado(a)				

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ESCALA DE AJUSTE MENTAL (Watson-Grerr, 1988)

INSTRUCCIONES: A continuación se encontrará con una serie de frases que describen las distintas reacciones que la gente experimenta cuando está enferma. Por favor, rodee con un círculo el número situado a la derecha de cada enunciado, indicando en qué medida se aplica a su estado actual. Por ejemplo, si el enunciado NO tiene nada que ver con usted rodee con un círculo el número 1 de la primera columna, y así sucesivamente; hasta que Si la frase tiene Mucho que ver con usted rodee el número 4.

- 1 = Nada
2 = Algo
3 = Bastante
4 = Mucho

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. He estado haciendo cosas que creo que pueden mejorar mi salud (cambio de dieta)	1	2	3	4
2. Me siento incapaz de animarme	1	2	3	4
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro	1	2	3	4
4. Creo que una actitud positiva beneficiaría mi salud	1	2	3	4
5. No me recreo en mi enfermedad	1	2	3	4
6. Creo firmemente que me pondré bien	1	2	3	4
7. Pienso que haga lo que haga no servirá de nada	1	2	3	4
8. Lo dejo todo en manos de los médicos	1	2	3	4
9. Vivo sin esperanza	1	2	3	4
10. He estado haciendo cosas que creo que pueden mejorar mi salud (ejercicio)	1	2	3	4
11. Desde mi diagnóstico valoro más la vida y la disfruto mucho más	1	2	3	4
12. Estoy en manos de Dios	1	2	3	4
13. Tengo planes para el futuro (en casa, en las vacaciones)	1	2	3	4
14. Me preocupa recaer o estar empeorando	1	2	3	4
15. He tenido una buena vida, la que me queda es un regalo	1	2	3	4
16. Creo que mi estado mental puede influir sobre mi enfermedad	1	2	3	4

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
17. Pienso que no puedo hacer nada para ayudarme	1	2	3	4
18. Intento llevar la misma vida de siempre	1	2	3	4
19. Me gustaría conocer a otras personas que estén como yo	1	2	3	4
20. Estoy dispuesta a echármelo todo a la espalda	1	2	3	4
21- Me cuesta creer que me haya sucedido esto a mí	1	2	3	4
22- Me encuentro muy nerviosa por mi enfermedad	1	2	3	4
23- No tengo muchas esperanzas acerca de mi futuro	1	2	3	4
24- Por el momento vivo día a día	1	2	3	4
25- Me siento como si hubiese renunciado a todo	1	2	3	4
26-Intento tomar mi enfermedad con sentido del humor	1	2	3	4
27- Los demás se preocupan más por mí que yo mismo	1	2	3	4
28- Creo que otras personas están peor que yo	1	2	3	4
29- Intento tener el máximo de información sobre mi enfermedad	1	2	3	4
30- Creo que no puedo controlar lo que me está sucediendo	1	2	3	4
31- Intento tener una actitud lo más positiva posible	1	2	3	4
32- Me mantengo bastante ocupado y así no tener tiempo para pensar en mi enfermedad	1	2	3	4
33- Evito indagar más acerca de mi enfermedad	1	2	3	4
34- Me tomo la enfermedad como un reto	1	2	3	4
35- Soy fatalista respecto a mi enfermedad	1	2	3	4
36- Me siento perdido acerca de mi enfermedad	1	2	3	4
37- Me siento con furia por lo que me ha sucedido	1	2	3	4

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
38- Realmente creo que no tengo un cáncer	1	2	3	4
39- Pienso en los beneficios que me ha originado la enfermedad	1	2	3	4
40- Intento luchar contra la enfermedad	1	2	3	4

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Cuestionario de Determinantes de Adherencia (ADQ)
DiMatteo, M. R.; Hays, R. D.; Gritz, E. R.; Bastani, R.; Crane, L.; Elashoff, R.;
Ganz, P.; Heber, D.; McCarthy, W. y Marcus, A.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de oraciones relacionadas con su tratamiento médico para el cáncer. Lea cada una de ellas y anote una X en la columna que indique en qué medida la oración expresa lo que usted piensa.

	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Los médicos y otros profesionales de la salud a veces ignoran lo que les digo					
2. Los médicos y otros profesionales de la salud escuchan cuidadosamente lo que les digo					
3. Los médicos y otros profesionales de la salud responden a todas mis preguntas					
4. Algunas veces los médicos y otros profesionales de la salud usan términos médicos sin explicarme lo que eso significa					
5. Confío en que los médicos y otros profesionales de la salud actúan por mi beneficio					
6. Los médicos y otros profesionales de la salud actúan como si yo les hiciera perder su tiempo					
7. Los médicos y otros profesionales de la salud me tratan de una forma muy amigable y cortés					
8. Los médicos y otros profesionales de la salud muestran poco interés por mí					
9. Los beneficios de tomar tamoxifeno superan cualquier dificultad que yo tenga al seguirlo					

