

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR
ACUERDO No. 3213-25 CON FECHA 13-VI-1997 DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



IMPORTANCIA DE LA ACTITUD DE ENFERMOS DE CÁNCER Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
JESSICA DANAE RAYGOZA ROMERO



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.

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR
ACUERDO No. 3213-25 CON FECHA 13-VI-1997 DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



IMPORTANCIA DE LA ACTITUD DE ENFERMOS DE CÁNCER Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
JESSICA DANA E RAYGOZA ROMERO

ASESOR DE TESIS
LIC. BERTILA CHAROLET HERNANDEZ
CEDULA PROF. 2693265

MÉXICO, D.F.

2012

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por ser mi gran ejemplo a seguir, por enseñarme a ser mejor persona cada día y ser a quien más amo y admiro.

A mi padre, por enseñarme que no importa el momento, importa la decisión y convicción con la que hagas las cosas, por ser un gran amigo y apoyarme siempre.

A mi hermano, por siempre tener una sonrisa, un abrazo y un beso que te levanta el ánimo y enseña a no tener miedo pese a las adversidades.

A mamá Chela y papa Beto por ser mis segundos padres, por darme la base de la vida... valores: enseñarme a trabajar, a ser humilde, responsable, agradecida; los amo.

A toda mi familia Norma, Sonia, Chela, Ana y Oscar por ser mis hermanos, darme un consejo, amor, apoyo y comprensión.

A todos los que no me alcanzarían las hojas y la vida para agradecer estén a mi lado como mis tíos Francisco, Javo, Javier, Lalo; mis primos Alan, Diego, Omar, Santiago, Meli, Iker; a mis queridas amigas y amigos, en fin... Gracias a todos por ser parte de mí y dejarme ser parte de ustedes.

RESUMEN

En esta investigación se aplicó un instrumento de 42 reactivos tipo Lickert, donde se indaga sobre la actitud ante la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Este se aplicó a una muestra de 130 pacientes de cuatro tipos de cáncer: colon, estómago, pulmón y piel.

El instrumento se aplicó en el Hospital General de México y Centro Médico Nacional s. XXI, en las salas de espera a inicio de su quimioterapia.

En relación a lo anterior de manera general se encontró que existe una relación entre la actitud ante la enfermedad y el grado de adherencia del paciente hacia el tratamiento.

La adherencia también se ve relacionada al tipo de cáncer que presente el paciente, ya que, como se sabe, dependiendo del lugar de origen y la etapa en que se diagnostiquen será el tiempo y calidad de vida que se tenga.

Dentro de esta investigación se abordaron diversos temas, como de actitud, cáncer y adherencia, lo cual permitió entender y abordar lo planteado referente a esto.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN	ii
CAPÍTULO I. ACTITUDES	
1.1 Concepto de actitud	2
1.2 Formación de las actitudes	6
1.3 Funcionalidad de las actitudes	8
1.4 Los componentes y características de las actitudes	9
1.5 Medición de las actitudes	12
1.5.1 Tipología Lickert	14
1.5.2 Tipología Osgood	15
1.5.3 Tipología Guttman	16
CAPÍTULO II. CÁNCER	
2.1 Definición de cáncer	19
2.2 Tipología del cáncer	23
2.3 Principales causas del cáncer	28
2.4 Principales síntomas del cáncer	36
2.5 El enfermo de cáncer	39

	Pág.
CAPÍTULO III. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	
3.1 Concepto de Adherencia al tratamiento	46
3.2 Teorías sobre la adherencia al tratamiento	49
3.2.1 Modelo de creencias sobre la salud	49
3.2.2 Modelo del sentido común de la representación de la enfermedad	51
3.2.3 Teoría sobre la Autodeterminación	52
3.2.4 Teoría de la acción razonada (TAR)	53
3.2.5 Teoría de la Autoeficiencia	55
3.3. Aspectos psicológicos de la adherencia al tratamiento	55
3.3.1 Variables del paciente	56
3.3.2 Variables del tratamiento	58
3.3.3 Variables asociadas al trastorno y enfermedad	59
3.3.4 Variables de relación o interacción médico – paciente	60
3.4 Consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento	62
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA Y RESULTADOS	
4.1 Planteamiento del problema	65
4.2 Tipo de Estudio	68

	Pág.
4.3 Pregunta de investigación	68
4.4 Objetivo General	68
4.5 Objetivos Particulares	68
4.6 Hipótesis	69
4.7 Definición de Variables	69
4.8 Muestra	70
4.9 Instrumento	72
CAPÍTULO V. RESULTADOS	
5.1 Análisis de la muestra	78
5.2 Análisis de los datos	83
CONCLUSIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXOS	102

INTRODUCCIÓN

El cáncer es considerado a partir del año 2000 “la enfermedad del siglo”, esto por su rápido avance a nivel mundial, afectando igual a niños que ha jóvenes, y siendo la principal causa de muerte en adultos mayores de 35 años. (OMS, 2009)

Con esto se encuentra justificado entonces, el ser la principal enfermedad revisada por investigadores y médicos. Todos con la intención de diseñar la mejor forma de atenderla y encontrar la razón del crecimiento tisular desmedido y que aparentemente tiene muchos factores y al mismo tiempo ninguno.

Sin embargo, en muchas ocasiones los encargados del cuidado del enfermo de cáncer está preocupado por los diferentes métodos de atención dejando de lado la importancia del aspecto psicológico del paciente. El impacto que la noticia tiene en su vida diaria, de pareja, familiar y laboral. La actitud que éste tiene al conocer el diagnóstico de cáncer. Así también la importancia de ésta en el tratamiento y la manera en la que se enfrenta una enfermedad que de entrada es considerada mortal en el 75 % de los casos diagnosticados en México.

En el primer capítulo de esta investigación se tratará el tema de la actitud, la importancia que ésta tiene en la vida de los seres humanos, sus componentes y características; así como las diferentes formas de medición. Esto con la intención de hacer un criterio de la importancia que tiene la atención de ésta en enfermos de cáncer.

En el capítulo dos se revisa el tema de Cáncer, comenzando por la revisión de las diferentes definiciones de ésta enfermedad, los factores que favorecen el desarrollo de la enfermedad, así también la histología, la tipología, los diversos tratamientos que recibe el paciente que la padece.

Es de gran importancia conocer las características de esta enfermedad ya que como psicólogos en el área médica nuestra atención es importante no solo con el paciente, sino también con sus familiares y, en general con el contexto hospitalario, familiar y personal que le rodea.

En el capítulo tres se aborda el tema de adherencia al tratamiento, inicialmente conceptualizado éste término poco utilizado, pero con mucha importancia en el ámbito hospitalario. Considerando que para lograr una recuperación de ésta enfermedad, es indispensable el cumplimiento adecuado de los tratamientos sugeridos por los especialistas en el área.

Se revisan los diferentes modelos que explican la adherencia al tratamiento, las características de estos y la forma de ayuda a los enfermos de cáncer.

Para lograr esta investigación se partió de la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es la relación que existe entre la actitud de los pacientes diagnosticados de cáncer y su adherencia al tratamiento?

Para lograr determinar esta relación se realizó un instrumento que midiera las actitudes de los pacientes diagnosticados de cáncer. Se construyó un instrumento inicial de 90 reactivos que fue evaluado por cinco

expertos tanto en el área médica como psicológica, por lo que su validación fue por juicio. Quedó constituido por 42 reactivos dividido en dos indicadores: actitud ante la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Éste fue aplicado a una muestra de 130 pacientes de dos diferentes hospitales del Distrito Federal: Centro Médico Siglo XXI y Hospital General, en el área de espera para la recepción de tratamiento quimioterapia.

El instrumento es auto aplicable, tipo Lickert que permitió la fácil administración. Para conformar esta muestra se consideró los siguientes aspectos: un diagnóstico de cáncer no mayor a un año y que padecieran alguno de los cuatro tipos con mayor incidencia según la teoría revisada para esta investigación: colon, estómago, pulmón y piel.

Dentro de esta investigación y con este instrumento se encontró que existe una relación significativa en la actitud ante la enfermedad y la adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de afectación en colon y estómago, no así en los enfermos que padecen cáncer de piel y pulmón.

CAPÍTULO I
ACTITUDES

Para hablar de una actitud se debe iniciar considerando como una predisposición aprendida para responder de forma constante de una forma favorable o desfavorable hacia un objeto, situación o persona.

Una actitud está relacionada con un comportamiento, éste lo mantenemos en relación a los objetos con los que se está en contacto.

1.1 Conceptualización de Actitud

Los seres humanos al comenzar a relacionarse con un objeto, una persona o inclusive con una experiencia nueva o conocida, es capaz de interactuar con ella gracias a la predisposición que tiene de ésta, de tal manera que en ocasiones antes de iniciar las personas ya tienen una idea de que ocurrirá y que tan convencidos o descontentos se encuentran ante ello.

Es incluso un proceso que no requiere ser razonado, simplemente se presenta y se percibe. Para explicar este proceso es importante comenzar por fundamentar el concepto de actitud.

El concepto actitud comenzó a ser escuchado en el ámbito de la psicología social a partir de los estudios realizados por Znaniecki en 1918 en campesinos polacos en comparación con campesinos de los Estados Unidos. Al concluir esta investigación definió a ésta como una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse ante un objeto cognoscitivo. (citado por Anastasio, 1998)

En el Diccionario de Psicología se menciona que las actitudes se pueden conceptualizar como una disposición constante de responder de forma particular ante las situaciones del mundo, esto gracias a la experiencia que guía, orienta, influye al comportamiento. (citado por Galimberti, 2006)

“Una actitud, es una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia un determinado objetivo o meta. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y las actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas”. (Encarta, 2007)

Por su parte Allport (1935) define a las actitudes como “un estado mental y neurológico y de atención, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con que éste esté relacionado” (citado por Rodríguez, 1998, p. 79)

En el caso de Thurstone (1928) definió en su momento a la actitud como la intensidad de efecto a favor o en contra de un evento psicológico, así también como la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones acerca de un asunto. (Rodríguez, 1998)

También es concebida como un conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento y que es más compleja que una sencilla opinión. (Munné, 1997, p. 40)

Por su parte Kerlinger (1988) menciona que una actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir y percibir que caracteriza a la forma de comportarse ante un referente o un objeto cognoscitivo, entendiendo éste como un objeto físico, acontecimientos y/o conductas.

La actitud es una manera relativamente permanente de responder a alguien o algo. La actitud se puede aprender o adoptar y posee componentes cognitivo, emocionales y conductuales.

En síntesis, se puede definir a la actitud como la postura que se toma hacia una persona o un objeto, partiendo de estímulos que le recuerdan una situación aprendida, afectiva o conductual.

De esta manera todos tenemos actitudes hacia casi todas las cosas o personas del mundo en las que pensamos o expresamos diversas opiniones sobre un tema. Por lo tanto, la opinión es una actitud expresada en palabras.

Un aspecto en el que los diferentes autores revisados para esta investigación coinciden, se refiere a que una actitud dirige, guía y asegura la conducta de los seres humanos hacia una experiencia determinada. Esto permite ubicar una tendencia del estado interno de una persona.

Es importante entonces hacer mención que las actitudes nos permiten responder al medio en función a tres ejes principales: lo que el individuo sabe de una situación, cómo le hace sentir y cómo responde ante ella. En resumen lo que se cree y se siente de una situación es lo que indicará la manera de reaccionar o la posición que se asumirá sobre un hecho presenciado.

Por esto es favorable el estudio de las actitudes, ya que con éstas se puede explicar las conductas del ser humano, razón por la cual la psicología y en especial el área social busca indagar en éstas la motivación de las personas así como la percepción que se forma de algunas situaciones, experiencias o personas que les rodean.

Es por ello que los teóricos de las actitudes coinciden en reconocer tres componentes para una actitud: el componente afectivo, el componente cognitivo y finalmente lo que se observa de una actitud, el componente conductual.

1.2 Formación de las actitudes

Es importante considerar la génesis de este concepto social que llamamos actitud, de dónde surge, cuál es su función en la vida psíquica, social y afectiva de los individuos así como la relación con la conducta es lo que nos permite ubicar en qué momento se desarrollan y que factores intervienen en ésta.

Las actitudes se forman a lo largo de la vida, esto se presenta de forma particular durante la infancia, justo cuando acumulamos la mayor cantidad de experiencias nuevas y ajustamos la forma en que nos disponemos física y emocionalmente ante situaciones novedosas.

Es durante esta etapa en la cual estamos mayormente pendientes del medio, lo que se escucha de las pláticas de adultos, la información de la televisión, la radio, los compañeros, los profesores o simplemente el

viaje en un auto nos pueden otorgar los suficientes elementos para conformar una actitud ante algo o alguien.

Sin embargo la formación de una actitud requiere en opinión de Garrison y Loredó (1996) la presencia de tres procesos fundamentales:

- a. Conformidad, se refiere a la necesidad de los seres humanos a ceder en situaciones de presión o ante los deseos de los otros, esto con la finalidad de evitar dificultades. Este tipo de conformidad sin embargo no transforma la dirección e intensidad de una actitud en su esencia, tan solo se presenta como una situación “temporal” que desaparecerá cuando el factor de presión no esté presente. En estos casos la conformidad a las normas grupales es justificado por la necesidad de pertenencia ideológica, aun cuando esta se encuentre en contra de la verdadera actitud. Este proceso es común entre los adolescentes y jóvenes pero no exclusiva de esta edad ya que puede presentarse en cualquier situación de la vida adulta donde sea necesario ceder en una conducta específica.
- b. Identificación, como se mencionaba en el párrafo anterior el definirse a partir de una persona o un grupo es considerada una necesidad humana por el instinto gregario que caracteriza a nuestra especie. De tal manera que adoptar ciertas actitudes de este grupo son requisitos indispensables para la formación de una identidad. Sin embargo esta formación actitudinal tiene una característica de fragilidad explicada por el apego emocional que cuando desaparece también logra que la conducta adquirida se disipe.

- c. Internalización, este proceso se refiere a la aceptación absoluta de una actitud, es el momento en el que el individuo acepta y es capaz de argumentar de manera congruente con sus creencias y valores la pertinencia de esta actitud y lo mejor es que la haga propia y no solamente por la necesidad de ser o parecer a alguien.

1.3 Funcionalidad de las actitudes

En el apartado anterior se expuso la forma en que se conforman las actitudes a lo largo de la vida, pero ¿Cuál es su función en la vida diaria? a continuación se expondrán algunas de las finalidades de una actitud.

Principalmente las actitudes cumplen funciones de diferente índole en la vida de los individuos. Por ejemplo, son principalmente un agente motivacional que refuerza la actitud positiva ante un objeto meta, así también las actitudes negativas ante los objetos amenazantes o que signifiquen un castigo.

De tal manera que tienen una relación directa con la conducta humana. En la opinión de Salazar (1999) una actitud puede ser considerada como una respuesta ante el medio que rodea al individuo, pero también es correcto considerarlo como una disposición a responder al medio. Ante esto es innegable que las dos consideraciones son correctas y adecuadas a la realidad humana.

De las principales funciones se destacan:

- De defensa del ego. Esta idea se apoya del concepto disonancia cognitiva acuñado por Festinger (1957), éste se explica cuando existe una oposición ante un deseo y una situación determinada. Los seres humanos se enfrentan ante ésta en situaciones tan comunes como la compra de un producto, el uso de un accesorio, entre otras experiencias comunes al diario vivir y que requieren de tranquilidad para permitir la resolución de problemas.
- De conocimiento. En función al conocimiento que tiene el individuo del objeto, se genera una actitud hacia éste. Conocer las ventajas o desventajas del consumo de alcohol puede marcar la actitud que se tenga ante él.
- De ajuste. En este caso los individuos se dirigen hacia los objetos que le son placenteros y se aleja de aquellos desagradables.
- De expresión de valores. Este concepto le permite manifestar y mantener los valores, permitiendo la elaboración del concepto de sí mismo. Es importante el lograr hacer énfasis en la imagen de sí mismo, conformando así la identidad.

1.4 Los componentes y características de las actitudes.

Retomando lo mencionado sobre la conceptualización de las actitudes, los autores coinciden en observar tres componentes que a continuación se abordarán de manera individual y después como parte de esta combinación tripartita.

Para Martínez y Arceaga (1985) es posible destacar características de las actitudes como son:

- a. Objeto, se refiere al punto focal de las actitudes; éste podría ser tangible o abstracto.
- b. Dirección, hace referencia al sentimiento favorable o desfavorable que se desarrolla ante una situación.
- c. Grado, es un aspecto cuantitativo; cuánto me gusta o disgusta el objeto.
- d. Intensidad, va en función al nivel de seguridad o confianza de una expresión o a la fuerza que atribuye la convicción del individuo.
- e. Estructura, esto va en función de la organización de las actitudes y a su consistencia interna.
- f. Aprendizaje, es importante reconocer que las actitudes en la mayoría se presentan como una situación aprendida en el medio social y/o familiar que rodea a un individuo.

Es entonces que las actitudes son tendencias psicológicas compuestas por los elementos cognitivo, afectivo así como del comportamiento (conducta).

En referencia a esto Rosenberg (1960) conformó el concepto de actitud a partir de la idea de los tres componentes, argumentando que una persona es capaz de responder de tres formas distintas ante un estímulo actitudinal. (Kerlinger, 1997)

Por otro lado, Garrison y Loredó en 1996 consideraron que una actitud es una predisposición a responder de determinada manera ante ciertas cosas. La identificaron constituida por tres elementos básicos:

- i. Una creencia u opinión sobre una cosa.
- ii. Sentimientos respecto a ella.
- iii. Tendencia a obrar en cierta forma ante esa cosa.

En relación a los componentes de la actitud se puede mencionar:

- Componente cognitivo: éste hace referencia a las percepciones que el individuo posee de un objeto, así como los criterios que se tiene de esto además permite el generar juicios de valor. Es además la conjunción entre las creencias que se tengan de los objetos.
- Componente afectivo: principalmente abarca los sentimientos que el individuo genera ante un objeto, se está a favor o en contra de un determinado objeto social. En este sentido el agrado o desagrado a una situación puede ser determinante.
- Componente conductual: en este caso se refiere a la reacción que se tiene ante el objeto, la combinación entre lo cognitivo y lo afectivo permite el acercamiento o el alejarse del objeto.

1.5 Medición de las actitudes

Como se menciona anteriormente, las actitudes tiene una estructura tripartita, esto es consideran componentes conductuales, afectivos y cognitivos lo que les hace una estructura psicológica con características particulares para ser evaluadas o medidas.

Según Linderger (1982) es difícil la observación directa de las actitudes, por lo que el método recomendado para ello es la inferencia a partir de la conducta, por lo que la observación de las respuestas de un

individuo hacia un objeto determinado puede ser la mejor opción para conocer los factores que integran a la actitud.

Esta postura considera un punto muy importante a la observación de la vida cotidiana de una persona, aspectos como lo que un sujeto argumenta sobre un hecho sea éste de forma verbal u oral refleja los componentes de la actitud. Es importante entonces reconocer la validez de una entrevista con preguntas abiertas o cerradas según se elija o sea pertinente a la realización de la investigación.

En opinión de Coon (1998) la escala conocida como distancia social es la herramienta más adecuada para medir o evaluar la actitud de los sujetos ante una experiencia social.

Sin embargo cualquiera que sea el método utilizado para la medición de las actitudes es de suma importancia considerar cuatro aspectos:

- Dirección, se considera la aceptación o rechazo del sujeto hacia un acontecimiento o suceso. Se refiere a estar en contra o a favor de una situación determinada.
- Intensidad, se refiere a la posición de valores positivos o negativos de un objeto. Esto se refiere a “qué tan cercano está el sujeto a la aceptación total o rechazo total a una idea particular”
- Centralidad, en este aspecto se refiere a la cercanía con el centro de un sistema de actitudes y/o valores, considerando estos como importantes en el bienestar de los individuos.
- Prominencia, éste se refiere a la relación de la centralidad y la intensidad de una actitud. (Padua, 2000)

Las actitudes son constructos – sociales complejos que determinan la conducta por lo que es indiscutible la importancia del estudio en el área de la psicología, principalmente una de las dificultades de esto es sin duda lo relacionado con la medición. Por lo que el desarrollo de diferentes métodos ha sido uno de los grandes logros que a partir del siguiente apartado se mostrará.

En la literatura psicológica se encuentran diferentes formas de medir a las actitudes, las principales son: Lickert, Osgood, Guttman, mismas que a continuación serán descritas a detalle.

1.5.1 Tipología Lickert

Consiste en un conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones ante los cuales se solicita las reacciones del individuo. Para ello es importante cuidar la redacción de éstas, considerando evitar negaciones, así como el uso de palabras como: jamás, nunca, no, entre otras preposiciones que podrían sesgar al individuo que contesta la escala.

Es importante considerar que estas afirmaciones siempre deberán responder a los tres componentes de las actitudes (afectivo, cognitivo, conductual) y se sugiere que esta escala contenga el mismo número de ítems relacionados con cada componente para desarrollar un instrumento equilibrado.

En esta tipología es necesario construir una escala de valores u opciones de respuesta para esta afirmación. Es posible encontrar desde tres opciones de respuesta (De acuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo, Ni desacuerdo) así como escalas con cinco opciones considerando las

anteriores y aumentando las opciones Totalmente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

El determinar el número de opciones a colocar en este estilo de escala se refiere principalmente a la amplitud de respuesta que se desea dar al individuo o a la necesidad de ser lo más objetivo posible en la descripción de los sentimientos, pensamientos o conductas propias de los diferentes objetos de estudio.

Es importante considerar la ponderación que se le dará a las opciones planteadas por el investigador, de tal manera que se sugiere determinar valores del 1 al 5 para la calificación de la actitud hacia el objeto a describir. (Hernández Sampieri, 2003)

1.5.2 Tipología Osgood

Este tipo de escala es conocida como diferencial semántico, recibe su nombre en consideración al uso de adjetivos calificativos antagónicos (escala de clasificación) que permiten describir la actitud de un individuo a una experiencia determinada.

En esta escala es de gran importancia que las instrucciones sean claras, y que ejemplifiquen en por lo menos un par de adjetivos el procedimiento de calificación de la afirmación general. Esto con el objetivo que el individuo esté seguro de la forma de respuesta y limitar así la posibilidad de confusión.

Este estilo de escala tiene como riesgo principal durante la construcción de los pares de adjetivos, ya que se debe considerar la semántica de las palabras para así cumplir con el requisito de este estilo de escala. La construcción de pares de adjetivos o frases bipolares representa el principal trabajo de construcción en esta escala. (Hernández Sampieri, 2003)

1.5.3 Tipología Guttman

Esta técnica desarrollada por Guttman (1976) se encarga principalmente de medir la intensidad de una actitud a través de un conjunto de ítems. A esta técnica se le denomina escalograma.

Se refiere a un conjunto de ítems que se encuentran encadenados entre sí de tal forma que si una unidad de análisis expresa estar de acuerdo con un primer ítem, éste deberá coincidir con el resto de ítems que constituyen el escalograma. De tal manera que permiten identificar actitudes congruentes o aquellas que solo se manifiestan como una idea aislada y poco internalizada. Generando así el principio de escalonamiento perfecto.

Debido a esto es importante mencionar el principal riesgo de la construcción de un instrumento de esta naturaleza principalmente en función al coeficiente de reproductividad que debe ser conseguido para lograr un escalograma perfecto.

También en este tipo de instrumento se encuentra el concepto de error en el escalograma caracterizado por aquellas incongruencias en el seguimiento de ítems encadenados.

Por lo anterior, es importante tener claro el concepto de actitud ya que como se mencionó engloba componentes conductuales, afectivos y cognitivos, lo que influye en la manera de interpretar favorable o desfavorablemente en lo que se presenta día a día. Así mismo, es también necesario tener claridad cuál será el mejor método para medirla.

CAPÍTULO II
CÁNCER

2.1 Definición de Cáncer

Es indiscutible pensar que el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muerte de los últimos tiempos, así lo indican los resultados de estadísticas realizadas en el año 2009 se diagnosticaron 1 290 000 nuevos casos de cáncer (6 800 000 hombres y 610 000 mujeres).

El mayor número de enfermos se encuentran en Asia, sin embargo, las mayores tasas de incidencia en ambos sexos se dan en Norteamérica y Australia.

Por lo que la responsabilidad de la psicología como área de salud ha sido cada vez más importante. En este capítulo se revisarán las características más importantes de esta enfermedad así como los principales síntomas, causas y tratamientos actuales.

El elemento básico indiscutible de la vida humana son las células, pero también son las generadoras de una serie de dificultades de salud como lo son el cáncer. Esto es posible, básicamente, por el proceso de susceptibilidad a la irritabilidad, contracción, crecimiento, metabolismo y a su capacidad de multiplicarse a una velocidad tal que permite cubrir su función como organismo. (citado por Grolier, 2001, p.128)

Son entonces las células las que pueden determinar el inicio de una formación atípica de éstas y que por lo tanto comienzan alterando las funciones de un órgano en particular y terminan causando daños en casi todas las estructuras vitales del ser humano provocando así la muerte inicialmente parcial de estas, concluyendo con el desenlace del cese de la vida.

Comenzar a explicar el cáncer es complicado, pero necesario conceptualizar desde la visión médica lo que representa. En la enciclopedia Encarta (2002) se define a esta enfermedad como el crecimiento tisular producido debido a la proliferación continua de células con capacidad invasiva - destructiva de diferentes tejidos orgánicos.

Por su parte Zomeño, la define como un conjunto de enfermedades que tienen en común la proliferación de células del cuerpo, esta de manera incontrolada provocando problemas en los tejidos de origen, así como en otros órganos (citado por Cedillo, 2007, p.18)

En términos médicos, el cáncer es una afección clínica maligna, cuyas características son: alteración morfológica y funcional, seguida de la proliferación descontrolada (no siempre acelerada) de las células de un tejido que invade, desplazan y destruyen localmente o a distancia, otros tejidos sanos del organismo. (Generalidades del Cáncer, 2009)

La palabra neoplasia, al igual que tumor en ocasiones se utilizan para referirse al cáncer, sin embargo es importante saber que no deben ir solas, ya que las neoplasias y los tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). (Generalidades del Cáncer, 2009)

En referencia a éste, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) observa lo siguiente: “se refiere al crecimiento anormal e incontrolado de células en alguna parte del cuerpo e incluso en varias partes del organismo, por lo que existen diferentes tipos de cáncer “. (www.imss.org.mx)

Es importante mencionar que el cáncer surge como una anomalía en el proceso normal de desarrollo de una célula orgánica, el proceso de réplica es indispensable en la vida de nuestros tejidos de tal manera que una serie de factores pueden producir que las células sanas cedan su lugar a células que han cambiado su composición y que, por lo tanto, van ganando espacio, además de competir con éstas por la nutrición, espacio y funcionalidad del tejido.

Este proceso de réplica permite mantener un cuerpo sano y equilibrado situación que se pierde al momento en el que éstas se ven alteradas por la presencia de células similares pero funcionales y estructuralmente distintas, además con una velocidad de reproducción superior a las originales del tejido orgánico.

El porqué de estos defectos en la mayoría de las ocasiones es debido a factores externos, como son el consumo de tabaco, la exposición a radiaciones o bien por el ataque de algún virus que deja como secuela el cambio en la estructura celular de diversos tejidos. (Alatorre, 2004)

Según este autor esto genera un crecimiento desmedido de las células, así posteriormente se acumulan dentro de una masa de tejido que recibe el nombre de neoplasia o tumor, que en la mayoría de las ocasiones invade e incluso destruye el tejido normal.

Es importante explicar que a pesar de su origen las células anormales no presentan un comportamiento idéntico a sus antecesoras por lo que Hartmann (2007) considera que éstas tienden a la desorganización. Además de que presentan características muy particulares que se enumeran a continuación:

- a. Tienen señales propias de crecimiento, de manera que estas células cancerosas generan sus propios factores de crecimiento mientras que las células sanas reciben esto vía hormonal.
- b. Evitan responder a señales anti crecimiento provenientes de las células sanas, por lo que no obedecen los mensajes moleculares que se encargan del crecimiento.
- c. Generan su propio almacén de nutrientes, a partir de nuevos vasos sanguíneos, a este proceso se le denomina angiogénesis.
- d. El ciclo de vida está alterado de tal manera que prolongan su tiempo de “vida” incluso triplicando el de una célula sana.

2.2 Tipología del cáncer

El cáncer se clasifica en función al tipo de tumor o neoplasia que se forma, así como el o los tejidos afectados, así como el grado de desarrollo de éste.

Esta clasificación hace un poco más sencillo el ubicar los síntomas, características e incluso tratamientos de una manera certera y rápida, ya que en el caso de esta enfermedad el tiempo entre la detección y la atención es de suma importancia. A continuación se revisarán algunas clasificaciones realizadas sobre ésta, así como los factores externos e internos que predisponen al desarrollo de la misma.

En la clasificación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realizada en el año 2007 se pueden ver tres categorías a los tumores carcinógenos dependiendo:

- Del lugar de origen. De esta manera puede ser mama, pulmón, estómago, cérvico uterino, por mencionar algunos ejemplos. De esta clasificación se desprenden los siguientes tipos:
 - a. *Cáncer de colon*; este tipo de cáncer afecta principalmente al intestino grueso. Su detección es complicada ya que pasa por un periodo asintomático, sin embargo, son comunes los cambios en la forma y frecuencia de evacuaciones, sangre en el excremento, cólicos, gases e incluso dolores constantes abdominales.
 - b. *Cáncer pulmonar*; es de los más frecuentes por la incidencia en el hábito del tabaco, la contaminación, entre otros factores ambientales. Presenta principalmente tos constante, en ocasiones con sangre, dolor de pecho, respiración acelerada, neumonía o bronquitis recurrentes.
 - c. *Cáncer de seno*; este padecimiento puede afectar lo mismo a varones que a mujeres, aunque por razones hormonales la frecuencia aún es mayormente significativa en damas. Se presenta como nódulos o quistes, secreciones transparentes o con presencia de sangre provenientes del pezón, además de hundimiento de éste, cambios en el tamaño del seno, así como su textura.