	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Tomar tamoxifeno es demasiado problemático para que yo pueda salir de esto					
11. Debido a que mi tratamiento con tamoxifeno es demasiado difícil, no vale la pena seguirlo					
12. Seguir mi tratamiento con tamoxifeno es mejor que no seguirlo					
13. Tomar tamoxifeno me ayudará a estar saludable					
14. Estaré igualmente saludable si evito tomar tamoxifeno					
15. Creo que tomar tamoxifeno me ayudará a prevenir que me dé cáncer de nuevo					
16. Es difícil creer que tomar tamoxifeno me ayudará					
17. Hay muchas enfermedades más severas que el cáncer de mama					
18. El cáncer de mama no es tan malo como la gente dice					
19. El cáncer de mama es una enfermedad terrible					
20. Hay poca esperanza para gente con cáncer de mama					
21. Las oportunidades que tengo de desarrollar nuevamente cáncer de mama son muy altas					
22. Espero estar libre de cáncer de mama en el futuro					
23. No importa lo que yo haga, hay muchas posibilidades de que desarrolle cáncer de mama nuevamente					
24. Mi cuerpo combatirá contra el cáncer de mama en el futuro					

	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
25. Mis familiares directos piensan que debo seguir mi tratamiento con tamoxifeno					
26. Quiero hacer lo que mis familiares directos piensan que debo hacer acerca de tratamiento con tamoxifeno.					
27. Mis amigos cercanos piensan que debo seguir mi tratamiento con tamoxifeno					
28. Quiero hacer lo que mis amigos cercanos piensan que debo hacer acerca de mi tratamiento con tamoxifeno					
29. Mis familiares piensan que debo seguir mi tratamiento con tamoxifeno					
30. Quiero hacer lo que mis familiares piensan que debo hacer acerca de mi tratamiento con tamoxifeno					
31. Me he comprometido a seguir mi tratamiento con tamoxifeno					
32. Seguir mi tratamiento con tamoxifeno no está en mis planes					
33. Intento seguir mi tratamiento con tamoxifeno					
34. No tengo intenciones de seguir mi tratamiento con tamoxifeno					
35. Muchas cosas se interponen para que yo siga mi tratamiento con tamoxifeno					
36. Necesito más ayuda para seguir mi tratamiento con tamoxifeno					
37. Yo obtengo la ayuda para llevar a cabo mi tratamiento con tamoxifeno					
Soy capaz de enfrentarme con cualquier problema para continuar con mi tratamiento con tamoxifeno					

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

NOMBRE: _____

FECHA: _____

CUESTIONARIO BREVE DE MEDICACIÓN (BMQ)

- 1) Por favor enliste abajo todos los medicamentos que tomaste en la SEMANA PASADA. Para cada medicamento que ponga en la lista, por favor conteste cada una de las siguientes preguntas.

EN LA SEMANA PASADA:						
a. Nombre del medicamento y concentración	b. ¿Cuántos días te lo tomaste?	c. ¿Cuántas veces al día lo tomas?	d. ¿Cuántas pastillas tomas en cada vez?	e. ¿Cuántas veces olvidaste tomar la pastilla?	f. ¿Por qué razón la estabas tomando?	g. ¿Qué tan bien te ha funcionado? 1= bien 2= bastante bien 3= mal

- 2) ¿Alguno de tus medicamentos te producía molestias en alguna forma? **SI () NO ()**

- a) Si contestaste que SI, por favor nombra el medicamento y marca abajo que tanto te producía molestias

QUÉ TANTO TE PRODUCÍA MOLESTIAS					
Nombre del medicamento	bastante	algo	Un poco	nunca	Qué molestias te producía

- 3) Abajo hay una lista de problemas que algunas veces la gente tiene con sus medicamentos. Por favor marca qué tan difícil fue para ti hacer cada una de las siguientes cosas:

	Muy difícil	Algo difícil	No tan difícil	Comentarios
Abrir o cerrar el empaque de la medicina				
Leer las letras en el empaque				
Recordar tomar todas las pastillas				
Conseguir más medicamento a tiempo				
Tomar demasiadas pastillas al mismo tiempo				

PROCEDIMIENTO DE PUNTUACIÓN PARA LA EVALUACIÓN BMQ

EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
<i>Evaluación de Régimen</i> (preguntas 1a-1e)	
¿El paciente no pudo enlistar el medicamento prescrito en el informe inicial (espontáneo)?	1 = Si 0 = No
¿El paciente detuvo o interrumpió la terapia debido a que no pudo conseguir más medicamento a tiempo u otra razón?	1 = Si 0 = No
¿El paciente reporta cualquier dosis olvidada?	1 = Si 0 = No
¿El paciente redujo o disminuyó la cantidad prescrita por dosis?	1 = Si 0 = No
¿El paciente tomo cualquier dosis extra o más medicamento del prescrito?	1 = Si 0 = No
¿El paciente reporto “no sé” en respuesta a cualquier pregunta?	1 = Si 0 = No
¿el paciente se rehusó a contestar alguna pregunta?	1 = Si 0 = No
NOTA: Una puntuación de ≥ 1 indica evaluación positiva para no adherencia potencial	
<i>Evaluación de Creencias</i> (Preguntas 1g y 2-2a)	
¿El paciente reporto “mal” o “no sé” en respuesta a la pregunta 1g?	1 = Si 0 = No
¿el paciente nombro el medicamento prescrito como el que le causa molestias?	1 = Si 0 = No
NOTA: Una puntuación ≥ 1 indica evaluación positiva para barreras de creencias	1 = Si 0 = No
<i>Evaluación de recordar</i> (Preguntas 1c y 3c)	
¿El paciente recibió un régimen de dosis múltiple (2 o más veces al día)?	1 = Si 0 = No
¿El paciente reportó “muy difícil” o “algo difícil” en respuesta a la pregunta 3c?	1 = Si 0 = No
NOTA: Una puntuación de ≥ 1 indica evaluación positiva para barreras de recordar	