- d. *Cáncer de próstata*; en este caso se afecta la glándula encargada de la producción de semen, de los síntomas sobresalen malestar en el área pélvica, dificultades para orinar, así como una imperante necesidad de hacerlo y la poca satisfacción después de intentarlo, flujo débil y goteo; en casos avanzados se presenta sangre en la orina o su desecho es doloroso.
- e. *Cáncer de páncreas*; este padecimiento se caracteriza por la afectación del órgano que produce las enzimas encargadas de la digestión de los alimentos, es difícil su detección por lo que representa la posibilidad de ser atendido ya cuando otras partes del cuerpo están invadidas o como consecuencia de otros síntomas.
- f. *Cáncer de piel*; se representa por el crecimiento anormal de las células epiteliales a causa de la exposición constante al sol, así como de enfermedades recurrentes.

Dentro de este tipo se encuentran variaciones:

- De células basales; este tipo de cáncer podría considerarse el de menor agresividad, por lo que con detección temprana es sencillo de atender. En ocasiones se presenta como ronchas aperladas o brillosas en cara principalmente e incluso como una cicatriz color café en pecho o espalda.
- De célula escamosa; de igual forma que el anterior su bajo nivel de agresividad lo hace un padecimiento curable. Se

presenta como un crecimiento rojo y duro en cara, labios, oídos, cuello, manos o brazos.

- Melanoma; éste es reconocido como la forma más agresiva del cáncer de piel, sus síntomas principales son manchas grandes, de color café. La característica peculiar son que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, cambiar de color, textura además de generar llagas, ronchas brillosas e incluso llagas oscuras en las palmas de las manos principalmente.
- Del tejido del cual proceda. En esta clasificación se encuentran los siguientes tipos:
 - a. Leucemias y linfomas; se encuentran los tejidos formadores de las células sanguíneas, generalmente producen inflamación de los ganglios linfáticos, inflamación del vaso y medula ósea, además presentan la sobreproducción de células blancas inmaduras.
 - b. Sarcomas; este tipo de células cancerosas se encuentran principalmente en el tejido conjuntivo, el cual se encuentra en todo el cuerpo, por lo que hace fácil su aparición en distintas partes del cuerpo, aunque es poco frecuente.
 - c. Carcinomas; este tipo es el de mayor frecuencia en la población enferma. Tiene su origen en los tejidos epiteliales como son piel, tejidos de cavidades corporales, tejidos glandulares. Éste presenta además tres subdivisiones:

- Adenocarcinomas, que afecta principalmente a glándulas mamarias, próstata, estómago, riñones, colon y recto.
- Epidermoides, afecta a faringe, laringe, cuello del útero y boca.
- Carcinoma *in situ*, en este caso se refiere a la capacidad de penetrar en vasos sanguíneos lo que le ayuda a circular y formar nuevos focos de tejidos anormales en el cuerpo. Este proceso recibe el nombre de metástasis.

En la bibliografía médica la clasificación del cáncer también está en función al tipo de tumor presente.

- *Los tumores benignos* no son cancerosos, estos pueden ser removidos y en la mayoría de los casos no se extienden a otras partes del cuerpo, sus células permaneces juntas o son rodeadas por una membrana de contención. Es por esto que los tumores benignos no representan una amenaza para la vida. (Generalidades del Cáncer, 2009) Algunos ejemplos de estos son: Papiloma (piel), adenoma (glándula), lipoma (adiposo), osteoma (hueso), mioma (musculo), angioma (vasos sanguíneos), nevus (lunares). Estos casos considerados como benignos.
- Los tumores malignos son cancerosos, capaces de invadir y dañar tejidos y órganos cercanos al tumor. Las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar al sistema linfático o el flujo sanguíneo para así alcanzar otras partes del cuerpo, recibe el nombre de metástasis.

Este tipo de tumores se clasifican en tres:

- *Carcinoma*, se originan en el epitelio por ejemplo la piel, boca, pulmón, senos, estomago, colon y útero.
- *Sarcoma*, se presenta en tejido conjuntivo y de apoyo, se encuentran en cualquier parte del cuerpo y forman crecimientos secundarios en los pulmones.
- *Leucemia y linfoma*, surgen a partir de las células del sistema inmune. (Generalidades del Cáncer, 2009)

En referencia a la incidencia de los tipos de cáncer, considerando ambos sexos, el de mayor frecuencia es de pulmón, seguido del de mama, los colorrectales, estomago, próstata, hígado, cérvix y esófago, en este orden.

En lo que respecta a mujeres propiamente, los tipos más frecuentes son: mama, cérvix, colorrectales y pulmón. Mientras que en los varones de pulmón, próstata, estómago y colorrectales son los de mayor incidencia. (Generalidades del Cáncer, 2009)

2.3 Principales causas del cáncer

El cáncer como tal puede presentarse por un conjunto de factores que al combinarse propician el crecimiento anormal de células de diferentes tejidos. Por lo que considerar un solo factor desencadenante es además de incorrecto reduccionista.

Sin embargo, se tiene documentado diferentes causales que combinadas con situaciones hereditarias, hábitos alimenticios o algún otro tipo de enfermedad anticipada pueden desencadenar este crecimiento anormal en el tejido de casi cualquier órgano interno.

En este apartado se presentaran las principales teorías que buscan explicar el origen del cáncer en sus diferentes tipos y/o modalidades.

Aun cuando se reconoce las dificultades para mencionar la causa del cáncer, existen factores externos e internos que en la opinión de Hartmann (2005) pueden considerarse de forma general. A continuación se enumeran los factores de riesgo:

- *Factores externos:* considerados aquellos que están en el ambiente, como una alimentación mal balanceada, tabaquismo, consumo de alcohol, radiaciones solares, exposición a químicos e incluso virus o bacterias.

Una dieta deficiente, falta de actividad física o tener sobrepeso aumentan el riesgo de padecer varios tipos de cáncer, el consumo de grasas duplica la presencia de cáncer de colon, útero y próstata. La falta de actividad y el exceso de peso aumentan el riesgo de cáncer de mama, colon, esófago, riñón y útero.

El consumo de tabaco es la causa de muerte que es mayormente prevenible, los fumadores tienen mayor probabilidad en comparación a los que no lo son de padecer cáncer de pulmón, laringe, boca, esófago así como leucemia, por lo que la prevención a este hábito es de suma importancia.

Así también, tomar más de dos bebidas alcohólicas por día durante varios años pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de boca, garganta, esófago, laringe, hígado. Este riesgo es mayor si también el paciente fuma.

En referencia la exposición a radiaciones, la proveniente del sol así como de las lámparas y camas solares; radiación ultravioleta (UV) causan envejecimiento prematuro de la piel y, por lo tanto, daños que pueden resultar en cáncer.

Aunque se sabe que esta radiación no es la única que afecta al hombre, por ejemplo la radiación ionizante, este tipo proviene de rayos que penetran la atmosfera terrestre desde el espacio; de la lluvia radioactiva, del gas radón, de los rayos x así como otras fuentes. (Generalidades del Cáncer, 2009)

En la actualidad se conoce que los patógenos más comunes causantes de cáncer son los virus, los cuales se propagan por invasión a la célula de un huésped usando la síntesis celular y la maquinaria de producción proteica para la producción de copias virales. Este es el caso del virus papiloma humano (VPH).

Otro virus responsable de la proliferación del cáncer de hígado es el de la hepatitis B, el virus de Epstein- Bar responsable del cáncer de faringe, entre otros muchos que tienen relación con las causas de la patología.

Las bacterias no están eximidas de ser causantes de cáncer, de tal forma que la afectación del estómago está producida por *Helicobacter pylori* que inicialmente ayuda a la presencia de úlceras gástricas.

Este aspecto es muy importante de observar pues si es verdad que algunos tipos de cáncer tienen su origen en aspectos biogénéticos se ha descubierto que muchos de ellos requieren una serie de factores externos que permitan la evolución del padecimiento por lo que los factores externos tienen el mismo peso e incluso pudieran ser más determinantes que inclusive la predisposición heredada de algunos padecimientos.

De hecho, este aspecto puede justificar la aparición de padecimientos que hasta hace varias décadas no se presentaba, como por ejemplo el cáncer de estómago, que actualmente está en repunte en comparación a su incidencia de por lo menos 20 años atrás. Hace suponer entonces que los estilos de alimentación hacen posible la aparición de mayor número de casos en comparación a lo ocurrido en el pasado.

- *Factores internos:* en opinión de Alatorre (2004) la herencia genética tiene determinado en el ADN los oncogenes. Aun cuando también los niveles hormonales, mutaciones genéticas, heredadas y las condiciones inmunológicas generales tienen un peso importante en la aparición del cáncer.
- También es importante reconocer otros factores que pueden determinar la aparición de este padecimiento, por el ejemplo, la edad del paciente se hace importante debido al proceso natural de envejecimiento, si recordamos lo anteriormente expuesto acerca del origen de las células carcinógenas a partir del proceso de replicación genética, se entenderá por qué la edad puede ser crucial en el desarrollo de éste.

En la bibliografía médica se menciona que la mayoría de los cánceres ocurren en las personas después de los 65 años de edad, aunque personas de todas las edades incluyendo los niños pueden padecerlo.

- De la misma forma el sistema inmune durante el proceso de envejecimiento se ve afectado y aquellas enfermedades que durante la juventud pudieron ser poco importantes, durante la edad adulta se convierten en un desencadenante a otras complicaciones.
- En los últimos años también han surgido evidencias que hasta hoy no han sido del todo aceptadas acerca de los efectos de las microondas emitidas por aparatos electrónicos y aun cuando no existen datos irrefutables algunos autores comienzan a darle crédito a estas ideas.
- Es muy importante mencionar que al igual que lo anterior, en la última década se ha manifestado con gran ímpetu la idea de la gestación del cáncer a partir de las situaciones emocionales y psíquicas del paciente. En la opinión de Campoy (2006) las consecuencias de estos elementos pueden desencadenar el desarrollo de la enfermedad, aunque esta premisa no es del todo reconocida por la oncología podría estar dando una justificación suficientemente poderosa para explicar la aparición del cáncer.
- El tener contacto de manera frecuente con algunos productos químicos y otras sustancias colocan a los trabajos como pintores, trabajadores de la construcción así como de la industria química en un lugar privilegiado para desarrollar esta enfermedad. La exposición

al asbesto, benceno, bencidina, cadmio, níquel y cloruro de vinilo puede ser la causa de esto.

De la misma manera, la etiología médica menciona dos grandes causas fundamentales del cáncer:

- *Causas exógenas* (del exterior), que son responsables de 80-90% de las neoplasias malignas.
- *Causas endógenas* (del interior), responsables del 10-20% restante. Pueden ser mutaciones espontaneas debidas a fallas en procesos biológicos endógenos naturales que ocurren en la célula o por herencia, es decir, por transmisión de mutaciones en genes recesivos llamados supresores que se transmiten de generación en generación en las denominadas familias con síndrome de cáncer.

Los carcinógenos como tal se deben entender como un agente capaz de incrementar la incidencia de la malignidad neoplásica. Estos pueden ser químicos, físicos, biológicos e incluso sociales.

Otros factores denominados pronóstico también son importantes, estos se refieren a aquellos datos capaces de suministrar información sobre la evolución que puede experimentar un enfermo en particular. Y dependerán del paciente, del tipo de neoplasia así como el tipo de tratamiento.

En lo referente al paciente:

- Edad, es un factor doblemente importante por depender de la misma agresividad del tumor y el tipo de tratamiento.

- Exploración física, el estado funcional del paciente se evalúa mediante la escala del Eastern Cooperative Oncology Group (EGOG). Por lo que un mal estado general suele ser un factor pronóstico en algunos cánceres
- Uso de técnicas de diagnóstico por imagen (Ultra sonido, Colon transverso, Resonancia Magnética Nuclear). Éstas permiten el diagnóstico de patologías múltiples que pueden complicarse al comenzar el tratamiento con quimioterapia.
- Salvo en algunos casos, el sexo del paciente no suele influir en el pronóstico (cáncer mamario).
- Los hábitos del paciente, como el tabaquismo reduce la tasa de supervivencia.

En referencia a las neoplasias malignas:

- Criterio T (histología del tumor)
- Criterio N (número de ganglios linfáticos afectados)
- Criterio M (presencia de metástasis)
- Capacidad de invasión

En lo que se refiere al tratamiento:

- Presencia de tumores potencialmente curables
- Presencia de tumores no curables
- Presencia de tumores que no responden al tratamiento o se hacen resistentes.

Por su parte Susan Sontag describe lo que denomina la mitología del cáncer, la cual señala como la causa del padecimiento es la constante represión de sentimientos. (citada por Sherr, 1992)

Compartiendo esta idea, Reich definió el cáncer como: “una enfermedad que resulta de la resignación emocional, una reducción bioenergética, una pérdida de esperanza”. (Sherr, 1992 p.224)

2.4 Principales síntomas del cáncer

Es importante mencionar que cada tipo de cáncer presenta una sintomatología particular, sin embargo es posible reconocer algunos comunes a los diferentes tipos, por ejemplo:

- El dolor: este síntoma en particular afecta la calidad de vida del enfermo de tal manera que poco a poco con el desarrollo de la enfermedad se van presentando alteraciones en actividades a causa de éste. Por ejemplo es común que en casos terminales se afecte los periodos de sueño, los hábitos alimenticios que evidentemente debilitan al enfermo y agudizan las crisis dolorosas. Es reportado que durante las etapas terminales del cáncer el dolor se hace tan agudo que afecta huesos, tejidos así como órganos que no se sospecharía siquiera de fueran susceptibles al dolor. Incluso en algunos casos se reporta la sensación de ardor, hormigueo o incluso del tipo descarga eléctrica. En estos casos se ve indispensable el uso de analgésico, técnicas de relajación o cualquier método que permita aminorar el dolor. (Hartmann, 2007)

- Dificultades al respirar: en la opinión de diferentes autores, el cáncer es un padecimiento que en la última etapa de evolución necesariamente afectará a los pulmones debido a la diseminación de metástasis, además de afectar el corazón, provocar anemia. De tal suerte que en la mayoría de los casos de cáncer es inminente el uso de oxígeno a causa de la afectación de este órgano. (Hartmann, 2007)
- Retención de líquidos, esto se presenta principalmente en extremidades inferiores y en etapas avanzadas, las causas de esto puede ser la presencia de coágulos, exceso de agua en el cuerpo. Lo que provoca mayor incomodidad en el paciente que por su condición debe estar en reposo o se encuentre imposibilitado en sus movimientos.
- Malestar general, principalmente la presencia de náuseas y vómitos repetitivos, estos se presentan en la mayoría de los casos a causa de la afectación del hígado, intestinos o el uso de medicamentos agresivos. Esta sensación afecta en especial la nutrición del paciente además de su estado de ánimo.
- Cambios en hábitos alimenticios. En este aspecto se hace evidente la pérdida de peso del paciente en etapas avanzadas. Esta situación representa un desaliento para la familia a cargo del enfermo ya que observar la inapetencia del paciente tiene efectos anímicos importantes tanto en el encargado del cuidado como en el enfermo. Esta situación intenta ser controlada mediante el uso de suplementos alimenticios, sueros, así como de fomentar la ingestión de alimentos ricos en nutrientes aunque sea en pequeñas porciones, además de

aquellos alimentos que sean apetecibles por el enfermo siempre y cuando no representen un riesgo mayor a su estado ya de por sí delicado.

Por su parte, la Sociedad Americana del Cáncer (2005) reconoce algunos otros síntomas que pueden ser considerados de importancia en la detección de esta enfermedad.

- Presencia de sangrado anormal, cualquiera que sea la vía (rectal, vaginal, oral, orina o heces) es síntoma de anormalidad en alguna función orgánica primaria.
- Disfonía permanente, alteración en el tono de voz de manera permanente o en periodos específicos.
- Úlcera con dificultades de cicatrización, esto es un dato importante cuando una herida tarde un periodo que sobre pase a una semana.
- Presencia de crecimiento anormal, esto es un tejido que física o funcionalmente sea incomodo deberá ser revisado con prontitud.
- Presencia de lunares y/o verrugas, principalmente de color negro o café, o que presente un crecimiento anormal o descontrolado. De igual manera si éste sangra, se agrieta o provoque comezón.
- Baja de peso, este dato es importante si no se tiene un régimen con este fin, se ha encontrado que las primeras etapas de esta

enfermedad los pacientes reportan una baja de peso de por lo menos cinco a diez kilos sin motivo aparente.

- Dificultades en la excreción, cualquier cambio en la forma de defecar, en relación a la cantidad, tamaño o frecuencia es importante ser considerado como un signo de alerta.

Es importante enfatizar que la presencia de los síntomas arriba mencionados en conjunto y no en individual es característica de este padecimiento respetando lo anteriormente mencionado acerca del cáncer como un conjunto de síntomas, razón por la cual es importante no asegurar un diagnóstico por la presencia de sólo alguno de los enumerados.

2.5 El enfermo de cáncer

Después de revisar los aspectos relacionados a la fisiología de la enfermedad y considerar las distintas posturas sobre las causas del cáncer es de gran importancia dirigirse ahora a explicar qué ocurre con el individuo que es “*diagnosticado con cáncer en.....*” La forma en la que vive esta noticia y cómo poco a poco esta enfermedad cobra más que estragos físicos también cobra en las emociones de los pacientes.

En los apartados anteriores se mencionaba el tabú en el que se ha convertido el cáncer. Pareciera que estar enfermo es sinónimo de muerte, dolor, desesperación y en algunos casos pecados cometidos que con este padecimiento comienzan a cobrar las cuentas o deudas del paciente.

Según Gorer (1987) los pacientes de cáncer están en doble desventaja por el tabú; no solo de la enfermedad misma, sino también en relación con la muerte. Estos se vuelven sujetos “escondidos, raros” que se manifiesta en un aislamiento del paciente y la consecuente estigmatización para la familia. (citado por Sherr, 1992)

La creencia popular de que el cáncer puede ser contagioso influye en la estigmatización de los pacientes cancerosos, incrementando aún más su sufrimiento.

Es importante comenzar a considerar que el cáncer es un grupo de los muchos padecimientos crónicos que manifiestan incertidumbre en relación al origen, tratamiento y estrategias preventivas, lo que frecuentemente conduce a la muerte.

Es importante mencionar que aun cuando existen tratamientos para curar o prolongar en el tiempo de vida en casos de cáncer de pulmón, mama, colon; esta enfermedad sigue siendo percibida como mortal.

También esta percepción es compartida por los médicos quienes en muchos casos adoptan una actitud negativa ante este padecimiento generando incertidumbre y rechazo a ésta.

El Dr. Simonton, describe la personalidad del canceroso como alguien con una gran tendencia a la autocompasión y con un acentuado deterioro en su habilidad para hacer y mantener relaciones significativas. (citado por Sherr, 1992)

También menciona que de todos los factores que influyen en las actitudes hacia un padecimiento letal, el más importante es la ignorancia, por lo que hace énfasis en la educación tanto del público como de los profesionistas relacionados con este padecimiento a enmendar la información errónea que caracteriza a este tema.

Es por obviedad importante hablar de la familia de los enfermos de cáncer de tal manera que según Summers (1980) los pacientes esperan tres cosas de las personas que les cuidan:

- Disposición para escuchar, no sólo permite identificar las necesidades del enfermo sino que es terapéutico *per se*; el paciente se siente lo suficientemente importante como para ser escuchado. Esto es un importante aliento para todo aquel que piensa en la muerte.
- Compañía hasta el desenlace, en este aspecto la compañía es multifacética, en primer lugar el paciente y la familia se necesitan mutuamente pero también necesitan tener la certeza de que existe ayuda disponible y de que cuentan con alguna persona que pueda intervenir en caso de que la familia necesite un descanso. Es importante tomar en cuenta que muchas de las emociones que experimentan los pacientes pueden ser desquiciantes o agobiantes para aquellos que están a su alrededor.
- Atención experimentada, el tener la certeza de la atención correcta por parte de especialistas en el área médica adecuada permite al enfermo sentirse seguro con su asistencia y perder la idea del abandono que en muchas ocasiones les acompaña. (citado por Sherr, 1992)

La presencia del dolor también acompaña y en muchas ocasiones limita la supervivencia de los enfermos, es importante considerar que éste no solo es una sensación física, sino que se refiere a la combinación tanto de la percepción de la sensación como de la respuesta emocional del paciente ante él. El umbral de dolor de cada individuo varía dependiendo del estado de ánimo así como de otros factores no farmacológicos. (Sobell, citado por Sherr, 1992)

El control del dolor es una de las situaciones que angustian al paciente de tal manera que el uso de medicamentos adecuados hace necesario el consumo en muchos casos de dosis cada vez más altas para controlar la sensación. En algunos casos los pacientes deben resignarse a morir con dolor por la idea errónea de la adicción al opiáceo, esto genera un conflicto en el paciente que no le permite aceptar el tratamiento con una actitud positiva.

Y aun cuando en nuestro país no es tan abordado, se debe reconocer el derecho que tiene el paciente a rechazar el tratamiento, situación que ha desatado una controversia sobre la decisión de morir. El concepto de consentimiento informado está implícito en el derecho a rechazar el tratamiento.

CAPÍTULO III
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Es importante iniciar este capítulo mencionando que los pacientes de cáncer tienen una gran cantidad de tratamientos que garanticen su estado de salud considerando tres factores principalmente.

Primero, la detección oportuna de la enfermedad, lo que garantiza que no estén presentes metástasis en el cuerpo, por lo que su atención se realiza con mejores resultados.

Segundo, el órgano afectado, esto considerando que algunos tipos de cáncer pueden tener su génesis en aquellos considerados no vitales y que con la atención correcta se tiene buen diagnóstico para erradicarlo.

Tercero, que corresponde al tema de este capítulo, se refiere a la adherencia al tratamiento, entendido como la disposición que el enfermo tiene a las sugerencias de los expertos para atender su padecimiento. Suena demasiado obvio que deben cumplir en tiempo y forma las sugerencias, sin embargo, es importante mencionar que existe la posibilidad de sentir o percibir a estos como un intento inútil de alargar y mejorar las condiciones de vida. Cuando un enfermo se enfrenta a la radioterapia y comienza a ver en su cuerpo los efectos de este tratamiento, un buen porcentaje tiene la idea de dejarlo. Aunque algunos logran rebasar esta ideación y continuar su atención médica.

La adherencia al tratamiento es un proceso que médico, paciente y familiares deben atender todos los días evitando así la posibilidad de abandonarlo.

3.1 Concepto de adherencia al tratamiento

El cumplimiento en el tratamiento se refiere al grado de éxito con que un paciente lleva a cabo las recomendaciones preventivas o de tratamiento dadas por un profesional de la salud.

El no cumplimiento, por otra parte, se presenta por ignorancia, olvido, o falta de entendimiento del régimen sugerido por el médico. En la literatura médica se hace la distinción entre los términos cumplimiento y adherencia.

El primero se refiere al papel pasivo en el fiel seguimiento de las directrices recibidas por el médico, el segundo implica la activa colaboración voluntaria del sujeto. Sin embargo, estos términos son utilizados de manera tal que parecieran sinónimos.

El incumplimiento o la adherencia incorrecta, incluye aspectos como la omisión de tomas de medicamentos, la reducción de la dosis prescrita, el faltar a los intervalos o frecuencias de administración propuestas, o no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.

Algunos investigadores en el área han ofrecido afirmaciones que claramente reflejan la gravedad de la situación, Horwitz y Horwitz (1993)

mencionan que: “la no adherencia a los regímenes médicos es un problema monumental para el cuidado de la salud” (p. 269).

Este problema está presente en todas las áreas de la práctica clínica. De hecho, han sido ampliamente reportadas las bajas tasas de adherencia a los tratamientos en una variedad de situaciones, condiciones y poblaciones.

En pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamientos largos, se ha reportado que un 80% no llevan a cabo, al menos, un elemento del régimen sugerido. (Rosenstock, 1989)

A pesar de ser una situación común, la falta de adherencia es poco detectada por los médicos (Steel, Jackson y Gutmann, 1990). Es posible entender esto si se analiza lo que ocurre después de la consulta con el médico tratante, en la mayoría de las investigaciones realizadas sobre este punto se encontró dos limitaciones en los esfuerzos para comprender el fenómeno de la adherencia: medidas imprecisas de adherencia (Johnson, 1990) y escasa comprensión y conocimiento de los factores que la afectan.

En todo caso, las consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica sobre la eficiencia del tratamiento, teniendo como consecuencia la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos, la prescripción de medicamentos más fuertes.

Según indica Ferrer (1995) en la bibliografía anglosajona suelen emplearse, habitualmente, dos términos indistintamente para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud o

terapéuticas: compliance (que hace referencia al cumplimiento) y adherence (propriadamente la adhesión o adherencia). (citado en Macia y Méndez,1986)

En nuestro país ocurre lo mismo, hay autores que utilizan distintos términos para hacer referencia a esto por ejemplo: cumplimiento (Rodríguez Marín, 1990), otros lo hacen por adhesión o adherencia (Ortega López , 2004), otros consideran que el cumplimiento es una parte de la adherencia y otros, como ocurre en la literatura anglosajona, emplean indistintamente los conceptos de cumplimiento y adherencia (Fajardo y Cruz, 1995) (citados en Macia y Méndez,1986)

Aunque, como he dicho anteriormente, no existe unanimidad para definir adherencia, una de las definiciones más aceptada es la que dieron Epstein (1982). Para este autor la adherencia o el cumplimiento es: “La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido” (citado en Macia y Méndez,1986, p.389)

3.2 Teorías sobre la adherencia al tratamiento

Existen diferentes modelos sobre la adherencia al tratamiento, a continuación se hará mención de éstas y sus postulados.

3.2.1 Modelo de creencias sobre la salud

El Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS) es una aproximación teórica que explica el problema del cumplimiento del tratamiento. Básicamente, parte de la premisa de que las creencias y expectativas influyen en la conducta.

Específicamente propone que el seguimiento de las recomendaciones médicas depende de los siguientes factores:

- a. El grado de amenaza de la sintomatología, determinado por el nivel de susceptibilidad percibido, o vulnerabilidad a la enfermedad, incluyendo la aceptación del diagnóstico.
- b. El grado de severidad de las consecuencias tanto físicas como sociales de no atender la enfermedad.
- c. La percepción de los beneficios y costos del tratamiento.
- d. La motivación hacia la salud, referida tanto a la preocupación del paciente por materias relacionadas con la salud como a la intención de implementar conductas dirigidas a mantener o mejorar la salud (Becker y Maiman, 1975).

En resumen, el modelo afirma que las personas cumplen con el régimen médico bajo condiciones bien delimitadas. Los pacientes deben verse como vulnerables a la enfermedad y deben creer que la enfermedad es realmente seria.

Adicionalmente, deben estar convencidos de que el tratamiento será efectivo y verlo como alternativa viable para establecer el control sobre la

enfermedad; además, deben percibir que el costo del control no es tan alto comparado con los beneficios.

Finalmente, deben sentirse motivados para mejorar su estado general de salud. Se asume, entonces, que los pacientes que no están amenazados por el problema de salud o evalúan que las barreras que presenta el régimen sobrepasan los beneficios, muy probablemente no cumplirán el tratamiento (Becker y Rosentock, 1984).

Las creencias de los pacientes que más parecen sorprender a los practicantes son las relacionadas con la aceptación del diagnóstico. Generalmente, los pacientes poseen poderosas y bien definidas creencias sobre la salud que contradicen las de los médicos. Los orígenes de tales creencias son múltiples: la cultura, creencias familiares, experiencias anteriores con la enfermedad, interpretación inapropiada de la información científica y aceptación de explicaciones no médicas.

3.2.2 Modelo del sentido común de la representación de la enfermedad

Leventhal (1980) desarrolló un modelo teórico conocido como **“El modelo del sentido común de la representación de la enfermedad”**. El modelo asume que cada persona posee su propia teoría sobre la enfermedad y que dicha representación influencia su ajuste a la enfermedad, a través del impacto sobre las formas de enfrentamiento (‘coping’), el cumplimiento del régimen de tratamiento y la autoevaluación.

Dependiendo de la interpretación de los estímulos internos y externos, el paciente “construye” su modelo de la enfermedad el cual

abarca desde el diagnóstico, los síntomas, la duración, las causas y consecuencias, hasta los planes de acción para la curación.

En relación con esto último, se ha encontrado que los pacientes que creen que el tratamiento elimina los síntomas y, por tanto, cura la enfermedad subyacente, dejan de cumplirlo una vez que los síntomas desaparecen. En tal sentido, la comprensión de la “construcción” que el paciente haga de su enfermedad es un elemento crítico a considerar cuando se evalúa la adherencia al tratamiento.

3.2.3. Teoría sobre la Autodeterminación

Otra teoría que ha guiado algunas de las investigaciones recientes sobre la adherencia es la **Teoría sobre la Autodeterminación** (Deci y Ryan, 1985). En ella se distinguen dos formas de regulación conductual hacia una enfermedad:

- a. La autónoma, las conductas son autónomas cuando las personas experimentan un verdadero sentido de volición y actúan debido a la importancia personal de la conducta.
- b. La controlada, las conductas son controladas cuando éstas son ejecutadas debido a que las personas se sienten presionadas, ya sea por fuerzas externas o intrapsíquicas.

Por su parte Williams (1998) afirma que la regulación autónoma de la conducta es el mejor predictor de adherencia. De hecho, esta variable explica el 68% de la varianza en las medidas de auto reporte del

cumplimiento del tratamiento en un grupo de pacientes adultos con variadas enfermedades, investigación realizada en una muestra de enfermos de un hospital en Estados Unidos. (Citado en Macia y Méndez, 1986)

Más aún, la percepción del apoyo ofrecido por el médico a la autonomía también estuvo asociada con la adherencia, cuyos efectos fueron mediados por la autonomía del paciente. Otras investigaciones han demostrado que la regulación alcanza mayor autonomía cuando familiares, educadores, proveedores de cuidados de salud y programas de intervención, estimulan y apoyan la autonomía.

De acuerdo con esta perspectiva, si los médicos estimulan y apoyan las iniciativas, reconocen los sentimientos de los pacientes, minimizan la presión, ofrecen la posibilidad de escoger los regímenes de tratamiento y proveen explicaciones claras y significativas para las conductas sugeridas, podrán facilitar una motivación más autónoma en los pacientes.

Afortunadamente, ya se ha demostrado que los estudiantes de medicina pueden ser entrenados para conducirse de modo que apoyen la autonomía (Williams y Deci, 1996)

3.2.4 Teoría de la Acción Razonada (TAR)

Otra teoría que intenta explicar la adherencia al tratamiento es **La teoría de la Acción Razonada (TAR)**, es un modelo conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud. Asume que el mejor predictor de una conducta

dada es la intención a ejecutarla. (Ajzen y Fishbein, 1980, citado en Macia y Méndez, 1986)

Las intenciones, por su parte, son función de las actitudes y de un componente normativo social. Las actitudes hacia la ejecución de la conducta dependen de las creencias del individuo de que ciertas consecuencias ocurrirán como resultado de la acción y de la evaluación de dichas consecuencias.

Las normas se refieren a lo que el individuo piensa que otras personas desearían que hiciera en la situación específica. Finalmente, el peso de las normas depende de la motivación individual para complacer los deseos de los otros.

En estudios sobre adherencia, se ha mostrado que la fuerza de las normas subjetivas respecto a la adherencia al tratamiento tienden a influir las intenciones del paciente a adherir. Igualmente, hallazgos sobre el efecto de las intenciones en la conducta de adherencia ha sido ampliamente reportado. (Kaplan y Simón, 1990, citado en Macia y Méndez, 1986)

3.2.5 Teoría de la Autoeficiencia

Por último está la **Teoría de la autoeficacia** de acuerdo con esta teoría, la autoeficiencia se refiere a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados. En otras palabras, es la creencia de que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones. La importancia de las creencias de autoeficacia o habilidad para adherirse

al tratamiento ha sido también documentada en diversas investigaciones. (Bandura, 1997, citado en Macia y Méndez, 1986)

Considerando que las teorías mencionadas anteriormente hablan de la función de las creencias y otros constructos psicológicos para la adherencia a los diferentes tratamientos, es importante considerar los aspectos psicológicos de ésta.

3.3 Aspectos psicológicos de la adherencia al tratamiento

Las múltiples variables que, posiblemente, pudieran estar asociadas al cumplimiento del tratamiento médico, han sido estudiadas en los últimos 30 años por diversas disciplinas: Medicina, Sociología, Psicología, Trabajo social.

La mayoría de las investigaciones se han concentrado en las características personales y demográficas del paciente, así como en sus valores, creencias, actitudes y expectativas, o en la influencia social y experiencias pasadas.

Recientemente, la conducta del médico y la satisfacción con el sistema de salud también han sido estudiadas como aspectos cruciales que afectan la adherencia. A fin de lograr una mejor comprensión, en el presente trabajo se presentan:

3.3.1 Variables del paciente

Dentro de esto se considera edad, sexo y aspectos socioculturales. En los primeros estudios sobre adherencia se encontró que algunas características personales y demográficas (edad, sexo, status socioeconómico, raza o religión) no parecían tener poder explicativo sobre el particular. Sin embargo, cuando algunos de estos factores fueron combinados, o relacionados con otros, la asociación con adherencia resultó más clara. Considerando el factor edad (el cual parece afectar la adherencia en diferentes formas, dependiendo de la edad de los sujetos y del tipo de enfermedad) se ha encontrado que:

- En niños con cáncer, los problemas de cumplir con procedimientos específicos, tales como usar antibióticos correctamente, fueron mayores para los más jóvenes. Aunque estos procedimientos son controlados por los padres, la edad del niño hizo la diferencia.
- Entre niños y adolescentes diabéticos, los adolescentes muestran menos adherencia a sus dietas especiales que los niños más pequeños.
- En hipertensos en edades comprendidas entre 35 y 64 años, la toma de los medicamentos es más alta para aquellos con edades entre 65 y 74 años y más baja en aquellos que superan los 75 años.

La influencia del sexo y otros aspectos socioculturales también depende de las circunstancias. Por ejemplo, la alta preocupación de las mujeres por bajar de peso parece interferir con el uso de medicamentos para controlar el azúcar en la sangre. Asimismo, en algunas culturas, no se acepta tomar un medicamento de por vida, como ocurre en la hipertensión, ya que la 'cura' es vista como parte del proceso (Baines, 1992).

3.3.2 Variables del tratamiento

Una aproximación psicosocial al cumplimiento del tratamiento tendría como meta comprender la eventual disposición del paciente a internalizar la ejecución de la conducta recomendada, cuando es removido en tiempo y/o lugar de la fuente de influencia. Así, desde esta perspectiva, el cumplimiento con el tratamiento estaría determinado por la naturaleza de la relación interpersonal de la cual el requerimiento por complacer es derivado: cumplir o complacer involucra un proceso de influencia social en el cual una persona real o imaginada (el médico) afecta la conducta de otra (el paciente). (Christensen, 1999)

La distorsión cognitiva puede también afectar la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, personas propensas a realizar sobre generalizaciones acerca de experiencias relacionadas con su salud, evalúan las recomendaciones médicas como innecesarias, considerando una experiencia pasada objetivamente irrelevante “esta recomendación no me sirvió cuando yo tenía la enfermedad X, por lo tanto no debe ser útil ahora”.

Similarmente, pacientes propensos a hacer inferencias irracionales acerca de efectos comunes, pero displacenteros del tratamiento, tienden a desvalorizar el uso del régimen prescrito “un medicamento que me hace sentir cansado no puede ser bueno para mí” (Christensen, 1999).

Además se debe considerar la complejidad del tratamiento (número de medicamentos a consumir, frecuencia del consumo, combinación de diferentes tipos de intervención, duración, efectos colaterales, entre otros

aspectos que facilitan los errores y omisiones en su cumplimiento). Cuanto más complejas son las demandas, menor será la tasa de adhesión.

Del mismo modo, se puede afirmar que las tasas de adhesión se deterioran con el transcurso del tiempo. Asimismo, cuando se trata de un tratamiento farmacológico, los posibles efectos colaterales de los medicamentos al actuar como un estímulo aversivo pueden producir un descenso en la conducta de adhesión.

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye cuando:

- a. Aumenta el número de fármacos y la frecuencia de administración
- b. Con la aparición de efectos adversos
- c. Cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo.

La interferencia con los hábitos, el horario de trabajo o en ciertos momentos de la vida social del paciente, conduce a que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o a que lo hagan en un horario incorrecto (Sarafino, 1998).

3.3.3 Variables asociadas al trastorno o enfermedad

Se ha reconocido que una serie de rasgos de las enfermedades y los síntomas que las acompañan parecen estar relacionados con la adherencia o la falta de adherencia al tratamiento. Así, un rápido alivio de síntomas desagradables al seguir el tratamiento, incrementa la adhesión; por el contrario, ésta será menor cuando las recomendaciones

terapéuticas son de tipo profiláctico que deben realizarse en ausencia de síntomas que suponen un claro malestar (Macia y Méndez, 1998).

Algunos investigadores erróneamente consideran que mientras más severa sea la enfermedad, mejor será el cumplimiento del tratamiento; sin embargo, como se ha señalado anteriormente, no solo es la severidad, evaluada por el médico, la que predice adherencia, sino la percepción subjetiva del paciente.

El modelo médico biopsicosocial destaca el rol de factores psicológicos y sociales (así como también técnicos, biológicos y farmacológicos) en la determinación de la salud de los pacientes y su reacción frente al tratamiento. Igualmente enfatiza la importancia que tiene el que los proveedores estén conscientes de sus propios sentimientos y reacciones ante los pacientes e identifiquen cómo estos factores pueden afectar la calidad del cuidado de la salud. (Engel, 1977, citado en Macia y Méndez, 1986)

3.3.4 Variables de relación o interacción médico-paciente

Una implicación crucial de esta aproximación es que las interacciones interpersonales entre el médico y el paciente pueden influir sobre la salud de este último, en parte, porque de alguna forma afectan la disposición del paciente a adoptar las recomendaciones del tratamiento.

El primer elemento de esta interacción es la comunicación. La palabra “doctor” viene del latín docere, enseñar. Y debe recordarse que dos características de una buena enseñanza son: transmitir la información

de manera clara y organizada, y evaluar si el aprendiz la ha aprendido o comprendido.

Muchos pacientes dejan los consultorios del médico sin saber exactamente cómo seguir las recomendaciones. Svarstad (1996) reporta los resultados de una investigación en la cual se entrevistaron pacientes de un centro de salud y revisó los medicamentos después de visitar a sus médicos. Los resultados de esta investigación demostraron cuatro hechos importantes:

- El conocimiento de los pacientes acerca de su tratamiento era realmente deficiente, por ejemplo, la mitad de los pacientes no sabían por cuánto tiempo debían tomar el medicamento, y una quinta parte ignoraba el propósito de su prescripción.
- Una razón importante del escaso conocimiento fue que el médico frecuentemente no ofrecía la información requerida. Para la mayoría de las consultas, el médico no había dado instrucciones específicas sobre regularidad en el uso de la medicación.
- Los pacientes hacían muy pocas preguntas durante la consulta.
- Mientras más explícitas las instrucciones del médico, más personas cumplían con el tratamiento (citado en Macia y Méndez, 1986).

Por otra parte, la investigación mostró que los pacientes que mantienen una buena relación con su médico tienden a cumplir más las recomendaciones.

Hasta aquí se ha trabajado sobre los factores que ayudan a la adherencia de los pacientes al tratamiento, sin embargo, que ocurre cuando ésta no se presenta. Es lo que a continuación se atenderá.

3.4 Consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento

Numerosos estudios que aparecen desde los años 70's ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de salud, las cuales se pueden agrupar en cuatro grandes apartados:

1. Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad
2. Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y en el tratamiento
3. Crecimiento del costo social de la enfermedad
4. Desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional y el paciente.

Todo ello, hace necesario que los profesionales de la salud adopten estrategias destinadas a aumentar la adherencia.

A menudo los médicos son los últimos en conocer la falta de adhesión terapéutica de sus pacientes, porque normalmente éstos no revelan esta información o porque frecuentemente emplean procedimientos poco fiables para evaluar la adhesión o, simplemente, olvidan o evitan preguntar sobre ella.

Otro aspecto a considerar tiene que ver con las metas esperadas del tratamiento. Una creencia importante que es necesario evaluar son las metas que el paciente espera conseguir si se adhiere correctamente al tratamiento. En ocasiones, los pacientes tienen metas muy ambiciosas que no van a lograr alcanzar con el tratamiento. Si no se las comunican a los médicos o estos no las exploran con el fin de corregir errores, es muy posible que conforme avance el tratamiento y el paciente perciba que no se están cumpliendo sus metas aparezcan sentimientos negativos, incluso cambie de médico y abandone o incumpla el tratamiento.

Es importante que al inicio y en el transcurso del tratamiento el médico pregunte al paciente sobre las metas que espera conseguir con él, corrija sus errores y ayude a formular metas más realistas porque esto favorecerá la adherencia al tratamiento.

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento del problema

En los últimos 15 años el cáncer ha sido una de las enfermedades que ha presentado una gran evolución. En los últimos 10 años se han diagnosticado alrededor de 10 900 000 nuevos casos de cáncer, siendo en los hombres la mayor incidencia (53%) a nivel mundial. Tan solo en el 2007 la cifra aproximada llegó hasta más de 12 millones de enfermos.

Dentro de los tipos más frecuentes se encuentran diferenciados por el género. En el caso de las mujeres, mama, cérvix, colorrectales y pulmón son los mayormente presentados. Mientras que en los hombres el de pulmón, próstata, estómago y colorrectales son los más frecuentes.

Inicialmente la idea de la propia definición de la enfermedad es sinónimo de muerte sin considerar que el cáncer es una afección clínica maligna cuyas características son: alteración morfológica y funcional, seguida de la proliferación descontrolada de células de un tejido que invaden, desplazan y destruyen localmente o a distancia otros tejidos sanos del organismo. Es importante considerar que por sí mismo no es mortal, se refiere a los daños que ocasiona en los órganos en los que aparece lo que se considera como grave.

El cáncer ha sido por mucho tiempo después del sexo un tema tabú pareciera que la persona que la padece es a consecuencia de los excesos o situaciones desmedidas que lo llevan a contraer la enfermedad, situación

que hace aun más complicado para el enfermo y los familiares inicialmente dar a conocer la noticia y después evidentemente hacerle frente.

El concepto de tumor o neoplasia deben ser considerados también términos difíciles de entender para las personas que no tienen contacto con éste diario acontecer. Escuchar la palabra benigno o maligno también genera en el enfermo una serie de ideas erróneas que de alguna u otra forma dirigen su actitud ante esta enfermedad y lejos de ayudar a la aceptación los limitan y llevan a pensar únicamente en el final: la muerte.

No es difícil encontrarse en los pasillos de hospitales a pacientes con sus familiares que aun recibiendo un tratamiento oportuno y adecuado siguen considerando al cáncer, como la enfermedad que pareciera solo acecha al enfermo y que en el momento más inesperado cobrará la vida de éste, con todos los esfuerzos que se realicen.

Esta actitud negativa ante la enfermedad provoca incredulidad e incertidumbre en pacientes y familiares provocando muchas veces el abandono de los tratamientos, por considerarlos inútiles o de poca eficiencia. En algunos casos buscan dentro de esta idea desesperada y anticipada de la muerte, auxilio en recetas caseras, brujerías, medicina alternativa que aunque tenga buenos resultados en el ánimo del paciente, la verdad es que representan físicamente tiempo perdido en el tratamiento de ésta.

Es por esto que atender la actitud del paciente que ha sido diagnosticado con algún tipo de cáncer de manera oportuna permitirá garantizar la atención correcta a ésta, además de ayudar a considerar al cáncer como una enfermedad que puede controlarse e incluso erradicarse,

ayudaría a evitar el abandono de los tratamientos que en ocasiones se dejan solo por desconocimiento de las reacciones o contraindicaciones que estos pudieran tener, provocando una idea errónea de éste.

En este proyecto se desea evaluar la actitud de los pacientes enfermos de cáncer para intentar conocer si son sujetos potenciales a dejar el tratamiento de éste. Con la intención de generar estrategias que permitan evitar esta situación con la debida atención psicológica para que estos pacientes y sus familiares tengan la certeza de que el tratamiento tendrá efecto, que esto no significa que en todos los casos evita el deceso.

No se pretende generar un ambiente de desconocimiento mayor ante la enfermedad generando falsas expectativas ante ella, pero si evitar que los prejuicios o tabúes guíen la actitud y la conducta de abandono al tratamiento.

Por todo lo anterior, se intenta conocer en esta investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre la actitud de los pacientes diagnosticados de cáncer?

4.2 Tipo de estudio

Enfoque de investigación: Cuantitativo

Tipo de estudio: Transversal, Descriptivo, Correlacional

4.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre la actitud de los pacientes diagnosticados de cáncer y su adherencia al tratamiento?

4.4 Objetivo General

- Conocer la relación entre la actitud de pacientes diagnosticados de cáncer y la adherencia al tratamiento.

4.4 Objetivos particulares

- Construir un instrumento de medición de la actitud ante el cáncer
- Aplicar instrumento a los pacientes de la muestra de investigación
- Identificar si hay relación entre las variables actitud hacia la enfermedad y la adherencia al tratamiento

4.5 Hipótesis

Ha: Existe relación significativa entre la actitud del enfermo de cáncer y la adherencia al tratamiento.

Ho: No existe relación significativa entre la actitud del enfermo de cáncer y la adherencia al tratamiento.

Ha: La actitud positiva del paciente diagnosticado de cáncer permite mayor adherencia al tratamiento.

Ho: La actitud negativa del paciente diagnosticado de cáncer permite menor adherencia al tratamiento.

4.6 Definición de Variables

Actitud: disposición constante de responder de forma particular ante las situaciones del mundo, esto gracias a la experiencia que guía, orienta, influye al comportamiento. (Galimberti, 2006)

Cáncer: un conjunto de enfermedades que tienen en común la proliferación de células del cuerpo, esta de manera incontrolada provocando problemas en los tejidos de origen, así como en otros órganos. (Zomeño, citado por Cedillo, 2007, p.18)

Adherencia al tratamiento:

“La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido” (citado en Macia y Méndez, 1986, p.389)

4.8 Muestra

Para esta investigación se contó con una muestra de 130 pacientes diagnosticados de cáncer, para su selección se considero los siguientes aspectos:

- a. Se consideró pacientes de solo cuatro tipos de cáncer : Colon, pulmón, estómago y piel.
- b. Se consideró que los pacientes tuvieran un diagnóstico de cáncer no mayor a 1 año.

- c. Que se encontraran tomando quimioterapia en alguna de las instituciones en que se aplicó el instrumento.
- d. Se obtuvo la muestra en la sala de espera de los hospitales: Centro Médico siglo XXI, (edificio de especialidades de oncología) y Hospital General (servicio de oncología).

Por esto se considera una muestra de sujetos (aleatoria, estratificada) pues se consideraron características necesarias para ser parte de este estudio.

Dentro de la muestra de 130 pacientes con diagnosticados se obtuvo los siguientes números según el tipo de cáncer. (Se muestra en la siguiente tabla)

Tipo de cáncer	Hombres	Mujeres	Total
Cáncer de Colon	20	10	30
Cáncer de Estómago	16	19	35
Cáncer de Pulmón	28	12	40
Cáncer de Piel	10	15	25
Total	74	56	130

Los tipos de cáncer se seleccionaron por lo mencionado en el capítulo 2 sobre la incidencia de estos. No se consideraron pacientes de cáncer de mama, pues se buscaba contar con una muestra equilibrada en pacientes hombres y mujeres lo que sesgaría de manera importante la muestra de esta investigación.

Escenario de aplicación:

La aplicación se llevó a cabo de la siguiente manera:

- a. Semana del 9 al 13 de enero a pacientes del Hospital General
- b. Semana del 16 al 20 de enero a pacientes del Centro Médico siglo XXI en las salas de espera de pacientes que reciben tratamiento quimioterapia en los hospitales mencionados anteriormente, se procedió a solicitarles su participación en la resolución del instrumento que al ser autoaplicable permitió a ser contestado por varios pacientes a la vez sin requerir atención personalizada. Solo se les cuestionó el tiempo de diagnóstico y el tipo de cáncer.

Después de la aplicación se procedió a la revisión de resultados y elaboración de reporte de estos.

4.9 Instrumento

Para esta investigación y tratándose de medir la actitud de los pacientes, se construyó una escala Tipo Lickert con tres opciones de respuesta tomando en cuenta dos indicadores iniciales

- a. Actitud ante la enfermedad
- b. Actitud ante el tratamiento

Considerando en cada uno de estos los tres componentes de la actitud, el componente afectivo, cognitivo y conductual. Por lo que se elaboraron 100 reactivos que fueron presentados a cinco expertos. Dos médicos residentes del área de oncología (uno por hospital) y tres psicólogos que evaluaron la pertinencia de los reactivos.

Después de esta selección de reactivos el instrumento quedó integrado por 42 reactivos tipo Lickert, de los cuales 21 responden a la actitud del paciente a la enfermedad y 21 sobre la actitud del paciente ante el tratamiento. Los indicadores quedaron constituidos de la siguiente manera:

a. Actitud ante la enfermedad (componente afectivo)

Reactivo	Componente
1. Al conocer el diagnóstico de mi enfermedad creí estar viviendo una pesadilla.	Afectivo
2. En algún momento pensé que esta enfermedad representaba un castigo.	Afectivo
3. Al conocer el diagnóstico de cáncer me sentí decepcionado(a).	Afectivo
4. Espero el momento en que todo vuelva a la normalidad.	Afectivo
5. Evito hacer comentarios sobre mi enfermedad con familiares y amigos.	Afectivo
6. Al conocer el diagnóstico de mi enfermedad sentí	Afectivo

coraje con Dios por lo sucedido.	
7. He notado que la relación con mi pareja ha desmejorado a partir del diagnóstico.	Afectivo

b. Actitud ante la enfermedad (componente cognitivo)

Reactivo	Componente
1. Prefiero que las personas que están a mí alrededor no conozcan lo difícil que es la enfermedad del cáncer.	Cognitivo
2. Estoy consciente de lo que significa padecer cáncer y los tratamientos a seguir.	Cognitivo
3. Prefiero pensar que esta enfermedad es pasajera y que podré recuperarme.	Cognitivo
4. Evito pensar en la enfermedad.	Cognitivo
5. Al conocer el diagnóstico pensé en la muerte.	Cognitivo
6. Pienso que mis familiares sufren mi enfermedad.	Cognitivo
7. Pienso que el cáncer es una enfermedad difícil de vencer.	Cognitivo

c. Actitud ante la enfermedad (componente conductual)

Reactivo	Componente
1. Realizo mis actividades cotidianas como antes de saber que tengo cáncer.	Conductual
2. Considero que podré tener una vida normal.	Conductual
3. Me es difícil levantarme todos los días sabiendo	Conductual

que estoy enfermo.	
4. Procuero seguir mi vida normal sin detenerme por padecer cáncer.	Conductual
5. Evito reuniones en donde puedan preguntarme sobre mi enfermedad.	Conductual
6. La enfermedad me ha limitado a realizar actividades que apreciaba antes del diagnóstico.	Conductual
7. He pensado en el suicidio como opción para dejar de sufrir.	Conductual

d. Actitud ante el tratamiento (componente afectivo)

Reactivo	Componente
1. Después de recibir el tratamiento tengo días muy difíciles que me hacen pensar en no regresar.	Afectivo
2. Siento que mi familia me reprocha el hecho de estar conmigo tanto tiempo a causa del tratamiento.	Afectivo
3. Al conocer el tratamiento a seguir sentí miedo de lo que iba a pasar.	Afectivo
4. El tratamiento ha hecho que mi vida no sea igual.	Afectivo
5. He considerado dejar el tratamiento y esperar lo que sea.	Afectivo
6. Siento que el tratamiento no logrará que salve mi vida.	Afectivo
7. El tratamiento me dará la oportunidad de tener una vida más plena.	Afectivo

e. Actitud ante el tratamiento (componente cognitivo)

Reactivo	Componente
1. He pensado en dejar el tratamiento.	Cognitivo
2. Cuando el médico me sugirió el tratamiento no creí que me ayudaría.	Cognitivo
3. En ocasiones siento que el tratamiento no es el adecuado para mi enfermedad.	Cognitivo
4. Creo que el tratamiento me dará la cura a mi enfermedad.	Cognitivo
5. Pienso que el tratamiento que recibo es viejo.	Cognitivo
6. Considero que el tratamiento que recibo afecta mucho la poca salud que aun me queda.	Cognitivo
7. Me preocupa que seguirá en caso que el tratamiento no funcione como se espera.	Cognitivo

f. Actitud ante el tratamiento (componente conductual)

Reactivo	Componente
1. El tratamiento me hace dormir demasiado y esto no me agrada.	Conductual
2. Además de visitar al médico he buscado otras opciones de tratamiento.	Conductual
3. He cambiado de tratamiento por lo menos en dos ocasiones.	Conductual
4. A partir del tratamiento he descuidado mi aspecto personal por falta de ánimo.	Conductual
5. He buscado otras opciones de tratamientos	Conductual

alternativos, sin abandonar este.	
6. He olvidado los horarios de toma de medicamentos.	Conductual
7. Olvido los medicamentos fácilmente cuando salgo de casa.	Conductual

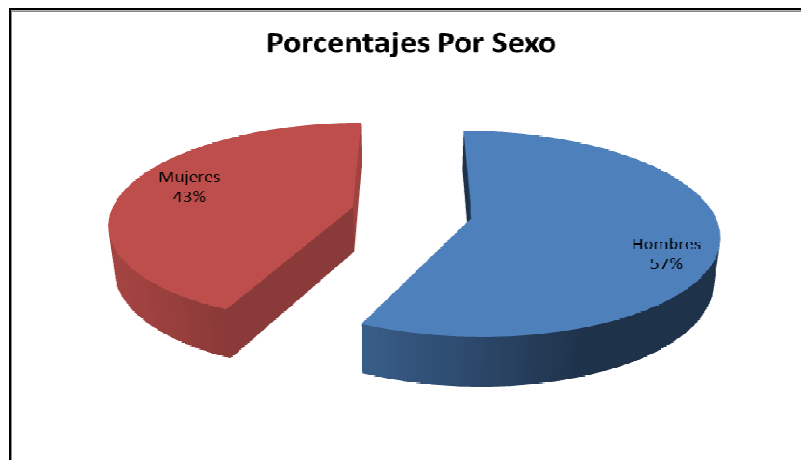
Después de llevar a cabo la aplicación y calificación de los instrumentos se prosiguió a verificar resultados.

CAPÍTULO V
RESULTADOS

5.1 Análisis de la muestra

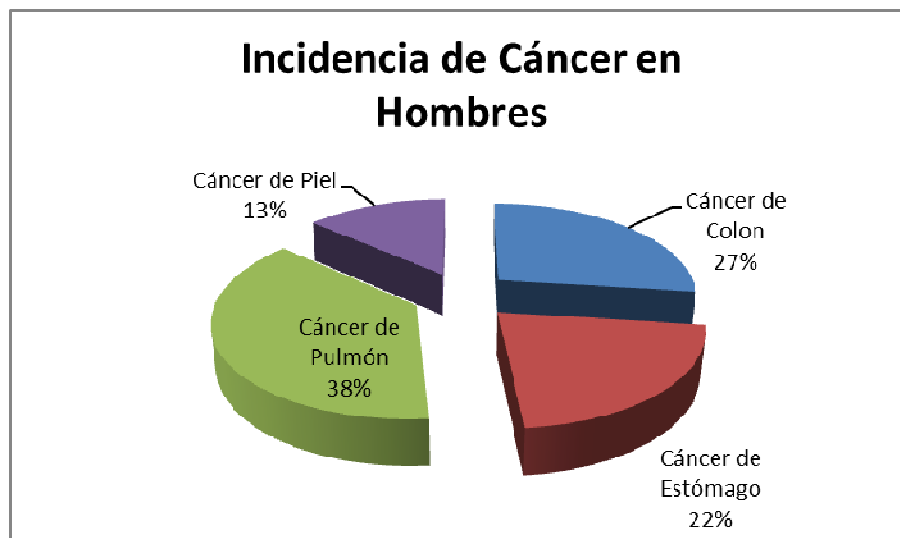
De manera inicial se comenzó con el análisis de la muestra obtenida para esta investigación, considerando los característicos sexo y tipo de cáncer.

La muestra utilizada para esta investigación estuvo constituida por 130 pacientes diagnosticados de cáncer y que se encuentran actualmente recibiendo un tratamiento quimioterapia en dos hospitales de la Ciudad de México. Ésta estuvo integrada por 56 pacientes mujeres (43%) y 74 pacientes hombres (57%). Con este primer dato se puede mencionar que se cumplió lo mencionado acerca de una mayor incidencia de diagnósticos de cáncer en varones que en mujeres.



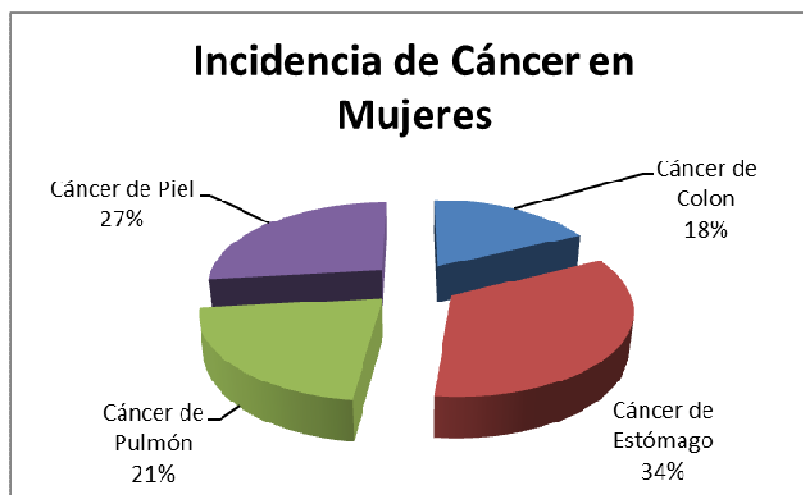
Dentro de esta muestra se encontró que la edad de las pacientes mujeres estaba entre los 19 y 49 años de edad, mientras que en los hombres oscilaba entre los 20 y 46 años.

En lo que se refiere a los **hombres** y su relación con los tipos de cáncer que se presentaron en la muestra de esta investigación se encontró que: cáncer de pulmón afecta al 38% de la muestra, seguido por el de colon con el 27%, inmediatamente el de estómago con el 22% y en último lugar el de piel con solo el 13% del total de pacientes considerados en este estudio.



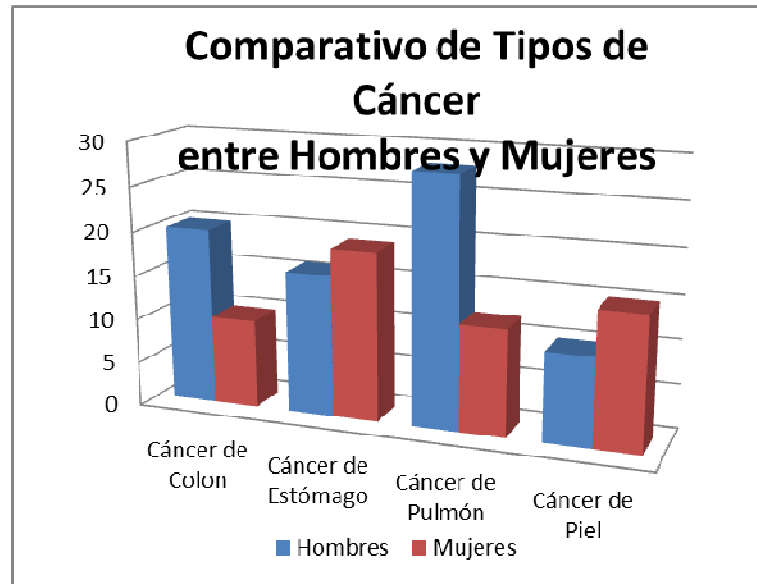
La teoría revisada nos dice que la mayor incidencia en los últimos cinco años en los hombres ha sido el colon, sin embargo en esta investigación ésta situación no se ve reflejada.

En el caso de las **mujeres** consideradas para esta investigación se encontró que la mayor frecuencia es el cáncer de estómago con el 34%, en segundo lugar el padecimiento en la piel con el 27%, en el caso de pulmón las mujeres presentan una frecuencia del 21% y en último lugar el colon con un 18% de la muestra considerada en esta investigación.



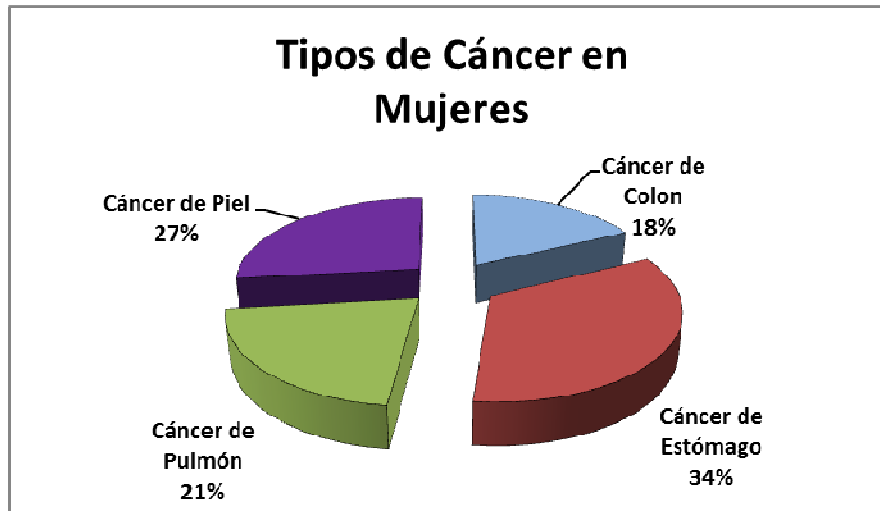
En lo que se refiere a los tipos de cáncer que los pacientes de esta muestra padecen se encontró que: en caso del cáncer de colon son los hombres que tienen mayor incidencia en este padecimiento, esto coincide con lo mencionado en el capítulo 2 sobre la incidencia de este padecimiento.

En lo referente al tipo de cáncer de estómago, son las mujeres las que tuvieron mayor incidencia en la muestra de esta investigación, siendo 19 mujeres las que presentaron este padecimiento.



En lo referente al cáncer de pulmón en la muestra de esta investigación se encontró mayor prevalencia en hombres para éste. Siendo 28 en comparación con 12 pacientes mujeres. Este dato también coincide con lo mencionado en el capítulo 2 en el que se hace referencia que este tipo de padecimiento se encuentra con mayor incidencia en hombres que en mujeres, sin embargo, también el autor menciona que las nuevas costumbres de fumar en mujeres pueden hacer que en un periodo menor a 5 años estas pueden igualar e incluso superar la incidencia.

En el caso de cáncer de piel, en la muestra obtenida para esta investigación se tuvo mayor frecuencia en pacientes mujeres (15 pacientes) que en hombres, situación que también es mencionada en el marco teórico haciendo referencia por el gusto de asolearse. Considerando un factor de riesgo importante para la presencia de la enfermedad. Sin embargo, como esta situación no fue consultada es imposible afirmar tal hipótesis.



Las gráficas anteriores solo representan la descripción de las características de la muestra y la incidencia en los tipos de cáncer así como su relación con el sexo.

5.2 Análisis de datos

Después de analizar las características de la muestra que se utilizó en esta investigación, ahora se reportará el análisis de los reactivos del instrumento aplicado para ésta. Una vez finalizada la aplicación se llevó a cabo la calificación de cada instrumento considerando la siguiente norma de calificación (ver anexo), así se comenzó el análisis estadístico utilizando un análisis de varianza ANOVA el cual permitió diferenciar entre los grupos con una misma característica.

La muestra se dividió en cuatro grupos considerando el padecimiento en el tipo de cáncer:

- a. Cáncer de colon
- b. Cáncer de estómago
- c. Cáncer de pulmón
- d. Cáncer de piel

Además el instrumento está dividido en dos partes, los reactivos referentes a la actitud ante la enfermedad (21 reactivos) y la adherencia al tratamiento (21 reactivos).

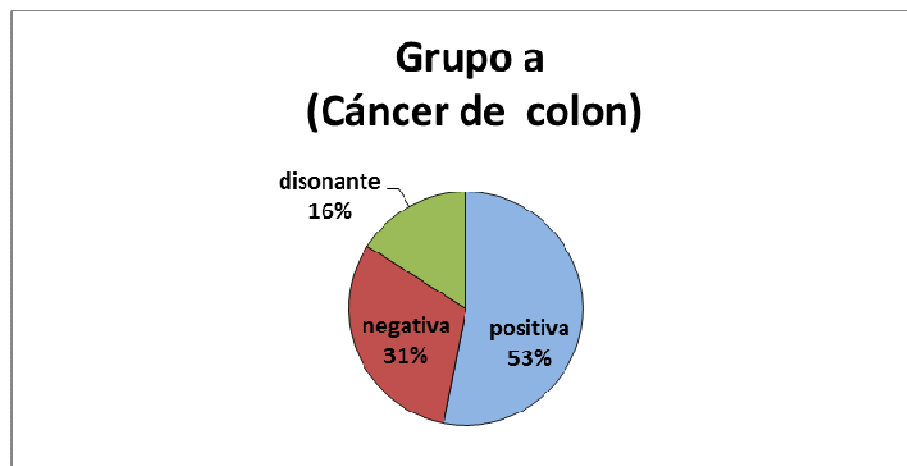
Para poder identificar que la actitud de los pacientes es positiva se tomó en cuenta la respuesta y se le asignó un número para realizar el siguiente rango de calificación.

Puntuación	Actitud
34 a 42	Positiva
22 a 33	Disonante
21 o menos	Negativa

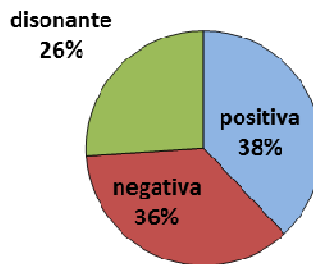
En cuanto a la adherencia al tratamiento (reactivo 22 al 42) se siguió el rango:

Puntuación	Actitud
37 a 42	Total adherencia
30 a 36	Buena adherencia
22 a 29	Media adherencia
21 o menos	Sin adherencia

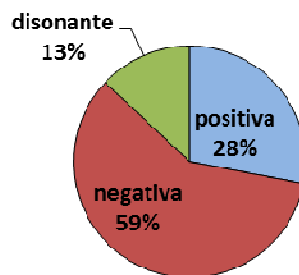
De manera inicial se realizó un análisis de varianza al interior de cada uno de los cuatro grupos para conocer qué tan distantes estaban los resultados, a lo que se encontró que no existe diferencia significativa sobre la actitud de los pacientes en función a la actitud ante la enfermedad. A continuación se presentan las gráficas correspondientes a esto.



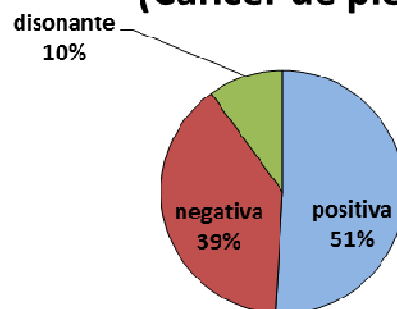
Grupo b (Cáncer de estómago)



Grupo c (Cáncer de pulmón)



Grupo d (Cáncer de piel)



En estas gráficas se puede observar que en el Grupo a, la actitud que prevalece entre los pacientes es positiva con el 53 % de estos, lo que ayuda a mantener una certidumbre sobre ésta.

En lo que se refiere al Grupo b no existe una diferencia notoria entre la actitud positiva 38% y negativa 36% de los pacientes con este padecimiento por lo que podemos determinar que se percibe como una situación que no tiene certeza la recuperación de este padecimiento.

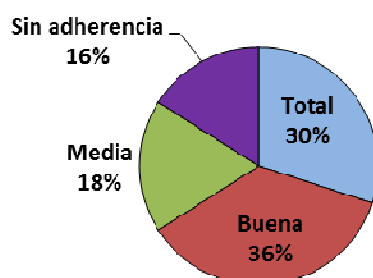
En la tercera gráfica se puede observar el Grupo c en el que su actitud fue predominantemente negativa 59% lo que hace considerar que los pacientes de este grupo consideran que las posibilidades de no recuperarse son mayores.

En el Grupo d es notoria la actitud positiva 51% que los pacientes tienen ante este padecimiento, contrario a lo encontrado en la teoría que mencionaba sobre la percepción de “enfermedad difícil de sanar”, considerando la importancia de ésta y la extensión del cuerpo de afectación.

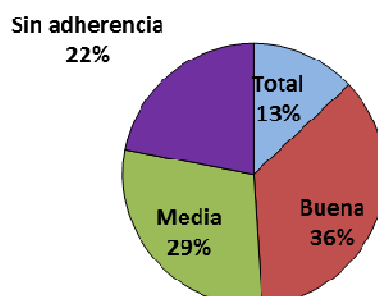
En lo referente a la adherencia al tratamiento, se analizó de manera inicial cada uno de los cuatro grupos y después se comparó los resultados obtenidos para observar cuál de estos tiene la mayor incidencia.

A continuación se presentan los gráficos obtenidos:

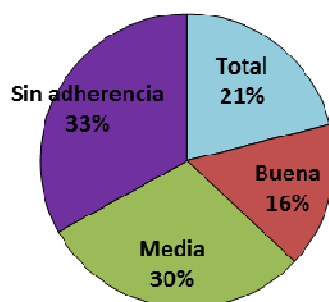
Grupo a (Adherencia al tratamiento)

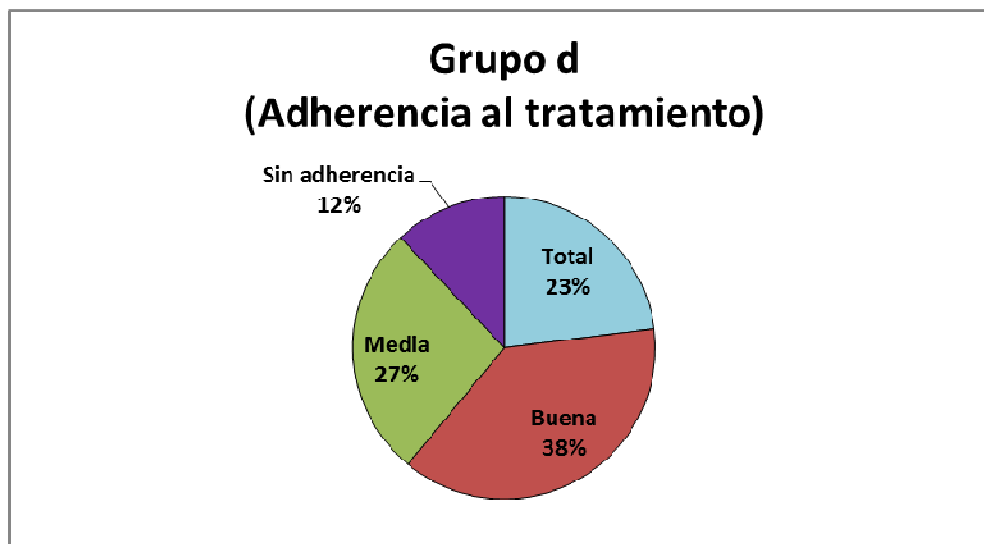


Grupo b (Adherencia al tratamiento)



Grupo c (Adherencia al tratamiento)





En este aspecto se puede observar en el gráfico que el Grupo a perteneciente a los pacientes que padecen cáncer de colon, tiene una adherencia al tratamiento considerando los rangos Total y Buena del 66%, lo que puede propiciar al éxito de éste en relación con el padecimiento y solo un 16% no sigue las indicaciones del tratante de manera adecuada.

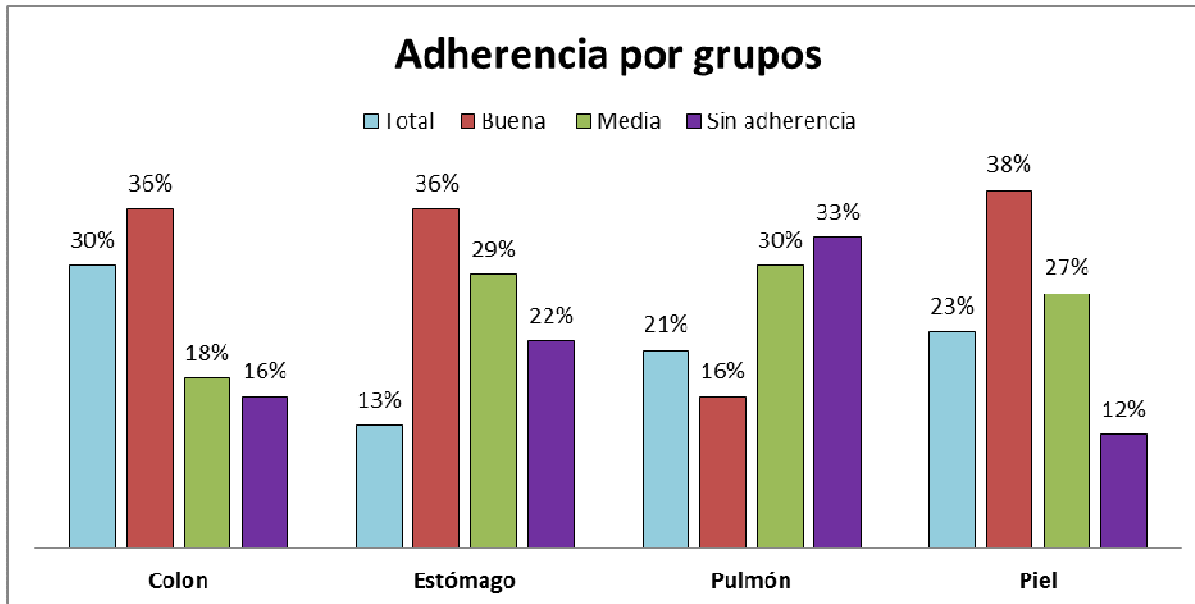
En el Grupo b de igual manera el 65% del total de pacientes con esta enfermedad siguen las indicaciones del médico, lo que genera en ellos confianza a su recuperación. En este grupo las indicaciones sugeridas por los médicos van desde horarios de comida, dieta, medicamentos y su tratamiento de quimioterapia. Solo un 13% no sigue las indicaciones.

En el Grupo c los resultados obtenidos fueron contrarios a los anteriores, ya que solo el 37% por ciento de la muestra sigue al pie de la letra las indicaciones del médico, mientras que el 30% tiene adherencia media y el 33% no sigue las indicaciones. Dentro de este grupo las indicaciones médicas son situaciones que no tienen que ver con dieta,

horarios de comida, sin embargo, el uso de algún auxiliar en la respiración es necesario, si no todo el día, sí en algún momento de éste.

En el Grupo d el nivel de adherencia al tratamiento es del 61% de los pacientes consultados en este estudio y solo el 12% no sigue las indicaciones de los médicos. En este caso el tratamiento sugerido además de su proceso de quimioterapia que es una constante para los cuatro grupos, el uso de medicamentos, filtros solares y cuidados de exposición al sol son algunas de las recomendaciones que se les da a estos pacientes.

Obtenidos estos resultados se realizó el siguiente gráfico para comparar la adherencia al tratamiento considerando los cuatro grupos y se encontró lo siguiente.



Los grupos que presentan mayor adherencia al tratamiento en conjunto (considerando indicaciones propias de su padecimiento) son:

Grupo a que corresponde a los pacientes con cáncer de colon y el Grupo d que corresponde a los pacientes que padecen cáncer de piel.

Por el contrario los pacientes con menor adherencia al tratamiento son el Grupo c (cáncer de Pulmón) y los del Grupo b (cáncer de estómago). Ahora, cruzando la información que nos interesa en la presente investigación encontramos lo siguiente:

Grupo	Actitud	Adherencia
Colon	Positiva	De buena a total
Estómago	Dividida	Media a sin adherencia
Pulmón	Negativa	Media a sin adherencia
Piel	Positiva	De buena a total

Con base a lo que se observa en esta tabla se puede considerar que sí existe una relación entre la actitud ante la enfermedad y el grado de adherencia del paciente al tratamiento integral de su enfermedad, por lo que se puede confirmar las siguientes hipótesis planteadas al inicio de la presente investigación.

Ha: Existe relación significativa entre la actitud del enfermo de cáncer y la adherencia al tratamiento.

Ha: La actitud positiva del paciente diagnosticado de cáncer permite mayor adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES

Después de revisar los resultados obtenidos en la presente investigación con la aplicación del instrumento que permitió medir la actitud de los pacientes diagnosticados con cáncer en cuatro tipos distintos se puede concluir lo siguiente:

Se encontró que en función a lo revisado en la bibliografía y lo observado en los hospitales visitados para esta investigación, en México al igual que en otros países la incidencia de casos de cáncer, con mayor frecuencia los números de enfermos de colon, estómago, pulmón y que el número de pacientes con cáncer de piel va en aumento (sin considerar los de mama que tiene una gran incidencia en este). Considerando lo encontrado en la muestra de esta investigación.

En particular se logró observar cómo la actitud que un paciente muestre ante su propia enfermedad, determinará no necesariamente su recuperación, pero sí se verá reflejada en los aspectos emocional, familiar e indudablemente en el médico.

Es muy importante que como psicólogo no olvidar que, una actitud puede condicionar la presencia de conductas que pueden ser determinantes en el tratamiento de esta enfermedad o de cualquier otra. Particularmente el cáncer considerada ya por muchos autores como la “Enfermedad del siglo XXI”.

Por lo que los esfuerzos deberán estar enfocados al trabajo con los pacientes para brindarles la oportunidad de no generar prejuicios al escuchar el diagnóstico CÁNCER. Ya que como se pudo trabajar en el desarrollo de esta investigación, son muchas las personas en esta sociedad que asumen ésta como una idea mortal, limitando emocionalmente las posibilidades de sobrevivir de manera real a este padecimiento.

Si bien es cierto que las defunciones a nivel mundial relacionadas con el cáncer son un número alarmante, también se debe hacer mención que el número de casos que están recuperados de esta enfermedad va en aumento, a un ritmo lento, pero existen.

De hecho en la búsqueda realizada para esta investigación fue difícil encontrar bibliografía que hablara sobre los avances en la medicina y sus resultados positivos en cuanto a los casos recuperados de cáncer. Es en cambio muy sencillo encontrar bibliografía que nos informe de las características, síntomas y consecuencias de estos padecimientos.

Me parece que una de las aportaciones de esta investigación se refiere, a constatar que aun cuando los pacientes están luchando todos los días en contra de un padecimiento que muchos no entienden al 100%, se encuentran en ánimo de sobrevivir a éste. En función a esto, nuestra labor como psicólogo sería brindarle el apoyo emocional necesario para mejorar el proceso de tratamiento, recuperación o si fuese necesario prepararse para la muerte si esta es inminente. Pero sin dejar de pensar que el paciente “está vivo“.

Un aspecto que debo mencionar pues llamo poderosamente la atención es el número creciente de pacientes jóvenes, (menores de 25 años) que tienen ya un diagnóstico de cáncer, esto lleva a analizar las diferentes causas de este fenómeno.

No se puede olvidar que esta enfermedad tiene un factor genético hereditario muy importante, sin embargo, se requieren de algunos aspectos para lograr desarrollarse.

Por ejemplo, el inicio de conductas nocivas como el fumar a menor edad, revisando los índices de esto, se encontró que los niños están comenzando su consumo activo antes de los 10 años de edad, esto es sin duda alguna, un factor desencadenante para que en pocos años se encuentren casos de pacientes jóvenes con cáncer de pulmón.

De la misma forma el cáncer de colon y estómago están vinculados a los malos hábitos de alimentación que como sociedad se han desarrollado. La comida rápida, con altos niveles de carbohidratos, conservadores, colorantes, bebidas con altos niveles de azúcar, gas y otras sustancias son sin duda elementos suficientes para por sí solos generar dificultades que comienzan con un padecimiento y que poco a poco van siendo la génesis de esta enfermedad.

Si a estos aspectos le aumentamos el ritmo de vida que la mayoría de las personas que vivimos en grandes ciudades llevamos todos los días, considerando el nivel de ansiedad, estrés, depresión, miedos, angustias y la falta de atención a esto, por considerarlo común, son indiscutiblemente

el complemento necesario para lograr desarrollar en poco tiempo la tan temida enfermedad.

Qué decir de los casos de cáncer de piel, que en lo referenciado anteriormente es una de las grandes preocupaciones médicas – ambientales del siglo, pues los efectos del impacto del hombre en el medio no solo se viven afuera del ámbito personal, sino que esta representando un impacto en la salud mundial. Las radiaciones ultravioletas, la exposición cada vez mas frecuente a camas de bronceado y los propios efectos del calor en las ciudades han propiciado el ascenso en los casos de cáncer de piel.

Es mucho el trabajo que como especialista en esta área debe hacerse no solo en el ámbito de atención a las personas que hoy presentan ya un diagnóstico de cáncer. Sino en la prevención y concientización de esta sociedad que aun cuando los resultados de los malos hábitos, impacto ambiental e impacto emocional y psicológico están muy a la luz, nos negamos y se piensa en muchos casos que esto no me ocurrirá a mí.

En referencia al ámbito hospitalario al tener la oportunidad de encontrarme en estos hospitales, pude observar que aun falta mucho por hacer en lo referente a la consciencia del profesional médico por el paciente. Es indiscutible que al estar todos los días en contacto con enfermos, su código ético y moral no les permita desarrollar lazos afectivos con estos. Sin embargo, logré observar en varios casos que esto los lleva a generar un profundo deshumanismo por el dolor y sufrimiento humano.

En referencia a esto, considero importante realizar jornadas de sensibilización a los médicos que lejos de proporcionarles aspectos histológicos de la enfermedad, que de *per se* ya manejan con gran talento; se atienda la importancia del aspecto humano de los enfermos, para que así sea posible que médico, psicólogo y paciente generen un equipo de trabajo que logre fructificar en una mejor atención a éste.

En lo referente a los hospitales el apoyo que se da a los psicólogos interesados en esta área, es limitada. Por lo que pude observar, la idea de los médicos hacia la imagen del psicólogo sigue siendo prejuiciada y en afán de competencia que evidentemente desde el área médica no tenemos grandes oportunidades de conseguir victorias. Sin embargo, es de gran importancia que cada uno de los egresados de esta carrera logremos considerar y plantear las metas a conseguir, para aquellos en los que el ámbito hospitalario es sin duda una posibilidad de desarrollo profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Alatorre, A. (2004). *¿Qué es el cáncer?* México: Selector.
- Anastacio, O. (1988). *Psicología social de la educación*. España: Herder
- Becker, y Maiman, L. (1975). *Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations*. USA: Medical Care, 13
- Becker y Rosenstock, I. (1984). *Compliance with medical advice*. In A. Steptoe y A. Mathews (Eds.), *Health Care and Human Behavior* CA: Academic Press.
- Baines, D. (1992). *Issues in cultural sensitivity: Examples from the Indian peoples*. MD: National Heart, Lung, and Blood institute.
- Campoy, A. (2006) *Revista de Discovery*. Discovery Chanel.
- Coon D. (2005). *Psicología, exploración y aplicaciones*. México: Thompson
- Creig G. (2001). *Desarrollo Psicológico*, México: Prentice Hall
- Christense, J. (1999). *Assessment of irrational health beliefs. Relation to health practices and medical regimen adherence*. Health Psychology.
- Deci, y Ryan. (1985). *Intrinsic motivation and self determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Delgado B. (2009). *Psicología del desarrollo, desde la infancia a la vejez*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Di Matteo, R. (1993). *Patient adherence to cancer control regimens*. Psychological Assessment. Health Psychology
- Galimberti, U. (2006). *Diccionario de Psicología*. México. Siglo XXI
- García R. (2003). *Diccionario básico de la lengua española*. México: Larousse
- Garrison, M. (1996). *Psicología para el bachillerato*. Estado de México. México: Mc Graw Hill.

- Gómez, S (2005) *Diagnóstico cáncer... ¿Cómo decírselo?*. 1ª ed. España: Arán
- Hartman, L. (2005). *Guías del cáncer en la mujer*. México: Trillas.
- Horwitz, R. y Horwitz, S. (1993). *Adherence to treatment and health outcomes*. Archives of Internal Medicine.
- Johnson, S. (1990). A longitudinal analysis of adherence and health status in childhood diabetes. Journal of Pediatric Psychology. Vol. 17
- Kaplan y Simon, (1990). *Compliance in medical care: Reconsideration of self prediction*. Annals of Behavioral Medicine. Vol.12.
- Kerlinger , F (1988). *Investigación del Comportamiento*. México: Mc Graw Hill.
- Leventhal, D. (1980). *The common sense representation of illness danger*. In S. Rachman (Ed.), Medical Psychology, Vol II. New York: Pergamon Press.
- Macia, D. y Méndez F. (1986). *Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud*. Manual de Psicología de la Salud. España: Editorial Biblioteca Nueva.
- Mittag O. (2002) *Asistencia práctica para enfermos terminales*. 2ª ed. España: Herder.
- Morales, J. (1998). *Psicología social*. México: Mc Graw Hill
- Pick S. Aguilar J. Rodríguez G. (1999). *Planeando tu vida*. 7ed. México: Ariel México
- Salazar, J. (1999) *Psicología social*. México: Trillas
- Sampieri, R. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc GrawHill
- Sarafino, E. (1998). *Health Psychology. Third edition*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sherr L. (2005) *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno

Steel, Jackson y Gutmann (1990). *Have you been taking yours pills? The adherence monitoring sequence in the medical interview*. The Journal of Fam. Pract., 30.

http://www.imss.gob.mx/cancer/tipos_cancer

ANEXOS

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

INSTRUCCIONES. A continuación se presentaran una serie de afirmaciones a las cuales usted deberá marcar la opción que se acerque más a su opinión:

- a. DE ACUERDO b. NI DE ACUERDO NI DESACUERDO c. EN DESACUERDO

Considere que ninguna respuesta es correcta y solo deberá guiarse por lo que piensa en este momento sobre la afirmación presentada. La información dada por usted será manejada respetando su anonimato y situación.

	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI DESACUERDO	EN DESACUERDO
1. Al conocer el diagnóstico de mi enfermedad creí estar viviendo una pesadilla.			
2. En algún momento pensé que esta enfermedad representaba un castigo.			
3. Al conocer el diagnóstico de cáncer me sentí decepcionado(a).			
4. Espero el momento en que todo vuelva a la normalidad.			
5. Evito hacer comentarios sobre mi enfermedad con familiares y amigos.			
6. Al conocer el diagnóstico de mi enfermedad sentí coraje con Dios por lo sucedido.			
7. He notado que la relación con mi pareja ha desmejorado a partir del diagnóstico.			
8. Prefiero que las personas que están a mí alrededor no conozcan lo difícil que es la enfermedad del cáncer.			
9. Estoy consciente de lo que significa padecer cáncer y los tratamientos a seguir.			
10. Prefiero pensar que esta enfermedad es pasajera y que podré recuperarme.			
11. Evito pensar en la enfermedad			
12. Al conocer el diagnostico pensé en la muerte.			
13. Pienso que mis familiares sufren mi enfermedad			
14. Pienso que el cáncer es una enfermedad			

difícil de vencer.			
15. Realizo mis actividades cotidianas como antes de saber que tengo cáncer.			
16. Considero que podré tener una vida normal.			
17. Me es difícil levantarme todos los días sabiendo que estoy enfermo.			
18. Procuro seguir mi vida normal sin detenerme por padecer cáncer.			
19. Evito reuniones en donde puedan preguntarme sobre mi enfermedad.			
20. La enfermedad me ha limitado a realizar actividades que apreciaba antes del diagnóstico			
21. He pensado en el suicidio como opción para dejar de sufrir.			
22. Después de recibir el tratamiento tengo días muy difíciles que me hacen pensar en no regresar.			
23. Siento que mi familia me reprocha el hecho de estar conmigo tanto tiempo a causa del tratamiento.			
24. Al conocer el tratamiento a seguir sentí miedo de lo que iba a pasar.			
25. El tratamiento ha hecho que mi vida no sea igual.			
26. He considerado dejar el tratamiento y esperar lo que sea.			
27. Siento que el tratamiento no logrará que salve mi vida.			
28. El tratamiento me dará la oportunidad de tener una vida más plena.			
29. He pensado en dejar el tratamiento.			
30. Cuando el médico me sugirió el tratamiento no creí que me ayudaría.			
31. En ocasiones siento que el tratamiento no es el adecuado para mi enfermedad.			
32. Creo que el tratamiento me dará la cura a mi enfermedad.			
33. Pienso que el tratamiento que recibo es viejo.			
34. Considero que el tratamiento que recibo afecta mucho la poca salud que aun me queda.			

35. Me preocupa que seguirá en caso que el tratamiento no funcione como se espera.			
36. El tratamiento me hace dormir demasiado y esto no me agrada.			
37. Además de visitar al médico he buscado otras opciones de tratamiento.			
38. He cambiado de tratamiento por lo menos en dos ocasiones.			
39. A partir del tratamiento he descuidado mi aspecto personal por falta de ánimo.			
40. He buscado otras opciones de tratamientos alternativos, sin abandonar este.			
41. He olvidado los horarios de toma de medicamentos.			
42. Olvido los medicamentos fácilmente cuando salgo de casa.			

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN